Region Stockholm

19

Yttrande över remiss – Standardiserat vårdförlopp för tjock-och ändtarmscancer från RCC i samverkan

VKN 2021-0259

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Canceruppföljning och kvalitetsregister
Ralf Segersvärd

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-12-17

VKN 2021-0259

Yttrande över remiss – Standardiserat vårdförlopp för tjock-och ändtarmscancer från RCC i samverkan

Ärendebeskrivning

Regionala cancercentrum i samverkan har publicerat en remissversion av Standardiserat vårdförlopp för tjock-och ändtarmscancer. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att kommentera och ge synpunkter på det medicinska innehållet i vårdprogrammet eller vårdförloppet, dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem. Detta ärende utgör regionens remissvar till Regionala cancercentrum i samverkan.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande på Standardiserat vårdförlopp för tjock-och ändtarmscancer

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Regionala cancercentrum i samverkan.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Regionala cancercentrum i samverkan tar fram nationella vårdprogram och/eller standardiserade vårdförlopp inom cancervården med hjälp av nationella arbetsgrupper som består av professionsrepresentanter utsedda av regionerna. Till arbetsgruppen knyts dels patient- och närståendeföreträdare som ska bidra till att vårdprogrammens innehåll möter deras behov under hela vårdkedjan, dels de experter som behövs för att representera samtliga kompetenser engagerade i patienternas

vårdflöden. Gruppen ska också säkerställa att den Nationella Arbetsgruppen för Cancerläkemedel, som bland annat är rådgivande till rådet för Nya Terapier, ställer sig bakom skrivningar kring nya läkemedel.

De nationella vårdprogrammen och standardiserade vårdförloppen syftar till att bidra till en jämlik och god vård till alla patienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status. Vårdprogrammen ska bygga på bästa medicinska kunskap och ge rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering samt uppföljning av patienter. De standardiserade vårdförloppen syftar till att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. De nationella arbetsgrupperna ser över vårdprogram och vårdförlopp årligen och beslutar huruvida dessa behöver revideras. Nya och reviderade vårdprogram och förlopp har fyra fasta remissutskick årligen.

Vårdprogrammens och vårdförloppens rekommendationer baseras på medicinsk evidens snarare än regionernas tillgängliga resurser. Eftersom behoven åligger varje region att prioritera och resurssätta, ska regionerna inkomma med synpunkter på organisatoriska och ekonomiska konsekvenser, till exempel om det finns ekonomiska möjligheter att erbjuda den vård som rekommenderas. Regionerna kan besluta om regionala tillämpningar av de nationella vårdprogrammen som anger eventuella avvikelser från rekommendationerna.

Aktuell sjukdomsgrupp

Tjock- och ändtarmscancer är tillsammans den tredje vanligaste cancerformen i Sverige med cirka 7000 nyinsjuknade varav 1200 i region Stockholm. Cancern är ovanlig hos unga. Vid diagnos är omkring 6 % under 50 år och mindre än 2 % under 40 år. Fyra av fem är aktuella för botande behandling. Den totala 5-årsöverlevanden är ungefär 70 %.

Överväganden
Generellt
För regionen relevanta förändringar i det standardiserade vårdförloppet är dels kriterierna för välgrundad misstanke, dels förlängd ledtid för att möjliggöra så kallad prehabilitering eller optimering inför kirurgi. Avseende kriterierna för välgrundad misstanke är ändringarna mot föregående version dels att åldersgränsen är ändrad från 50 till 40 år vid ändrade avföringsvanor plus dolt blod i avföringen. Detta kan innebära något fler koloskopier där antalet inte säkert går att uppskatta.

Dock borde det röra sig om en förhållandevis mycket liten andel av totalantalet koloskopier i regionen varför kostnadsökningen sannolikt är närmast försumbar. Dels skriver man att ett isolerat fynd av dolt blod i avföringen utan andra symtom inte längre ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp utan enligt klinisk rutin. Detta innebär om något, minskad undanträngning till undersökning med koloskopi.

