



Klinisk fagrevisjon

Adjuvant kjemoterapi etter operasjon for tykktarmskreft

Helse Nord

Gjennomført august til november 2017

Innholdsfortegnelse

1. Forkortelser, definisjoner og ordforklaringer	s. 3
2. Bakgrunn og formål	s. 5
3. Omfang og metode	s. 6
3.1 Faglig revisjonsgrunnlag	s. 7
3.2 Revisjonskriterier	s. 8
4. Oppsummering	s. 9
4.1 Oppsummering av observasjoner	s. 10
4.2 Oppsummering av anbefalinger	s. 11
5. Sentrale observasjoner	s. 12
5.1 Beskrivelse av journalutvalget	s. 13
5.2 Vurdering av behov for adjuvant behandling	s. 14
5.3 Tidspunkt for oppstart adjuvant behandling	s. 15
5.4 Gjennomføring av adjuvant behandling	s. 20
6. Forbedringsområder	s. 22
6.1 Innspill til forbedring	s. 23
7. Vedlegg	s. 28
Intervjuguider	s. 29
Sjekkliste for journalgjennomgang	s. 33
Om fagrevisjonen	s. 35

1. Forkortelser, definisjoner og ordforklaringer (1:2)

Ord/forkortelser	Definisjon / forklaring
Adjuvant kjemoterapi	Er et standard antall «cellegiftkurer» som gis etter operasjon for å redusere risiko for tilbakefall.
Cito-merking	Merking av preparat hvor man ønsker særlig rask tilbakemelding.
Dukes klassifisering	Klassifisering for å karakterisere tumors relasjon til tarmen, lymfeknuter og fjernspredning (https://tidsskriftet.no/2007/11/tema-kolorektal-kreft/adjuvant-kjemoterapi-ved-tykktarmskreft). Angis som klassifisering A-D.
FLOX- og FLV-kur	Kombinasjonskurer som inneholder medikamentene 5-fluorouracil, og kalsiumfolinat (FLV) og gis til pasienter med blant annet tarmkreft. FLOX inneholder i tillegg oksaliplatin.
Histologisvar	Beskrivelse av vev eller vevsprøver utført av patolog.
Kikkhullsoperasjon	Operasjon ved hjelp av videokamera og utstyr som føres inn i kroppen via små snitt (kikkhull).
Lymfeknuter	Lymfeknuter er en ansamling av lymfeceller som er viktige for forsvarssystemet mot infeksjoner. I tillegg har lymfeknuter som oppgave å filtrere lymfevæske for å stoppe kreftspredning.
Metastase	Spredning av kreft fra en svulst til andre deler av kroppen.
Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm	Se https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1373/IS-2644%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20tykk-%20og%20endetarmskreft.pdf .
TNM-klassifisering	System for å beskrive utbredelse av kreftsykdom ved diagnosetidspunktet før definitiv behandling gis. Tumors dybdevekst/størrelse (T), regionale lymfeknutemetastaser (N) og/eller fjernmetastaser (M) klassifiseres. På bakgrunn av TNM-klassifisering foretas en stadielinndeling, som regnes som den mest signifikante faktor med hensyn til prognose. Angis som stadium 0-IV. UICC stadielinndeling gir mer informasjon enn Dukes' klassifisering og bør erstatte denne (evidensgrad D) (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm).

1. Forkortelser, definisjoner og ordforklaringer (2:2)

Ord/forkortelser	Definisjon / forklaring
Tverrfaglige/multi-disiplinære team (MDT)	I MDT-møter er alle relevante legespesialister med tilstrekkelig beslutningskompetanse og myndighet representert. I møtene tas beslutninger om diagnose, sykdomsstadium og valg av behandling.
Docmap	Internt elektronisk system for dokumentstyring og hendelsesbehandling. Benyttes i hele Helse Nord for blant annet lagring og oppslag av gyldige faglige retningslinjer, rutiner og prosedyrer.
DIPS Pasientjournal	DIPS Pasientjournal er et elektronisk journalsystem som benyttes i hele Helse Nord.
Klinisk fagrevisjon	Prosess der man kontinuerlig søker å forbedre kvaliteten på diagnostikk og behandling gjennom regelmessige og systematiske undersøkelser av gjeldende praksis, og å modifisere praksis der det er nødvendig.
Gastrokirurg	En gastrokirurg gjennomfører kirurgiske inngrep på organer i fordøyelsessystemet.
Onkolog	En onkolog (kreftlege) har spesialisering innen onkologi (læren om svulster). Onkologens viktigste oppgave er å planlegge og gjennomføre ikke-kirurgisk kreftbehandling, og følge opp pasienter.
Patolog	Patolog undersøker materiale fra organer, vev og celler med ulike hjelpemidler som grunnlag til diagnostikk av sykdommer.
Helse Nord RHF	Helse Nord RHF er et av Norges fire regionale helseforetak. Helse Nord RHF skal sørge for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard har tilgang til gode spesialisthelsetjenester i landsdelen der de bor.
FIN HF	Finnmarksykehuset HF
HSYK HF	Helgelandssykehuset HF
NLSH HF	Nordlandssykehuset HF
UNN HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2. Bakgrunn og formål

