

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
2017-03-01	Uppdateringar fastställda av SKLs beslutsgrupp, se 1.1

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKLs beslutsgrupp 2017-03-01

Standardiserat vårdförlopp för matstrups- och magsäckscancer

ISBN: 978-91-87587-69-6

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	4
1.1	Förändringar jämfört med tidigare version.....	4
1.2	Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
1.3	Om matstrups- och magsäckscancer (esofagus- och ventrikelcancer)	4
1.4	Flödesschema för vårdförloppet	6
2.	Ingång till standardiserat vårdförlopp	7
2.1	Misstanke.....	7
2.2	Remiss till filterfunktion	7
2.3	Filterfunktion	7
2.4	Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	8
2.5	Remiss till utredning vid välgrundad misstanke.....	8
2.6	Kommunikation och delaktighet	8
3.	Utredning och beslut om behandling	9
3.1	Utredningsförlopp.....	9
3.2	Multidisciplinär konferens (MDK)	9
3.3	Klassifikation och beslut om behandling	10
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	10
3.5	Kommunikation och delaktighet	10
4.	Behandling	10
5.	Uppföljning.....	10
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	11
6.1	Ledtider för nationell uppföljning.....	11
6.2	Ingående ledtider.....	12
6.3	Indikatorer för nationell uppföljning.....	13
6.4	Indikatorer för kvalitet.....	13
7.	Generellt om standardiserade vårdförlopp	13
7.1	Nationellt vårdprogram	13
7.2	Inklusion i standardiserat vårdförlopp	14
7.3	Utredningsförloppet.....	14
7.4	Inklusion i kliniska studier	14
7.5	Ledtider	14
7.6	Koordinatorsfunktion	14
7.7	Samarbete över landstingsgränser	15
7.8	Uppdatering	15
8.	Arbetsgruppens sammansättning	15

1. INTRODUKTION

1.1 Förändringar jämfört med tidigare version

I denna revision har vårdförloppet lagts in i samma mall som de vårdförlopp som tagits fram under 2016. I övrigt har följande ändringar införts:

- 2.1 Förtydligande av att patienter med sväljsvårigheter ska remitteras direkt till gastroskopi utan andra föregående undersökningar.
- 2.1 Tillägg: bilddiagnostiska fynd talande för matstrups- eller magsäckscancer kan föranleda gastroskopi.
- 2.3 och 2.4 Texten om filterfunktion och välgrundad misstanke har kondenserats och omfördelats utan att innebörden ändrats.
- 3.1 MDK har förts in som utredningsblock utan att innebörden i utredningen ändrats.
- 4 och 5 Texten om behandling och utredning har tagits bort och ersatts med hänvisning till vårdprogrammet, i enlighet med övriga vårdförlopp.
- 6.1 och 6.2 Förtydligande av vilken ledtid som gäller för expektans inför ev. palliativ tumörspecifik behandling samt radio-kemiterapi. Inga ändringar av tiderna.
- 6.2 Ändring av tiden mellan operation och information till patienten om operations-PAD (ingår inte i den nationella ledtidsmätningen) från 15 till 28 kalenderdagar.

1.2 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 landsting för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande.

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

Det standardiserade vårdförloppet gäller för matstrupscancer (esofagus-cancer, 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 esofagus-cancer 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.