Ledtiden från beslut om välgrundad misstanke till start av behandling är förlängd med 7 dagar genom att tiden från behandlingsbeslut till start av första behandling är förlängd från 14 till 21 dagar. Detta för att möjliggöra prehabilitering vars syfte är att minska andelen allvarliga komplikationer efter kirurgi. De organisatoriska förändringar som kan bli följden framgent är att enheter i regionen som bedriver utredning och behandling av tjock- och ändtarmscancer behöver anpassa verksamheten för att möjliggöra prehabilitering. Eftersom huvuddelen av den prehabilitering som utförs idag bedrivs i from av studier saknas detaljerad information om kostnader för och en beskrivning av exakt hur en sådan anpassning ska se ut.

Ekonomiska konsekvenser
Organiserad prehabilitering innebär ett ökat resursbehov före kirurgi genom ökade kostnader för skattning av funktionsgrad, fysioterapi, psykosocialt stöd och fortlöpande dietistkontakt. Å andra sidan förväntas kostnaderna efter kirurgi minska genom att färre allvarliga komplikationer uppstår vilket medför ett reducerat behov av kostnadskrävande intensivvård, av slutenvård med minskat lidande som en konsekvens. Enligt ovanstående beskrivningar är frågan om resursåtgång i samband med införandet av organiserad prehabilitering oklar i nuläget men det finns anledning att tro att nettoeffekten av prehabilitering minskar sjukvårdens resursåtgång. Emellertid bedrivs inget organiserad prehabilitering i regionen idag utan endast inom ramen för en klinisk studie på Danderyd. Förslaget till beslut förväntas därför ha väsentligen oförändrade effekter på ekonomin.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter på patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter på jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter på miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter på administrationen.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Lena Sharp
Chef RCC Stockholm-Gotland

Beslutet ska skickas till
RCC i samverkan via RCC Norr

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-12-17

Remissrunda – Standardiserat Vårdförlopp (SVF) för tjock- och ändtarmscancer

Den nationella vårdprogramgruppen för tjock- och ändtarmscancer har reviderat det standardiserade vårdförloppet. RCC är medvetna om att arbetssituationen under covid-19-pandemin är ansträngd för de personer som ska bedöma remissversionen. Vi bedömer att det ändå är angeläget att fortsätta att hålla vårdförloppen uppdaterade och relevanta. Vi emotser tacksamt synpunkter på innehållet.

SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling.

Nationellt vårdprogram för tjock- och ändtarmscancer kommer att uppdateras så att det stämmer överens med vårdförloppet i samband med publicering.

Ange vem som står bakom svaret, t.ex.

- regionens formella remissvar
- en klinik
- en förening
- en enskild, sakkunnig person

Remissvar skickas **senast 15 februari 2022.**

Skicka svaret till Åsa Johansson, **rccnorr.nvp@regionvasterbotten.se**

Syftet med remissrundan är följande

1. Att ge profession och patienter tillfälle att kommentera och ge synpunkter på utredningsförlopp samt tidsgränser från välgrundad misstanke till beslut om behandling. Ge gärna konkreta förslag på ändringar och tillägg
2. Att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom SVF.

Den bilagda nationella konsekvensbeskrivningen ger en översiktlig bild av vilka konsekvenser arbetsgruppen bedömer att SVF kan medföra.

På vårdprogramgruppens vägnar,

Bärbel Jung

Ordförande, vårdprogramgruppen för tjock- och ändtarmscancer

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00
E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Konsekvensbeskrivning – standardiserat vårdförlopp (SVF) för kolorektalcancer

Datum: 2021-11-15

Detta är en nationell konsekvensbeskrivning av justeringar i det standardiserade vårdförloppet. Den kan användas som underlag för regionala konsekvensbeskrivningar i samband med remissrundan.