Kliniske fagrevisjoner er en del av foretaksgruppens kvalitetsarbeid i Helse Nord, og skal bidra til forbedring i pasientbehandling i spesialhelsetjenesten og redusere uønsket variasjon.

Figur 1



Bakgrunn og formål

Helse Nord RHF har som oppgave å sørge for et godt og likeverdig tilbud til alle pasienter i regionen. Kliniske fagrevisjoner er en del av foretaksgruppens kvalitetsarbeid som er forankret i kvalitetsstrategien for Helse Nord 2016-2020 og skal bidra til forbedring av pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, samt redusere uønsket variasjon.

Klinisk fagrevisjon er en systematisk og uavhengig undersøkelse der man gjennom en kontinuerlig prosess søker å forbedre kvaliteten på diagnostikk og behandling (Figur 1).

Metoden kan avdekke om klinisk praksis innenfor et definert fagområde er i samsvar med beste praksis (revisjonsgrunnlaget). Der det finnes kunnskapsbaserte retningslinjer (internasjonale, nasjonale eller regionale), skal disse brukes i revisjonsgrunnlaget. I henhold til retningslinjen for kliniske fagrevisjoner i Helse Nord er det kvalitet- og forskningsdirektør i Helse Nord RHF som sammen med fagsjefsmøtet legger frem revisjonstema og enheter til revisjon. Revisjonsteamet utarbeider revisjonskriterier ut fra revisjonsgrunnlaget som er fastsatt av fagsjefmøtet.

Det utarbeides en rapport fra fagrevisjonen, og de deler av rapporten som inneholder individualiserende kjennetegn skal unntas offentlighet.

Rapporten er utarbeidet for internt kvalitetsarbeid og er ikke beregnet til bruk for andre formål. Datagrunnlaget vil som regel være for lite til å bruke i en generell vurdering av virksomheten, men fordi fagrevisjonen gransker detaljene i det enkelte behandlingsforløp er metoden godt egnet til forbedringsarbeid.

3. Omfang og metode

Revisjonsteamet har vurdert behandlingstilbudet for pasienter behandlet med adjuvant kjemoterapi etter operasjon for tykktarmskreft i Helse Nord. Gjennomgangen bygger på stedlige besøk, intervjuer av sentrale personer og gjennomgang av 60 pasientjournaler.

Figur 2 - Evalueringsområder



Omfang og metode

- ▶ Det er gjennomført en klinisk fagrevisjon i Helse Nord for å avdekke forbedringsmuligheter i behandlingstilbudet for pasienter behandlet med adjuvant kjemoterapi etter operasjon for tykktarmskreft. Vurderingen har tatt utgangspunkt i Nasjonalt handlingsprogram for denne kreftformen. Revisjonsgrunnlag og revisjonskriterier for revisjonen basert på disse retningslinjene fremkommer på de neste to sidene.
- ▶ Fagrevisjonen baserer seg på dybdeintervjuer av sentrale personer, samt en gjennomgang av pasientjournaler for pasienter operert for tykktarmskreft.
- ▶ For å vurdere behandlingstilbudet har revisjonsteamet valgt å evaluere tre delområder (Figur 2).
- ▶ Revisjonsteamet har vært på stedlig besøk én dag ved UNN Tromsø og én dag ved NLSH Bodø. Ved hvert sykehus ble mellom seks og syv personer intervjuet. Herunder gastrokirurg, patolog, onkolog, helsesekretærer og kreftsykepleier.
- ▶ I 2016 ble totalt 240 pasienter operert for tykktarmskreft i Helse Nord. Fagrevisjonen er avgrenset til pasienter med TNM-stadium II og stadium III ettersom det er disse pasientene som er aktuelle for adjuvant behandling. Videre er gjennomgangen begrenset til pasienter 75 år og yngre. 86 av totalt 240 pasienter tilhører stadium II og III. Basert på lister fra patologisk avdeling og kreftavdelingene i foretakene valgte fagrevisjonen å se på 60 pasienter. To av disse ble ekskludert på grunn av metastaser. Det ble etterstrebet å få balansert fordelingen av pasienter mellom foretakene, noe som påvirker utvalget av pasienter.
- ▶ Fagrevisjonen er begrenset og det kan være kontrollsvakheter utover det som fremkommer i rapporten. For eksempel kan en gjennomgang av journaler fra en annen tidsperiode, eller med annet utvalg, gi et annet resultat.

