

IS-2251



Helsedirektoratet

Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Heftets tittel: Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Utgitt: 11/2014

Bestillingsnummer: IS-2251

ISBN-nr. 978-82-8081-351-0

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Divisjon spesialisthelsetjenester

Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Versjon: 1

I Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 er ett av fem hovedmål for kreftomsorgen: «Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp». Standardiserte pasientforløp, Pakkeforløp for kreft, skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg og legge grunnlaget for mer forutsigbarhet for pasientene. Videre er målet å bedre samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, mellom helseforetakene og internt i det enkelte foretak. Innføring av Pakkeforløp for kreft skal bidra til rask diagnostikk og behandling uten ikke-medisinsk begrunnet ventetid slik at pasientene opplever et helhetlig, godt organisert og forutsigbart forløp.

Helsedirektoratet fikk i februar 2014 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide Pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastlegene etter modell fra Danmark. 21 arbeidsgrupper med til sammen rundt 200 fagpersoner fra helseforetakene, fastleger og brukere har utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft. Disse er bearbeidet og gitt en enhetlig form i Helsedirektoratet hvor arbeidet er ledet av strategidirektør Kjell Magne Tveit og prosjektdirektør Anne Hafstad.

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte og skal være normgivende. Pakkeforløpene er basert på nasjonale faglige retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammene på kreftområdet.

Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. Målgruppen for beskrivelsene av pakkeforløp er primært helsepersonell, ledere, administratorer og beslutningstakere på ulike nivåer i helsetjenesten.

Implementeringen av pakkeforløpene vil skje som en gradvis prosess i løpet av 2015, og det skal gjennomføres en trinnvis innføring. De fire første pakkeforløpene implementeres 1. januar 2015.

Helsedirektoratet vil takke alle som har bidratt i arbeidet.



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

INNHold

FORORD	3
1 INTRODUKSJON TIL PAKKEFORLØP FOR TYKK- OG ENDETARMSKREFT	6
1.1 Generelt om tykk- og endetarmskreft	6
1.2 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk- og endetarmskreft	6
1.3 Forløpskoordinering	6
1.4 Det tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT)	6
1.5 Informasjon og dialog med pasienten	6
1.6 Flytskjema	7
2 INNGANG TIL PAKKEFORLØP FOR TYKK- OG ENDETARMSKREFT	8
2.1 Risikogrupper	8
2.2 Begrunnet mistanke - kriterier for henvisning til pakkeforløp	8
2.3 Henvisning til pakkeforløp	8
2.4 Filterfunksjon	8
2.5 Beslutning om henvisning ved begrunnet mistanke	8
2.6 Informasjon og dialog med pasienten	8
2.7 Ansvarlig for henvisning	8
2.8 Registrering	9
2.9 Forløpstid	9
3 UTREDNING	10
3.1 Utredning	10
3.2 Fastsettelse av diagnose og stadieinndeling	10
3.3 Informasjon og dialog med pasienten	10
3.4 Beslutning om behandling	10
3.5 Ansvarlig	11
3.6 Registrering	11
3.7 Forløpstid	11

4	INITIAL BEHANDLING AV TYKK- OG ENDETARMSKREFT	12
4.1	Hovedgrupper av behandlingsforløp	12
4.1.1	Kreft i tykktarmen	12
4.1.2	Kreft i endetarmen	12
4.2	De hyppigst oppståtte komplikasjoner	12
4.3	Støttebehandling og sykepleie	13
4.4	Rehabilitering	13
4.5	Palliasjon	13
4.6	Informasjon og dialog med pasienten	13
4.7	Beslutning	13
4.8	Ansvarlig	13
4.9	Registrering	14
4.10	Forløpstid	14
5	OPPFØLGING OG KONTROLLER	15
5.1	Kontroll	15
5.2	Ansvarlig	15
5.3	Håndtering av tilbakefall	15
5.4	Informasjon og dialog med pasienten	15
6	FORLØPSTIDER	16
7	REGISTRERING	17
7.1	Pakkeforløp start	17
7.2	Utredning start	17
7.3	Beslutning ved initial behandling	17
7.4	Behandling start	17
7.5	Pakkeforløp slutt	17
8	ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING	18

1 INTRODUKSJON TIL PAKKEFORLØP FOR TYKK- OG ENDETARMSKREFT

1.1 Generelt om tykk- og endetarmskreft

Dette pakkeforløpet omfatter pasienter med kreft i tykk- og endetarm. Kreftformen er den nest hyppigste i Norge. Det diagnostiseres årlig rundt 4000 nye tilfeller og ca. 1600 dør hvert år av sykdommen. Mens omtrent like mange kvinner som menn får tykktarmskreft er endetarmskreft mer vanlig blant menn enn kvinner. Omtrent fem prosent av alle menn vil rammes av tykk- og endetarmskreft innen fylte 75 år. Tilsvarende tall for kvinner er fire prosent. Mer enn 29 000 personer er i live etter å ha fått påvist kreft i tykk- eller endetarm. Prognosen er god ved diagnose i tidlig stadium av sykdommen. Ved lokalisert sykdom er femårs relativ overlevelse rundt 90 prosent, ved lokalt avansert sykdom 70 prosent og ved fjernspredning 10 prosent.

