



Nyrekreft

Pakkeforløp

1

Introduksjon til pakkeforløp for nyrekreft

Pakkeforløp for kreft beskriver organisering av utredning og behandling i et standard pasientforløp, samt kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, ansvars plassering og forløpstider.

Formålet med pakkeforløpet er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Pakkeforløp for nyrekreft er faglig forankret i anbefalinger som fremkommer i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av nyrekreft.

Insidensen for nyrekreft er økende både i Norge og internasjonalt. Nyresvulster er relativt symptomfattige. Opp mot 70% av nyrekrefttilfellene oppdages tilfeldig i forbindelse med billediagnostikk av annen årsak. Fem års overlevelse er i Norge nå rundt 80%.

Forløpskoordinering

Koordinering av pakkeforløpet skal sikre et effektivt og forutsigbart forløp fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til oppstart behandling eller avsluttet pakkeforløp, og med tett samarbeid mellom involverte avdelinger og spesialister.

Alle sykehus som utreder og behandler kreft skal ha forløpskoordinatorer.

Det tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT)

Formålet med MDT-møter er at kliniske beslutninger i pakkeforløpet blir truffet på et best mulig tverrfaglig grunnlag med deltagelse av nødvendige fagprofesjoner.

Urolog, onkolog og radiolog bør være til stede i møtene. Patolog og forløpskoordinator kan være med når det er behov for dette.

Informasjon og dialog med pasienten

Målet er at pasient og pårørende får god informasjon og har mulighet for aktiv medvirkning og dialog gjennom hele forløpet. Ansvarlig lege tar beslutninger om det videre forløp i samråd med pasienten.

Informasjon og dialog skal være tilpasset den enkeltes individuelle forutsetninger, som alder, språk, uttrykte ønsker og behov. Tolketjeneste skal benyttes ved behov.

Pårørende involveres i pasientforløpet dersom pasienten ønsker det (pårørendeveilederen).

Sykehusene informerer om mulighet for kontakt og samtaler med likepersoner gjennom pasientforeningene, dersom pasient eller pårørende ønsker dette.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Alle som får en kreftdiagnose inkluderes i Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Pakkeforløpet består av et tilbud om samtaler for å avdekke behov for tjenester og oppfølging ut over selve kreftbehandlingen. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for å kunne bidra til god oppfølging.

Flytskjema

Kommer

Inngang til pakkeforløp for nyrekreft

Risikogrupper

Årsaken til nyrekreft er oftest ikke kjent. Røyking, hypertensjon, overvekt og fedme er de best dokumenterte risikofaktorene. Under 10% av nyrekrefttilfellene har genetisk årsak.

Mistanke

De fleste nyresvulstene påvises tilfeldig i forbindelse med billeddiagnostikk av annen årsak. Enkle cyster/ hyperdense cyster/ bosniak grad 1-2 skal ikke utredes i pakkeforløp.

De fleste nyresvulster er asymptomatiske. Den klassiske triaden med flankesmerter, makroskopisk hematuri og palpabel svulst sees kun hos omtrent 5% av pasientene. Omtrent 30% av pasientene har paraneoplastiske syndromer i form av anemi, forhøyet senkningsreaksjon, hypertensjon, vekttap, polycytemi eller hyperkalsemi.

Filterfunksjon

Dersom det ikke allerede foreligger billeddiagnostikk, så bør det tas CT thorax, abdomen, bekken. Pasienter utredes av fastlegen i samarbeid med radiologisk og urologisk avdeling.

Begrunnet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløp

- Påvist malignitetssuspekt lesjon i nyre
- Ved makroskopisk hematuri er det større sannsynlighet for blærekreft enn for nyrekreft. Pasienten bør derfor inkluderes i Pakkeforløp for blærekreft

Henvisning til pakkeforløp

Henvisning må inneholde opplysninger om begrunnet mistanke om nyrekreft. I tillegg skal henvisningen inneholde viktig informasjon om pasienten, som:

- *medikamenter*
- *komorbiditet*
- *skrøplighetsvurdering (eks. frailty score)*
- *relevante blodprøver*

Henvisningen skal tydelig merkes «Pakkeforløp for nyrekreft». Henvisningen sendes offentlig sykehus.

