

**Regionuppdrag för hälso- och sjukvård vid
bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer
2014 - 2015**

Diariernr: RS 2418-2012

Datum: 2014-05-20

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Handläggare: Anna Karevi Verdoes
Telefon: 070-9589771
E-post: anna.verdoes@vgregion.se

Regionuppdrag för hälso- och sjukvård vid bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer 2014 - 2015

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fastställt nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården vid bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer i april 2014. Regionen har under de senaste åren utvecklat ett arbetssätt för att ta hand om och stödja implementeringen av nya nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården. Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av regionstyrelsen och som ges till hälso- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen. Syftet med regionuppdragen är att skapa en tydlig gemensam inriktning av vården i regionen, att främja en god vård på lika villkor i regionen samt att ge vägledning och stöd för en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Förslaget till regionuppdrag har utarbetats av hälso- och sjukvårdsavdelningen tillsammans med regionalt cancercentrum inklusive regionala processägare och representanter för berörda förvaltnings- och verksamheter och medicinska sektorsråd.

Förslaget till regionuppdrag innehåller både gemensamma och specifika åtgärder för ett urval av de totalt 290 rekommendationer som de nationella riktlinjerna innehåller.

Hälso- och sjukvården bör alltid bedöma olika behandlingsalternativ för personer med bröstcancer, prostatacancer med hög risk eller tjock- eller ändtarmscancer i en multidisciplinär konferens. Bedömning vid en multidisciplinär konferens skapar förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient. Hälso- och sjukvården bör även erbjuda en kontaktsjuksköterska till alla personer med bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer. Uppföljning av en kontaktsjuksköterska, som bland annat kan ge psykosocialt stöd, har betydelse för patientens upplevelse och bearbetning av sin sjukdom och situation. Åtgärden kan dessutom minska onödigt långa väntetider.

Det är sedan tidigare standard att förbehandla kvinnor med bröstcancer i stadium III och IV med läkemedel inför operation (så kallad neoadjuvant behandling). Socialstyrelsen rekommenderar nu att hälso- och sjukvården erbjuder samma behandling även till kvinnor med bröstcancer i stadium II med aggressiv tumörtyp, eftersom behandlingen gör att fler kan opereras med bröstbevarande kirurgi. Exempel på andra viktiga rekommendationer är att hälso- och sjukvården bör behandla kvinnor som har opererats med bröstbevarande kirurgi med så kallad hypofraktionerad strålbehandling.

Socialstyrelsen rekommenderar bland annat att hälso- och sjukvården erbjuder aktiv monitorering som det primära behandlingsalternativet vid prostatacancer med låg eller mycket låg risk. Exempel på andra viktiga rekommendationer är att hälso- och sjukvården bör utöka den kurativa behandlingen med fler behandlingsalternativ vid prostatacancer med hög risk, eftersom behovet av tidig botande behandling är stort.

En viktig rekommendation är att hälso- och sjukvården bör erbjuda PET-DT inför kurativt syftande operationer till personer med tjock- eller ändtarmscancer som är spridd till närliggande organ (lokalt avancerad). Hälso- och sjukvården bör också operera personer med tjock- eller ändtarmscancer med antingen öppen eller laparoskopisk kirurgi (titthålsoperation). En ökad andel operationer med laparoskopisk teknik kommer att kräva stora utbildningsinsatser.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader på kort sikt för hälso- och sjukvården. Kostnadsökningen bedöms som måttlig. En del av kostnaderna kommer från investeringar i teknisk utrustning eller utbildning av personal och en del kommer till följd av ökad läkemedelsanvändning. Däremot kommer hälso- och sjukvården att kunna minska en del av de initiala kostnaderna genom att ge rätt behandling till rätt patient.

Socialstyrelsen har i samband med arbetet med dessa riktlinjer uppdaterat och kompletterat befintliga indikatorer i riktlinjerna från 2007. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

För vissa av indikatorerna finns även målnivåer. Målnivåerna talar om hur stor andel av patienterna med ett specifikt tillstånd som bör få en viss åtgärd, eller vilka resultat vården bör uppnå.

De regionala och lokala processägarna har ansvar för att driva på och följa upp insatserna i regionuppdraget men ansvar för själva genomförandet av de olika åtgärderna ligger i linjen.

Innehåll

Inledning.....	4
Arbetsgrupp.....	4
Generellt uppdrag.....	5
Särskilda åtgärder.....	5
Gemensamma åtgärder.....	5
Multidisciplinära konferenser (MDT).....	5
Kontaktsjuksköterskor.....	7
Ledtider vid utredning.....	8
Det nödvändiga samtalet.....	10
Bröstcancer.....	10
Neoadjuvant behandling inför bröstbevarande kirurgi (B22 a).....	10
Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer (B24).....	11
Primär bröstrekonstruktion med implantat (B038-39).....	12
Hypofraktionerad strålbeh för kvinnor med bröstcancer opererad med bröstbevarande kirurgi (B048).....	12
Bröstcancer, 1-3 regionala lymfkörtelmetastaser, efter mastektomi (B050).....	13
Dostät kemoterapi, taxaner eller antracykliner (B054).....	13
Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister.....	14
Tjock- och ändtarmscancer.....	14
PET-DT vid avancerad cancer (K022, K098).....	15
Laparoskopisk operation (K041, K044).....	16
Peritonektomi (K105) + lokal läkemedelsbehandling i bukhålan.....	16
Adjuvant cytostatikabehandling efter operation (K78-80-88B).....	17
Prostatacancer.....	18
Aktiv monitorering (P41).....	18
Kurativ behandling vid högrisk cancer (P101).....	19
Docetaxel vid kastrationsresistent sjukdom (P88).....	19
Strålbehandling efter operation, salvage (P111).....	20
Stöd för implementering.....	21
Genomförande och uppföljning.....	21
Indikatorer för uppföljning av regionuppdrag under 2014 – 2015.....	21
Tillkommande kostnader - sammanfattning.....	22
Fördelning av tillkommande kostnader per förvaltning.....	23
Utmönstring.....	24
Bröstcancer.....	24
Tjock- och ändtarmscancer.....	24
Prostatacancer.....	25

Inledning

Socialstyrelsen har fastställt nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården vid bröst-, tjock- och ändertarms- samt prostatacancer i april 2014.

Regionen har under de senaste åren utvecklat ett arbetssätt för att hand om och stödja implementeringen av nya nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården. Detta arbetssätt kallas regionuppdrag (f d ägaruppdrag). Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av regionstyrelsen och som ges till hälso- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen. Syftet med regionuppdragen är att skapa en tydlig gemensam inriktning av vården i regionen, att främja en god vård på lika villkor i regionen samt att ge vägledning och stöd för en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Genom en systematisk uppföljning av regionuppdragets tillämpning kan en ökad följsamhet uppnås och ett lärande för fortsatt utveckling ske.

Invånarnas levnadsvanor påverkar sjukdomsutvecklingen både vad gäller förekomst av olika sjukdomar och antalet individer som nyinsjuknar. Hälso- och sjukvården i regionen har en viktig uppgift i att främja goda levnadsvanor och att förebygga sjukdomar. Det är angeläget att vården utvecklar verkningfulla arbetssätt för både primär- och sekundärprevention.

Regionuppdraget för de aktuella cancersjukdomarna behandlar områden där det finns behov av tydlig vägledning och stöd från ägaren för implementering av de nationella riktlinjerna i regionen. I regionuppdraget anges åtgärder för att successivt anpassa vårdpraxis i regionen till de nationella riktlinjerna under 2014 och 2015.