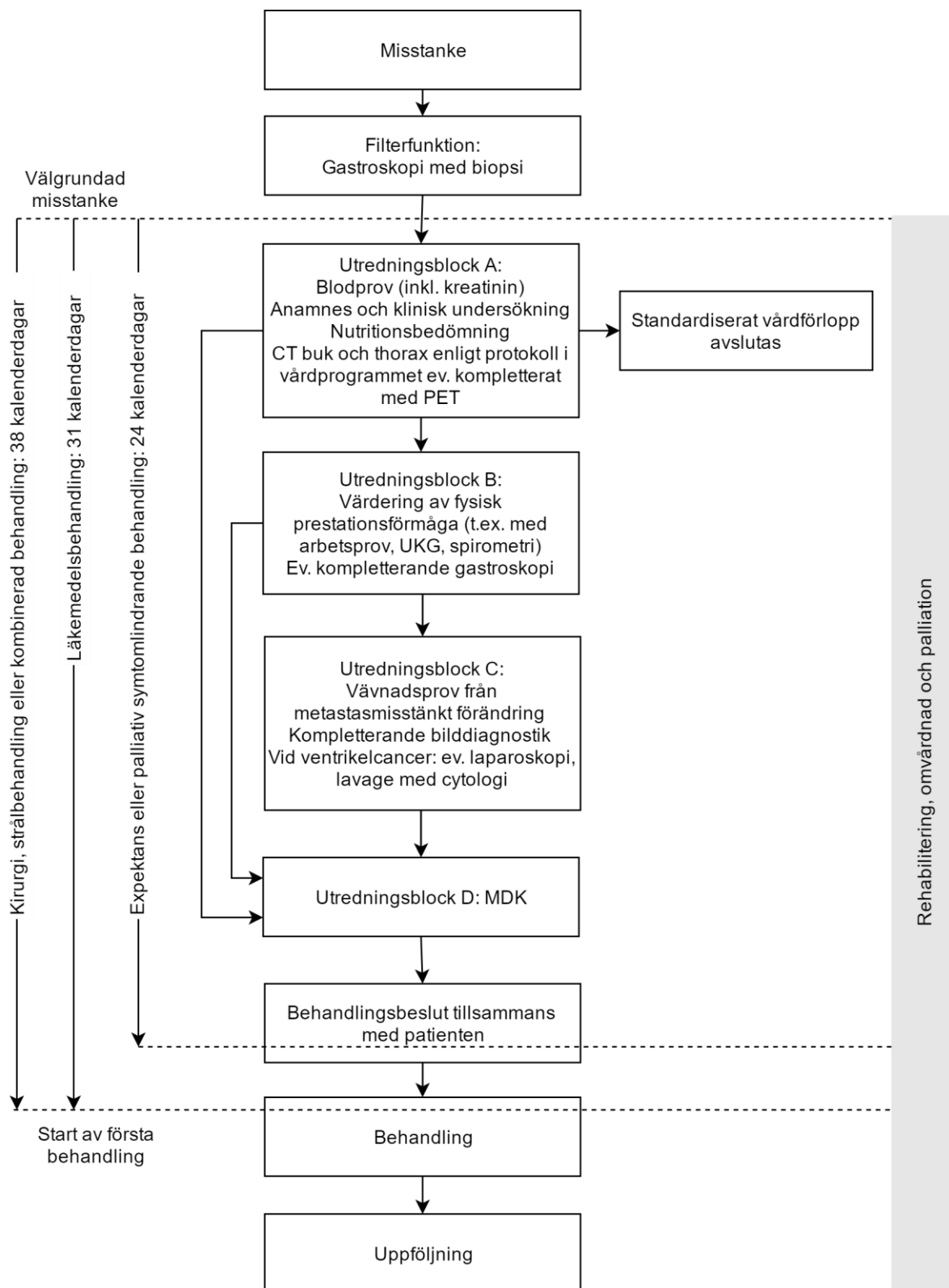
Långtidsprognosen vid esofagus- och ventrikelcancer är starkt beroende av patientens ålder, övriga sjukdomar, tumörstadium, tumörlokalisering och typ av

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 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Misstanke

Nyttillkomna sväljsvårigheter ska föranleda misstanke och patienten ska remitteras till utredning med gastroskopi (filterfunktion) utan andra föregående undersökningar.

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
- bilddiagnostiskt fynd talande för matstrups- eller magsäckscancer.

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 aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanke om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Om gastroskopin visar misstanke om cancer ska biopsier tas, men patienten ska remitteras till utredning utan att PAD-svaret inväntats.

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

2.4 Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- endoskopiskt fynd talande för matstrups- eller magsäckscancer
- histopatologiskt fynd talande för matstrups- eller magsäckscancer.

2.5 Remiss till utredning 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 gastroskopi kompletterad med uppgifter om
 - längd och vikt
 - läkemedel: diabetesmedicin och metotrexat
 - pacemaker
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

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

2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till gastroskopi (filterfunktion) ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra undersökningen för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- 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 remitterar till utredning (vid välgrundad misstanke) 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.

