

2013-04-12

Seminarium 2013-03-21 Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård

INLEDNING, BAKGRUND

Suzanne Frank, 1:e vice ordförande i Södra Regionvårdsnämnden hälsade alla välkomna till dagens seminarium om Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård. I seminariet deltog Södra Regionvårdsnämndens ledamöter och ersättare samt tjänstemän m fl. Deltagarförteckning bifogas. ./.

Mef Nilbert, chef Regionalt cancercentrum syd tackade för att de fick förlägga diskussionerna till Södra Regionvårdsnämndens sammanträde samt presenterade representerade Socialstyrelsen, professionen och patientföreträdare.

I Nationella riktlinjer för bröst-, prostata- och tjocktarms- och ändtarmscancervård finns följande dokument att tillgå:

Nationella riktlinjer (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-29>)

- Stöd för styrning och ledning (tryckt version)
- Tillstånds- och åtgärdslistor
- Vetenskapligt underlag
- Appendix – målnivåer (tryckt version)

Nationell utvärdering (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-6>)

- Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning (tryckt version)
- Indikatorer och underlag för bedömning (tryckt version)
- Indikatorbeskrivning
- Landstingsprofiler

Arvid Widenlou, Socialstyrelsen informerade om att riktlinjerna publicerades i början av mars 2013. Dessa riktlinjer är en uppdatering av de som kom 2007. Riktlinjerna är ett stöd för styrning och ledning inom hälso- och sjukvården på alla nivåer för att ge rätt behandling. Rekommendationerna bör påverka fördelningen av resurserna och hur de fördelas efter hög respektive låg prioritering, dvs att mer resurser fördelas till de tillstånd och åtgärder som fått hög prioritering och mindre till de som fått låg prioritering. Riktlinjerna handlar om vad vården ska erbjuda.

Arbetet med rekommendationerna börjar med ett avgränsningsarbete och för detta behövs kunskap om praxisskillnader, höga kostnader och tveksamhet om nytta, etiskt svåra frågor samt oenighet inom professionen, att formulera frågeställningar, samla bästa tillgängliga kunskap samt att prioritera.

Utifrån de Nationella riktlinjerna från 2007 har frågeställningar formulerats och därefter samlat bästa kunskap och sedan prioriterat. Det har varit 100 experter involverade sedan 2011. År 2012 gick man in i prioriteringsfasen och samlade in nomineringar till prioriteringsgrupp. För att prioritera användes en 10 gradig skala där 1 var högsta prioritet och 10 var lägsta prioritet.

I prioriteringsarbetet är tillståndets svårighetsgrad viktigast, därefter kommer åtgärdens effekt och sedan kostnadseffektiviteten. Det handlar om den effekten man vinner i överlevnad och hur mycket kostar detta. Måste väga detta mot andra åtgärder som finns i skalan. Prioriteringsgruppens huvuduppgift är att värdera vilket som är mest värdefullt att ta till vara.

Socialstyrelsen är tacksam för synpunkter senast 1 juli 2013 till nr.cancer2013@socialstyrelsen.se . Slutversionen kommer våren 2014.

Mef Nilbert har sammanfattat dagen i bifogade minnesanteckningar.

./.

Rita Jedlert
Direktör

Den 21 mars 2013 arrangerade Södra Regionvårdsnämnden och RCC Syd ett regionalt seminarium kring de nationella riktlinjer och uppföljningar för bröst- prostata-, tjock- och ändtarmscancer som publicerades 130306 (www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-29).

Vid seminariet medverkade

- politiker och beslutsfattare
- profession – företräd av experter som ansvarat för de vetenskapliga underlagen i riktlinjerna samt av regionala och lokala patientprocessledare inom RCC Syd
- patientföreträdare
- anställda vid RCC Syd
- anställda vid Socialstyrelsen som medverkat i arbetet med riktlinjer, målnivåer och öppna jämförelser

De nu presenterade riktlinjerna vid bröst- prostata- tjocktarms- och ändtarmscancervård är på remiss under våren 2013. Översiktligt presenterades nyckelpunkter av faktaansvariga/patientprocessledare* inom de olika diagnoserna och de förväntade implikationerna av riktlinjerna för hälso- och sjukvården i Södra sjukvårdsregionen diskuterades. Observera att dokumentationen är omfattande och att flera nya riktlinjer (tex nya läkemedelsbehandlingar) pga lägre prioritet inte diskuteras nedan, men finns med i dokumentet och blir aktuella i rutinsjukvård.