Arbetsgrupp

Arbetet med regionuppdraget har genomförts av en projektgrupp med följande medlemmar:

Bo Hallin	hälso- och sjukvårdsstrateg	HSA
Ulf Angerås	medicinsk rådgivare	HSA
Claes Jönsson	överläkare	RCC
Karin Braide	överläkare onkologi	SU
Nils Conradi	verksamhetschef	RCC
Jan-Erik Damber	överläkare urologi	SU
Zakaria Einbeigi	sektionschef onkologi	SU
Kajsa-Mia Olsson Holgers	medicinsk rådgivare	HSNK
Ann-Sofi Isaksson	utvecklingsledare	RCC
Per Karlsson	områdeschef, område 5	SU
Roger Olofsson	processägare bröstcancer	SU
Susanne Ottosson Lönn	överläkare onkologi	SU
Stefan Skullman	överläkare kirurgi	SKAS
Ali Khatami	verksamhetschef urologi	SU
Marie Lindh	verksamhetschef onkologi	SU
Hans Lönroth	verksamhetschef kirurgi	SU
Per Sjöli	utvecklingsledare	RCC
Agneta Hamilton	ordf sektorsråd allmänmedicin	Ytterby vårdcentral
Elisabet Löfdahl	överläkare	Alingsås lasarett
Malgorzata Soja	överläkare radiologi	SKAS
Bodil Dower	patientrepresentant	
Ingrid Kössler	patientrepresentant	
Monica Ericson Sjöström	chefläkare	Närhälsan
Karin Lendenius	Läkemedelschef	HSA
Anna Karevi Verdoes	Utvecklingsledare	HSA

Generellt uppdrag

Regionuppdraget innebär ett generellt uppdrag till berörda utförare och beställare i regionen att successivt implementera de nya nationella riktlinjerna för vården vid bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer. De nationella riktlinjerna bör vara helt implementerade i vårdpraxis senast under 2015. Berörda utförare ansvarar för att verksamheten följer detta regionuppdrag och successivt anpassas till de nationella riktlinjerna. De särskilda åtgärder som redovisas nedan beskriver riktade insatser som föreslås genomföras för att stödja implementeringen. De aktuella resurstillskotten skall innebära motsvarande förstärkningar av resurserna i de berörda verksamheterna och skall användas för att förbättra verksamheternas kvalitet och kapacitet i enlighet med detta uppdrag. Några neddragningar av motsvarande resurser i berörda verksamheter får inte genomföras under 2014 – 2015. Regionuppdragets implementering följs upp fortlöpande och redovisas i den årliga uppföljningsrapporten för ordnat införande.

Särskilda åtgärder

I de särskilda åtgärderna ingår åtgärder och aktiviteter 2014 – 2015 för att förbättra diagnostik och behandling av patienter med bröst-, tjock- och ändtarms- samt prostatacancer. Dessa åtgärder beskrivs under respektive cancerform nedan.

Gemensamma åtgärder

Här föreslås tre åtgärder som är gemensamma för de aktuella diagnosgrupperna, multidisciplinära konferenser, kontaktsjuksköterskor och ledtider för utredning på sjukhus.

Multidisciplinära konferenser (MDT)

I en multidisciplinär konferens gör specialister inom olika medicinska områden, till exempel kirurgi, onkologi, patologi, cytologi, bildmedicin, palliativ medicin och omvårdnad, en samlad bedömning av aktuella patienters situation och vilken typ av fortsatt utredning och behandling som är lämplig för respektive patient.

Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården

- erbjuda personer med bröst-, tjocktarms- och ändtarmscancer, samt personer med avancerad prostatacancer en bedömning vid multidisciplinär konferens (prioritet 3)
- erbjuda personer med begränsad metastasering av tjock- och ändtarmscancer bedömning vid multidisciplinär konferens (prioritet 3)

För att uppfylla Socialstyrelsens rekommendationer om multidisciplinära konferenser behövs dels tillskott av vissa specialistresurser och dels en utbyggnad av infrastrukturen för telemedicinska multidisciplinära konferenser i regionen.

	Kompetenser vid multidisciplinär konferens enligt Socialstyrelsens rekommendation
Bröstcancer	<ul style="list-style-type: none">• Kontaktsjuksköterska eller motsvarande• Radiolog• Patolog• Kirurg• Onkolog med inriktning på bröstcancer
Prostatacancer	<ul style="list-style-type: none">• Kontaktsjuksköterska eller motsvarande• Urolog• Onkolog med inriktning på urologisk cancer• Eventuell diagnostisk kompetens

Tjock- och ändtarmscancer	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktsjuksköterska eller motsvarande • Radiolog • Patolog (åtminstone vid bedömning efter en operation) • Tjock- och ändtarmskirurg • Onkolog med inriktning på cancer i mag-tarmkanalen
---------------------------	--

Följande kompletteringar av specialistresurserna behöver göras för att kunna erbjuda bedömning vid multidisciplinär konferens.

	SÅS	Kungälv	NU	ALS	SkaS	SU	Totalt
Bröst	Patolog 10%	-	Onkolog 10%	-	Komplett	Onkolog 40% Radiolog 30% Kirurg 30% Ssk 30%	Patolog 10% Onkolog 50% Radiolog 30% Kirurg 30% Ssk 30%
Prostata	Onkolog 20%	-	Onkolog 20%	-	Onkolog 20%	Onkolog 40% Ssk 30%	Onkolog 100% Ssk 30%
Tjock- och änd-tarm	Patolog 10% Onkolog 20%	Patolog 5% Radiolog 5% Onkolog 10%	Onkolog 20%	Onkolog 10%	Onkolog 20%	Patolog 15% Onkolog 80% Ssk 30%	Patolog 30% Radiolog 5% Onkolog 160% Ssk 30%
Totalt	Patolog 20 % Onkolog 40%	Patolog 5% Radiolog 5% Onkolog 10%	Onkolog 50%	Onkolog 10%	Onkolog 40%	Patolog 15% Radiolog 30% Onkolog 160% Ssk 90%	Patolog 40% Radiolog 35% Onkolog 310% Ssk 90%

Åtgärd

- För att på kort sikt kunna tillgodose behoven i VGR behöver det tas fram nya arbetsformer och arbetssätt, t ex genom att nyttja telemedicin. De regionala och lokala processägarna ansvarar för att ta fram förslag på lösningar för att tillgodose det lokala och regionala behovet. För beslut och förankring i linjeorganisationen rapporteras till Hälso- och sjukvårdsdirektören.
- För att kunna genomföra multidisciplinära telemedicinska konferenser mellan sjukhusen i regionen behöver infrastrukturen för dessa konferenser byggas ut och moderniseras på berörda sjukhus och regiongemensamt. Ett förslag har utarbetats om en utbyggnad av infrastrukturen under 2014 – 2016 till en beräknad kostnad av 4 mnkr per år. Förslaget behandlas inom ramen för de strategiska utrustningsinvesteringarna 2014. Initiativ till samverkan med Chalmers och GU inom området bör tas.
- För att långsiktigt kunna möta de kompetensbrister som finns måste behoven beaktas i de kompetensförsörjningsplaner som tas fram för regionen. Det kommer även att göras en särskild utredning av onkologibehovet inom regionen i RCC:s regi på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören (RS 780-2014).

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Komplettering av specialistresurser för MDT.

Kategori	Omfattning i heltid	Beräknad tillkommande kostnad per år
Patolog	0,4	0,4 mnkr
Radiolog	0,35	0,35 mnkr
Onkolog	3,1	3,2 mnkr
Sjuksköterska	0,9	0,4 mnkr
Summa kostnad per år		4,4 mnkr

Kostnader avseende telemedicinsk utrustning hanteras inom ramen för de strategiska utrustningsinvesteringarna. Ingår i processägarnas uppdrag att arbeta med uppföljning av ledtider och att ta fram förslag. Ansvar för verkställighet och implementering ligger i linjen.

Kontaktsjuksköterskor

Den nationella cancerstrategin styrker att varje patient ska erbjudas en kontaktperson på den cancer-vårdande kliniken med syfte att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten och att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården (SOU 2009:11). Sedan 2010 finns en lagstadgad rätt till fast vårdkontakt (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har enats om en gemensam generell beskrivning av kontaktsjuksköterskans roll och funktion. Enligt den är kontaktsjuksköterskan en tydlig kontaktperson i sjukvården, med ett övergripande ansvar för patienten och de närstående. Beskrivningen togs fram inom projektet Ännu bättre cancervård och finns i projektets slutrapport (2012).

Målet är att varje ny tillkommande patient ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården

- erbjuda personer med bröst-, prostata-, tjock- och ändtarmscancer tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska eller motsvarande som också kan ge psykosocialt stöd och råd om symtomlindring (prioritet 4).