3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

3.1 Utredningsförlopp

Block A	Block B
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
Block C	Block D
Vävnadsprov från metastasmissstänkt förändring Kompletterande bilddiagnostik Vid magsäckscancer: ev. laparoskopi, lavage med cytologi	MDK

Resultat av utredningarna i block A	Åtgärd
Block A påvisar inte cancer	Det standardiserade vårdförloppet avslutas
Block A bekräftar cancermissstanken och kurativt syftande behandling kan vara aktuell	Block B och D utförs
Block A bekräftar cancermissstanken men kurativt syftande behandling bedöms inte vara aktuell	Block D utförs utan fler utredningar
Det finns misstanke om metastasförändringar men undersökningarna från block A är inte konklusiva	Block C utförs (utöver ovanstående)
Annan malign tumör upptäcks som inte omfattas av detta vårdförlopp	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning.

3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- onkolog
- kirurg
- radiolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

3.3 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.

3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med block A. Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning vilket bl.a. innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar. Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med

- dietist
- enhet för psykosocialt stöd.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen.

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

3.5 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 bl.a. 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.

4. BEHANDLING

Se nationellt vårdprogram.

5. UPPFÖLJNING

Se nationellt vårdprogram.

6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen:

Behandling	Från	Till	Tid
Kirurgisk behandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	38 kalenderdagar
Strålbehandling (inkl. brachyterapi) eller kombinerad strål-och läkemedelsbehandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	38 kalenderdagar
Läkemedelsbehandling (Kemoterapi)	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	31 kalenderdagar
Expektans inför ev. palliativ tumörspecifik behandling*	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (Anges som start av första behandling i ledtidsmätning)	24 kalenderdagar
Palliativ symtomlindrande behandling*	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (Anges som start av första behandling i ledtidsmätning)	24 kalenderdagar

* Behandlingen ”expektans” används för patienter där palliativ tumörspecifik behandling (kirurgi, strålbehandling eller läkemedelsbehandling) kan bli aktuell men där behandlingen kan avvakta till dess att patienten får symtom från tumören som kräver symtomlindring. Behandlingsbeslutet ska anges som mätpunkt.

”Palliativ symtomlindrande behandling” används där endast symtomlindrande behandling (t ex illamående, smärta, inläggning av STENT) är aktuell. Även här ska behandlingsbeslutet anges som mätpunkt oavsett när själva behandlingen ges.

6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående tider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men landstingen har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under 6.1.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Alla	Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst (filterfunktion)	1 kalenderdag
Alla	Remissankomst (filterfunktion)	Gastroskopi (filterfunktion)	7 kalenderdagar
Alla	Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdagar
Alla	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	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 första behandling	14 kalenderdagar
Strålbehandling (inkl. brachyterapi) eller kombinerad strål- och läkemedelsbehandling	Beslut om behandling	Start av första behandling	14 kalenderdagar
Läkemedelsbehandling (Kemoterapi)	Beslut om behandling	Start av första behandling	7 kalenderdagar
Symtomlindrande palliativ behandling	Beslut om behandling	Start av första behandling	0 kalenderdagar
Expektans inför ev. palliativ tumörspecifik behandling*	Beslut om behandling	Start av första behandling	0 kalenderdagar
Kirurgisk behandling	Operation	Patienten får information om operations-PAD	28 kalenderdagar

6.3 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 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

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kommer att följas och utvärderas genom PREM-enkäter.

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

Indikator	Målvärde
Andel patienter bedömda på MDK	>95 %
Inrapporterade patienter (täckningsgrad i registret)	>95 %
90-dagarsmortalitet	<5 %

7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

7.1 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 rehabilitering respektive palliativ vård, för underlag till rekommendationer på dessa områden:

<http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-vard/rehabilitering/vardprogram/>

<http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-vard/palliativ-vard/vardprogram/>

7.2 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 landsting 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.

7.3 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.

7.4 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.

7.5 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.

7.6 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.

7.7 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 man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra landsting. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag till nivåstrukturer.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfritt landsting.

7.8 Uppdatering

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

8. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

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

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

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

Lars Lundell, ordförande t.o.m. augusti 2016, professor, kirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

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