Incidens och prevalens Incidens för adenocarcinom i kolon är drygt 4000 nya fall årligen. Motsvarande siffra för rektum är drygt 2000. Incidensen visar sedan många år stigande tendens. Prevalensen är i dagsläget knappt 45 000 individer. Pga stigande incidens och förbättrad cancerrelaterad överlevnad förväntas denna siffra öka.
Antal patienter aktuella för behandling och uppföljning Tillagt nytt kriterium för VGM som förmodligen ger fler koloskopier, omfattningen okänd
Huvudsakliga förändringar Nytt kriterium för välgrundad misstanke. Förlängd ledtid med 7 dagar för att ge tid för prehabilitering/optimering av patienten. Är ett förtydligande av redan befintlig rekommendation i vårdprogrammet avseende prehabilitering.
Förändringar av verksamhet och organisation Ingen påverkan
Centralisering och decentralisering Ingen påverkan
Ökade kostnader Måttliga då nytt VGM-kriterium kan leda till fler koloskopier
Resurs- och kostnadsbesparande åtgärder
Etiska aspekter Uppdatering av SVF innebär inga etiska problem.

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00
E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Tjock- och ändtarmscancer

Standardiserat vårdförlopp

20xx-xx-xx Version: 4.0

Remissversion

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-10-20	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2015-12-21	Uppdatering av texter som är gemensamma i samtliga standardiserade vårdförlopp framtagna under 2015.
2018-10-30	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.
20xx-xx-xx	

Remissversion

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan xxxx-xx-xx.

Innehållsförteckning

Kapitel 1
Introduktion 5

Syfte med standardiserade vårdförlopp 5
Förändringar jämfört med tidigare version 5
Om tjock- och ändtarmscancer 6
Flödesschema för vårdförloppet 7

Kapitel 2
Ingång till standardiserat vårdförlopp 8

Misstanke 8
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp 8
Remiss till utredning vid välgrundad misstanke 9
Kommunikation och delaktighet 9

Kapitel 3
Utredning och beslut om behandling 10

Utredningsförlopp 10
Multidisciplinär konferens (MDK) 11
Klassifikation och beslut om behandling 11
Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård 11
Kommunikation och delaktighet 11

Kapitel 4
Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp 12

Ledtider för nationell uppföljning 12
Ingående ledtider 13
Indikatorer för nationell uppföljning 13
Indikatorer för kvalitet 14

Kapitel 5
Generellt om standardiserade vårdförlopp 15

Nationellt vårdprogram 15
Inklusion i standardiserat vårdförlopp 15
Hantering av återfall (recidiv) 15
Utredningsförloppet 16
Inklusion i kliniska studier 16
Ledtider 16
Koordinatorsfunktion 16
Samarbete över regiongränser 16
Uppdatering 16

Kapitel 6
Arbetsgruppens sammansättning 17

Remissversion

KAPITEL 1

Introduktion

Syfte med standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke 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 region för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Förändringar jämfört med tidigare version

Om tjock- och ändtarmscancer:

- Förtydligande av att kod C19 inte bör användas.
- Uppdaterad statistik.

Misstanke

- Åldersgränsen för ändrade avföringsvanor ändrad från 50 till 40 år.
- *Rektoskopi* vid misstanke har ändrats till *prokto- eller rektoskopi* (även under Välgrundad misstanke).
- Nytt: Vid ändring av annars stabila avföringsvanor ska FHb tas.
- Nytt: Positivt FHb som isolerat fynd ska utredas enligt rutin och inte enligt SVF (detta stod tidigare under Välgrundad misstanke).
- Följande text är struken: Ändrade avföringsvanor som ensamt symtom bör utredas enligt ordinarie rutiner. Observera dock att ändrade avföringsvanor i kombination med anemi eller blod i avföringen ger stark misstanke om tjock- och ändtarmscancer och ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp.