3.1 Faglig revisjonsgrunnlag

Det faglige revisjonsgrunnlaget er utarbeidet med utgangspunkt i helseforetakenes prosedyrer, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm¹ og Årsrapport 2016 Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2007-2016².

Faglig revisjonsgrunnlag

- ▶ Operasjon for tykktarmskreft utføres ved åpen kirurgi eller kikkhullskirurgi. Begge prosedyrene gir like gode resultater målt ved overlevelse. Kikkhullsoperasjon gir kortere liggetid og færre komplikasjoner og kan potensielt legge til rette for et raskere pasientforløp. Ikke alle pasienter er egnet til kikkhullskirurgi, blant annet på grunn av operasjonstekniske forhold.
- ▶ Patologer gir innspill om hvilket stadium sykdommen befinner seg i. Dette er avgjørende for hvilke pasienter som tilbys adjuvant kjemoterapi. Ved lokalisert sykdom (stadium I og II) er det få tilbakefall, mens ved regional sykdom (stadium III) er det opptil 40 % tilbakefall uten behandling.
- ▶ Hensikten med adjuvant (postoperativ) kjemoterapi er å eliminere mikroskopisk sykdom. Det er godt dokumentert både gjennom randomiserte studier, metaanalyser og systematiske oversikter at 6 måneders postoperativ behandling med 5-fluorouracil (5-FU) i kombinasjon med folinat (leukovorin) bedrer 5-års sykdomsfri overlevelse ved tykktarmskreft stadium II med 2–4 % og stadium III med 10–15 %. Respektive tall for bedring i total overlevelse etter fem år er ca. 2 % ved stadium II og 7–8 % ved stadium III. Samtidig er det vist at enkelte undergrupper i stadium II med økt risiko kan ha god nytte av adjuvant kjemoterapi¹.

Faglig revisjonsgrunnlag (forts.)

- ▶ Det er publisert flere retrospektive analyser som viser at det er viktig at behandlingen starter uten unødige forsinkelser, helst innen fire til seks uker etter operasjonen og senest innen åtte uker. Tidligere undersøkelser viser at bare halvparten av pasientene i Norge starter behandlingen innen seks uker.
- ▶ Det er vist at behandlingen ikke gir bedre resultat om den forlenges ut over seks måneder. Nye studier (ennå ikke publisert) viser at for enkelte grupper kan tre måneders behandling være nok (stadium III med to eller færre lymfeknutemetastaser). Hvis behandlingen må avbrytes på grunn av bivirkninger tyder en studie på at man ikke får et dårligere resultat. Hvis oksaliplatin må seponeres på grunn av bivirkninger, fortsetter man med 5FU/folinat eller kapecitabin.
- ▶ Behandling som inneholder oksaliplatin (FLOX) bør gis av personell med erfaring med stoffet. Den vanligste dosebegrensende bivirkning ved bruk av oksaliplatin er kumulativ perifer sensorisk nevropati, som ofte utløses eller forverres av kulde.

Kilder:

1. Nasjonal handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm (20.06.17). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1373/IS-2644%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20tykk-%20og%20endetarmskreft.pdf>
2. Årsrapport (sept 2017). Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2007-2016. https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2017/arsrapport-2016_tykk-og-endetarmskreft.pdf

3.2 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget.

* Individuelle hensyn

Revisjonskriteriene er ikke absolutte ettersom individuelle hensyn ofte må tas. Med andre ord kan avvik fra revisjonskriteriene også være i samsvar med beste praksis dersom forholdene tilsier det. Ett eksempel på dette er pasienter som ikke mottar behandling i samsvar med kriteriene av medisinske årsaker.

