



Bukspyttkjertelkreft

Pakkeforløp

1

Introduksjon til pakkeforløp for kreft

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 bukspyttkjertelkreft er faglig forankret i anbefalinger som fremkommer i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av bukspyttkjertelkreft\

Dette pakkeforløpet omhandler solide svulster i bukspyttkjertelen. Cystiske lesjoner omfattes ikke av dette pakkeforløpet uten at det er klare malignitetssuspekterte karakteristika.

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.

Sykehus som behandler pasienter med bukspyttkjertelkreft, bør ha regelmessige tverrfaglige beslutningsmøter. Endelig beslutning om videre diagnostikk og forslag til behandling tas i MDT-møte. Teamet bør bestå av gastrokirurg, onkolog, radiolog og forløpskoordinator. Gastroenterolog med kompetanse på bukspyttkjertelsvulster og galleveier er aktuelt. Ved behov innkalles andre spesialister, som for eksempel patolog.

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 bukspyttkjertelkreft

Risikogrupper

Økt risiko er assosiert med røyking, overvekt og kronisk pankreatitt. Under ti prosent av dem som får bukspyttkjertelkreft kan ha arvelig disposisjon.

Mistanke

Mistanke om kreft i bukspyttkjertelen oppstår ved:

- Ikterus – uten typisk gallesteinsklinikk eller mistanke om infeksiøs årsak
- Abdominale smerter, eventuelt lumbalsmerter
- Vekttap – mer enn fem til 10 prosent ufrivillig vekttap siste fire til seks uker
- Nedsatt appetitt
- Kvalme
- Tretthet og nedsatt almenntilstand
- Nydiagnostisert diabetes mellitus uten risikofaktorer for diabetes
- Pankreatitt – ukjent årsak

Filterfunksjon

Mistanke om bukspyttkjertelkreft kan oppstå ved konsultasjon hos fastlege, spesialist utenfor sykehus, eller under innleggelse i sykehus.

God anamnese og klinisk undersøkelse gir grunnlag for følgende tiltak ved mistanke om bukspyttkjertelkreft:

- Blodprøver: Hgb, leukocytter, CRP, bilirubin, ALP, ASAT, ALAT, gGT, kreatinin, lipase/amylase, INR ved ikterus
- Avklarende bildediagnostikk i form av CT abdomen, med mindre pasienten henvises direkte til pakkeforløp på grunn av ikterus uten annen forklaring

Pasienter med uspesifikke symptomer på kreft som ikke kan relateres til noe organ, henvises til Diagnostiske pakkeforløp.

Det skal ikke tas biopsi av mistenkt/påvist lesjon i bukspyttkjertelen. Se for øvrig handlingsprogrammet for bukspyttkjertelkreft.

Begrunnet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløp

Begrunnet mistanke om kreft i bukspyttkjertelen foreligger ved:

- Malignitetssuspekt lesjon i bukspyttkjertelen ved bildediagnostikk
- Ikterus uten opplagt forklaring som for eksempel gallesteinsykdom eller leversykdom

Henvisning til pakkeforløp

Henvisning fra fastlege eller annen henvisende instans må inneholde opplysninger om begrunnet mistanke om bukspyttkjertelkreft. I tillegg skal henvisningen inneholde viktig informasjon om pasienten, som f.eks:

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

Henvisningen skal tydelig merkes «Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft».

Henvisningen sendes offentlig sykehus.

Informasjon og dialog med pasienten

Ved henvisning til pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft informeres pasienten om

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

Ansvarlig for henvisningen

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

Påvises det ved bildediagnostikk malignsuspekt lesjon i bukspyttkjertelen bør røntgenavdelingen kontakte fastlegen, spesialist eller sykehusavdeling som har rekvirert undersøkelsen – som henviser til Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft.

Registrering

Kode for start av Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft 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 bukspyttkjertelkreft.

Det skal registreres:

Kode Kodebeskrivelse

A07A Start pakkeforløp – henvisning mottatt

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse

Forløpstid

Fra henvisning mottatt til første fremmøte ved utredende avdeling 8 kalenderdager

3

Utredning av bukspyttkjertelkreft

Utredning

Nødvendig bildediagnostikk med CT og eventuelt MR gjøres før galleavlastning med stent vurderes hos ikteriske pasienter. Forhøyet bilirubin/klinisk ikterus er alene ikke indikasjon for pre-operativ galleavlastning. Det tilstrebes at pasienter som planlegges for operasjon ikke skal galleavlastes. Kolangitt er en absolutt indikasjon for umiddelbar avlastning.

Ikteriske pasienter som ikke skal opereres, men få palliativ kjemoterapi, får endoskopisk galleavlastning for å normalisere s-bilirubin før oppstart av kjemoterapi.

