Region Stockholm

Dokument	Giltighetstid	Dnr HSN 2023-0432
Regional tillämpning av Standardiserat vårdförlopp Urinblåsecancer	fr.o.m. 2023-04-01	

Urinblåsecancer

Regional tillämpning av Standardiserat vårdförlopp (SVF) för Region Stockholm

REGIONALT CANCERCENTRUM STOCKHOLM GOTLAND

Region Stockholm

Dokument	Giltighetstid	Dnr
Regional tillämpning av Standardiserat vårdförlopp Urinblåsecancer	2023-04-01	

Innehållsförteckning

Flödesscheman **3**

Nationellt SVF, utredningssteg 3
Region Stockholm, ansvar/ vårdnivåer 4
Förtydligande av processen i Stockholm 4

Förutsättningar **5**

Om cancer i urinvägarna 5
Välgrundad misstanke – och beslut om utredning 6
Remiss till utredning vid välgrundad misstanke 6
Kommunikation och delaktighet 7
Utredning och beslut om behandling 7

Bakgrund till tillämpningen och gjorda överväganden **8**

Rutinen är framtagen av regional processledare och beslutat av regional arbetsgrupp för urinblåsecancer.

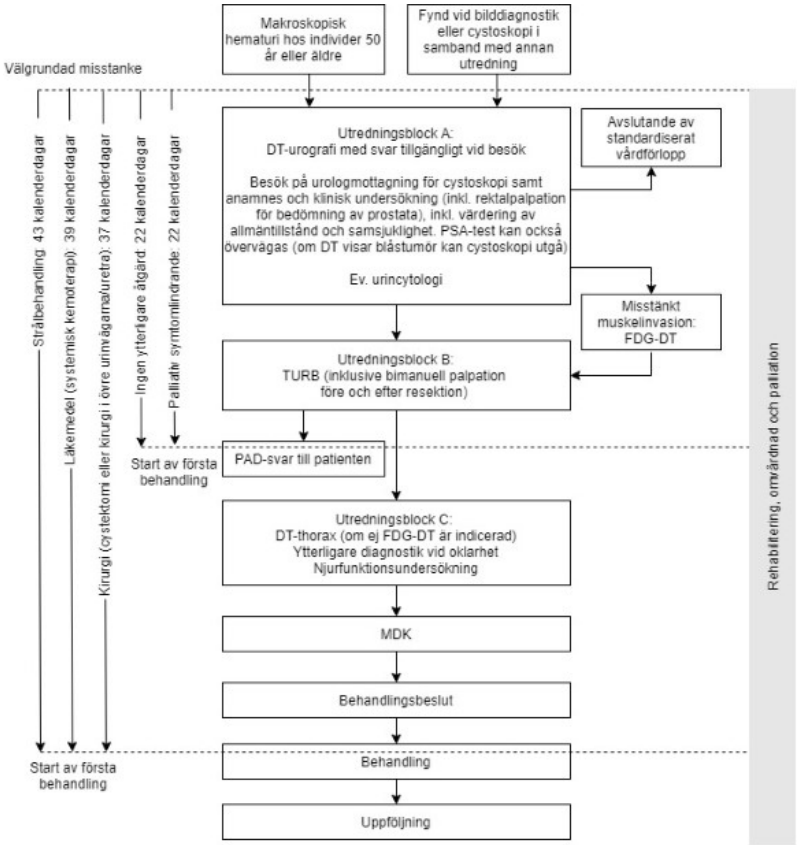
REGIONALT CANCERCENTRUM STOCKHOLM GOTLAND

Region Stockholm

Dokument	Giltighetstid	Dnr
Regional tillämpning av Standardiserat vårdförlopp Urinblåsecancer	2023-04-01	

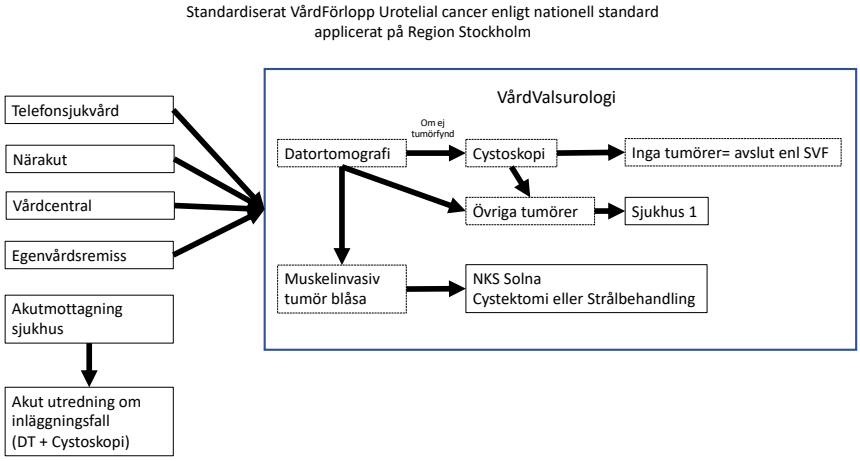
Flödesscheman

Nationellt SVF, utredningssteg



REGIONALT CANCERCENTRUM STOCKHOLM GOTLAND

Region Stockholm, ansvar/ vårdnivåer



Förtydligande av processen i Stockholm

Patienten kan söka hos nätläkare, närakut, primärvård, eller via egenremiss till öppenvårdsurolog

Nätläkare, närakut eller primärvård skall då skyndsamt säkerställa att information i enlighet med SVF finns i en remiss till öppenvårdsurolog. Provtagning avseende kreatinin skall ombesörjas skyndsamt. Patienten skall också, förutom den information som anges i nationella vårdprogrammet, upplysas om att Metformin tillfälligt skall tas bort i samband med röntgenundersökningen.