Nyckelpunkter över samtliga fyra diagnoser

- 1) **Alla patienter med bröst- prostata- tjocktarms- och ändtarmscancer ska erbjudas multidisciplinär terapi (MDT)-konferens i samband med diagnos (Prio 3)**

Rekommendation motiveras av att MDT-konferens skapar förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient. Vid öppen jämförelse erbjuds idag 93% av bröstcancerpatienterna i riket MDT-konferens inför behandlingsstart. Samtliga 4 landsting/regioner inom RCC Syd ligger på 97-99%. Vid tjock- och ändtarmscancer är MDT-konferens aktuell såväl inför behandling som efter behandling. Variationerna i riket är stora med medeldeltagande på 52% respektive 70% för tjocktarmscancer och ca 80%, såväl före som efter kirurgi, vid ändtarmscancer. Inom RCC Syd ligger Halland lågt (20-50% deltagande) vid båda diagnoserna, medan Blekinge når hög andel patienter i MDT. Kronoberg och Skåne ligger kring rikssnittet, med undantag för MDT efter operation av ändtarmscancer.

Sammanfattningsvis kommer behovet av MDT-konferenser öka, ffa vid vid tjock- och ändtarmscancer.

I riktlinjerna definierar Socialstyrelsen också vilka kompetenser en MDT-konferens ska innehålla enligt figur 1.



Diagnos	Kompetenser vid multidisciplinär konferens
Bröstcancer	• Specialiserad bröstcancersköterska • Radiolog och morfolog • Kirurg • Onkolog (inom radioterapi eller medicinsk onkologi)
Prostatacancer	• Dispensär- eller kontaktsjuksköterska • Urolog • Onkolog • Eventuell diagnostisk kompetens
Tjock- och ändtarmscancer	• Kontaktsjuksköterska eller motsvarande • Radiolog • Patolog (åtminstone vid bedömning efter en operation) • Tjock- och ändtarmskirurg • Onkolog med inriktning på cancer i mag-tarmkanalen

2) Alla patienter med bröst- prostata- tjocktarms- och ändtarmscancer ska erbjudas kontaktsjuksköterska med måltal 100% (Prio 3).

Rekommendation motiveras av att MDT-konferens skapar förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient. Tillförlitligt mått saknas idag och det bör observeras att patienten vid byte mellan olika kliniker behöver överföras till en ny kontaktsjuksköterska. Tillgången på kontaktsjuksköterskor varierar inom regionen och mellan olika kliniker. Generellt är tillgången god i de tre aktuella diagnoserna, men kontaktsjuksköterskor saknas till stor del inom onkologi.

Sammanfattningsvis kommer antal kontaktsjuksköterskor behöva ökas, inom de aktuella diagnoserna, liksom vid andra cancerdiagnoser, vilket innebär att resurser behöver avsättas för personer med dessa uppdrag och vidareutbildningsbehov erbjudas.

3) Bröstcancer

Socialstyrelsens rapport lyfter flera punkter kring tex fastställd diagnos före primärbehandling, minskad andel omoperationer pga tumördata och översyn av kriterier för bröstbevarande kirurgi.

Vid seminariet diskuterades följande förändringar i behandlingspraxis (högprioriterade punkter):

- Hypofraktionerad strålbehandling som förkortad behandlingstiden från 5 veckor till 3 veckor (Prio 3)
- Strålbehandling för patienter med 1-3 axillkörtlar med metastas (Prio 3)
- Förbättrat omhändertagande av personer med risk för ärftlig bröstcancer med mutation i BRCA-generna i form av kontroller med MR, riskreducerande kirurgi och etablering av MDT (Prio 4)
- Neoadjuvant behandling för patienter med bröstcancer stadium II (Prio 4). Frågan är komplex då ökande användning av neoadjuvant behandling ökar möjligheten till bröstbevarande kirurgi, men också innebär operation med axillutrymning och därmed ökad risk för lymfödem. Ett flertal anpassningar i kliniska rutiner är nödvändiga för

att uppfylla Socialstyrelsens rekommendation, inklusive ett tätare multidisciplinärt samarbete kring patienter med nydiagnostiserad bröstcancer.

Sammanfattningsvis förväntas fler patienter med bröstcancer behöva strålbehandling, dock under kortare tid, strukturer för multidisciplinärt omhändertagande av individer med ärftlig cancer behöver tillskapas och ökande användning av neoadjuvant cytostatikabehandling förväntas.