I det fortsatta arbetet bör vårdprocessgrupperna förtydliga innehållet i de diagnosspecifika funktionerna kontaktsjuksköterska. Det som är gemensamt och vad som bör vara diagnosspecifikt.

Vid sjukhusen i regionen finns sjuksköterskor inom cancervården som idag fungerar som kontaktsjuksköterskor. Verksamheterna själva uppger att det totalt saknas ca 15 kontaktsjuksköterskor i VGR för de cancergrupper som riktlinjerna omfattar. Dessutom finns utbildningsbehov hos de kontaktsjuksköterskor som redan finns idag.

Regional cancercentrum Väst planerar tillsammans med universitet och högskolor i regionen att erbjuda en utbildning Kontaktsjuksköterska i cancervård (7,5 hp) för kontaktsjuksköterskor med start hösten 2014. Chalmers erbjuder även en utbildning Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor (15 hp).

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Behov av utökning av kontaktsjuksköterskor per förvaltning och process.

Antal tjänster heltid	SÄS	NU	SkaS	SU	Totalt
Bröst	1,5	0,5	1	4	7
Prostata	1,5	0,5	1,5	3	6,5
Tjock- och ändtarm	0,5	1,5	1,5		3,5
Totalt	3,5	2,5	4	7	17

Uppdaterad tabell 141030

Utbildningsinsats:

Kostnad för 7,5 p: 10 800 kr/deltagare (finansieras via RCC hösten 2014)

Kostnad för 15 p: 40 000 kr/deltagare (finansieras ev via RCC våren 2015)

- Erbjud 7,5 hp ca 10 personer per termin specifikt för dessa processer, innebär att 20 sjuksköterskor per år får utbildning. Total tillkommande kostnad ca 200 tkr per år.
- Erbjud 15 hp till ca 15 personer specifikt för dessa processer. Total tillkommande kostnad ca 300 tkr per år.

Utöver själva kostnaden för utbildningen tillkommer kostnader för förvaltningarna för att ersätta med vikarier den tid sjuksköterskorna deltar i utbildning. För 7,5 hp ca 12 dagar och för 15 hp ca 24 dagar. Beräknad kostnad för vikarier totalt ca 1,3 Mnkr år.

Totalt tillkommande kostnad för utbildning uppskattas till 1,8 Mnkr per år.

Fördelning av utbildningsplatser per förvaltning:

Utbildning	SÅS	NU	SkaS	SU
7,5 hp (Totalt 20 platser under 2015)	4	4	4	8
15 hp (Totalt 15 platser under 2015)	3	3	3	6

Ledtider vid utredning

Ledtider vid utredning av cancer är viktiga både av medicinska och psykologiska skäl och är ett mått på vårdens kvalitet. En fortlöpande uppföljning och utvärdering av ledtiderna är en uppgift för ledningarna både på lokal och regional nivå. Vid behov bör åtgärder vidtas för att minska ledtiderna för att korta tiden fram till start av behandling så att de uppfyller beslutade regionala måttal.

Medianväntetid vid fyra cancerdiagnoser (Källa: Väntetider i cancervården, Delrapport oktober 2013, Socialstyrelsen)

Diagnos	Mät punkt från	Mät punkt till	Mediantid i dagar	Regionala mål	Utgångsläge 2013
Bröstcancer	Första specialistbesök(1)	Behandlingsstart	VGR: 21 Riket: 21	80% inom 2 v från spec besök(diagnos) till behandling Från känt knöl/ mammoscreening till första spec besök(diagnos) 2 v för 80% och 6 v för 100%	24% Ej känt?
Prostatacancer*	Remissbeslut	Behandlingsstart	VGR: 136 Riket: 177	Tid mellan inremiss och första besök högst 60 dagar Tid mellan biopsi till PAD-besked till patienten högst 18 dagar	81,1% inom 60 dagar 23,3% inom 18 dagar
Tjocktarmscancer	Remissbeslut	Behandlingsstart	VGR: 43 Riket: 41	Från diagnos till behandlingsstart inom 6 v för 90%	71%
Ändtarmscancer	Remissbeslut	Behandlingsstart	VGR: 57,5 Riket: 57	Från diagnos till behandlingsstart inom 6 v för 90%	31%

(1) Uppgift om remissbeslut saknas

(2) Patienter med intermediär och hög risk

Flaskhalsar inom prostataprocessen är bl a patologin och remisshandlingen. Inom tjock- och ändtarmscancer finns behov av utökad operationstid på SU Östra.

Utveckling ledtider för de olika cancerformerna

Tid från remissbeslut till behandlingsstart, bröstcancer.

Median, antal dagar	2010	2011	2012	2013
NU	19	20	20	20
SÅS	27	27	27	27
SKAS	16	16	20	16
SU	29	23	22	21
VGR	24	22	22	21
Riket	21	21	21	20

Tid från remissbeslut till behandlingsstart, koloncancer.

Median, antal dagar	2010	2011	2012	2013
NU		42	43	42
SÅS		46	43	38
SKAS		36	34	34
SU		52	50	50
VGR		44	43	43
Riket		42	42	42

Tid från remissbeslut till behandlingsstart, rektalcancer.

Median, antal dagar	2010	2011	2012	2013
NU		64	59	67
SÅS		52	56	56
SKAS		54	60	53
SU		68	67	68
VGR		63	61	64
Riket		61	61	70

Tid från remissbeslut till behandlingsstart för patienter med prostatacancer intermediär och hög risk.

Median, antal dagar	2010	2011	2012	2013
NU	181	176	117,5	152
SÅS	123,5	118,5	132	139,5
SKAS	138	112	153,5	166
SU	160	153	122,5	134,5
VGR	151	139,5	124	142,5

Åtgärd

- Processansvariga tar ansvar för att kontinuerligt följa fastställda indikatorer för ledtider i förhållande till uppsatta mål och att rapportera dessa till ansvariga på förvaltningarna.
- Processansvariga på både regional nivå och på förvaltningsnivå ansvarar för att ta fram förslag till förbättringar i processen för att förbättra ledtiderna och kommunicera dessa med berörda samt initiera ett genomförande av förbättringsåtgärder. Viktigt att beakta säsongsvariationer och de problem som kan uppstå på sommaren.

- Utvecklingsarbete genom ”Dynamisk simulering av bröstcancerprocessen”, samarbete med Chalmers.
- Ingår i processägarnas uppdrag att arbeta med uppföljning av ledtider och att ta fram förslag. Ansvar för verkställighet och implementering ligger i linjen.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Bedöms inte innebära några tillkommande kostnader utan ligger inom ramen för processansvarigas och förvaltningarnas ansvar.

Det nödvändiga samtalet

Den nationella cancersstrategin och Socialstyrelsens vägledning och riktlinjer för god palliativ vård 2013 påtalar vikten av läkarsamtal med patient och närstående där information ges om sjukdom och prognos. Av särskilt stor vikt är detta i livets slutskede. Samtalen kallas då ofta för ett brytpunktssamtal till vård i livets slutskede (prioritet 1). Detta föregås av en brytpunktbedömning där läkare, ofta i samråd med vårdteamet, tar ställning till att patientens förutsättningar och vårdinriktning har ändrats. Läkare inom cancervården måste få utbildning kring ”det nödvändiga samtalet” och vårdens organisation och struktur måste möjliggöra att denna typ av samtal hålls med patienter och närstående. Information till patient och närstående är också en nödvändig förutsättning för vidare remittering till palliativ vård. Åtgärder för detta beskrivs i Regionuppdraget för palliativ vård (RS 532-2011).

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste tumörsjukdomen hos kvinnor och svarar för cirka 30 procent av alla nydiagnostiserade cancerfall i Sverige – 8 000 kvinnor får diagnosen varje år. Insjukandet i bröstcancer har fördubblats sedan 1960. Samtidigt har medianöverlevnaden vid metastaserad bröstcancer successivt ökat sedan 1970-talet och ligger i dag på cirka 2 år, men med längre överlevnad hos yngre personer. Prognosen för bröstcancer i Sverige är i internationella jämförelser mycket god. Förutom operation av primärtumören är förbättrade diagnostiska instrument, införandet av allmän hälsoundersökning med mammografi, användning av läkemedel efter operation samt strålbehandling viktiga bidrag till denna utveckling.