Välgrundad misstanke:

- Nytt kriterium för välgrundad misstanke: Ändrade avföringsvanor i mer än 4 veckor hos patienter över 40 år i kombination med positivt FHb.
- *Blödningsanemi* ändrat till *järnbristanemi* för bättre samstämmighet med andra SVF
- Nytt: Positivt fekalt Hb funnet inom organiserat screeningprogram utreds enligt screeningprogrammets rutiner.
- Följande text är struken: Fekalt Hb har lågt prediktivt värde för kolorektalcancer och ska utredas enligt rutin. Positivt fekalt Hb funnet inom screeningprogram, hos en symtomfri individ, ska utredas enligt rutin men inte enligt standardiserat vårdförlopp.
- Följande text är struken: Ändrade avföringsvanor i kombination med anemi eller blod i avföringen ger stark misstanke om tjock- och ändtarmscancer och ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp.

Remissversion

Utredningsförlopp:

- Nytt: Text om prehabilitering i samband med behandlingsbeslut för patienter utan fjärrmetastaser.

Ledtider:

- Ledtiden från Beslut välgrundad misstanke till start av första behandling kirurgi, strålbehandling, läkemedelsbehandling eller stent eller stomiuppläggning (behandling, annan) förlängd från 39 till 46 dagar (från 53 till 60 dagar för utökad utredning). Syftet är att möjliggöra prehabilitering.
- I tabellen med ingående ledtider tydliggörs att det är tiden från behandlingsbeslut till start av första behandling som är förlängd, från 14 till 21 dagar.

Flödesschemat är uppdaterat med ovanstående ändringar. Standardtexter är uppdaterade enligt senaste mall.

Arbetsgruppen är uppdaterad.

Om tjock- och ändtarmscancer

Vid misstanke om malignitet hos barn och ungdomar under 18 år ska inte ett SVF startas. Kontakta i stället närmaste barnklinik och/eller barnonkologiska klinik redan samma dag för skyndsam vidare utredning.

Det standardiserade vårdförloppet gäller koloncancer, C18.0-C18.9 med pad 096, 996 samt rektalcancer, C20.9 med pad 096, 996. Observera att kod C19 inte bör användas.

