

## Tarmcancerdagen 2016-03-15, Gävle

Tarmcancerdagen genomfördes i Gävle, Folkets Hus, 2016-03-15.

Totalt deltog drygt 110 personer inklusive sponsorerna.

Programmet var följande:

**Peter Matthiessen,**

docent/överläkare Kirurgen Universitetssjukhuset Örebro.

Laparoskopisk (titthåls) kirurgi.

**Maria Hellbom,**

psykolog/verksamhetschef, Regionalt centrum för cancerrehabilitering Stockholm.

Cancerrehabilitering från dag ett.

**Per Fessé,**

Region Gävleborgs cancersamordnare.

Regionens arbete för jämlik cancervård.

Peter M gjorde en kort beskrivning av tarmcancer, ca 4000/år nya tjocktarm, 2000/år ändtarm och 100/år blindtarm.

Antalet tarmcancerfall har fördubblats de senaste 40 åren.

Hur opereras tumörerna?

Vid öppen kirurgi gör man ett buksnitt på ca 15 – 30 cm.

Vid titthålskirurgi/laparoskopi, titthål 5-12 mm eller bikinisnitt 6 cm med "konventionell laparoskopi" eller robot laparoskopi.

Öppen kirurgi ger.

- Större sår
- Stort kirurgiskt trauma för bukväggen
- Risk för störningar vid läkningen ökar vid större sår
- Risk för ärrbräck
- Risk för infektion ökar vid större sår

Vad är alternativet?

Laparoskopi

- Ger mindre smärta
- Snabbare normal tarmaktivitet
- Normalt födointag
- Kortare vårdtid
- Kortare sjukskrivning

Nackdelar med laparoskopi!

- Högre engångskostnader
- Lång inlärningskurva
- Längre operationstider under inläringen
- Vissa operationer måste slutföras med öppen kirurgi

Fördelar med laparoskopi?

- Kortare vårdtider, ca 2 dagar kortare
- Kortare sjukskrivning ca 2 veckor
- Mindre risk för ärrbräck
- Mindre risk för omoperation pga sammanväxningar

### Sammanfattning

- Drygt var fjärde tarmcancer görs med lap.
- Minskad regionala skillnader
- Övergången till lap. är tillfredsställande
- Stora skillnader på ändtarmscancer operationer
- Stora skillnader mellan sjukhus
- Laparoskopisk kirurgi är ej längre "fula ankungen"

Peter visade en film på en laparoskopisk utförd operation av ändtarmscancer. Imponerande vad man ser via kamerorna hög precision på utförda operationerna.

Maria Hellbom talade om cancerrehabilitering.

Varför cancerrehabilitering?

- En av tre svenskar får cancer under sin livstid
- Snart varann – '2030-situationen'
- Sex av tio lever tio år efter diagnosen

Vad är cancerrehabilitering?

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdomen och dess behandling.

Rehabiliteringen ska ge patienten och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt.

Maria beskrev uppbyggnaden av cancerrehabiliteringen i Stockholm, deras arbetsätt är följande:

- Individuellt anpassad kartläggning, planering och insatser
- Utgår från den individuella patientens behov och rehabilitering
- Aktuellt under hela patientens process och med start diagnos

Maria beskrev också ett fall som visar på kopplingen mellan uppkomna biverkningar efter behandling och patientens mentala hälsa som kan förändras drastiskt med rätt rehabilitering. Maria ansåg att terapeutens viktigaste uppgift var att inte tala om för patienten vad han skulle göra, behövde, m.m. utan detta var något som man gemensamt kom fram till genom samtal om dagliga problem och frågor. Lyssna in noga in patientens behov, undran och oro. 'Måste jag leva med detta'?

Poängterade noga att cancerrehabiliteringen startar redan vid första mötet med läkaren när du kommer att få ditt cancerbesked! **Inte** efter avslutad behandling!!

Dessutom vikten av egen vård som kan hjälpa i många fall, ex hård motion under cytostatika behandling testades nu med bra resultat.

Per Fessé talade om Gävleborgs cancerstrategi.

- Minska risken att insjukna i cancer
- Förbättra omhändertagandet av cancerpatienterna
- Förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter diagnos

Standardiserade Vårdförloppet beskriver förloppet och tiden från välgrundad misstanke, utredning och till start av behandling.

Införandet av Standardiserade Vårdförlopp (SVF) innebär en mera jämlik cancervård i Sverige genom kortare väntetider, förbättrad samverkan som ska ge nöjdare patienter och medarbetare. Välgrundad misstanke kan vara:

- Synligt blod i avföringen där rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla
- Ändring av annars stabila avföringsvanor i > 4 veckor utan annan förklaring hos patienter över 40 år.
- Synligt blod i avföring hos högriskpatienter
- Fynd vid bilddiagnostik som inger misstanke om tarmcancer
- Fynd vid rektoskopi som inger misstanke om tarmcancer

Vid en eller flera av dessa välgrundade misstanke(ar) skrivs remissen SVF som skickas till sjukhusets koordinator, denne planerar in de nödvändiga undersökningarna för att avgöra om det är cancer eller ej.

Vid första besöket får patienten dessa tider inga remisser skickas. Denna undersökning ska ta 10 dagar enligt SVF. Fördelen med SVF är att förloppet från att symptom har upptäckts till att behandling påbörjas är fastlagd i tid och vad som ska göras, denna information får patienten vid första besöket på sjukhuset, se patientversion av SVF, tarmcancer.

Under 2016 kommer Standardiserade Vårdförloppet för tarmcancer att införas.