Informasjon og dialog med pasienten

Fastlege, eller annen henvisende instans, skal ved henvisning til Pakkeforløp for nyrekreft informere pasienten om:

- Den begrunnede mistanken om kreft
- Hva henvisning til pakkeforløp innebærer

Ansvarlig for henvisningen

Fastlege, avtalespesialist, røntgeninstitutt eller annen lege i primær- eller spesialisthelsetjenesten kan henvise pasienter til Pakkeforløp for nyrekreft i spesialisthelsetjenesten. Kopi av henvisningen sendes fastlege. Alle henvisninger skal sendes til offentlig sykehus i spesialisthelsetjenesten.

Registrering

Kode for start av Pakkeforløp for nyrekreft skal registreres på dato når:

1. Henvisning merket "Pakkeforløp" mottas i spesialisthelsetjenesten.
2. Henvisning som oppfyller kravene til pakkeforløp, men ikke er merket "Pakkeforløp", er mottatt i spesialisthelsetjenesten.
3. Begrunnet mistanke om kreft oppstår eller det påvises kreft i spesialisthelsetjenesten, og dette dokumenteres i journalen til pasienten.

Registreringen skal skje i offentlig sykehus, inkludert private ideelle sykehus. Det er vanligvis den kliniske sykehusavdelingen som koder "start pakkeforløp". Det skal løpende dokumenteres i pasientens journal at pasienten er inkludert i Pakkeforløp for nyrekreft.

Det skal registreres:

Kode Kodebeskrivelse

A15A Start pakkeforløp - henvisning mottatt

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse

Fra henvisning mottatt til første fremmøte ved utredende avdeling

***ved større svulst >4cm og mistanke om metastatisk sykdom bør pasienten prioriteres med kortere forløpstid (7 dager)**

Forløpstid

12

kalenderdager*

Utredning av nyrekreft

Utredning

Alle pasienter skal gjennomgå en klinisk undersøkelse og grundig anamnese. Funksjonsstatus og komorbiditet kartlegges. De fleste svulstene er asymptomatiske og klinisk undersøkelse gir ofte lite funn.

Nyrebiopsier vurderes i tilfeller det forventes klinisk konsekvens. Metastaser bør biopses før behandling dersom etiologi er usikker. Se nasjonale retningslinjer.

Funn og planlagt behandling vil avgjøre ytterligere billediagnostisk utredning. Se nasjonale retningslinjer.

Fastsettelse av diagnose og stadieinndeling

På bakgrunn av klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og eventuelt biopsisvar, foretas det en klinisk stadieinndeling etter TNM-systemet. Funksjonsstatus og komorbiditet har også betydning for behandlingsvalg.

Støttebehandling og sykepleie

Det informeres om undersøkelser og behandling, gjerne skriftlig. Sykepleier gjennomfører samtale med pasienten med fokus på ernæring, tidlig mobilisering, smertebehandling, samt samtale ved utskrivning fra sykehuset med plan for oppfølging.

Klinisk beslutning

Beslutning om anbefalt behandling tas primært i et tverrfaglig møte/MDT-møte. Endelig beslutning om behandling tas i samråd med pasienten.

Ansvarlig

Urologiske avdeling er ansvarlig for pasienter i pakkeforløp nyrekreft og har ansvar for å henvise videre ved behov.

Ansaret for endelig beslutning om behandling tas av behandlende lege i samråd med pasienten.

Informasjon og dialog med pasienten

Pasienten får tilpasset informasjon om utredning og aktuell behandling, slik at pasienten kan samtykke til behandling. Pasienten informeres om hvor man kan ta kontakt ved spørsmål.

Der det foreligger evidens for at fysisk aktivitet eller andre forberedende tiltak kan ha innvirkning på behandling, rehabilitering og prognose, informeres pasienten om dette

før behandlingsstart. Dette kan f.eks. dreie seg om røykeslutt, tilrettelagt fysisk aktivitet og ernæring.

Informasjon om fertilitetsbevarende behandling formidles til pasienter i fertil alder der dette vurderes aktuelt og der behandlingen kan påvirke reproduksjon.