1.2 Nasjonalt handlingsprogram

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykk- og endetarm utgis av Helsedirektoratet. Oppdatert versjon finnes på helsedirektoratet.no

1.3 Forløpskoordinering

Koordinering av pasientforløpet skal sikre et effektivt forløp fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til oppstart behandling eller avsluttet pakkeforløp, uten unødvendig forsinkelse og med tett samarbeid mellom alle involverte avdelinger og spesialister. Alle sykehus som utreder og behandler kreft skal ha forløpskoordinatorer som har tett og løpende kontakt med pasient og involverte instanser.

1.4 Det tverrfaglige/ multidisiplinære team (MDT)

Alle sykehus som behandler tykk- og endetarmskreft bør ha etablert regelmessige tverrfaglige beslutningsmøter. Her deltar gastrokirurg, radiolog med kompetanse innen bekken/tumordiagnostikk,

onkolog, forløpskoordinator og eventuelt patolog og gastroenterolog.

1.5 Informasjon og dialog med pasienten

Målet er at pasient og pårørende opplever god informasjon, involvering, innflytelse og dialog gjennom hele forløpet. Pasient og ansvarlig lege treffer i fellesskap beslutning om det videre forløpet. Hvis pasienten ikke er i stand til å medvirke, involveres pårørende eller utpekt verge.

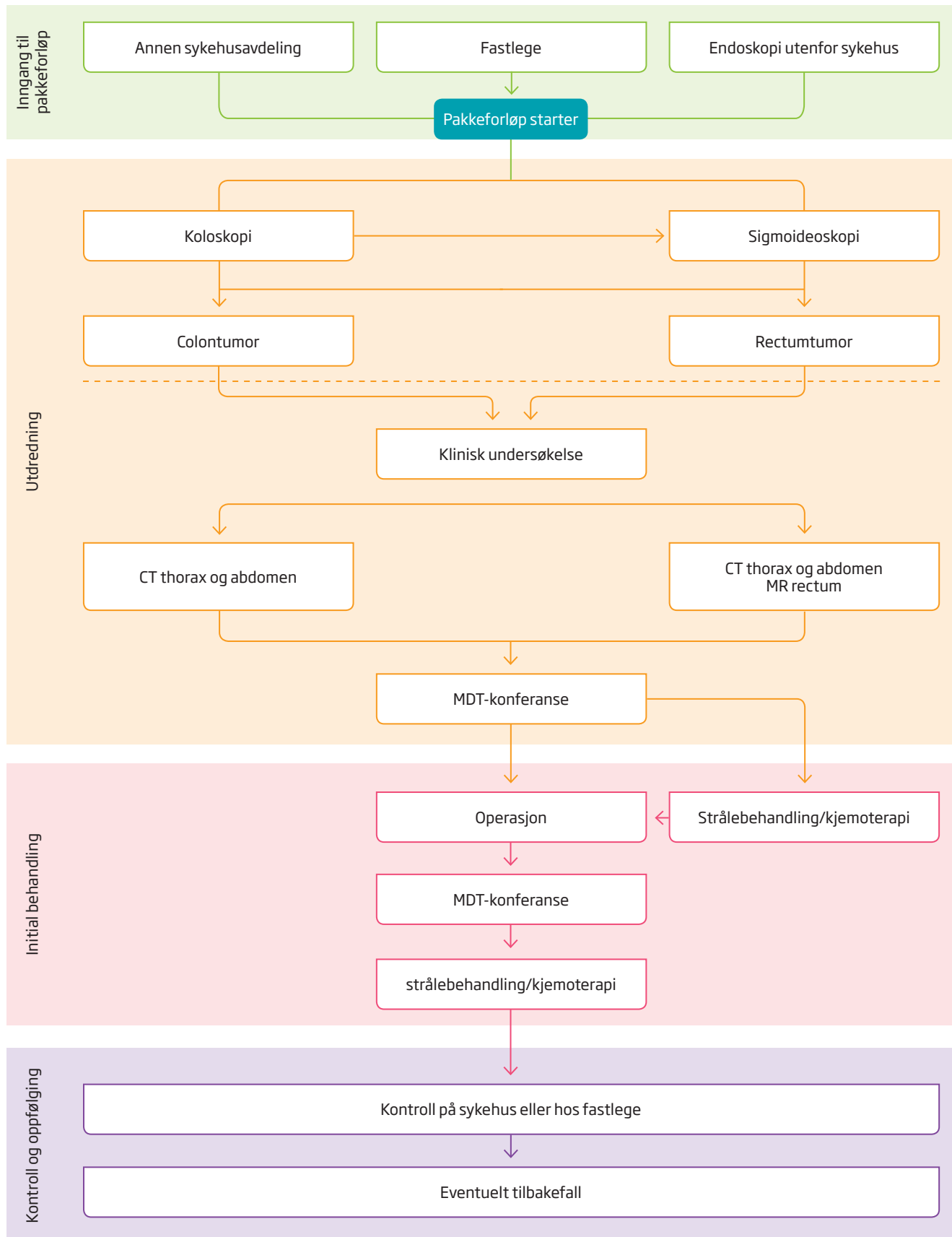
Kommunikasjonen med pasient og pårørende skal i alle sammenhenger baseres på respekt og empati. Informasjon og dialog skal skje på en hensynsfull måte og være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som for eksempel alder, sosiale situasjon, språk, uttrykte ønsker og behov. Videre bør kommunikasjon med pasienten inkludere avklaring vedrørende forventninger om forløpet, inkludert medvirkning av pasient og pårørende.