Öppenvårdsurolog beställer vid remissankomst radiologisk undersökning, bokar tid för besök och registrerar start av SVF i INCA-systemet.

I de fall **patient söker direkt, på egenvårdsremiss,** vid urologisk öppenvårdsenhet sker beställning av radiologi och tidsbokning snarast möjligt.

Om tid till radiologisk undersökning kan förväntas vara längre än sju dagar bör öppenvårdsenheten erbjuda cystoskopi även om det blir före radiologisk undersökning.

Möjliga utfall

Se ”Utfall av block A” ur det nationella SVF.

1. För majoriteten av patienter kommer utfallet av radiologi och cystoskopi att bli att ingen cancer diagnosticeras. Då skall öppenvårdsurolog avsluta SVF i INCA-systemet.

2. För de patienter som har en tumör som ej misstänks vara muskelinvasiv vare sig på röntgen eller vid cystoskopi skickas en remiss vidare till det sjukhus man har samarbete med för utförande av TUR-B. Om radiologin redan visar tumör i urinblåsan bör cystoskopin ej genomföras.
3. För de patienter som har en uppenbar misstanke om muskelinvasiv sjukdom går remissen direkt till Nya Karolinska Solna, NKS, och cystektomiteamet där. Beställning av FDG-PET-DT skall ombesörjas av NKS.

Bifynd vid radiologisk undersökning

I de fall **andra avvikelser än sådana som kan anses höra till urologisk vård** anges på radiologiutlåtandet skall den ansvarige vid öppenvårdsurologienheten skicka en remiss till ansvarig primärvårdsenhet för fortsatt handläggning.

Patienter som söker direkt till sjukhusens akutmottagningar

Grundprincipen är att sjukhuset vid fall där patienten söker akutmottagning för hematuri skall sköta utredningsprocessen inklusive radiologisk undersökning utan fördröjning. Hantering av utfall är densamma som för de övriga enheterna.

Förutsättningar

Relevanta delar återges här med vissa delar i fetstil för ökad läsbarhet, hela dokumenten kan läsas på:

Nationellt vårdprogram

SVF urinblåsecancer

Syftet med standardiserade vårdförlopp (SVF) är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive region för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande. SVF bygger på beslutat nationellt vårdprogram.

Om cancer i urinvägarna

Urotelial cancer kan manifestera sig i hela urinvägarna från njurbäcken till uretra, men urinblåsecancer är den helt dominerande uroteliala tumören. Incidensen av urinblåsecancer varierar mellan olika länder och världsdelar. I Sverige har vi en incidens på cirka 3200 fall per år och varje år dör 700 individer till följd av urinblåsecancer. Samtidigt är prevalensen, d.v.s. antalet individer som lever med diagnosen urotelial cancer (urinblåsecancer (C67.9) och övrig urotelial cancer i njurbäcken (C.65.9), urinledare (C.66.9) och urinrör (C.68.0)) i Sverige, 25 850 per den 31 december 2016 (http://www dep.iarc.fr/nordcan/English/frame.asp).

Kommenterad [LJE1]: Hittar inte den här sidan? Bättre att lägga in en länk

Alla patienter med cancer i urinvägarna hänvisas till en urologisk enhet som ställer diagnos tillsammans med en röntgenklinik och patologavdelning. Alla patienter kontrolleras på den urologiska enheten eller vid onkologisk enhet, ofta efter 3 månader, och därefter utifrån risken för återfall med olika kontrollintervall, i många fall under resten av livet. Hos ungefär 15−30procent av patienterna sprider sig sjukdomen via blodbanan eller lymfvägarna och ger upphov till spridd (metastaserad sjukdom), eller så kan sjukdomen sprida sig genom att växa in i omgivande organ. Dessa patienter bedöms och behandlas under en period på en onkologklinik, innan patienterna remitteras tillbaka till den urologiska enheten. **Merparten av patientkontakten för patienter med cancer i urinvägarna sker på en urologisk enhet (90 procent). Det standardiserade vårdförloppet kommer därför ha störst konsekvens för urologiska enheter och de kliniker som är involverade i utredning och behandling som beskrivits ovan.**

Detta standardiserade vårdförlopp omfattar alla patienter med välgrundad misstanke om eller påvisad cancer i urinvägarna. Tre av fyra patienter med blåscancer har synligt blod i urinen (makroskopisk hematuri) som debutsymtom.