Pasienten tilbys også en samtale med behovskartlegging som inneholder temaer som går utover selve kreftbehandlingen, jf. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Registrering

Utredning start

Pasientens første fremmøte til utredning i Pakkeforløp for nyrekreft skal registreres i pasientadministrativt system.

Første fremmøte kan være:

a) oppmøte i sykehus (poliklinikk, innleggelse eller bildediagnostisk undersøkelse) eller

b) oppmøte hos avtalespesialist

Avtalespesialister kan ha fått en rolle i utredning av pasienter i pakkeforløpet, men kan ikke rapportere hendelser i pakkeforløp til NPR. Det offentlige helseforetaket er ansvarlig for å rapportere hendelser i pakkeforløp til NPR. Avtalespesialister skal imidlertid rapportere informasjon om pasientens utredning og ev. behandling på ordinær måte (ICD-10, NCMP/NCSP/NCRP). Det skal registreres:

Kode Kodebeskrivelse

A155 Utredning start – første fremmøte

Overføring til helseforetak/sykehus

Er en pasient i xx pakkeforløp og overføres til et annet helseforetak/sykehus for videre utredning eller start av behandling, kodes:

Kode Kodebeskrivelse

A150 Overført til et annet helseforetak/sykehus

Koden brukes når ansvaret for pasienten overføres mellom sykehusene. Koding for overføring av pasient mellom helseforetak/sykehus registreres på dagen henvisning oversendes. Koden skal ikke brukes hvis pasienten kun henvises til en spesiell undersøkelse, eller for å innhente et råd, uten at behandlingsansvaret overføres mellom helseforetak/sykehus.

Klinisk beslutning

Når utredningen er ferdig, og det er tatt beslutning om sykdomstilstand og om pasientens behandling (i de tilfeller det er påvist kreft), skal avdelingen registrere en av følgende koder:

Kode Kodebeskrivelse

A15CK Klinisk beslutning – Påvist kreft i nyre eller overveiende sannsynlig kreft i nyre, og behandling besluttet

A15CM Klinisk beslutning – Påvist eller mistanke om annen kreftsykdom

A15CA Klinisk beslutning – Påvist eller mistanke om annen sykdom enn kreft

A15CI Klinisk beslutning – Ikke påvist sykdom

Registrering skjer når endelig beslutning om behandling tas i samråd med pasienten.

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse

Fra første fremmøte ved utredende avdeling til avsluttet utredning, (beslutning tas).

***ved større svulst >4cm og mistanke om metastatisk sykdom bør pasienten prioriteres med kortere forløpstid (25 dager)**

Forløpstid

30 kalenderdager*

4

Behandling av nyrekreft

Hovedgrupper av behandlingsforløp

Behandling av lokalisert nyrecellekarsinom uten metastaser er i hovedsak kirurgisk. Dersom nyresparende behandling er mulig, bør dette vurderes fremfor radikal nefrektomi. Bruk av ablative behandlinger er økende.

Forhold som taler for aktiv overvåking av små svulster er høy alder (>75år), redusert funksjonsklasse, høy ASA score, multiple og bilaterale tumorer, singel nyre og alvorlig

komorbiditet. Strukturert oppfølging av aktiv overvåking inkluderer billedkontroll 6-12 måneder etter diagnose, deretter årlig eller hvert annet år. Symptomstyrt behandling bør benyttes for pasienter med kort forventet levetid og mye komorbiditet, der risikoen ved kirurgi eller anestesi utgjør en større helserisiko enn nyresvulsten alene.

For nærmere omtale av ulike behandlingsforløp, se nasjonalt handlingsprogram for nyrekreft.

De hyppigst oppståtte komplikasjoner

Komplikasjoner til kirurgi og onkologisk behandling

Kirurgi:

- Postoperativ blødning
- Sårinfeksjoner
- Nedsatt nyrefunksjon
- Dyp venetrombose, lungeemboli, urinveisinfeksjon eller lungebetennelse
- Perioperativ dødelighet er lav (<1–2 prosent)

Komplikasjonene avhenger av om det er gjort åpen kirurgi eller laparoskopi, komorbiditet, samt tumors størrelse og eventuelt av sykdommens utbredelse. Det er sjeldent behov for intensiv postoperativ behandling. Se nasjonale retningslinjer kapittel 8.4.