God klinisk praksis (individuelle hensyn må tas*)

- ▶ Ved påvist svulst i tykktarmen, skal pasienten vanligvis informeres om de ulike kirurgiske muligheter og opereres ved kikkhullskirurgi, åpen kirurgi eller kombinasjon hvor svulsten og regionale lymfeknuter opereres bort.
- ▶ Det som fjernes ved operasjon sendes til patologisk avdeling for analyse. Ved kreft beskrives svulstens størrelse og vekst i tarmveggen, samt om svulsten er operert ut med frie render. Flest mulig, og minst 8 (2016), lymfeknuter i preparatet skal undersøkes for å vurdere sannsynlighet for lokal spredning.
- ▶ Patolog angir om det foreligger perforasjon av svulsten eller nær den (risikofaktor for tilbakefall), og konkluderer med hvilket stadium sykdommen befinner seg i (TNM-klassifikasjon og Dukes-stadium).
- ▶ Histologisvar fra patologisk avdeling bør foreligge innen 10 dager etter operasjon, og sendes til kirurgisk avdeling som opererte pasienten. Kirurgisk avdeling skal vurdere videre behandling og eventuelt henvise til adjuvant kjemoterapi.
- ▶ Postoperativ kontroll gjennomføres vanligvis tre til fire uker etter operasjon.
- ▶ Onkolog bør ha samtale med pasienten, eller konsulteres, før oppstart av adjuvant behandling.
- ▶ Adjuvant behandling bør starte innen fire til seks uker, og senest innen åtte uker etter operasjon. Oppstart etter 12 uker anses ikke hensiktsmessig.
- ▶ Stadium III (Dukes C) og stadium II (Dukes B) med risikofaktorer (tumornær perforasjon, T4, færre enn åtte lymfeknuter undersøkt) skal vurderes for adjuvant kjemoterapi:
 - Pasienter under 70 år: Kombinasjonsbehandling 5FU/oksaliplatin/leukovorin (FLOX ol.)
 - Pasienter mellom 70 og 75 år: 5FU/leukovorin (FLV) eller kapecitabin
 - Pasienter over 75 år: Individuell vurdering
- ▶ Pasientene skal behandles i seks måneder. FLOX/FLV gis annen hver uke, til sammen 12 kurer. Kapecitabin (tablett) gis hver tredje uke, til sammen åtte kurer.
- ▶ Behandlingen skal vurderes og tilpasses underveis når det gjelder bivirkninger og eventuell annen sykdom.



4. Oppsummering

4.1 Oppsummering av observasjoner

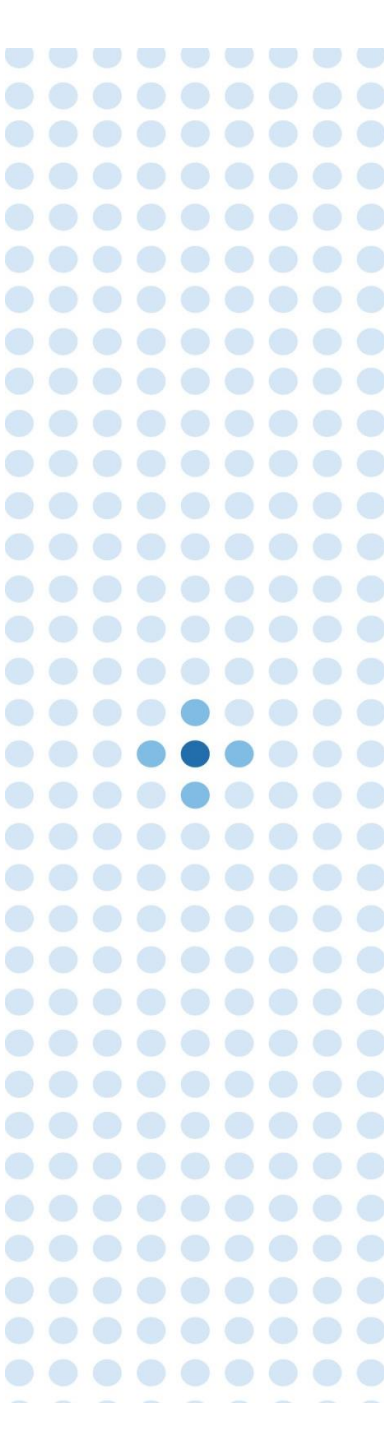
Pasienter som har behov for adjuvant kjemoterapi får i all hovedsak dette. Det er en utfordring at flere pasienter ikke starter behandlingen innen seks uker etter operasjon. Årsakene til forsinkelsene er sammensatt, og ofte er det mer enn én årsak. Flere forsinkelser kunne vært unngått gjennom bedre flyt i prosessene. Herunder tid til histologisvar, tid til henvisning og tid mellom henvisning og oppstart behandling. Gjennomføring av behandlingen vurderes generelt som god, men for enkelte pasienter burde behandlingen blitt stanset og/eller dosene redusert tidligere. Det er avdekket enkelte tilfeller av feil praksis ved doseberegninger som har medført underdosering og svakheter ved dokumentasjon av behandlingen.