Neoadjuvant behandling inför bröstbevarande kirurgi (B22 a)

Diagnoskod C50.9, åtgärdskod: DT 116(Z51.1) Prioritet: 4 (2007:fanns ej med)

I syfte att minska en tumörs storlek och på så vis underlätta eller möjliggöra en operation kan hälso- och sjukvården ge förbehandling (neoadjuvant behandling) med cytostatika eller målriktade läkemedel. Behandling med cytostatika är dock mer studerat än behandling med målriktade läkemedel. Behandling med cytostatika och målriktade läkemedel har, oavsett om behandlingen ges före eller efter operation, samma effekt på minskad dödlighet i sjukdomen. Däremot gör en läkemedelsbehandling innan operation det möjligt att få information om huruvida behandlingen har resulterat i att alla bröstcancerceller är borta, med hjälp av den patologiska analysen av den bortopererade vävnaden (operationspreparatet). För personer med lokalt avancerad bröstcancer kan alltså förbehandling med läkemedel vara ett sätt att möjliggöra en operation. I andra fall kan en förbehandling leda till att ingreppet blir mindre och att man kan erbjuda ett bröstbevarande ingrepp i stället för att hela bröstet tas bort.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med bröstcancer i stadium II med aggressiv tumörtyp förbehandling med cytostatika i syfte att minska tumörens storlek inför bröstbevarande kirurgi (prioritet 4)
- erbjuda personer med HER2-positiv bröstcancer i stadium II förbehandling med cytostatika och trastuzumab i syfte att minska tumörens storlek inför bröstbevarande kirurgi (prioritet 4).

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger samma effekt som läkemedelsbehandling efter operation men också att en ökad andel personer med bröstcancer kan genomgå bröstbevarande kirurgi. Åtgärden innebär dock att fler personer behöver genomföra lymf-körtelutrymning för att säkerställa att sjukdomen inte är spridd till armhålan.

Åtgärd

Öka andelen som får neoadjuvant behandling från dagens 4 procent till 10 procent.

Att öka andelen som får denna behandling till 10 procent innebär behandling av ytterligare ca 80 patienter. Medför ca 320 nya läkarbesök och ca 80 nya biopsier och ställer krav på utökad resurs av kirurgi, onkolog, patologi och sjuksköterska.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter:

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge 2012	Kostnad per enhet	Summa kostnad
80 patienter fler per år	Ca 40	Ca 25 tkr (inkl kostnad för läkarbesök, biopsi). Ingen tillkommande kostnad för cytostatikabehandling, ges före istället för efter operation.	2,0 mnkr per år

Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer (B24)

Diagnoskod: C50.9 + C77-C79, åtgärdskod: HAA10 Prioritet: 4 (2007: fanns ej med)

För att vid ett återfall med metastaserad sjukdom kunna ta ställning till vilken behandling som passar för den enskilda personen är det viktigt att hälso- och sjukvården genomför nya vävnadsprov för att kunna jämföra med prov från den ursprungliga tumören. Den läkemedelsbehandling som har använts efter operationen av primärtumören är inte alltid den som är bäst vid ett återfall.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda nya vävnadsprover med en analys av hormonreceptorer och HER2 till personer med metastaserad bröstcancer inför ställningstagande till läkemedelsbehandling (prioritet 4).

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden förändrar handläggningen hos ungefär 15 procent av patienterna. Det innebär att hälso- och sjukvården kan ge rätt behandling till rätt patientgrupp.

Åtgärd

Öka andelen som får ta vävnadsprov från dagens 10 procent till 50 procent. Antalet patienter med metastas uppskattas till ca 200 per år. Målsättningen är att det ska erbjudas till alla men av olika medicinska skäl bedöms 50 procent som en rimlig nivå. Innebär biopsi, PAD och dagvård för ytterligare 80 patienter per år.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Uppskattad ökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
80 patienter fler per år	20 patienter	30 tkr	2,4 mnkr

Primär bröstrekonstruktion med implantat (B038-39)

Diagnoskod: D05.9 in situ? Fler diagnoser, Åtgärdskod: HAE Prioritet: 6 (2007: fanns ej med)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda primär bröst- rekonstruktion med implantat för patienter med bröstcancer, DCIS eller invasiv (prioritet 6)

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.

Åtgärd

Öka andelen patienter som behandlas med primär bröstrekonstruktion till 5 - 10 procent. Kräver ökade resurser inom plastikkirurgin och samordning med bröstkirurgin. Pågår ett särskilt regionalt arbete om plastikkirurgin och denna fråga behandlas i samband med det.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Motsvarar en ökning på 25 antal patienter. Detta ställer krav på ökad operationsresurs på SU och att kirurger från alla sjukhus kommer till SU vilket medför produktionsbortfall på hemmasjukhuset. Finns anledning att tro att antalet patienter som får denna behandling kommer att öka succesivt.

Hypofraktionerad strålbeh för kvinnor med bröstcancer opererad med bröstbevarande kirurgi (B048)

Diagnoskod: C50.9, åtgärdskod: DV071 (Z51.0) Prioritet: 3 (2007: fanns ej med)

För kvinnor som opererats med bröstbevarande kirurgi är det standardbehandling att erbjuda strålbehandling mot kvarvarande bröst. Vilken effekt en strålbehandling har på en tumör beror på vilken stråldos som har getts vid varje behandlingstillfälle (så kallad fraktionsdos) samt hur ofta behandlingen har getts. Om fraktionsdosen ökas måste antalet behandlingar minskas för att behandlingen ska få samma effekt på tumören och den normala vävnaden. Det finns i dag studier som visar att så kallad hypofraktionering (då man ger större dos vid varje behandling men vid färre tillfällen) har samma biologiska effekt på tumörvävnad som konventionell strålbehandling (det vill säga med en lägre fraktionsdos).

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda strålbehandling med hypofraktionering mot bröstet till kvinnor med bröstcancer som har genomgått bröstbevarande kirurgi (prioritet 3).

Avgörande för rekommendationen är att hypofraktionering ger likvärdig nytta för patienten som konventionell strålbehandling. Åtgärden innebär en ökad överlevnad med cirka 3 procentenheter hos lå-

griskpatienter och cirka 10 procentenheter hos högriskpatienter efter 15 år. Fördelen med hypofraktionering är att behandlingen genomförs vid färre tillfällen och under en kortare period, jämfört med konventionell strålbehandling, vilket är till nytta för både patienten och hälso- och sjukvården.

Åtgärd

Färre antal strålbehandlingar.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Minskade kostnader för strålbehandlingar motsvarar sannolikt de ökade kostnaderna vid bröstcancer, 1-3 lymfkörtelmetastaser efter mastektomi (B50). Se nedan!

Bröstcancer, 1-3 regionala lymfkörtelmetastaser, efter mastektomi (B050)

Diagnoskod: C50.9, åtgärdskod: DV071 (Z51.0)

Prioritet: 3 (2007: fanns ej med)

Primär bröstcancer med 1–3 påvisade regionala lymfkörtelmetastaser och där hela eller delar av bröstet har opererats bort är ett allvarligt tillstånd. För att minska risken för lokalt återfall hos personer med detta tillstånd kan hälso- och sjukvården ge lokal strålbehandling efter operation. Vid 4 eller fler påvisade regionala lymfkörtelmetastaser är det i dag en standard-behandling. Nya studier visar dock att även personer med en mindre spridd cancer kan ha nytta av denna åtgärd, som tillägg till kirurgi och läkemedelsbehandling.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda lokoregional strålbehandling (prioritet 3)

Tillståndet innebär en stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden innebär en stor nytta för patienten genom att det ger en ökad överlevnad på 5–10 procentenheter efter 10 år.

Åtgärd

Innebär att fler patienter blir aktuella för strålbehandling och mer resurser behövs för detta. Motsvarar ungefär minskningen enligt B48. Se ovan!

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Se under Åtgärd.

Dostät kemoterapi, taxaner eller antracykliner (B054)

Diagnoskod: C50.9, åtgärdskod: DT116 (Z51.1)

Prioritet: 5 (2007: fanns ej med)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda dostät kemoterapi, taxan eller antracyklin till patienter med bröstcancer, adekvat opererad, körtelpositiv, hög risk för återfall (prioritet 5)

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.