I den utstrekning pasienten ønsker det skal pårørende involveres gjennom hele pasientforløpet. Samtidig skal helsepersonellet være oppmerksomme på at pårørende også kan ha selvstendige behov som skal ivaretas og tas hensyn til.

Kommunikasjon og informasjon skal være konsistent og koordinert. Som en del av kommunikasjonen skal pasient og pårørende løpende involveres og informeres om undersøkelsesresultater og neste trinn i pakkeforløpet.

Sykehusene skal, i samarbeid med aktuelle pasientforeninger, legge til rette for samtaler med godkjente likepersoner dersom kreftpasienter og/eller deres pårørende ønsker dette.

1.6 Flytskjema



2 INNGANG TIL PAKKEFORLØP FOR TYKK- OG ENDETARMSKREFT

2.1 Risikogrupper

Det er få kjente risikofaktorer for kreft i tykk- og endetarm, men noen personer har økt risiko:

- Personer som har eller har hatt tarmkreft, tarmpolypper eller kronisk inflammatorisk tarmsykdom
- Personer med tarmpolypper eller førstegrads slektninger som har hatt tykktarm-, endetarm- eller endometriekreft før 50-årsalder

2.2 Begrunnet mistanke - kriterier for henvisning til pakkeforløp

Det er begrunnet mistanke om kreft i tykk- og endetarm hos pasienter over 40 år med ett eller flere av følgende symptomer eller funn:

- Uavklart blødning fra tarmen
- Funn av tumor eller polypp ved ano-/rektoskopi
- Endring av et ellers stabilt avføringsmønster i over fire uker

Pasienter med uspesifikke symptomer uten symptomer fra mage/tarm henvises til Diagnostisk pakkeforløp hvis det er begrunnet mistanke om alvorlig sykdom.

2.3 Henvisning til pakkeforløp

Henvisningen fra fastlege eller annen henvisende instans til spesialisthelsetjenesten skal inneholde opplysninger om:

- Eventuell økt risiko for tarmkreft
- Detaljerte symptomer og funn fra objektive undersøkelser som abdominal palpasjon, rektaleksplorasjon, eventuelt rektoskopi samt gynekologisk undersøkelse hos kvinner
- Hemoglobinverdi
- Undersøkelse på okkult blod i avføringen
- Opplysning om pasientens almenntilstand, andre sykdommer og medisiner

Henvisningen skal tydelig merkes «Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft» og sendes elektronisk (klart å foretrekke) eller telefonisk henvisning (unntaksvis) etterfulgt av henvisning på papir (faks eller post).

2.4 Filterfunksjon

For dette forløpet finnes ingen filterfunksjon. Mistanke om tykk- eller endetarmskreft blir begrunnet mistanke når ett eller flere av punktene under 2.2 foreligger. I så fall kan pasienten henvises til Pakkeforløp tykk- og endetarmskreft uten at ytterligere undersøkelser (filterfunksjon) utføres.

2.5 Beslutning om henvisning ved begrunnet mistanke

Ved begrunnet mistanke om kreft i tykk- eller endetarm skal pasienten henvises til Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft for videre utredning i spesialisthelsetjenesten. Den behandlingsmessige konsekvens av videre undersøkelser må vurderes i samråd med pasient og pårørende, spesielt ved betydelig komorbiditet. Hensynet til pasientens ønsker og livskvalitet skal tillegges stor vekt.

2.6 Informasjon og dialog med pasienten

Fastlege eller annen henvisende instans skal ved henvisning til pakkeforløp informere pasienten om:

- Den begrunnede mistanken om tykk- eller endetarmskreft
- Hva henvisning til pakkeforløp innebærer

2.7 Ansvarlig for henvisning

Fastlege/primærhelsetjenesten, avtalespesialist, enheter/avdelinger i eget helseforetak, annet helseforetak (HF 1), nasjonale screeningprogram eller øvrige virksomheter kan henvise pasienter til Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft i spesialist-

helsetjenesten. Alle henvisninger skal sendes til offentlig sykehus i spesialisthelsetjenesten.

2.8 Registrering

Kode for start av Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft skal registreres når a) henvisning til Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft mottas i spesialisthelsetjenesten, eller b) når det vurderes at en henvisnings innhold svarer til kravene til henvisning til dette pakkeforløpet. Registreringen skal skje i offentlig sykehus.