Välgrundad misstanke – och beslut om utredning

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer 50 år eller äldre
- misstanke om urinblåsecancer eller tumör i övre urinvägarna vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. **Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.**

Det är även möjligt **för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet direkt** utan att söka via primärvården.

Observera att individer med makroskopisk hematuri under 50 års ålder också ska utredas, men då risken för bakomliggande cancer är mindre ska hematurin inte föranleda SVF-remiss. Kvinnor 40 år och yngre med förstagångs hemorrhagisk cystit som blir symtomfria på behandling behöver inte utredas för tumör i urinkanalen, då mer än varannan förstagångsurinvägsinfektion har samtidig makrohematuri.

Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen **ska** innehålla

- anamnes, ange särskilt symtom som ligger till grund för den välgrundade misstanken
- samsjuklighet, särskilt diabetes och allergier (notera särskilt allergi eller ej mot kontrastvätska)
- tidigare sjukdomar och behandlingar
- läkemedel (särskilt antikoagulantia och metformin)
- längd och vikt
- social situation samt eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Kommunikation och delaktighet

Den **som remitterar** ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

Utredning och beslut om behandling

Vid mottagande av remiss ska patienten bokas för DT-urografi och därefter besök hos urolog. Om patienten utretts enligt SVF inom det senaste året planeras utredningen individuellt.

Block A enligt nationella SVF:

- DT-urografi med svar tillgängligt vid besök
- **Om DT visar blåstumör kan cystoskopi utgå** och handläggning ske enligt nedan
- Besök på urologmottagning för cystoskopi samt anamnes och klinisk undersökning (inkl. rektalpalpation för bedömning av prostata), inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet. PSA-test kan också övervägas
- Ev. urincytologi
- FDG-PET-DT vid misstanke om muskelinvasiv blåscancer eller avancerad urotelial cancer i övre urinvägarna.

Resultat av block A:

Fynd av tumör i urinblåsan eller fortsatt misstanke Misstanke om muskelinvasiv tumör	Block B beställs FDG-PET-DT beställs
Misstanke om urotelial cancer i övre urinvägarna	Block C beställs
Normalt utredningsfynd	Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patienten återremitteras ev. för vidare utredning
Patologiskt fynd som ej utgörs av urinblåsecancer eller urotelial cancer i övre urinvägarna	Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patientens fortsatta vård planeras individuellt

Bakgrund till tillämpningen och gjorda överväganden

I en tidigare rekommendation angavs att primärvårdsläkaren som första instans skulle skriva två remisser så fort en patient med makroskopisk hematuri sökte vid enheten. Rationalen var att man därmed fick igång processen så snart som möjligt. Konsekvensen blev att den remiss som gick till urologen med tiden blev skickad, ej till sjukhus, utan till den framväxande vårdvalsurologin. Öppenvårdsenheterna inom vårdval har en effektiv verksamhet och därför kunde man erbjuda korta väntetider till cystoskopi medan tiden till röntgen inte kunde matcha tidsmässigt. Vid vissa enheter valde man därför att avsluta SVF-förloppet redan efter en normal cystoskopi utan att kontrollera eller beställa datortomografi. Remissen från vårdcentralen besvarades för tidigt och när röntgensvaret väl anlände till vårdcentralen blev det denna enhet som fick hantera eventuella cancerfynd i de övre urinvägarna eller andra oklarheter inom den urologiska sfären; ny remiss till urologisk enhet. I de fall öppenvårdsurologerna hittade tumörväxt i urinblåsan skickades en remiss till närmaste sjukhus för diagnostisk/terapeutisk operation och fortsatt handläggning. I de fall röntgen ej var utförd överfördes ansvaret på sjukhusenheten.

I avtal med utförare av vård i Region Stockholm anges att ” Vårdgivaren ska utföra Uppdraget på sådant sätt att patienter erhåller vård enligt var tid gällande mål för ledtider och övrigt omhändertagande som tas fram i den nationella satsningen på standardiserade vårdförlopp för patienter med välgrundad misstanke om cancer”

Under tiden som diskussionerna angående SVF och det unika med urologisk vård i Stockholm pågått har vårdlandskapet genom politisk styrning ändrats. Tillgängligheten som varit ett problem har ökat genom tillkomst av ”nätläkare” och närakuter. Dessa har begränsade möjligheter kring remittering och arbetar inte enligt de principer som den reguljära primärvården gör. Som resultat har den tidigare principen om att första enhet skall skriva två remisser satts ur spel. Nu har ett extra steg tillkommit i och med att ”nätläkare” och närakuter väljer att remittera patienter med hematuri till primärvården. Därefter skall patienten remitteras till öppenvårdsurologi. För en patient med muskelinvasiv urinblåsecancer betyder det att de, med den handläggningprincipen, passerade fyra steg innan det avgörande mötet med cystektomiteamet på Nya Karolinska Solna. Fördröjning för denna patientgrupp har betydelse för överlevnaden.