- ▶ **Omfang av fagrevisjonen** - Totalt 86 pasienter i Helse Nord var aktuelle å vurdere for adjuvant kjemoterapi i 2016. Fagrevisjonen har gjennomgått 60 av disse. Utvalget omfatter pasienter 75 år eller yngre i stadium II, stadium II med risikofaktorer og stadium III.
- ▶ **Behov for adjuvant kjemoterapi** - Prosessen for å vurdere behovet for adjuvant behandling fungerer som forutsatt. Pasienter med behov for behandling får i all hovedsak dette, og pasienter uten indikasjon blir ikke tilbudt behandling. Én pasient i utvalget kan ha hatt behov for behandling, men ble ikke vurdert for dette.
- ▶ **Histologisvar** - Patologisk avdeling beskriver tumor, antall lymfeknuter funnet i preparatet og om disse inneholder kreftceller. Kun for et fåtall pasienter er færre enn 8 lymfeknuter identifisert. Iht. nye retningslinjer fra 2017 skal minst 12 lymfeknuter undersøkes. Praksis må derfor endres og tilpasses dette. Fagrevisjonen observerer at Dukes-stadium fremdeles benyttes for å kategorisere preparater. TNM-klassifisering bør benyttes.
- ▶ **Overholdelse av tidsanbefaling** - Mange pasienter får ikke adjuvant behandling innenfor anbefalingen på fire til seks uker etter operasjon. Årsakene til forsinkelsene er sammensatt og ofte er det mer enn én årsak. Mange forsinkelser kunne vært unngått gjennom bedre flyt i prosessene. Dette knytter seg til ventetid på histologisvar, forsinket henvisning og tid fra henvisning til oppstart behandling.
- ▶ Onkolog har hatt samtale med de fleste pasientene, eller blitt konsultert, før behandling for alle pasientene.
- ▶ **Tilpasning til bivirkninger** - Svært få pasienter fullfører FLOX-behandlingen over seks måneder på grunn av bivirkninger. Det er utfordrende å vurdere graden av bivirkninger, og om behandlingen bør stoppes. For enkelte pasienter kan det stilles spørsmål ved om behandlingen burde vært stanset og/eller om dosene burde vært redusert tidligere for å begrense bivirkningene.
- ▶ **Beregning og justering av doser** - Det er observert enkelte tilfeller av feil praksis ved doseberegninger. Dette har medført tilfeller av underdosering og u hensiktsmessige dosejusteringer.
- ▶ **Dokumentasjon av behandlingen** - Det mangler enhetlige retningslinjer for hvordan behandlingen skal dokumenteres og ved noen tilfeller er det krevende å finne dokumentasjon knyttet til faktiske gitte kurer. Dette skyldes alt fra dårlig kvalitet på scanning og håndskrift, bruk av ulike dokumenttyper og generelt feil eller mangler. Kurer gitt i primærhelsetjenesten registreres ikke i DIPS.

4.2 Oppsummering av anbefalinger

For å oppfylle anbefalingen om oppstart av behandling innen fire til seks uker må tiden kortes ned i samtlige steg av prosessen. Dokumentasjon av behandling både ved sykehus og distriktsmedisinsk senter bør bedres ved å utarbeide retningslinjer for å sikre at informasjon om kurer er tilgjengelig. Postoperativ kontroll bør alltid journalføres, og bruk av kirurgisk postoperativ kontroll kan med fordel individualiseres. Det bør utarbeides en regional enighet knyttet til dosejusteringer ved vektendringer og kontroll av doseberegninger. TNM-klassifisering bør benyttes for klassifisering av histologisk preparat.