Det er vanligvis den kliniske sykehusavdeling som koder start pakkeforløp. Det skal løpende dokumenteres i pasientens journal at pasienten er inkludert i Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft.

Det skal registreres:

A12A	Start pakkeforløp – henvisning mottatt
-------------	--

2.9 Forløpstid

Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling	9 kalenderdager
--	------------------------

3 UTREDNING

3.1 Utredning

Pasienter med begrunnet mistanke om kreft i tykk- eller endetarm skal undersøkes med endoskopi og eventuelt biopsi. For forløpstiden er tidlig biopsi viktig for å sikre korrekt diagnose innen fastsatt tid.

Avhengig av risikogruppe og symptomer består utredningen av:

Høyrisikopasienter med tidligere tarmkreft, polyper i tarm eller kronisk inflammatorisk tarmsykdom samt personer med førstegrads slektninger som har hatt tarm- eller endometriekreft før 50-årsalder)

- Koloskopi

Alle andre undersøkes på bakgrunn av symptomer og funn:

- Frisk blødning som eneste funn: Sigmoideskopi og anoskopi
- Ikke-frisk blødning med eller uten endret avføringsmønster: Koloskopi
- Avføringsendring i over en måned som eneste symptom: Koloskopi eller sigmoideskopi

Ved normal sigmoideskopi skal avføring undersøkes for okkult blod:

- Dersom positivt funn ved avføringsundersøkelse bør koloskopi utføres
- Dersom ikke funn ved avføringsundersøkelsen anbefales kontroll hos egen lege. Hvis symptomene fortsetter, henvises til koloskopi etter 3 måneder

Ved påvist svulst i tykk- eller endetarm skal det gjøres full koloskopi for utredning av eventuelle synkrone svulster og fjerning av polypper.

3.2 Fastsettelse av diagnose og stadieinndeling

Funn av kreft ved biopsi er basis for diagnostikk. Kreftdiagnose kan også stilles basert på overbevisende kliniske funn ved skopi og radiologi der biopsi er inkonklusiv eller ikke mulig å få tatt. Pasienter med påvist svulst i endetarmen skal i tillegg undersøkes med rektoskopi (stivt skop) for å fastsette nivå. Hvis mulig bør endorektal ultralyd gjøres.

Pasienter med påvist tykk- eller endetarmskreft skal få utført CT- thorax og abdomen. Ved endetarmskreft skal det i tillegg utføres MR rektum/bekken for å fastsette stadium og kartlegge tumorutbredelse. CEA skal tas.

Allmenntilstand, komorbiditet og funksjonsnivå skal kartlegges og journalføres.

Pasienter skal diskuteres i tverrfaglig møte for vurdering av behandling.

3.3 Informasjon og dialog med pasienten

Pasienten skal ha samtale om planlagt behandling med lege etter at utredning er ferdig og klinisk beslutning om behandling tatt i tverrfaglig kreftmøte (MDT). Endelig avgjørelse om behandling tas i samråd med pasienten.

3.4 Beslutning om behandling

Etter endt utredning tas det klinisk beslutning om anbefalt behandling og om behandlingen har kurativt eller palliativt siktemål. Beslutningen tas primært i et tverrfaglig møte/multidisiplinær konferanse (MDT), men kan unntaksvis tas uten et slikt tverrfaglig møte. Beslutningen skal journalføres og registreres i pasientadministrativt system. Pasient, fastlege eller annen henvisende lege skal informeres om beslutningen.

For en del pasienter vil beslutningen innebære

henvisning til annet sykehus, enten for behandling (strålebehandling, avansert kirurgi) eller for vurdering av sammensatt behandlingsforløp (kurativ behandling av både primærtumor og resektable metastaser). En må da påregne ytterligere tid for vurdering ved sekundærsykehus før endelig beslutning om behandling tas.

For pasienter som ikke får påvist kreft i tykk- eller endetarm avsluttes Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft.

Har pasienten betydelige uspesifikke symptomer som gir mistanke om alvorlig sykdom, skal pasienten henvises direkte til utredning i Diagnostisk pakkeforløp. Pasienten, fastlegen og eventuelt annen henvisende lege skal informeres om beslutningen som tas.

3.5 Ansvarlig

Ansvaret for endelig beslutning om behandling tas av behandlende lege, som oftest i kirurgisk avdeling i samråd med pasienten. I hele forløpet tilstrebes kontinuitet i kontakt med forløpskoordinator, lege og annet helsepersonell.

3.6 Registrering

Pasientens første fremmøte til utredning i Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft skal registreres i pasientadministrativt system. Første fremmøte kan være

- oppmøte i klinisk sykehusavdeling
- eller oppmøte hos avtalespesialist. Hvis avtalespesialister er gitt en rolle i utredning og eventuell behandling av pasienter i dette pakkeforløpet, kan registrering skje hos avtalespesialist som rapporterer til NPR. Det offentlige sykehus har ansvar for at denne kodingen skjer.

