

Tarmcancerdag onsdag 25 mars, Folkets Hus Gävle, mellan 16:00 och 20:00.
Totalt kom ca 100 personer.

Programmet var följande:

RCC = Regionalt Cancercentrum Uppsala – Örebro

Dr Pia Jestin: RCC* funktion för en Jämlik Cancervård.

Prof Wilhelm Graf, Uppsala Akademiska,

Senaste utvecklingen inom tarmkirurgin samt behandling av biverkningar

Region Gävleborgs Hälso- och Sjukvårdsdirektör Kjell Norman

Regionens arbete för jämlik cancervård

Följande företag sponsrade vårt arrangemang:

Roche AB, Merck AB, Amgen AB, Coloplast, mCare och MittMedia.

Pia Jestin talade om RCCs arbete för en jämlik cancervård i Sverige.

När man antog en ny Nationell Cancerstrategi så upprättade man 6 Regionala Cancercentra, RCC.

Dessa RCC är: RCC Norr, RCC Uppsala-Örebro, RCC Stockholm – Gotland, RCC Sydöst, RCC Syd och RCC Väst. I RCC ingår landstingen/regionerna i RCC Uppsala-Örebro ingår 7 landsting/regioner däribland Region Gävleborg.

RCC har ingen beslutsmakt utan landstingen/regionerna beslutar vad som ska göras.

Den Nationella Cancerstrategin som beslutades i början av 2000- talet omfattade följande punkter:

- 1. Minska risken för insjuknande i cancer**
- 2. Förbättra omhändertagandet**
- 3. Förlänga överlevnadstid och förbättra livskvalitet efter diagnos**
- 4. Minska regionala skillnader i överlevnadstid efter diagnos**
- 5. Minska skillnader mellan befolkningsgrupper**

RCCs uppgift:

- 1. Övergripande ansvar för att samordna, utveckla och kvalitetssäkra regionens cancersjukvård**
- 2. Brett uppdrag: Från förebyggande åtgärder till palliativ vård**
- 3.**

Kriterierna för RCC är bland annat följande:

För Patienten:

- **Förebygga, tidig upptäckt**
- **Sammanhållen vårdkedja**
- **Uppföljning, rehabilitering, palliation**

Arbeta för förbättrad kunskap inom cancervården genom samverkan inom Sverige.

Använda sig av gemensamma resurser samt verka för att speciella cancerdiagnoser med få fall/år endast behandlas på ett fåtal sjukhus.

RCC utarbetar rekommendationer till cancervården samt gör en systematisk uppföljning av cancervården via Kvalitetsregistren. Kvalitetsregistren publicerar varje år resultaten från varje landsting/region och även specifika sjukhus.

För att kunna förverkliga förslag från RCC inrättades Regionala Cancerråd med följande funktion:

- **Ansvara för implementering av åtgärder som beslutats utifrån den nationella cancerstrategin**
- **Informera om RCC:s verksamhet gentemot förvaltning, divisions- och verksamhetschefer**
- **Utse representanter från landstinget till vårdprocessgrupper och övriga arbetsgrupper i RCC:s regi**
- **Landstingets remissinstans för nationella vårdprogram**
- **Initiera förbättringsområden inom respektive uppdragsområde**

Cancerplanen för Uppsala – Örebro omfattar följande områden att fokusera på 2014 – 2015

1. **Patientens ställning**
2. **Vårdens struktur**
3. **Kompetensförsörjning**
4. **Forskningssamordning**
5. **Prevention och tidig diagnostik**

Under 2015 kommer tarmcancer inom RCC att arbeta med Standardiserat Vårdförlopp (SV).

Detta ska beskriva förloppet från Välgrundad Misstanke till start av behandling. SV beskrivningar vilka prover, utredningar, tester som ska göras från Välgrundad Misstanke till start av behandling med angivna väntetider för de olika delmomenten. Denna information ska patienten få redan när man misstänker en cancer.

Prof Willhel Graf redogjorde för den senaste utvecklingen inom tarmkirurgin samt även en del behandlingar av tarmkontinens, biverkning vid behandling av tarmcancer.

Primär behandling av tarmcancer är kirurgi. Operationen kan utföras öppet eller laparoskopiskt (titthåls kirurgi) och även nu har operationsrobotar börjat användas. Laparoscopi används numera i ökande omfattning ca 10- 15 % av de kirurgiska ingreppen vid tarmcancer.

Kirurgi	Fördel	Nackdel
Öppen	Relativt sett kortare operationstid. Samtliga typer av tumörer kan opereras. Kirurgen kan känna på tumören	Kroppen får en större operationschock, längre vårdtid efter operationen. Större risk att skada omkringliggande organ. Större risk för postoperativa komplikationer. Större risk för ärrbräck.
Laparoskopisk /titthål	Mindre ingrepp, kroppens operationschock blir mindre, kortare vårdtid efter operationen. Mindre risk för postoperativa komplikationer. Betydligt lägre risk för ärrbräck. Bättre möjligheter att göra ett förfinat kirurgiskt ingrepp	Stora tumörer kan inte avlägsnas. Vid komplicerade fall måste man byta till öppen kirurgi. Längre operationstider. Kirurgen kan ej känna på tumören och vävnad omkring.
Robotteknik	Stora möjligheter att gör ett mycket specifikt kirurgiskt ingrepp. Mindre risk för att skada omkringliggande organ.	Dyra kostar ca 20 miljoner begränsad tillgång. Fortfarande liten erfarenhet.