Medikamentell behandling:

Alle pasienter som får medikamentell behandling for metastatisk nyrekreft, må følges med tanke på bivirkninger. Pasienten bør informeres muntlig og skriftlig før oppstart behandling. Se nasjonale retningslinjer kapittel 9.

Støttebehandling og sykepleie

Det foretas pre- og postoperativt en sykepleiefaglig vurdering av pasientens behov for praktisk/psykisk støtte fra hjemmesykepleier. Sykepleier/helsesekretær sikrer avtale om poliklinisk kontroll for informasjon om histologisvar og fastsettelse av videre kontrollopplegg.

Ansvarlig

Utredende urologisk avdeling er ansvarlig for den endelige beslutning om kirurgisk behandling. Det samlede behandlingsteam på avdelingen er ansvarlig for pre- og postoperativ informasjon.

Onkologisk avdeling er ansvarlig for onkologisk behandling og informasjon om denne.

Informasjon og dialog med pasienten

Når undersøkelsessvar foreligger og er vurdert i MDT-møter, gjennomføres en samtale med pasienten om videre behandling. Det informeres om mulige bivirkninger, risiko for komplikasjoner og konsekvenser av behandlingen.

Pasienten oppfordres til å ha en pårørende med til samtalen.

Pasienten tilbys samtale med behovskartlegging som inneholder temaer som går utover selve kreftbehandlingen, jf. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Rehabilitering

Behandelnde lege vurderer den enkelte pasients behov for rehabilitering/etterbehandling så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Ved behov for rehabilitering eller annen etterbehandling, skal behandelnde lege sammen med pasienten vurdere aktuelle tiltak og hvor tiltaket best kan iverksettes. Fastlegen informeres om denne vurderingen.

Registrering

Når beslutning om behandling er tatt, skal pasienten settes opp til behandling innen 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 aktiv overvåkning eller ingen behandling, skal registreringen av denne beslutningen kodes på dato for samtale med pasienten.

For stråleterapi er første behandlingsdag den dagen første strålefraksjon blir gitt (ikke f.eks. den dagen planleggingsbilder blir tatt).

For medikamentell behandling er første behandlingsdag den dagen et kreftmedikament blir gitt (ikke f.eks. dagen forbehandling blir startet).

For kirurgi er første behandling dagen inngrepet gjøres.

Det presiseres at ønske om oppfyllelse av anbefalt frist for forløpstid aldri må overstyre god og fullverdig utredning. Eksempelvis bør man vente på at alle nødvendige svar fra molekylærpatologisk undersøkelse foreligger før behandlingsbeslutning tas og kodes.

Følgende koder skal benyttes:

Kode Kodebeskrivelse

A15FK Behandling start – Kirurgisk behandling*

A15FM Behandling start – Medikamentell behandling

A15FS Behandling start – Strålebehandling**

A15FL Behandling start – Symptomlindrende behandling

A15FO Behandling start – Aktiv overvåking

*Ablasjon: Kodes under kirurgisk behandling

**Stereotaksi: Kodes under strålebehandling

Dersom pakkeforløpet avbrytes ved at pasienten ikke ønsker ytterligere utredning eller behandling, eller behandling ønskes i utlandet eller ved privat klinikk (når denne ikke er en definert del av pakkeforløpet)/eller ved død, skal avdelingen registrere:

Kode Kodebeskrivelse

A15X Avslutning av pakkeforløp

Koden registreres når det tas beslutning om at Pakkeforløp for nyrekreft avbrytes.

Forløpstid

	Behandling	Forløpstid*
Fra avsluttet utredning til start behandling	Aktiv overvåking	
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling**	16
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	16
Fra avsluttet utredning til start behandling	Strålebehandling***	16

***Svulster over 4cm og metastatisk sykdom bør prioriteres med oppstart behandling tidligere, innen 11 dager.**

**Ablasjon: Kodes under kirurgisk behandling

***Stereotaksi: Kodes under strålebehandling.

Aktiv overvåking er kun aktuelt ved størrelse under 4cm.