Det skal registreres:

A12S	Utredning start – første fremmøte
-------------	-----------------------------------

Når utredningen er ferdig, og det er tatt beslutning om sykdomstilstand og om det videre forløpet til pasienten, skal avdelingen registrere en av følgende koder:

A12CK	Klinisk beslutning – Påvist kreft i tykk- og endetarm
A12CM	Klinisk beslutning – Mistanke om kreft/alvorlig sykdom – ny utredning
A12CA	Klinisk beslutning – Påvist annen sykdom
A12CI	Klinisk beslutning – Ikke påvist sykdom

3.7 Forløpstid

Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)	12 kalenderdager
--	------------------

4 INITIAL BEHANDLING AV TYKK- OG ENDETARMSKREFT

4.1 Hovedgrupper av behandlingsforløp

Valg av behandlingsstrategi gjøres på bakgrunn av preoperativ utredning, vurdering av komorbiditet og samtale med pasienten. Det faglige grunnlaget finnes i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykk- og endetarm.

4.1.1 Kreft i tykktarmen

- Primær operasjon, eventuelt med tillegg av adjuvant kjemoterapi ved stadium III og høyrisiko stadium II
- Dersom radikal kirurgi ikke er mulig er palliativ kirurgi eller behandling med livsforlengende kjemoterapi alternativer
- Ved synkron metastasering vurderes enten operasjon for primær tumor og metastaser etterfulgt av adjuvant kjemoterapi, eller neoadjuvant kjemoterapi etterfulgt av kirurgi for primær tumor og metastaser, eventuelt med tillegg av adjuvant kjemoterapi

4.1.2 Kreft i endetarmen

- Primær operasjon
- Preoperativ kjemoradioterapi etterfulgt av operasjon for primær tumor
- Ved synkron metastasering vurderes neoadjuvant kjemoterapi, preoperativ strålebehandling eller kjemoradioterapi, og deretter operasjon for primær tumor og metastaser
- Hvis preoperativ utredning viser at radikal kirurgi ikke er mulig, er palliativ stentbehandling, palliativ kirurgi, kjemoterapi eller strålebehandling alternativ behandling

Forløp ved behov for neoadjuvant behandling

Rundt 40 prosent av pasienter med kreft i endetarmen får preoperativ kjemoradioterapi (neoadjuvant behandling). Ikke alle sykehus som utreder og opererer kreft i endetarmen har stråleenhet. Pasienten

skal henvises til sykehus med stråleenhet (HF2) når utredningen gir indikasjon for neoadjuvant behandling. Pasienten skal ikke rettighetsbehandles på nytt, og starttidspunktet for Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft er tidspunkt for henvisning mottatt i første sykehus (HF1).

Forløp ved synkrone metastaser

Foreligger synkrone metastaser skal pasienten som hovedregel henvises til vurdering ved sykehus som har kompetanse på kirurgisk og onkologisk behandling av metastaser. Unntaket er dersom sykdomsutbredelse eller andre faktorer åpenbart tilsier at metastaserettet behandling ikke er aktuelt. En slik henvisning vil oftest medføre vurdering av tilsendte radiologiske undersøkelser og en videre tett dialog med henvisende sykehus dersom metastaserettet behandling er aktuelt. Dersom metastaserettet behandling ikke er aktuelt, forutsettes rask og godt begrunnet tilbakemelding til henvisende sykehus slik at resterende del av forløpet kan skje der innen tidsfristen. Pasienten skal ikke rettighetsbehandles på nytt ved vurdering i nytt HF, og starttidspunktet for Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft er tidspunkt for henvisning mottatt i første sykehus (HF1).

4.2 De hyppigst oppståtte komplikasjoner

Alvorlige komplikasjoner ved kirurgisk behandling omfatter anastomosesvikt og sårruptur. Begge tilstander kan medføre reoperasjon, sepsis og organsvikt med behov for behandling på intensiv avdeling. Andre alvorlige komplikasjoner er pneumoni, hjertesvikt og dyp venetrombose (DVT).

De vanligste komplikasjoner etter kirurgisk behandling er brokk i operasjonssår og tarmslyng (ileus). Pasienter operert med kikkehullsteknikk har mindre hyppig slike senvirkninger. Pasienter operert for endetarmskreft må regne med funksjonelle plager i forbindelse med avføring, vannlating og/eller

seksualfunksjon, spesielt hvis de også har gjennomgått strålebehandling.

De alvorligste bivirkninger av kjemoterapi er behandlingskrevende febril leukopeni, diare og påvirkning av hjertet, som kan være livstruende. Det er risiko for andre bivirkninger med kvalme, oppkast og neurotoksisitet som de viktigste. Bivirkninger av stråleterapi omfatter irritasjon av slimhinner, diare, blæreirritasjon, samt risiko for skade på tynntarm og strålereaksjon i hud. Det er også risiko for senskade som endret endetarmfunksjon (for eksempel urge og inkontinens), menopause og sterilitet for kvinner og risiko for sterilitet og impotens hos menn.