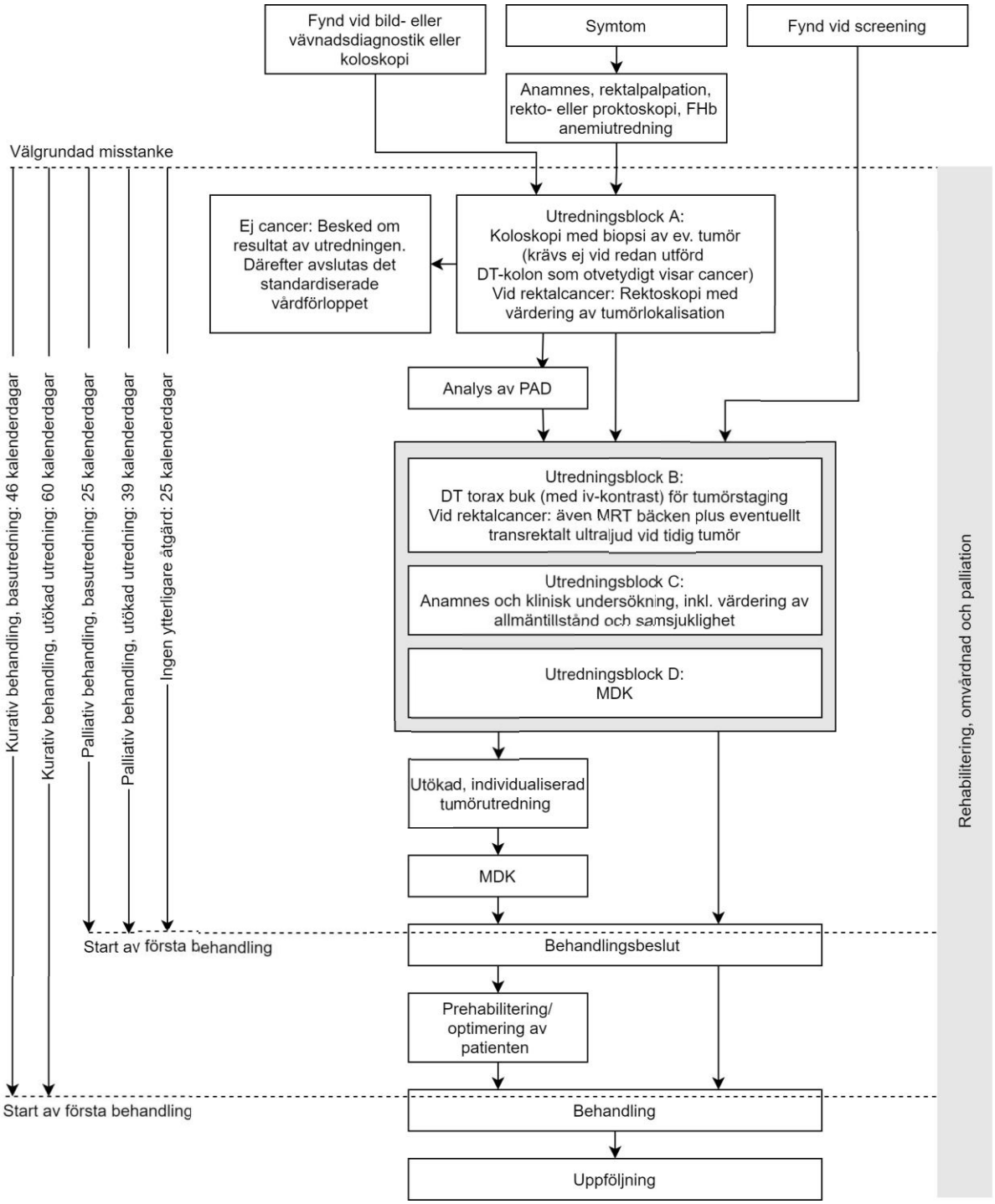
Varje år registreras cirka 5 000 nya fall av koloncancer och 2 000 fall av rektalcancer. Sammanlagt är kolorektalcancer den fjärde vanligaste cancerformen i Sverige, efter prostata-, bröst- och hudcancer. Kolorektalcancer är ovanlig bland unga. Cirka 5 procent är under 50 år vid diagnos. Rektalcancer är något vanligare bland män (cirka 58 procent är män) medan koloncancer är lika vanligt hos män och kvinnor.

Vid diagnos är cirka 80 procent aktuella för kurativ behandling. Övriga 20 procent bör erbjudas palliativ onkologisk behandling eller palliativ vård.

Varje år avlider cirka 1 900 personer av koloncancer och 800 personer av rektalcancer. Under perioden 2013–2017 utgjorde registrerade dödsfall i kolorektalcancer 12 % av all cancerorsakad död.

Remissversion

Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Följande ska föranleda misstanke, enskilt eller tillsammans:

- blod i avföringen
- anemi
- ändring av annars stabila avföringsvanor i > 4 veckor utan annan förklaring hos patienter över 40 år.

Där misstanken har väckts ska följande utföras inom 10 kalenderdagar:

- anamnes inklusive IBD och ärftlighet
- rektalpalpation
- prokto- och/eller rektoskopi
- vid anemi: anemiutredning
- vid ändring av annars stabila avföringsvanor: FHb

Om undersökningarna visar annan blödningskälla ska denna behandlas med uppföljning efter 4 veckor.

Positivt FHb som isolerat fynd ska utredas enligt rutin och inte enligt SVF.