För att förbättra de kirurgiska resultaten vid ändtarmscancer görs en preoperativ strålning under ett antal dagar.

Eftersom tumörer i ändtarmen ligger nära prostatan resp. vaginan är risken stor att deras funktion skadas vid det kirurgiska ingreppet dess funktion skadas vilket ger sexuella problem som biverkningar. En annan biverkning är att nerverna till ändtarmens muskel skadas man drabbas av tarminkontinens som biverkning. Skadas slutmuskelns nerver kan det till viss del åtgärdas genom sakral nervstimulering. Vilket innebär att elektroder inopereras i korsryggen och kopplas till en pacemaker hela bäckenbotten funktion förstärks. Förbättringen kan i vissa fall bli upp till 80 %.

Slutsatsen från Wilhelm Graf var att det ser en snabb utveckling både inom kirurgin och även behandling av biverkningar.

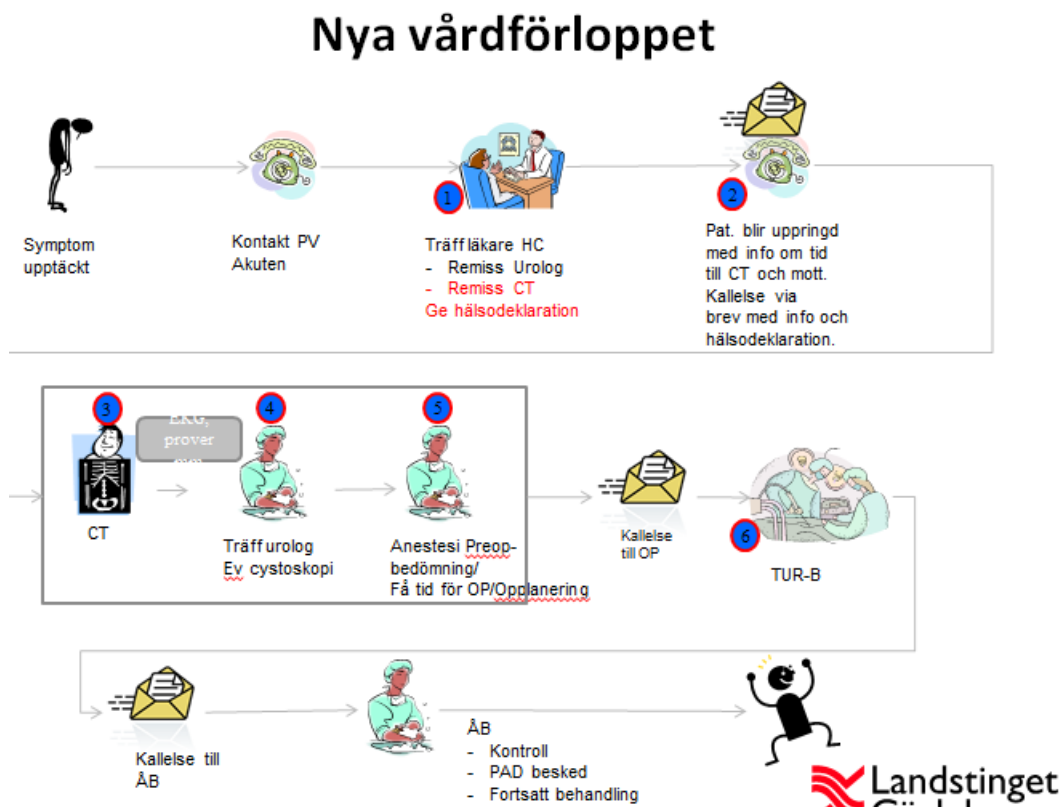
Kjell Norman redovisade de åtgärder som regionen hade gjort för att införa den nya Cancerstrategin.

Ex: Ändtarmscancer behandlades numera bara i Gävle inga i Hudiksvall. Denna koncentring av resurser har inneburit att Region Gävleborg är ett av de främsta på att behandla ändtarmscancer. Diskussioner pågår vad som ska ske med tjocktarmscancer om denna cancer inte ska behandlas inom Regionen, koncentreras till ett annat sjukhus inom regionen Uppsala-Örebro.

Införandet av de nya Standardiserade Vårdförloppet (SVF) har tvingat Regionen att tänka om i många fall.

Ex.: Vid utredning av misstänkt cancer i urinblåsan enligt nya SVF, se nedan. Patienten kontaktas av koordinators som lämnar tider för: Datortomografi (3), besök hos urolog(4) och operations planering(5), samtliga dessa tre moment görs under en dag. Koordinators planerar in besöken för dessa moment direkt utan remisser, mycket tid sparas.

Tidigare gjordes dessa moment vid tre olika tillfällen, samt att remisser skickades från 3 till 4 och slutligen till 5.



Under 2016 är det planerat att SVF för tarmcancer ska införas kommer att medföra tidsbesparingar för patienten under utredningen av misstänkt cancer.