Åtgärd

Bedömningen är att denna behandling möjligen ska erbjudas till en högriskgrupp med 4 eller fler lymfkörtelmetastaser och trippelnegativ sjukdom med högrisk. Innebär en utökning med ca 80 patienter per år vilket medför ökade kostnader för läkemedel, läkarbesök, hantering av toxicitet och oplanerade inläggningar.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
80 patienter fler per år	0	Ca 33 tkr	2,6 mnkr

Denna åtgärd kan vara svår att genomföra fullt ut under 2015.

Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister

Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom vårdprogrammen bygger på rekommendationer inom diagnostik, vård och behandling som är utarbetade utifrån patientnytta och evidens. Om riktlinjer och vårdprogram inte följs finns det en risk för att icke evidensbaserade metoder etableras. Till vårdprogrammen finns kvalitetsregister kopplade. Det är viktigt för kliniker att delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp den egna klinikens resultat, hur de förändras över tid och hur de står sig i jämförelse med resultat från andra kliniker.

Åtgärd

För att klara målet på 100% anslutning till nationella bröstcancersregistret krävs utökade resurser av läkarsekreterare. I bröstcancerregistret har tillkommit en mängd uppgifter vilket kräver mer tid för inhämtning av uppgifter och dokumentation. I brist på fungerande system för överföring av uppgifter från journal- och patientadministrativa system till kvalitetsregistret görs detta manuellt.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Utökning med en heltidstjänst läkarsekreterare. Beräknad kostnad ca 0,4 mnkr per år.

Tjock- och ändtarmscancer

Varje år får cirka 4 100 personer tjocktarmscancer och 2 100 ändtarmscancer och detta utgör ca 10% av alla cancerfall hos såväl män som kvinnor. Tjock- och ändtarmscancer är den fjärde vanligaste cancerformen i Sverige efter prostatacancer, bröstcancer och hudcancer. Tjocktarmscancer är lika vanligt hos män och kvinnor medan ändtarmscancer är något vanligare hos män. De flesta personer, 75 procent, är över 65 år när de får sjukdomen. Ungefär fem procent är under 50 år. Chansen att bli botad från tjock- eller ändtarmscancer beror som vid all cancer på i vilket stadium sjukdomen upptäcks. Om det sker i ett tidigt skede, när cancer endast växer i tarmväggen, stadium I, botas praktiskt taget alla patienter genom operation.

Bland patienter med sjukdom i stadium II botas 80-90 procent. Vid mer avancerad sjukdom är andelen botade lägre. I dag finns goda möjligheter att med behandling förlänga livet och lindra symtom också för patienter med spridd sjukdom.

På senare år har flera undersökningar presenterats där patienterna efter operation har behandlats med cytotatika, i vissa fall i kombination med andra läkemedel. Studierna har visat att detta ökar chansen till överlevnad jämfört med om man enbart opereras. Vid ändtarmscancer minskar strålbehandling före operation risken för återfall i sjukdomen och ökar därmed chanserna till bot.

I de särskilda åtgärderna ingår aktiviteter 2014-2015 för att förbättra diagnostik och behandling för patienter med tjock- och ändtarmscancer. I förbättringsaktiviteterna ingår även utmönstring av vissa behandlingar.

PET-DT vid avancerad cancer (K022, K098)

Diagnoskod: C18+C19+C20+C78.7 Åtgärdskod: AV032(PET) AJ009(CT) Prioritet: 3 (2007:finns ej med)

Vid tjock- och ändtarmscancer som är spridd till närliggande organ (lokalt avancerad) baseras ofta valet av behandling på resultatet från någon typ av avbildande undersökning (såsom röntgen). Genom att kombinera DT med PET i en utrustning (PET-DT) får man möjlighet att göra en storleks- och lägesbedömning och samtidigt få en uppfattning om ämnesomsättningen i förändringarna man ser. Vid tumörsjukdomar är oftast ämnesomsättningen förhöjd, men förhöjd omsättning kan även finnas vid inflammatoriska tillstånd. Det innebär att PET-DT vid diagnos för tumörsjukdom kan ge både falskt negativa och falskt positiva resultat på grund av inflammationer.

PET-DT kan användas både för att diagnostisera och för att följa effekterna av en behandling. Metoden kan även användas för att avgöra om oklara förändringar på datortomografin representerar en tumör eller inte. Vid diagnostik av återfall (recidiv) kan metoden användas för att i möjligaste mån bedöma om det finns ytterligare fjärrmetastasering av tumören, vilket kan påverka valet av behandling. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda preoperativ kartläggning av tumörutbredning med PET-DT vid nydiagnostiserad lokalt avancerad tjock- och ändtarmscancer.

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en stor nytta för patienten. Åtgärden innebär en förändrad och mer anpassad behandling för upp till en tredjedel av patienterna, eftersom den skiljer ut vad som är begränsat respektive mer spridd sjukdom.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda undersökning med PET-DT inför metastaskirurgi eller kirurgi av ett lokalt återfall.

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden innebär en stor nytta för patienten.

Åtgärd

Åtgärden innebär en förändrad handläggning för ungefär en tredjedel av patienterna, eftersom den skiljer ut vilka patienter som kan respektive inte kan komma ifråga för kurativt syftande behandling, exempelvis levermetastaskirurgi.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Metoden är delvis införd i VGR men kommer att kräva ett tillskott av ca 80 undersökningar/år. För var tredje patient som undersöks med PET-DT ändras behandling varför avgående kostnader är kostnader för stor kirurgi. I VGR uppskattas antal patienter till 20/år där kirurgi kan undvikas och kostnaderna för detta beräknas till 2,0 mnkr/år.

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
80 us per år		15 tkr	1,2 mnkr
Ca 20 patienter färre behandlas med stor kirurgi		100 tkr	- 2,0 mnkr
Totalt			- 0,8 mnkr

Laparoskopisk operation (K041, K044)

Diagnoskod: C18+C19+ C 20, åtgärdskod: JFB31, 34, 44 och 47 samt JGB01, 04, 11, 31, 34 Prioritet: 2 (2007: 2)

Socialstyrelsen belyser tre metoder som kan användas vid planerade operationer vid tjock- och ändtarmscancer: öppen kirurgi, laparoskopisk kirurgi och laparoskopisk robotassisterad kirurgi (robotkirurgi). Traditionellt har operationerna gjorts med öppen kirurgi via ett snitt i bukväggen. Under de senaste 20–30 åren har dock så kallad titthålskirurgi (laparoskopisk kirurgi) utvecklats. Under senare år har den laparoskopiska kirurgin förfinats ytterligare med hjälp av robotteknik, där kirurgens arbete genomförs via datorstyrda dissektionsarmar.

De olika metoderna är inte fullt utbytbara eftersom laparoskopisk kirurgi och robotkirurgi endast är lämplig för ungefär 50–60 procent av patienterna. Öppen kirurgi kan dock användas på samtliga patienter. Introduktionen av de nyare metoderna har huvudsakligen motiverats av snabbare återhämtning hos patienten efter operationen. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärderna öppen kirurgi och laparoskopisk kirurgi. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna direkt får bort primärtumören och eventuella regionala metastaser samt ger en femårsöverlevnad på 50–80 procent. De två åtgärderna ger helt jämförbara resultat när det gäller chansen till bot och riskerna för komplikationer. Laparoskopisk kirurgi verkar dock ge en något längre operationstid men med kortare vårdtid för patienten.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast erbjuda robotkirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer inom ramen för forskning och utveckling. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av samt de eventuella riskerna med robotkirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer

Åtgärd

Tre av sjukhusen i VGR(SU, NU, Skas) kan erbjuda båda operationsmetoderna medan övriga fyra sjukhus där coloncancer behandlas kan erbjuda öppen kirurgi. Utbildningsinsatser krävs för att sprida kunskapen om laparoskopisk kirurgi vid tjock- och ändtarmscancer. Omfattning av denna utbildningsinsats är beroende på antalet utbildningspunkter i VGR för tjock- och ändtarmscancer men bör planeras regiongemensamt. Utrustningsinvestering kan krävas vid enheter där andel laparoskopiska operationer är låg. VGR bör erbjuda robotkirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer inom ramen för forskning och utveckling.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Kostnader för utbildning i laparoskopisk colonkirurgi bör finnas inom ramen för annan utbildningsaktivitet men bör prioriteras 2014-2015. SU får i uppdrag att ta fram en plan för utbildning. Bedömd kostnad för en tvådagarsutbildning ca 100 tkr. Genomförs under 2015.