Foreligger resektabel lesjon i bukspyttkjertelen, og det ikke finnes tegn til metastaser, kan pasienten vurderes for operasjon, uten at klinisk diagnose konfirmeres histologisk/cytologisk.

Vurderes pasienten for neoadjuvant eller palliativ kjemoterapi må kreftdiagnosen konfirmeres histologisk/cytologisk før behandling starter. Histologiske/cytologiske vevsprøver er hastebiopsier («cito»). En definitiv/alternativ foreløpig diagnose bør være meddelt rekvirenten innen tre virkedager fra biopsidato.

En stor andel av pasienter med bukspyttkjertelkreft vil kunne kreve et lengre forløp på grunn av behov for stentanleggelse for avlastning av galleveier før oppstart av medisinsk eller kirurgisk behandling. I tillegg vil mange pasienter ha behov for optimalisering av allmenn- og ernæringstilstand før oppstart medisinsk eller kirurgisk behandling. Anleggelse av galleveisstent rapporteres ikke som start på initial behandling.

Diagnose og stadieinndeling

På bakgrunn av utredning og vurdering av pasientens aktuelle fysiske tilstand kategoriseres pasientene i følgende grupper:

- **Resektabel sykdom** er egnet for behandling med reseksjon i kurativ hensikt
- **«Borderline» resektabel bukspyttkjertelkreft** uten tegn til metastaser. Mulig egnet for behandling med reseksjon i kurativ hensikt etter neoadjuvant kjemoterapi som inkluderer ny bildediagnostisk vurdering etter to og fire måneder. Sikker objektiv radiologisk respons kan forventes kun hos et fåtall av pasientene.
- **Lokalavansert bukspyttkjertelkreft** uten tegn til metastaser. I utgangspunktet palliativ behandling. En mindre gruppe pasienter i god allmenntilstand vil, etter primær kjemoterapi i 6 måneder, kunne bli egnet for reseksjon i kurativ hensikt ved radiologisk og biokjemisk respons.
- **Disseminert sykdom**, men god allmenntilstand (ECOG funksjonsstatus 0-2). Pasienten henvises til palliativ behandling.
- **Dårlig allmenntilstand hos pasient med disseminert sykdom** (ECOG funksjonsstatus 3-4). Pasienten tilbys palliativ behandling.

Støttebehandling og sykepleie

En stor andel pasienter med bukspyttkjertelkreft vil i løpet av sitt sykdomsforløp ha behov for ulike palliative tiltak. Tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å vurdere og lindre symptomer. Henvisning til palliativ enhet i spesialisthelsetjenesten bør vurderes **tidlig** ved avansert sykdom. Tiltak som ivaretar god ernæringsstatus, bør vurderes.

Palliativt team og eventuelt kreftkoordinator i kommunen er viktige støttespillere for pasient og pårørende. I samarbeid med pasientens fastlege er det verdifullt å bygge opp et godt støtteapparat rundt pasienten for å legge til rette for god oppfølging og symptombehandling utenfor institusjon, så sant det er mulig.

Klinisk beslutning

Beslutning om anbefalt behandling tas primært i et tverrfaglig møte/MDT-møte, men kan unntaksvis tas uten et slikt tverrfaglig møte. Endelig beslutning om behandling tas i samråd med pasienten.

Ansvarlig

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 xx kreft 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

A07S Utredning start – første fremmøte

Overføring til helseforetak/sykehus

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

Kode Kodebeskrivelse

A07O 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
A07CK	Klinisk beslutning – Påvist bukspyttkjertelkreft og behandling besluttet
A07CM	Klinisk beslutning – Påvist eller mistanke om annen kreftsykdom
A07CA	Klinisk beslutning – Påvist eller mistanke om annen sykdom enn kreft
A07CI	Klinisk beslutning – Ikke påvist sykdom

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

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse	Forløpstid
Fra første fremmøte ved utredende avdeling til avsluttet utredning, (beslutning tas).	21 kalenderdager

Behandling av bukspyttkjertelkreft

Hovedgrupper av behandlingsforløp

Valg av behandling baseres på adekvat preoperativ utredning, der bildediagnostikk av høy kvalitet er sentral. Vurdering av komorbiditet, og dialog med pasienten er viktig. Det faglige grunnlaget for vurderingene finnes i Nasjonalt handlingsprogram for diagnostikk, behandling og oppfølging av bukspyttkjertelkreft.