4.3 Støttebehandling og sykepleie

Den preoperative samtale mellom behandlende lege og pasient skal forberede pasienten på operasjon, innleggelsesforløpet, den polikliniske oppfølging og det å leve med en eventuell stomi. Samtalen gjøres ved behandlende kirurgisk avdeling. For pasienter med risiko for anleggelse av stomi skjer forberedelsen til operasjon i samarbeid med stomisykepleier eller stomikompetent sykepleier.

4.4 Rehabilitering

Behandlende lege skal vurdere den enkelte pasients behov for rehabilitering/etterbehandling så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Ved behov for rehabilitering eller annen etterbehandling skal behandlende lege sammen med pasienten vurdere aktuelle tiltak og hvor tiltaket best kan iverksettes. Fastlegen skal informeres om denne vurderingen. Pasienter som har fått stomi etter den kirurgiske behandlingen trenger ofte oppfølging ved stomipoliklinikk eller av sykepleier med stomikompetanse.

Rehabilitering etter tarmreseksjon

Etter reseksjon av tykktarm eller endetarm kan det oppstå funksjonsforstyrrelser som diare, inkontinens for avføring, blæretømningsproblemer og impotens.

Ansvarlig behandlende lege skal kartlegge og identifisere om pasienten har slike symptomer, og sørge for at pasienten får nødvendig behandling, eller henvises til en avdeling med spesiell kompetanse på inkontinens og bekkenbunnplager.

4.5 Palliasjon

Palliative tiltak som kirurgi, stenting, cellegift eller strålebehandling skal vurderes individuelt. Pasient og pårørende skal gis grundig informasjon om slik behandling, mulig nytte, og mulig risiko for komplikasjoner og bivirkninger, samt forventet livslengde. Palliativ behandling krever ofte tverrfaglig innsats både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Fastlegen har en koordinerende og sentral rolle.

4.6 Informasjon og dialog med pasienten

Når alle undersøkelsessvar foreligger og disse er vurdert på multidisiplinære team-møter (MDT-møter), skal det gjennomføres en samtale med pasienten og eventuelt pårørende om behandlingsmuligheter og behandlingstilbud. Videre drøftes tidsperspektivet i behandlingstilbudet, mulige bivirkninger, risiko for komplikasjoner og konsekvenser hvis pasienten ikke ønsker den anbefalte behandlingen. I samtalen avklares pasientens forventninger til forløpet, og pasientens livssituasjon, eventuell engstelse, ressurser, behov og ønsker avdekkes. Pasienten oppfordres til å ha pårørende/ledsager med til samtalen.

4.7 Beslutning

Er det usikkerhet om videre behandling av pasienten bør dette diskuteres i nytt tverrfaglig møte (MDT).

4.8 Ansvarlig

Behandlende lege i den enkelte sykehusavdeling har ansvaret for pasienten i den perioden pasienten er til behandling i den aktuelle avdelingen.

Kirurgisk avdeling er ansvarlig for eventuell videre henvisning til onkologisk avdeling. Onkolog er ansvarlig for strålebehandling/kjemoterapi, og for henvisning tilbake til kirurgisk avdeling for operasjon.

Kirurgisk avdeling er ansvarlig for avtale om oppfølging ved stomipoliklinikk eventuelt med stomisyepleier, hvis pasienten får stomi.

4.9 Registrering

Når beslutning om behandling er tatt, skal pasienten settes opp til behandling innen de angitte forløpstider. På første behandlingsdag skal kode for behandling registreres. Dette gjelder både om behandlingen regnes som hovedbehandling, eller som neoadjuvant behandling. Hvis det dreier seg om overvåking uten behandling eller ingen behandling, skal registreringen av denne beslutningen kodes på dato for samtale med pasienten. Følgende koder skal benyttes:

A12FK	Behandling start – Kirurgisk behandling
A12FM	Behandling start – Medikamentell behandling
A12FS	Behandling start – Strålebehandling
A12FL	Behandling start – Symptomlindrende behandling
A12FO	Behandling start – Overvåking uten behandling
A12FI	Behandling start – Ingen behandling

Hvis pakkeforløpet avsluttes direkte av andre årsaker enn at det gjøres en klinisk beslutning, skal avdelingen registrere:

A12X	Avslutning av pakkeforløp
-------------	---------------------------

Koden registreres når det tas beslutning om at Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft avsluttes. Det gjelder uansett om diagnosen kan avkrefte eller om pasienten ikke ønsker mer utredning eller behandling.

4.10 Forløpstid

Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	14 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	14 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Strålebehandling	18 kalenderdager

5 OPPFØLGING OG KONTROLLER

5.1 Kontroll

Kontrollopplegget og indikasjonen for rutinemessig oppfølging etter kurativ behandling for tykk- og endetarmkreft er beskrevet i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykk- og endetarm. Ved utskrivning av pasienten fra sykehus skal behandlende lege i epikrise til fastlege orientere om risiko for tilbakefall og senvirkninger av behandling med spesifikt kontrollopplegg for den enkelte pasient.

5.2 Ansvarlig

Den avdeling som avslutter behandlingen, er ansvarlig for å informere pasienten om kontrollopplegget og for at det iverksettes.