Peritonektomi (K105) + lokal läkemedelsbehandling i bukhålan

Diagnoskod: C18+C19+C20, åtgärdskod: JAQ00, JAQ10 Prioritet: 5 (2007: finns ej med)

När tjock- och ändtarmscancern har spridit sig till bukhålan har den oftast spridit sig även till andra organ. I de fall spridningen endast skett till bukhålan kan det vara aktuellt att erbjuda tumörminskande kirurgi med efterföljande cytostatikabehandling direkt in i bukhålan. Förutsättningen är dock att tumörutbredningen i bukhålan är möjlig att operera bort och att personen inte har ett alltför påverkat allmäntillstånd eller andra allvarliga sjukdomar samtidigt.

Att ge cytostatika direkt i bukhålan (så kallad intraperitoneal cytostatika) i samband med en operation av metastaser i bukhålan har visat bättre resultat än standardbehandlingen med cytostatika som ges generellt (resultaten gäller vid metastaser av tjock- och ändtarmscancer som bedömts möjliga att operera). Behandlingen ger bland annat en förlängd medianöverlevnad, bättre femårsöverlevnad och låg

dödligheten efter operation. Däremot innebär den betydande men oftast övergående sjuklighet efter ingreppet.

Åtgärden ger en selekterad patientgrupp möjlighet till långtidsöverlevnad (cirka 30–35 procent lever efter 5 år), men innebär även en stor risk för betydande sjuklighet i samband med operationen.

Åtgärd

Öka antalet patienter som erbjuds tumörminskande kirurgi med efterföljande cytostatikabehandling direkt in i bukhåla. Verksamheten skall koncentreras till SU och tillkommande kostnader tillföras. Verksamheten måste vetenskapligt kontinuerligt utvärderas och ett regionalt register bör upprättas. Nationellt samarbete krävs och nationell gemensamt ställningstagande till indikationer vid denna typ av behandling är starkt anbefallt. HSD-beslut (RS 603-2014) ska gälla.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Antalet patienter som kan bli föremål för denna behandling i VGR beräknas till 35 patienter per år, beräknade kostnad 0,4 mnkr per operation, totalt ca 14 mnkr per år.

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
35 patienter fler per år	Ca 5-10	400 tkr	14 mnkr

Adjuvant cytostatikabehandling efter operation (K78-80-88B)

Diagnoskod: C18 + C19 + C20 Åtgärdskod: Z511 DT116

För personer med tjock- eller ändtarmscancer i stadium II eller III som är radikalt opererad minskar läkemedelsbehandling risken för återfall (recidiv) och förtida död, jämfört med enbart kirurgi. Genom att kombinera basbehandlingen (en fluoropyrimidin, antingen 5-FU intravenöst med kalciumfolinat, så kallat modulerat 5-FU eller peroralt capecitabin) med ytterligare ett läkemedel, såsom oxaliplatin, förbättras effekterna ytterligare. Behandlingen kan ge olika biverkningar, men de är mestadels mindre allvarliga och övergående. Oxaliplatinets påverkan på nerver kan dock bli bestående i vissa fall. För att behandlingen ska ge maximal effekt bör den påbörjas senast 8 veckor efter operation, eftersom en senare start av behandlingen minskar den positiva effekten. För vissa kan det dock utifrån medicinska faktorer (framför allt komplikationer efter operationen) eller personens situation finnas skäl att starta behandlingen efter 8 veckor. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsbehandling med ett eller två läkemedel med start inom 8 veckor efter operation vid radikalt opererad tjock- och ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller III. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att risken för återfall minskar med 4–30 procentenheter och risken för förtida död minskar med 3–25 procentenheter jämfört med enbart kirurgi. Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda åtgärden senare än efter 8 veckor eftersom nyttan blir mindre då. Vidare bör inte hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden senare än 12 veckor efter operationen, eftersom den då har betydligt sämre effekt jämfört med om den ges inom 8 veckor.

Åtgärd

Öka andelen patienter som erhåller adjuvant cytostatika. VGR har en lägre andel patienter som erhåller adjuvant cytostatika om man jämför med Sverige i övrigt.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

Ökningen beräknas till totalt ca 30 nya fall i hela regionen för totalt 180 tkr och därmed mycket små kostnader för varje förvaltning. Sannolikt bör man öka användningen även inom stadium III.

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
30 patienter fler per år		119 tkr (inkl läke-	3,6 mnkr

		medel)	
--	--	--------	--

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och står ensam för drygt en tredjedel av alla cancer hos män. Medianåldern vid diagnos är 70 år och sjukdomen är mycket sällsynt före 50 års ålder. Årligen diagnosticeras i landet nästan 10000 fall och nära 85000 män lever med diagnosen. Sedan 1995 har det skett en kraftig incidensökning beroende på en ökad provtagning avseende prostataspecifikt antigen (PSA). Ökningen av PSA provtagningen har medfört att sjukdomen diagnosticeras i tidigare stadier vilket även bidragit till att den relativa femårsöverlevnaden har ökat och är nu 87 %. Dödligheten i prostatacancer har dock endast minskat marginellt och 2011 dog 2375 män i sjukdomen.

Etiologin är till stora delar okänd men om man har flera släktingar med sjukdomen ökar risken att drabbas. Prostatacancer växer ofta långsamt och det är därför vanligt att sjukdomen inte förkortar livet även om mannen inte får botande behandling. Hos 30-40% av fallen är dock tumören av sådant slag att den har hög risk att växa och leda till döden. Prostatacancer utan fjärrmetastaser delas vanligen in i tre riskgrupper: låg-, mellan- och högrisk. Risknivån avgörs utifrån tumörens storlek och allvarlighetsgrad (som anges med så kallad Gleason-grad) samt varde på PSA.

Aktiv monitorering (P41)

Diagnoskod: C619, åtgärdskod: TKE 00 (om biopsi) Prioritet: 3 (2007: 3)

Dödligheten tio år efter diagnos är cirka 3 % hos patienter med lågrisk prostatacancer och det är denna grupp som erbjuds aktiv monitorering. För närvarande erbjuds detta till cirka 45 % av patienterna med lågriskprostatacancerdiagnos (hämtas från kvalitetsregister). Aktiv monitorering ger inte några svåra biverkningar samtidigt som det är oklart om det är någon skillnad i överlevnad jämfört med operation eller strålbehandling. Enligt de nya riktlinjerna från Socialstyrelsen bör 100% av patienterna med mycket lågrisk prostatacancer erbjudas aktiv monitorering, för övriga lågriskpatienterna bör detta behandlingsalternativ öka till ungefär 60%.

Enligt Socialstyrelsen bör Hälso- och sjukvården:

- erbjuda aktiv monitorering med senare ställningstagande till behandling till personer med lågrisk prostatacancer med över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

Tillståndet innebar en måttlig svårighetsgrad. Avgörande för att rekommendera aktiv monitorering framför kurativt syftande behandling (såsom operation eller strålning) är att åtgärden minskar risken för onödig behandling med bestående biverkningar.

Åtgärd

Öka andelen patienter erbjuds aktiv monitorering.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

De reviderade riktlinjerna innebär för VGR att ytterligare cirka 400 patienter per år kommer att bli aktuella för aktiv monitorering. Varje patient kommer årligen att behöva göra 2 mottagningsbesök och 4 PSA-mätningar vilket beräknas kosta 4-5000 kr. Totalt för VGR bedöms detta leda till kostnader på ca 2 miljoner. Denna kostnadsökning kan möjligen till en början balanseras av en minskad mängd operationer och strålbehandlingar samt sekundära kostnadsminskningar i form av ett mindre antal postoperativa komplikationer. Kostnadsökningen fördelas lika över förvaltningarna baserat på incidens/prevalens inom respektive område med hänsyn tagen till åldersfaktorn (40% får aktiv monitorering <= 65 år, 50% > 65 år).