4) **Kolorektalcancer**

Socialstyrelsens rapport lyfter punkter kring återfall efter behandling för ändtarmscancer och ökat deltagande i behandlingsstudier.

Vid seminariet diskuterades följande förändringar i behandlingspraxis (högprioriterade punkter):

- PET-CT som led i diagnostisk utredning (Prio 4).
- Laparoskopisk operation som har likvärdiga resultat och komplikationsfrekvens som öppen operation, men mindre morbiditet för patienten (Prio 2). Målnivå 50% laparoskopiskt opererade. Användande av robotkirurgi är en forsknings- och utvecklingsfråga (Prio FOU).
- Strukturerat PAD rekommenderas starkt (Prio 3) vid analys av kolorektalcancer och bedömningen bör innefatta mikrosatellitinstabilitet (Prio 4).
- Adjuvant behandling bör starta inom 8 veckor (Prio 4), kan ges 8-12 veckor efter operation (Prio 8), men bör inte ges senare än 12 veckor efter operation (Prio Icke-göra).
- Pallierande kemoterapi, eventuellt med tillägg av antikroppsbehandling prioriteras högt (Prio 4) i första linjen, men lågt i senare behandlingslinjer.
- Patienter med potentiellt resektabel sjukdom, tex levermetastaser, som kan opereras efter krympning, bör prioriteras för neoadjuvant behandling (Prio 4).

Sammanfattningsvis behövs ökade resurser, apparatur och utbildningsinsatser för PET-CT och laparoskopisk kirurgi vid tjock- och ändtarmscancer. Strukturella förändringar för patologianalys och tillägg av sk MSI-analys krävs och organisatoriska förändringar krävs för att erbjuda patienter adjuvant behandling inom 8 veckor efter operation. Medicinsk onkologisk behandling som syftar till bot prioriteras högt, liksom första linjens behandling vid metastaserad sjukdom, medan senare linjers behandling får låg prioritet.

Prostatacancer

Antalet män med prostatacancer ökar. Socialstyrelsen lyfter fram behov av rationell PSA-testning, överbehandling av lågrisk prostatacancer, underutnyttjande av kurativt syftande behandling högriskcancer och underanvändning av taxaner vid kastrationsresistent prostatacancer. Vid seminariet diskuterades följande praxisförändringar (högprioriterade punkter):

- Över hälften av svenska män PSA-testas trots att screening inte rekommenderas. Man över 50 år som önskar PSA prov efter strukturerad information har Prio 4. Organiserad information och PSA-testning bör utvärderas, eftersom nuvarande osystematiska testning är utbredd, onödigt resurskrävande och ofta sker utan information.
- Ökad aktiv monitorering vid lågrisk prostatacancer (Prio 3). I denna grupp sker idag en betydande överbehandling.
- Ökad kurativt syftande behandling vid högriskcancer – samma prioritet (Prio 3) för kirurgi och strålbehandling. Denna grupp underbehandlas idag.
- Ökad medicinsk behandling med docetaxel vid metastaserande, kastrationsresistent prostatacancer (docetaxel, Prio 4).

Sammanfattningsvis ökar antalet män med prostatacancer. Rationell PSA-testning kan spara resurser. Aktiv monitorering av lågriskcancer ökar behovet av redan idag ansträngda öppenvårdsresurser inom urologi, men minskar behovet av kirurgi och strålbehandling. Ökande kurativ behandling av högriskcancer ökar behovet av kirurgi och strålbehandling. Ökande användning av medicinsk behandling vid kastrationsresistent prostatacancer medför såväl ökande kostnader för läkemedel, som ökad resursåtgång för palliativ vård inom onkologi och urologi.

Lund 130325
Mef Nilbert, chef RCC Syd

*Lisa Ryden, Kir. Klin, SUS, Per Malmström, Onk. Klin. SUS, Niklas Loman, Onk. Klin., SUS, Monika Sjövall, Kir. Klin., Karlskrona, Staffan Weiber, Kir. Klin., SUS, Gudrun Lindmark, Kir. Klin., Helsingborg, Björn Olsson, Kir. Klin., Karlskrona, Anders Johnsson, Onk. Klin., Helsingborg, Ola Bratt, Kir. Klin., Helsingborg, Rolf Lundgren, Kir. Klin., Helsingborg