- ▶ **Tidsanbefaling fra operasjon til adjuvant behandling** - For å oppfylle anbefalingen om oppstart av behandling innen fire til seks uker må tiden kortes ned i alle steg av prosessen. Det bør i større grad planlegges for fire uker når time for oppstart behandling settes opp, istedenfor seks. Dette for å ta høyde for uforutsette forsinkelser.
- ▶ **Gjennomføring av adjuvant behandling** – Kriteriene i kurskjema for vurdering av pasientenes tilstand underveis i behandlingen bør evalueres. Videre bør det sikres økt opplæring mht. mulige bivirkninger og anvendelse av kriteriene i kurskjema.
- ▶ **Dokumentasjon av behandlingen** - Arbeidet med innføring av et elektronisk system for håndtering og bestilling av cytostatika må prioriteres. Dette vil eliminere flere av problemene knyttet til dokumentasjon. Dersom dette strekker ut i tid må det etableres felles regionale retningslinjer for hvordan behandlingen skal dokumenteres. Det bør utarbeides en regional mal for sykepleiedokumentasjon som skal inneholde faktisk gitte medikamenter og dosering.
- ▶ **Dokumentasjon av behandlingen ved distriktsmedisinsk senter** - Det bør alltid sendes kopi av notat til kreftavdelingen når kurer gis ved instanser utenfor sykehus, slik at behandlingen kan dokumenteres i journalsystemet.
- ▶ **Kurskjema i Docmap** – Primærhelsetjenesten bør få tilgang til kurskjema i Docmap
- ▶ **Underdosering av store pasienter** – Underdoseringen har vært forårsaket av en misforståelse og sammenblanding av retningslinjer for palliative og kurative kurer. Praksisen er som følge av fagrevisjonen blitt korrigert i aktuelle avdelinger.
- ▶ **Dosejusteringer ved vektendringer** – Det bør etableres en regional enighet om hvor stor vektendring som kan tillates før det er nødvendig med ny doseberegning. Eksempelvis ved 10 % vektendring. Doser bør justeres opp eller ned til hele tall uten desimaler.
- ▶ **Kontroll av doseberegninger** – Ved å innføre et elektronisk system for håndtering og bestilling av cytostatika kan risiko for feil ved doseberegninger reduseres. Doseberegningen bør kontrolleres av minimum to personer. Flere sykehus bør vurdere å innføre en sjekkliste for behandlingen og som omfatter kontroll av doseberegninger.
- ▶ **Klassifisering av histologisk preparat** – For å sikre at pasienter uten lymfeknute-metastaser (Dukes B), men som har andre risikofaktorer, blir vurdert for adjuvant behandling, bør TNM-klassifisering benyttes. Disse pasientene bør diskuteres i MDT-møte hvor både kirurg, patolog og onkolog deltar. Dukes-klassifisering bør utgå.
- ▶ **Postoperativ kontroll** – Behovet for kirurgisk postoperativ kontroll kan med fordel individualiseres. Kontroll av operasjonssår kan også gjøres hos fastlege eller ved kirurgisk poliklinikk. Ved utskriving fra sykehuset bør det gjøres en konkret avtale med pasienten om hvordan informasjon om histologisvaret skal formidles og mulige konsekvenser. Standard telefonkonsultasjon bør settes opp to uker etter operasjon. Gjennomføring av postoperativ kontroll, enten gjennom fysisk oppmøte eller telefonkonsultasjon, må alltid journalføres.