Högriskindivider bör särskilt uppmärksammas avseende symtom som ger misstanke om tjock- och ändtarmscancer. Det finns också anledning att vara vaksam för kombinationer av symtom, se nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- synligt blod i avföringen där rektalpalpation och prokto-/rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla (eller där blödningen kvarstår efter 4 veckor trots adekvat behandling av annan blödningskälla)
- järnbristanemi utan annan uppenbar orsak
- ändrade avföringsvanor i mer än 4 veckor hos patienter över 40 år i kombination med positivt FHb
- fynd vid prokto-/rektoskopi eller rektalpalpation som inger misstanke om kolorektalcancer
- fynd vid bild- eller vävnadsdiagnostik eller koloskopi som inger misstanke om kolorektalcancer

Remissversion

Observera att blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med blod i avföringen eller anemi har en bakomliggande kolorektalcancer.

Positivt fekalt Hb funnet inom organiserat screeningprogram utreds enligt screeningprogrammets rutiner.

Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
  - genomförd utredning
  - allmäntillstånd och samsjuklighet (särskilt diabetes)
  - läkemedel (särskilt immunosuppression, antikoagulantia och metformin)
  - läkemedelsöverkänslighet
  - ev. behov av inneliggande laxering inför koloskopi
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer)

Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

Remissversion

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Utredningsförlopp

Patienter där screening visat kolorektalcancer ska omedelbart bokas för block B, C och D.

Block A	**Block B**
Koloskopi med biopsi av ev. tumör (krävs ej vid redan utförd DT kolon som otvetydigt visar cancer) Vid rektalcancer: Rektoskopi med värdering av tumör (lokalisation, nivå och fixering) Vid inkonklusiv koloskopi kan DT kolon utföras	DT thorax buk (med iv-kontrast) Vid rektalcancer: Även MRT bäcken plus eventuellt transrektalt ultraljud vid tidig tumör
Block C	**Block D**
Anamnes och klinisk undersökning, inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet	MDK

Resultat av block A	**Åtgärd**
Makroskopisk misstanke om cancer	Omedelbart besked om resultat av utredningen. Kontaktsjuksköterska utses. Block B, C och D utförs utan att PAD inväntas.
Ingen makroskopisk misstanke om cancer men PAD visar adenocarcinom	Besked om resultat av utredningen. Kontakt-sjuksköterska utses. Patienten kontaktas. Block B, C och D utförs.
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet, eller ingen diagnos	Besked om resultat av utredningen. Kan utföras av inremitterande. Patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning. Därefter avslutas det standardiserade vårdförloppet.
Resultat av block B–D	**Åtgärd**
Ej fjärrmetastaser	Behandlingsbeslut utan ytterligare tumörutredning. Prehabilitering/optimering av patienten (fysisk förmåga, nutrition, psykosociala aspekter, levnadsvanor).
Fjärrmetastaser där kurativ behandling inte är aktuell	Behandlingsbeslut utan ytterligare tumörutredning.
Utredningen visar att polypektomin är en tillräcklig åtgärd.	Besked om utredningsresultat till patienten. Därefter avslutas vårdförloppet med kod Ingen ytterligare åtgärd. *

Remiss-version

Fjärrmetastaser eller lokalt avancerad sjukdom där kurativ behandling kan vara aktuell	Utökad, individualiserad tumörutredning enligt nationellt vårdprogram följt av ny MDK.

*Höggradig dysplasi ska avslutas med kod VB278 – Misstanke om cancer avskrivs.

Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- radiolog
- patolog
- kolorektalkirurg
- GI-onkolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinator
- vid behov lever- och/eller thoraxkirurg

Klassifikation och beslut om behandling

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

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med närstående om patienten önskar det.

Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Medicinskt sköra patienter ska kunna erbjudas inneliggande laxering inför koloskopi.

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska om en cancer upptäcks vid koloskopin.

Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning, vilket bland annat innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar. Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med kurator eller annan rehabiliteringskompetens utifrån patientens behov, inklusive bäckenrehabilitering.

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

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering och palliativ vård.

Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patienter ska vid behov erbjudas professionell tolk.

Patienten ska informeras i enlighet med patientlagen (kapitel 3), vilket bland annat innebär att ge information om vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella och vilken strategi man rekommenderar, inklusive behandlingens syfte och biverkningar.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Remissversion

KAPITEL 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Från	Till	Tid
Basutredning		
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi, strålbehandling, läkemedels-behandling eller stent eller stomiuppläggning (behandling, annan)	46 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut, palliativ behandling (”start av första behandling”)*	25 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	”Behandlingsbeslut” om att polypektomin var tillräcklig som behandling. Kodas som Ingen ytterligare åtgärd.	25 kalenderdagar
Utökad utredning		
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi, strålbehandling, läkemedels-behandling eller stent eller stomiuppläggning (behandling, annan)	60 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut, palliativ behandling (”start av första behandling”)*	39 kalenderdagar

*Behandlingsbeslutet tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt vid all palliativ behandling, både palliativ tumörspecifik behandling och palliativ symtomlindrande behandling. De symtomlindrande insatserna bör dock inledas redan under utredningen.

Remissversion

Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående tider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men regionerna har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under Ledtider för nationell uppföljning, ovan.

Från	Till	Tid
Misstanke – beslut om utredning för att bekräfta eller utesluta välgrundad misstanke	Beslut välgrundad misstanke eller ej	10 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A – koloskopi)	10 kalenderdagar
Block A, basutredning	Behandlingsbeslut	14 kalenderdagar*
Block A, utökad utredning	Behandlingsbeslut	28 kalenderdagar*
Behandlingsbeslut	Start av första behandling	21 kalenderdagar
Block A	PAD-svar, px	5 kalenderdagar
Operation	PAD-svar	21 kalenderdagar
Operation	Adjuvant cytostatikabehandling	Så snart patienten är läkt, helst inom 6 veckor och senast inom 8 veckor

*Tiden från block A till behandlingsbeslutet förutsätter att övriga block utförs utan att PAD-svaret från koloskopin inväntas. Det innebär att tiden kan bli längre när PAD-svaret visar cancer som överraskningsfynd.

Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

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

Remissversion

Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kan följas och utvärderas med hjälp av PREM-enkäter.

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

Indikator	Målvärde
Bilddiagnostik inför operation vid nydiagnostiserad kolon- eller rektalcancer	> 90 %
Bedömning vid multidisciplinära konferenser	> 90 %
Fullständigt, strukturerat PAD-svar av vävnadsprov och operationspreparat (opererade med resektion)	> 95 %
Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	100 %
Adjuvant behandling har startat inom 8 veckor	> 80 %
Deltagande i strukturerad behandlingsstudie	> 30 %
Avlidna inom 30 dagar efter operation	Koloncancer, elektivt opererade: <1 % Rektalcancer: <1 %
Återfall av cancer i bäckenet inom 3 år efter operation av rektalcancer	<5 %

Remissversion

KAPITEL 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp

Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. 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.

Se även de nationella vårdprogrammen för cancerrehabilitering respektive palliativ vård, för underlag till rekommendationer på dessa områden.

Inklusion i standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke ska i detta sammanhang tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje region ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av välgrundad misstanke kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

Hantering av återfall (recidiv)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången och de som insjuknar igen efter ett avslutat uppföljnings- eller kontrollprogram. Patienter som får recidiv ska inte inkluderas i SVF, däremot ska detta SVF omfatta nya primärtumörer.

Remissversion

Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider.

När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutar och utvecklar man 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.

Samarbete över regiongränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan regioner. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra regioner. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag till nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfri region.

Uppdatering

Arbetsgruppen kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.