Støttebehandling og sykepleie

- Ernæringsfunksjonen ivaretas på best mulig måte. Mange av pasientene har redusert allmenntilstand allerede på diagnosetidspunktet
- Det etableres kontakt med andre aktuelle avdelinger
- Ved behov involveres hjemmesykepleie og tilstrekkelig informasjon og veiledning gis for å kunne ivareta pasientens behov
- Fastlegen informeres og involveres, også i forhold til eventuell smertebehandling
- Psyko-sosial støtte

Pårørendes behov for informasjon imøtekommes og nødvendige tiltak iverksettes.

De hyppigst oppståtte komplikasjoner

Etter pancreatoduodenctomi eller distal pancreasreseksjon:

- Ventrikelretensjon
- Anastomosesvikt (gallelekkasje, pancreasfistel)
- Postoperativ abdominal infeksjon
- Postoperative kardiopulmonale tilstander

Informasjon og dialog med pasienten

Når undersøkelsessvar foreligger og er vurdert i MDT-møter, gjennomføres 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.

For de aller fleste pasienter som gjennomgår operativ behandling med kurativ intensjon er postoperativ adjuvant kjemoterapi en del av primærbehandlingen. Det er viktig at disse pasientene får et best mulig postoperativt forløp som gjør at de ut ifra allmenn- og ernæringstilstand og funksjonsstatus kan starte med adjuvant kjemoterapi, med oppstart innen 12 uker fra operasjonstidspunktet. God ernæring og tilpasset fysisk aktivitet er viktig.

Etter gjennomført adjuvant kjemoterapi i rundt seks måneder må allmenntilstand og funksjonsnivå følges og opprettholdes. Individuelt tilpassede tiltak vurderes. Fastlegen er sentral i denne fasen.

Palliasjon

Symptomlindrende behandling kan gjennomføres i form av:

- Endoskopisk behandling (avlastnignav galleveis- og/eller gastroduodenal obstruksjon)
- By-pass operasjon
- Palliativ kjemoterapi
- Palliativ strålebehandling
- Analgetika og antiemetika

Ofte er kombinasjon av ulike modaliteter aktuelt. Godt samarbeid med lokalt mobilt pallitivt team er nyttig, når denne muligheten finnes.

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.

Følgende koder skal benyttes:

Kode	Kodebeskrivelse
A07FK	Behandling start – Kirurgisk behandling
A07FM	Behandling start – Medikamentell behandling
A07FS	Behandling start – Strålebehandling
A07FL	Behandling start – Symptomlindrendebehandling
A07FO	Behandling start – Aktiv overvåkning
A07FI	Behandling start – Ingen behandling

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

A07X Avslutning av pakkeforløp

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

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse	Behandling	Forløpstid
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	14 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	14 kalenderdager

5

Oppfølging og kontroll av bukspyttkjertelkreft

Kontroll

Oppfølging av opererte pasienter

Etterkontroll på kirurgisk poliklinikk fire til seks uker etter operasjonsdato, for å få informasjon om endelig histologi og for å avklare om pasienten har komplikasjoner

som ikke er ivarettatt. Dette kan være ernæringssvikt, forsinket ventrikkeltømmning og funksjonssvikt generelt.

Etterkontroll ved kirurgisk poliklinikk utover denne ene kontrollen vurderes individuelt.

Pasienter som starter med adjuvant kjemoterapi følges ved kreftavdelingen under pågående behandling.

Det er i hovedsak fastlegen som følger pasientene videre etter avsluttet adjuvant kjemoterapi.

Oppfølging av ikke-opererte pasienter

Pasienten vurderes for eventuell tumorrettet kjemoterapi ved kreftavdeling, og følges ved denne avdelingen mens behandlingen pågår. Det er viktig med god støtte fra og lett tilgang til fastlegen, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes. God dialog mellom involverte leger og behandlingssenheter er en forutsetning.

For nærmere omtale av kontroller vises det til nasjonalt handlingsprogram for bukspyttkjertelkreft.

Ansvarlig

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

Informasjon og dialog med pasienten

Ved utskrivningssamtale forberedes pasienten på hva som kan forventes 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 bukspyttkjertelkreft, kan pasienten henvises *Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt*.

Rehabilitering

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

Palliasjon

Palliative tiltak er sentrale for en del pasienter.

Den palliative innsats retter seg mot belastende symptomer på grunn av sykdom eller behandling.

Det vises til omtale av palliasjon i nasjonalt handlingsprogram for bukspyttkjertelkreft og nasjonalt handlingsprogram for palliasjon.

6

Forløpstider i pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft

Tabellen viser forløpstidene i pakkeforløpet.

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

Forløpsbeskrivelse		Forløpstider
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling		8 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)		21 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	14

Forløpsbeskrivelse		Forløpstider
		kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	14 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Kirurgisk behandling	43 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Medikamentell behandling	43 kalenderdager