

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Pakkeforløb for kolorektalcancer		
Forfattere: KTN	Gælder fra: 15. oktober 2012	Gælder til: 15. juni 2015

Pakkeforløbet, oprindeligt beskrevet 2008 og senest revideret 2011, fastsætter det ideelle tidsforløb fra en patient henvises til udredning for mistænkt kolorektalcancer (KRC) til patienten er kirurgisk og/eller onkologisk behandlet og kontrolforløbet startes. Pakkeforløbet for kræft i tyk- og endetarm er udarbejdet af en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsens regi bestående af repræsentanter for DCCG, de fem regioner, alme praksis og speciallæge praksis. Palliation og rehabilitering er, som noget nyt, beskrevet i den reviderede udgave, ligesom der er lagt vægt på beskrivelse af patient og pårørende inddragelse i alle faser af forløbet. Der er ikke fastsat ideelle tidsforløb for iværksættelsen af den palliative indsats eller rehabiliteringen. Vigtigheden af forløbskoordination gennem pakkeforløbet, specielt overgangene mellem afdelinger og sektorer, er understreget, men den nærmere organisering af funktionen er overladt til de enkelte driftsenheder, ligesom henvisningsmetoden (elektronisk, telefonisk eller pr. almindeligt brev) er valgfri. Pakkeforløbet omtaler patienter med påvist fjernspredning og recidiv men går ikke i nærmere detaljer med udredningen eller udredningskaden. For patienter med kolorektalcancer og levermetastaser er der beskrevet eget pakkeforløb.

Henvisning og visitation

Begrundet mistanke om KRC: Der er begrundet mistanke om kræft i tyk- og endetarm hos alle patienter over 40 år med et eller flere af følgende symptomer

- Blødning fra tarmen
- Ændring af et ellers stabilt afføringsmønster i over fire uger
- Uforklaret blødningsanæmi
- Betydelige almensymptomer (fx væggtab, mavesmerter)

I denne gruppe vil omkring 5 pct. have kræft, og yderligere mindst 10 pct. vil have forstadier til kræft i form af polypper, hvoraf nogle med tiden vil udvikles til kræft. Den læge, som rejser mistanke om KRC, henviser til kirurgisk afdeling eller praktiserende kirurgisk speciallæge med detaljerede kliniske oplysninger, informerer patienten om kræftmistanken og om den relevante endoskopiske undersøgelse.

Visitationskoden DZ031D og koden for start på pakkeforløb AFB12A påføres, når henvisningen modtages.

Første fremmøde ved udredende instans skal finde sted senest 9 kalenderdage efter modtaget henvisning.

Påvist KRC: Der fremsendes henvisning direkte til en hospitalsafdeling ansvarlig for udredning og behandling af KRC. Henvisningen skal indeholde oplysninger om lokaliseringen af canceren, oplysninger om der er taget biopsi og til hvilken patolog evt biopsi er sendt. Af hensyn til laparoskopisk operation skal der foretages endoskopisk tatovering af slimhinden lige analt for colontumoren mhp. sikker peroperativ lokalisation.

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Pakkeforløb for kolorektalcancer		
Forfattere: KTN	Gælder fra: 15. oktober 2012	Gælder til: 15. juni 2015

Udredning

Med billeddiagnostisk afdeling aftales en "colonpakke" (CT thorax+abdomen) eller en "rectumpakke" (som colonpakken + MR rectum) . Disse pakker udføres på en dag på forud reservede tider, og svar skal foreligge ved førstkomende MDT-konference. Ved konferencen drøftes nyhenviste patienter med rectumcancer og udvalgte patienter med coloncancer på baggrund af klinik, billeddiagnostik og histologi. Beslutning om samlet onkologisk-kirurgisk behandlingstilbud forelægges patienten ved en efterfølgende samtale hvor træffes endelig beslutning om behandling hvilket markerer afslutningen af udredningen.

Udredningen skal være afsluttet senest 8 kalenderdage efter første fremmøde ved udredende instans.

Behandling

Den initiale behandling (operation eller primær onkologisk behandling) skal være påbegyndt 10 til 14 kalenderdage efter afsluttet udredning.

Monitorering og opfølgning

Monitoreringen af tidsforbruget i de forskellige faser af pakkeforløbet vil fremover ske i regi af Sundhedsstyrelsen (som har lagt opgaven over i Statens Serum Institut) på basis af en række målepunkter i forløbet. Tiden opgøres i kalenderdage modsat tidligere, hvor der anvendtes hverdage. Konverterings-faktoren 1,4 er benyttet ved omregning fra hverdage til kalenderdage. I "Pakkeforløb for kræft i tyk-og endetarm", der findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, er målepunkterne og den dertil hørende kodning udførlig beskrevet og vil ikke blive nærmere omtalt her.