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
400 fler patienter per år aktuella för aktiv monitorering	Ca 200 nya 2012	4-5 tkr	2 mnkr per år som ackumuleras
Ca 50 antal minskade operationer och strålbehandlingar per år		50-75 tkr (+30 tkr om robot)	Minus 2,5 - 3,75 mnkr

Kurativ behandling vid högrisk cancer (P101)

Diagnoskod: C619, åtgärdskod: KEC 00 (KEC 01 +ZXC 96 (om robotkirurgi) Prioritet: 3 (2007: 2) Gränsen för lokaliserad prostatacancer av högrisktyp dras ofta vid ett tumörstadium som inte överstiger T2b och ett PSA-värde som är över 20 mikrogram per liter eller vid en Gleason-grad över 7. Högrisk prostatacancer har betydligt sämre prognos än lågrisk och det finns mer behov för tidig och adekvat botande behandling.

Strålbehandling vid lokaliserad högrisk prostatacancer kan ges på flera sätt och med olika tekniker. Målsättningen är att ge en tillräcklig dos för att påverka tumörcellerna utan att skada normal omgivande vävnad. Exempel på metoder är extern strålterapi med fotoner eller brakyterapi, vilken innebär att strålkällan placeras i eller nära prostata.

Operation av prostatacancer (retropubisk prostatektomi) kan göras med tre olika kirurgiska tekniker: öppen kirurgi, traditionell laparaskopi (titthålskirurgi) och robotassisterad laparaskopi. Ett alternativ till strålbehandling och kirurgi vid högrisk prostatacancer är systemisk hormonbehandling. Det är emellertid inte en kurativ åtgärd. Hormonbehandlingar har dock ett flertal biverkningar på både kort och lång sikt, såsom sänkt sexualdrift, impotens, vallningar, svettningar och påverkad ämnesomsättning.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör Hälso- och sjukvården:

- erbjuda doseskalerad extern strålbehandling (minst 78 Gy) eller en kombination av extern strålbehandling och brakyterapi med hög intensitet till personer med lokaliserad högrisk prostatacancer och över 10 års förväntad kvarvarande livstid (prioritet 3)
- erbjuda kirurgisk behandling med total prostatektomi till personer med lokaliserad högrisk prostatacancer och över 10 års förväntad kvarvarande livstid

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationerna är en stor nytta för patienten.

Åtgärd

Öka andelen patienter som erbjuds operation eller strålning till 60%.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

En anpassning till riktlinjerna med innebär att ytterligare cirka 50 patienter inom VGR skall erbjudas operation eller strålning (målnivå 60 % 2015 mot för närvarande 47 %).

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
50 patienter fler per år	Ca 180 patienter	100 tkr	5 mnkr

Docetaxel vid kastrationsresistent sjukdom (P88)

Diagnoskod: C619, C795, C798 , åtgärdskod: DT116 (Z511) Prioritet: 4 (2007: 5/6)

Skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer är ett mycket allvarligt tillstånd som medför smärtor, nedsatt allmäntillstånd, nedsatt livskvalitet och förtida död. Med läkemedelsbehandling är det dock möjligt att se till att cancer utvecklas långsammare och på så sätt förlänga överlevnaden något (cirka 2–9 månader på gruppnivå). Det handlar i dessa fall om behandling med cytostatika eller läkemedel som minskar produktionen av manligt könshormon på cellnivå. För att minska risken för smärtor och frakturer kan man även behandla med denosumab som minskar nedbrytningen av skelettet.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör Hälso- och sjukvården erbjuda:

- docetaxel som palliativ behandling till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer.

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en förlängd överlevnad med 3–9 månader samtidigt som åtgärden har en måttlig kostnad per effekt.

Åtgärd

Öka antalet patienter som erbjuds docetaxel som palliativ behandling.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

I nuläget behandlas få patienter inom VGR. Uppskattningsvis behöver ytterligare cirka 140 patienter erbjudas behandling. Docetaxel ges för närvarande till prostatacancerpatienter endast vid SU, SÄS och NU. Då behandlingen är av palliativ karaktär bör den framgent att kunna erbjudas i hela regionen vilket innebär behov av en resursförstärkning inom onkologin.

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
140 patienter fler per år		50 tkr (6 beh)	7 mnkr

Strålbehandling efter operation, salvage (P111)

Diagnoskod: C619, åtgärdskod: DV071 Z510 Prioritet: 4 (2007: 6)

Vid kurativt syftande behandling av lokaliserad prostatacancer utnyttjas i dag antingen prostatektomi eller strålbehandling eller en kombination av dessa båda.

Strålbehandling mot operationsområdet används i dag vid återfall utan påvisad spridning efter genomförd prostatektomi.

Enligt Socialstyrelsen bör Hälso- och sjukvården:

- erbjuda strålbehandling vid återfall (stigande PSA) utan metastaser till personer med prostatacancer som har genomgått total prostatektomi och har 10 års förväntad kvarvarande livstid.

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt om den genomförs tidigt.

Åtgärd

Erbjuda fler patienter strålbehandling vid återfall (stigande PSA) utan metastaser till personer med prostatacancer som har genomgått total prostatektomi och har 10 års förväntad kvarvarande livstid.

Sammanfattning konsekvenser VGR och ekonomiska effekter

I nuäget finns inga klara regionala målnivåer. I VGR opereras knappt 600 patienter/år med prostatektomi och cirka 30% av dessa drabbas av ett biokemiskt recidiv som kan föranleda salvagestrålning. För närvarande strålas ca 100 patienter/år, vilket innebär ett behov av ökning om cirka 80 patienter/år. All strålbehandling inom VGR även den som ges på SÄS organiseras idag via Onkologkliniken på SU.

Uppskattad utökning/minskning	Utgångsläge	Kostnad per enhet	Summa kostnad
80 patienter fler per år	Ca 100 patienter	60 tkr (35 frakt)	4,8 mnkr

Kommentar

Utökningen av specificerade åtgärder samt medverkan i MDT innebär totalt ett behov av ca 4-5 onkologer för prostatacancerprocessen.

Stöd för implementering

- Seminarium för sjukhusledningarna m fl under hösten 2014. HSA ansvarar för planering och genomförande tillsammans med processägarna.
- Implementering sker genom befintliga nätverk; regionala och lokala processägare, pågående processer för MDT och kontaktsjuksköterskor samt särskilda uppdrag för primär bröstrekonstruktion och peritonektomi.
- Kontinuerlig uppföljning görs av de regionala processägarna och särskilda åtgärder initieras vid behov.
- Viktigt att aktuella kvalitetsregister hålls uppdaterade för att kunna följa upp ledtider, resultat och effekter.

Genomförande och uppföljning

Under 2014-2015 ersätts ovan redovisade åtgärder med introduktionsfinansiering. Ersättning utbetalas i efterskott tre gånger per år mot faktura till respektive förvaltning i samband med delårs- och årsbokslut. Nytt ställningstagande till fortsatta åtgärder och introduktionsfinansiering tas under 2015. Efter introduktionstiden av regionuppdraget övertas ansvaret för fortsatt utveckling och finansiering av den aktuella vården av beställare och utförare i vårdöverenskommelsearbetet.

Uppföljningen av regionuppdragets genomförande under 2014 – 2015 sker genom att avropade volymer och ersättningar fortlöpande stäms av mot redovisade volymer och kostnader i regionuppdraget. Därutöver följs utvecklingen av flera kvalitetsindikatorer upp under 2014 – 2015, i första hand ska nedanstående indikatorer ingå i uppföljningen. Ersättning för tjänster (resurser för MDT och kontaktsjuksköterskor) avser utökning av budgeterade tjänster.

Indikatorer för uppföljning av regionuppdrag under 2014 – 2015

Registreringen i aktuella kvalitetsregister måste fungera och hållas uppdaterade. För bl a bröstcancer ställer riktlinjerna utökade krav på registrering vilket medför utökade kostnader för sekreterare. Behöver göras insatser inom regionen för att underlätta inrapportering av indata till kvalitetsregistren för att undvika att tid läggs på att registrera samma uppgifter i flera olika system.