Remissversion

KAPITEL 6

Arbetsgruppens sammansättning

I samband med revisionen hösten 2021 utökades arbetsgruppen med primärvårds- och endoskopikompetens. Följande personer deltog i arbetet:

Andreas Söderström, överläkare, kirurgkliniken, Sunderby sjukhus, Sunderbyn

Annika Sjövall, docent, överläkare, kolorektalsektionen, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Birger Pålsson, docent, överläkare, kirurgkliniken och FoUU, Kronoberg, Lund och Växjö

Björn Strandell, distriktsläkare, Skebäcks vårdcentral, Örebro, medicinsk rådgivare, Hälsovalsenheten Region Örebro län

Bärbel Jung, med. dr., överläkare kirurgkliniken, Universitetssjukhuset Linköping

Dan Asplund, med. dr., överläkare, kirurgkliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset/östra, Göteborg

Dirk Vleugels, specialist i allmänmedicin, chefläkare Närhälsan, Skövde

Erik Alestig, med. dr., vårdenhetsöverläkare, gastroenterologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal

Kjell Blomqvist, specialist i allmänmedicin, Åby vårdcentral, Åby

Lennart Blomqvist, professor, radiolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Mark Albeek, specialist i allmänmedicin, Liljeholmens vårdcentral, Stockholm

Mattias Prytz, med. dr, överläkare, kirurgkliniken, NU-sjukvården, Trollhättan

Rares Sculeanu, specialist i allmänmedicin, Laponia hälsocentral, Gällivare

Richard Palmqvist, professor, patolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Rikard Svernlöv, överläkare, mag-tarmmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Stefan Willmarsson, överläkare, kirurgkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad

Ulf Gustafsson, docent, överläkare, kirurgkliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm

Vuokko Elner, patientrepresentant, ILCO Tarm- uro och stomiförbundet

Ylva Falkén, med. dr., överläkare, kirurgkliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm

Åsa Collin, läkare, kirurgkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Remissversion

Vid föregående revision har följande personer deltagit i arbetet:

Ingvar Syk, ordförande Svenska Kolorektalcancerregistret, adjungerad professor, kirurg, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Lars Agréus, professor em Karolinska institutet, distriktsläkare, Öregrund

Maria Albertsson, professor, onkolog, Universitetssjukhuset Linköping

Dan Asplund, med.dr, kirurg, Sahlgrenska universitetssjukhuset/östra, Göteborg

Lennart Blomqvist, professor, radiolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Joakim Folkesson, docent, kirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Lena Hansson, kontaktsjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro, RCC Uppsala Örebro

Lina Hellman, kirurg, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Fredrik Hopfgarten, patientrepresentant

Rolf Hultcrantz, senior professor, gastroenterolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Pia Jestin, med.dr, kirurg, RCC Uppsala Örebro

Patrick Joost, patolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Bärbel Jung, med.dr, kirurg, Universitetssjukhuset, Linköping, RCC Sydöst

Gudrun Lindmark, adjungerad professor, kirurg, Helsingborgs lasarett/Lunds universitet

Peter Nygren, professor, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Håkan Olsson, kirurg, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Susanne Ottosson, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Andreas Pischel, med.dr, gastroenterolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Birger Pålsson, docent, kirurg, Region Kronoberg, RCC Syd

Katrine Åhlström Riklund, professor, radiolog, Umeå universitet/NUS, Umeå

Annika Sjövall, docent, kirurg, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Stefan Skullman, docent, kirurg, Skaraborgs sjukhus, Skövde, RCC Väst

Kenneth Smedh, professor, kirurg, Västmanlands sjukhus, Västerås

Lena Söderqvist, samordnande kontaktsjuksköterska kolorektalcancer, RCC Stockholm Gotland

Erik Thimansson, med.dr, radiolog, Helsingborgs lasarett, Helsingborg

Niklas Zar, med.dr, kirurg, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Remissversion

Remissversion

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Regionala cancercentrum –regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se