5.3 Håndtering av tilbakefall

Mistanke om tilbakefall av sykdom etter tidligere gjennomført kurativ behandling kan oppstå både ved kontroll på sykehus og ved oppfølging/kontakt hos fastlege. Dersom mistanken oppstår hos fastlege skal denne straks henvise pasienten til nytt Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft eller Pakkeforløp for metastatisk kreft ved den avdeling pasienten er behandlet ved tidligere, eller nærmeste kirurgiske avdeling dersom praktiske forhold tilsier det. Sykehuset skal iverksette utredning og behandling etter retningslinjer skissert i handlingsprogrammet og med de tidsfrister som er beskrevet i det aktuelle Pakkeforløp for kreft.

5.4 Informasjon og dialog med pasienten

Ved utskrivningssamtale med pasient og eventuelt pårørende forberedes pasienten på hva han/hun kan forvente seg etter utskrivelsen, og det informeres om hvor pasienten kan henvende seg med problemer. Pasient og pårørende orienteres om kontrollopplegg (hensikt, hvilke undersøkelser som gjøres, tidsforløp).

Videre bør pasienten informeres om vanlige fysiske eventuelt psykiske reaksjoner som kan oppstå etter kreftbehandling.

Fastlegen har en koordinerende og sentral rolle etter at pasienten er skrevet ut fra sykehus og mellom sykehusopphold.

Hvis man får mistanke om residiv hos pasient som har gjennomgått kurativ behandling skal pasienten informeres om dette, samt hvordan videre utredning planlegges.

Ansvar for informasjon til pasienten og for start av relevant utredning vil være den instans/avdeling som har ansvaret for pasienten på dette tidspunkt.

6 FORLØPSTIDER

Tabellen viser forløpstidene i pakkeforløpet.
Forløpstidene er en rettesnor. Fortsatt er det lovmessige grunnlaget
pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling		9 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)		12 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	14 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	14 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Strålebehandling	18 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Kirurgisk behandling	35 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Medikamentell behandling	35 kalenderdager
Fra henvisning til start behandling	Strålebehandling	39 kalenderdager

7 REGISTRERING

7.1 Pakkeforløp start

Kode for start av Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft skal registreres

a) når henvisning til Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft mottas i spesialisthelsetjenesten, eller
b) når det vurderes at en henvisnings innhold svarer til kravene til henvisning til dette pakkeforløpet.

Registreringen skal skje i offentlig sykehus.

Det er vanligvis den kliniske sykehusavdeling som koder start pakkeforløp. Det skal løpende dokumenteres i pasientens journal at pasienten er inkludert i Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft.

Det skal registreres:

A12A	Start pakkeforløp – henvisning mottatt
-------------	--

7.2 Utredning start

Pasientens første fremmøte til utredning i Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft skal registreres i pasientadministrativt system. Første fremmøte kan være a) oppmøte i klinisk sykehusavdeling eller b) oppmøte hos avtalespesialist. Hvis avtalespesialister er gitt en rolle i utredning og eventuell behandling av pasienter i dette pakkeforløpet, kan registrering skje hos avtalespesialist som rapporterer til NPR. Det offentlige sykehus har ansvar for at denne kodingen skjer.

Det skal registreres:

A12S	Utredning start – første fremmøte
-------------	-----------------------------------

7.3 Beslutning ved initial behandling

Når utredningen er ferdig, og det er tatt beslutning om sykdomstilstand og om det videre forløpet til pasienten, skal avdelingen registrere en av følgende koder:

A12CK	Klinisk beslutning – Påvist kreft i tykk- og endetarm
A12CM	Klinisk beslutning – Mistanke om kreft/alvorlig sykdom - ny utredning
A12CA	Klinisk beslutning – Påvist annen sykdom
A12CI	Klinisk beslutning – Ikke påvist sykdom

7.4 Behandling start

Når beslutning om behandling er tatt, skal pasienten settes opp til behandling innen de angitte forløpstider. På første behandlingsdag skal kode for behandling registreres. Dette gjelder både om behandlingen regnes som hovedbehandling, eller som neoadjuvant behandling. Hvis det dreier seg om overvåking uten behandling eller ingen behandling, skal registreringen av denne beslutningen kodes på dato for samtale med pasienten.

Følgende koder skal benyttes:

A12CK	Behandling start – Kirurgisk behandling
A12FM	Behandling start – Medikamentell behandling
A12FS	Behandling start – Strålebehandling
A12FL	Behandling start – Symptomlindrende behandling
A12FO	Behandling start – Overvåking uten behandling
A12FI	Behandling start – Ingen behandling

7.5 Pakkeforløp slutt

Hvis pakkeforløpet avsluttes direkte av andre årsaker enn at det gjøres en klinisk beslutning, skal avdelingen registrere:

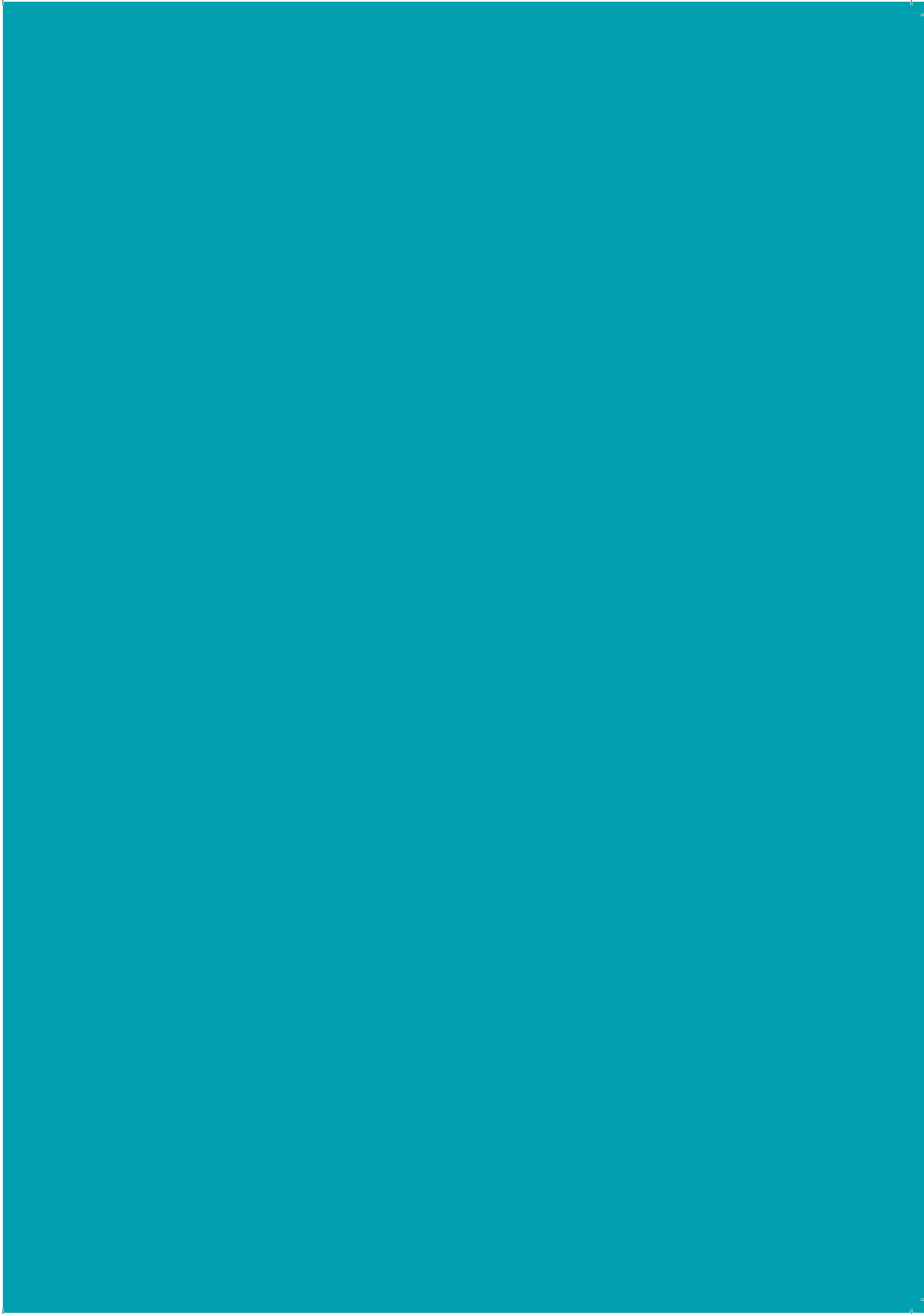
A12X	Tykk- og endetarmskreft: Avslutning av pakkeforløp
-------------	--

Koden registreres når det tas beslutning om at Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft avsluttes. Det gjelder uansett om diagnosen kan avkrefte eller om pasienten ikke ønsker mer utredning eller behandling.

8 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING

Medlemmer av arbeidsgruppen for tykk- og endetarmskreft

Morten Tandberg Eriksen	Akershus universitetssykehus	Gastrokirurg
Frank Pfeffer	Helse Bergen	Gastrokirurg
Geir Tollåli	Universitetssykehuset Nord-Norge	Gastroenterolog
Harald Nes	Helse Fonna	Radiolog
Inge Holm Nygaard	Helse Møre og Romsdal	Gastrokirurg
Karin Frydenberg	Fastlege	Fastlege
Marianne Guren	Oslo universitetssykehus	Onkolog
Rolv Ole Lindsetmo	St. Olavs Hospital	Gastrokirurg
Sigrunn Sebjørnsen	Helse Bergen	Onkolog
Sonja E. Steigen	Universitetssykehuset Nord-Norge	Patolog
Tori Storvik	Oslo universitetssykehus	Koordinator
Britt Sofie Illgut	Norsk forening for stomi- og reservoaropererte (Norilco)	Brukerrepresentant





Helsedirektoratet

Pb 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tel.: +47 810 20 050
Telefontid: 8-15.45 mandag til fredag
Faks: + 47 24 16 30 01
postmottak@helsedir.no
webredaksjonen@helsedir.no