5

Oppfølging og kontroll av nyrekreft

Kontroll

Oppfølging av pasienter som har gjennomgått kirurgisk behandling for nyrecellekarsinom er todelt:

1. Første kontroll søker å avdekke tidlige postoperative komplikasjoner. Blodtrykk og nyrefunksjon må også kontrolleres. Spesielt fokus bør rettes mot pasienter med nyresvikt, diabetes, karsykdom og overvekt.
2. Senere kontroller rettes mot påvisning av residiv eller metastatisk sykdom. 80 % av metastasene oppstår de første to årene etter kirurgi, og 75–85 % innen fem år. Metastaser etter 10 år er sjeldne, men forekommer.

Risiko for tilbakefall av sykdom avhenger av flere faktorer, og kontrollopplegget bør individualiseres og differensieres i henhold til risikostratifisering. Se kapittel 10 i nasjonale retningslinjer for utfyllende informasjon.

Ansvarlig

Etter kirurgi

Urologisk avdeling har ansvaret og avgjør hvordan pasienten skal kontrolleres etter kirurgi. Oppfølgingsopplegg avgjøres ved første postoperative kontroll. Urolog har ansvar for å henvise til adjuvant behandling når det er indisert. Systematiske kontroller i sykehus og hos fastlege skal avsluttes når eventuelle tilbakefall ikke får klinisk konsekvens.

Etter onkologisk behandling

Individualisert kontrollopplegg.

Informasjon og dialog med pasienten

Ved utskrivningssamtale forberedes pasienten på hva som kan forventes seg etter utskrivelsen, og hvor pasienten kan henvende seg ved behov for kontakt med helsetjenesten, inkludert hvor pasienten kan henvende seg for oppfølging i forbindelse med pakkeforløp hjem. Pasienten orienteres om videre kontrollopplegg i sykehuset og ev. hos fastlegen, og hva som er hensikten med kontrollene.

Fastlegen har en koordinerende rolle etter at pasienten er skrevet ut fra sykehus og mellom sykehusopphold. Pasienten informeres om dette og informeres også om kreftkoordinator i kommunen, dersom kommunen har dette.

Støttebehandling og sykepleie

Pasientens sykdomsspesifikke problemer skal vurderes individuelt og tiltak iverksettes for å ivareta konsekvenser av sykdom og behandling som har innvirkning på grunnleggende behov. Pårørendes behov for informasjon imøtekommes og nødvendige tiltak iverksettes.

Håndtering av tilbakefall

Ved tilbakefall av kreftsykdom etter tidligere avsluttet behandling (lokalt eller regionalt residiv, eller ved fjernmetastaser), henvises pasienten ikke til nytt pakkeforløp. Imidlertid må pasienten ivaretas etter de samme prinsipper som i pakkeforløpene.

Ved mistanke om nyoppstått kreft skal pasienten henvises til nytt pakkeforløp.

Er det svært usikkert om tilbakefall/metastaser kommer fra tidligere nyrekreft, kan pasienten henvises *Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt*.

Rehabilitering

Tilbud om informasjon fra ernæringsfysiolog, fysioterapeut eller andre relevante fagpersoner vurderes individuelt.

Palliasjon

Les mer i Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram

6

Forløpstider i pakkeforløp for nyrekreft

Tabellen viser forløpstidene i pakkeforløpet.

Forløpstidene er normerende. Det lovmessige grunnlaget er pasientrettighetsloven §2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Forløpsbeskrivelse	Behandling	Forløpstid*
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling		12 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)		30 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	16 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	16 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Strålebehandling**	16 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Kirurgisk behandling***	58 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Medikamentell behandling	58 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Strålebehandling	58 kalenderdager

***Svulster over 4cm og metastatisk sykdom bør prioriteres med tid fra henvisning mottatt til oppstart behandling, innen 6 uker (43 kalenderdager)**

****Stereotaksi:** Kodes under strålebehandling.

*****Ablasjon:** Kodes under kirurgisk behandling