Process	Indikator 1	Mål 1	Indikator 2	Mål 2	Indikator 3	Mål 3
Prostatacancer	Tid mellan inremiss och första besök högst 28 dagar	80%	Aktiv monitorering av män med prostatacancer av mycket lågrisk-typ	90%	Dokumentation av nervsparande intention (uni- eller bilateralt) för män med prostatacancer stadium T1c, låg och intermediär risk prostatacancer PSA<10ng/ml	90%
Bröst	Andel patienter som får sin screening inom planerad tid,	90%	Från diagnos till op inom 2v	90%	Från op till start av cytostatikabehandling inom 6 v	90%
Kolon	Postop MDT (andel)	100%	30 dagars mortalitet	Elektiv 1% Akut op 4%	Start adjuvant cytostatika inom 8 v postoperativt (andel)	100%
Rektum	Postop MDT (andel)	100%	30 dagars mortalitet	1%	Väntetid från preoperativ MDT till start av strålbehandling, andel inom 2 v	80%

Ovan redovisade indikatorer bör följas upp och redovisas en gång per kvartal/halvår. Uppgifter avseende indikatorerna hämtas ur nationella kvalitetsregister. Resultaten kommuniceras med berörda förvaltningar, sektorsråd och läkemedelsorganisationen samt redovisas i den årliga uppföljningsrapporten av ordnat införande.

Tillkommande kostnader - sammanfattning

Beräknade tillkommande kostnader av de ovan beskrivna åtgärderna sammanfattas i nedanstående tabell.

Tillkommande kostnader, sammanfattning	Beräknad kostnad 2014 mnkr (halvårseffekt)	Beräknad kostnad 2015 mnkr	Beräknad kostnad 2016 mnkr
Generella insatser totalt	5,6	13,0	13
MDT	2,2	4,4	4,4
Kontaktsjuksköterskor utökning tjänster	3,4	6,8	6,8
Kontaktsjuksköterskor utbildning (inkl vikarier vid frånvaro för utb)	Finansieras via RCC	1,8	1,8
Bröstcancer totalt	3,7	7,4	7,4
Neoadjuvant behandling inför bröstbevarande kirurgi	1,0	2,0	2,0
Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer	1,2	2,4	2,4
Dostät kemoterapi, taxaner eller antracykliner	1,3	2,6	2,6
Utökad dokumentation kvalitetsregister	0,2	0,4	0,4
Prostatacancer totalt	8,4	16,8	16,8
Kurativ behandling vid högriskcancer	2,5	5	5
Docetaxel vid kastrationsresistent sjukdom	3,5	7	7
Strålbehandling efter operation, salvage	2,4	4,8	4,8
Tjock- och ändtarmscancer totalt	8,4	16,9	16,8
PET-DT (avgår kostnader för stor kirurgi)	-0,4	-0,8	-0,8
Peritonektomi + lokal läkemedelsbeh i bukhålan	7	14	14
Laparoskopisk operation, utbildning	0	0,1	0
Adjuvant cytostatikabehandling efter operation	1,8	3,6	3,6
TOTALT	26,1	54,1	54,0

Fördelning av tillkommande kostnader per förvaltning

Tillkommande kostnader 2014 per förvaltning/halvårseffekt. Mnkr.	Alingsås	Säs	Kungälv	NU	Skas	SU
Generella insatser totalt	0,05	0,66	0,10	0,73	1,14	2,92
MDT	0,05	0,31	0,10	0,26	0,21	1,28
Kontaktsjuksköterskor utökning tjänster		0,35		0,47	0,94	1,64
Kontaktsjuksköterskor utbildning (inkl vikarier vid frånvaro för utb)						
Bröstcancer totalt	0,00	0,56	0,00	0,74	0,56	1,85
Neoadjuvant behandling inför bröstbevarande kirurgi		0,15		0,20	0,15	0,50
Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer		0,18		0,24	0,18	0,60
Dostät kemoterapi, taxaner eller antracykliner		0,20		0,26	0,20	0,65
Utökad dokumentation kvalitetsregister, läk sekr		0,03		0,04	0,03	0,10
Prostatacancer totalt	0,76	0,92	0,42	1,60	1,60	3,11
Kurativ behandling vid högriskcancer	0,23	0,28	0,13	0,48	0,48	0,93
Docetaxel vid kastrationsresistent sjukdom	0,32	0,39	0,18	0,67	0,67	1,30
Strålbehandling efter operation, salvage	0,22	0,26	0,12	0,46	0,46	0,89
Tjock- och ändtarmscancer totalt	0,09	0,27	0,09	0,36	0,27	7,72
Peritonektomi + lokal läkemedelsbeh i bukhålan						7,00
Laparoskopisk operation, utbildning						
Adjuvant cytostatikabehandling efter operation	0,09	0,27	0,09	0,36	0,27	0,72
TOTALT	0,9	2,4	0,6	3,4	3,6	15,6

Tillkommande kostnader 2015 per förvaltning. Mnkr.	Alingsås	Säs	Kungälv	NU	Skas	SU
Generella insatser totalt	0,10	1,68	0,20	1,81	2,65	6,55
MDT	0,10	0,61	0,20	0,52	0,41	2,55
Kontaktsjuksköterskor utökning tjänster		0,70		0,94	1,88	3,28
Kontaktsjuksköterskor utbildning (inkl vikarier vid frånvaro för utb)		0,36		0,36	0,36	0,72
Bröstcancer totalt	0,00	1,11	0,00	1,48	1,11	3,70
Neoadjuvant behandling inför bröstbevarande kirurgi		0,30		0,40	0,30	1,00
Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer		0,36		0,48	0,36	1,20
Dostät kemoterapi, taxaner eller antracykliner		0,39		0,52	0,39	1,30
Utökad dokumentation kvalitetsregister		0,06		0,08	0,06	0,20
Prostatacancer totalt	1,51	1,85	0,84	3,19	3,19	6,22
Kurativ behandling vid högriskcancer	0,45	0,55	0,25	0,95	0,95	1,85
Docetaxel vid kastrationsresistent sjukdom	0,63	0,77	0,35	1,33	1,33	2,59
Strålbehandling efter operation, salvage	0,43	0,53	0,24	0,91	0,91	1,78
Tjock- och ändtarmscancer totalt	0,18	0,54	0,18	0,72	0,54	15,54
Peritonektomi + lokal läkemedels beh i bukhålan						14,00
Laparoskopisk operation, utbildning						0,10
Adjuvant cytotostatikabehandling efter operation	0,18	0,54	0,18	0,72	0,54	1,44
TOTALT	1,8	5,2	1,2	7,2	7,5	32,0

Bilaga 1

Utmönstring

Bröstcancer

FoU: B20a, B20d, B21, B28b, B34, B47, B62, B64

Icke-göra: B20b, B41a, B69c, B99, D12

Tjock- och ändtarmscancer

FoU: K10, K23, K27, K39, K43b, K44b, K51, k56, K65, K95-96, K109, K113, K116,

Icke-göra: K28, K53, K74, K80, K90, D12

FOU:

K010 Tarmsymtom, misstänkt cancer efter klinisk undersökning, änd-tarmspalpation och rektoskopi
MR-kolografi

Åtgärd:(virtuell koloskopi med MR)

K023 Ändtarmscancer, lokalt avancerad (cT3 mrf+, cT4)

Åtgärd: PET-DT för planering av kurativt syftande preoperativ strålbehandling/cytostatika

K027 Tjock- eller ändtarmscancer, begränsad metastasering, relativt lång förväntad kvarvarande livs-
tid, inga specifika tumörsymtom

Åtgärd: Förebyggande palliativ resektion av primärtumör

Icke göra:

K028 Tjock- eller ändtarmscancer, utbredda metastaser, kort förväntad kvarvarande livstid, inga specifika tumorsymtom

Åtgärd: Förebyggande palliativ resektion av primärtumör

Prostatacancer

FoU: P7, P22, P23b, P31, P32, P34, P35, P38, P39, P43, P44, P45, P56, P57, P58, P61B, P69, P106, P107-109, P110, P121, P122,

Icke-göra: P1d, P9b, P20, P30, P33, P40, P54, P66, P92, P98, P99, P119, D12,