Oversigt over forløbstider i KRC pakkeforløb

- Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling:
9 kalenderdage
- Fra første fremmøde til afsluttet udredning: 18 kalenderdage
- Fra afsluttet udredning til initial behandling:

Operation	10 kalenderdage
Stråleterapi	14 kalenderdage
Kemoterapi	10 kalenderdage
- Fra henvisning modtaget til start på initial behandling:

Operation	37 kalenderdage
Stråleterapi	41 kalenderdage
Kemoterapi	37 kalenderdage

Forløbskoordination

Pakkeforløbet skal planlægges og koordineres, så man undergår unødig ventetid i udredning og behandling, og derfor er der lagt vægt på at der etableres en forløbskoordinationsfunktion. Denne funktion kan knyttes til en

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Pakkeforløb for kolorektalcancer		
Forfattere: KTN	Gælder fra: 15. oktober 2012	Gælder til: 15. juni 2015

enkelt eller flere personer på en afdeling, men det overlades til de enkelte afdelingsledelser nærmere at definere og beskrive rollen. Ligeledes vil en forløbskoordinator kunne sikre optimal udnyttelse af kapaciteten ved forudbestemte udredningstider til endoskopiske og billeddiagnostiske undersøgelser. Forløbskoordinationen er tænkt til at følge patientens gang i hele forløbet, også videre til rehabilitering og palliation. Specielt i overgangene mellem afdelinger og sektorer er værdien af en forløbskoordination tydelig, selvom evidensen herfor ikke er vist. I en randomiseret undersøgelse mellem KRC forløb med og uden case manager fandt man, at patienter med en tilknyttet case manager, som ud over forløbs-koordination også fungerede som kontaktperson, opfattede deres forløb mere positivt, ligesom deres almen praktiserende læge følte sig bedre informeret og fik et tættere samarbejde med hospitalsafdelingen. Derimod påvirkede case manager ikke patienternes helbredsrelaterede livskvalitet. Den isolerede funktion som forløbskoordinator blev dog ikke undersøgt (ref: The effect of hospital-based case management in cancer care pathways. Christian Nielsen Wulff .PhD thesis 2012, Aarhus University).

Der er ikke opstillet krav til hvilke personalegrupper, der kan fungere som forløbskoordinator, endsiige beskrevet at funktionen optimalt lægges på klart identificerbare personer frem for som et funktionsområde i en afdeling. Ydermere er der ikke etableret en ens funktionsbeskrivelse, men dette er overladt til de enkelte enheder at definere indhold og opgaver. Derfor kan der ikke på baggrund af evidens opstilles anbefalinger. Med denne reservation opstilles følgende ikke udtømmende liste over anbefalinger:

- Forløbskoordinatorfunktionen bør ligge på en tydeligt identificerbar personkreds med direkte adgang via telefon
- Forløbskoordinatoren bør have en sygeplejemæssig baggrund, da forløbskoordinationen omfatter tæt patient /pårørende kontakt i hele forløbet, inklusive rehabiliterings-og palliationsfasen, hvilket kræver sygeplejekompetence.
- Forløbskoordinatoren er en integreret del af MDT og bør deltage i alle MDT konferencer
- Forløbskoordinateors funktionsområder afgrænses på den enkelte afdeling men vil typisk omfatte: Vejledende samtaler i forbindelse med udrensningsprocedurer før skopi, første samtale efter endoskopisk fund af tumor, booking af billeddiagnostiske undersøgelser og forløbet derefter med MDT, svar i ambulatorium, operationsdato og ambulat mikroskopisvar og evt videre forløb. Specielt fokus på overgange mellem afdelinger og funktion som tovholder for patienten
- Forløbskoordinatoren kan overvåge, om forløbstiderne overholdes og påpege kapacitetsmæssige problemer i forløbet

Der er ikke etableret en egentlig formaliseret efteruddannelse for forløbskoordinatorer, men det bør overvejes. Lokalt har erfaringsudvekslingen mellem de forskellige kræftpakkers forløbskoordinatorer afdækket et sådant behov.

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Pakkeforløb for kolorektalcancer		
Forfattere: KTN	Gælder fra: 15. oktober 2012	Gælder til: 15. juni 2015

Multidisciplinær team konference

Det multidisciplinære team (MDT) består af beslutningsdygtige kolorektalkirurger, billeddiagnostiker, onkologer og patologer. Herudover deltager forløbskoordinatoren for bl.a. at sikre overgangene mellem afdelinger og hospitaler, samt efter behov andre involverede specialer f.eks. klinisk nuklearmedicin og klinisk genetik. Der afholdes MDT-konference mindst én gang om ugen .

MDT konferencen bør optimalt bestå af 2 dele: en beslutningskonference vedrørende behandling af nydiagnosticerede KRC patienter og en kvalitetskontrol- og efterbehandlingskonference for nyopererede patienter.

Ved beslutningskonferencen drøftes alle patienter med nydiagnosticerede endetarmskræft . Ligeledes anbefales det at alle nydiagnosticerede coloncancer patienter gennemgås, da laparoskopisk kirurgi og onkologiske protokoller med præoperativ kemoterapi fordrer en nøjagtig lokalisation af tumor og en billeddiagnostisk stadié inddeling.

Den postoperative kvalitetskontrol- og efterbehandlingskonference sikrer, at patologen kan give billeddiagnostikeren tilbagemelding på den præoperative stadiéinndeling med MR og CT scanning, ligesom kvaliteten af kirurgien kan vurderes. Hvad sidstnævnte angår, vurderes følgende parametre: antal fjernede lymfeknuder (mindst 12), frie resektionsrande (tumor celler > 1mm fra ikke-peritonealiserede resektionsflade), intakt mesocolon/mesorectum (Phil Quirke 1-3) og passende længde af resektatet.

Tilbud om onkologisk efterbehandling fastlægges og aftales ud fra gældende retningslinier (se relevant afsnit).

Det multidisciplinære samarbejde giver mulighed for tæt opfølgning og justering af påviste uhensigtsmæssigheder i patientforløbene og i den leverede kvalitet.