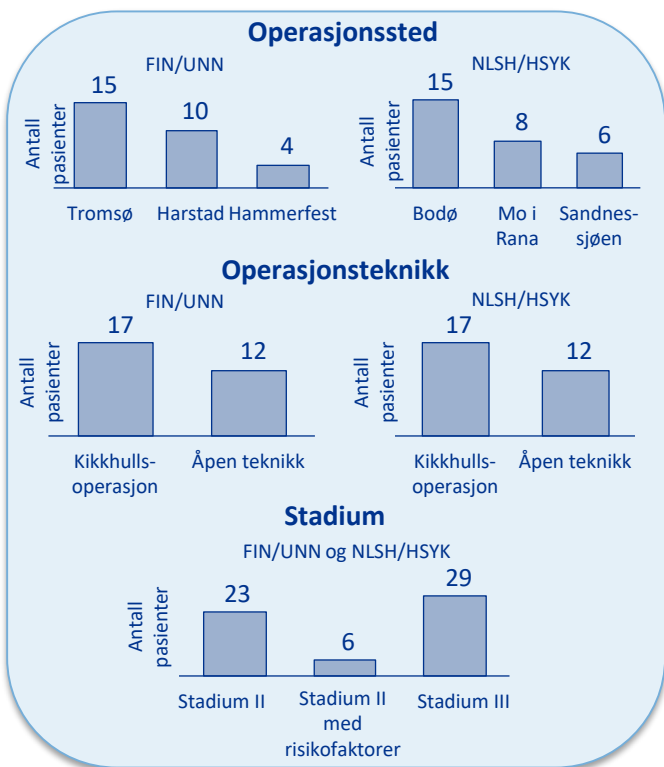


5.0 Sentrale observasjoner

5.1 Beskrivelse av journalutvalget

Av totalt 86 pasienter i Helse Nord som var aktuelle å vurdere for adjuvant kjemoterapi i 2016 har fagrevisjonen gjennomgått 60 pasientjournaler, fordelt likt mellom FIN/UNN og NLSH/HSYK. To pasienter ble ekskludert som følge av metastaser. Utvalget omfatter pasienter i stadium II, stadium II med risikofaktorer og stadium III. Alle pasientene var 75 år eller yngre.

Figur 3



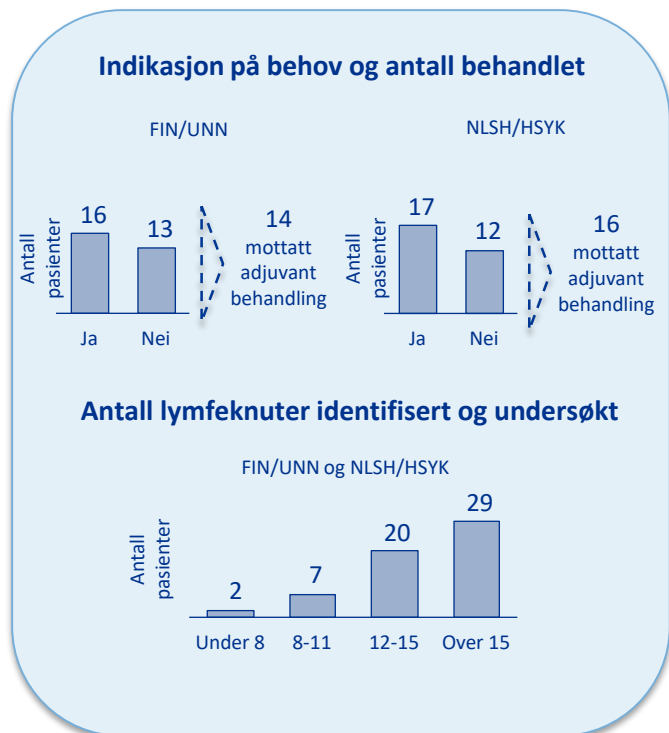
Observasjoner

- ▶ Adjuvant kjemoterapi er delvis sentralisert i Helse Nord. Patologisk avdeling ved NLSH Bodø vurderer preparater for alle pasienter tilhørende NLSH HF og HSYK HF. Patologisk avdeling ved UNN Tromsø vurderer preparater for pasienter tilhørende FIN HF og UNN HF. Videre har kreftavdelingene ved NLSH Bodø og UNN Tromsø et overordnet ansvar for pasientene fra henholdsvis NLSH HF/HSYK HF og FIN HF/UNN HF. Fagrevisjonen benytter benevnelsene FIN/UNN og NLSH/HSYK.
- ▶ I 2016 ble totalt 240 pasienter operert for tykktarmskreft i Helse Nord. 86 av disse pasientene tilhørte stadium II og III og var aktuelle å vurdere for adjuvant kjemoterapi. Fagrevisjonen valgte ut 60 pasientjournaler for gjennomgang fordelt likt mellom FIN/UNN og NLSH/HSYK. To pasienter ble ekskludert fra utvalget som følge av fjernmetastaser på diagnosenetidspunkt.
- ▶ Halvparten av pasientene tilhørende FIN/UNN ble operert ved UNN Tromsø, og halvparten av pasientene tilhørende NLSH/HSYK ble operert ved NLSH Bodø. Resterende pasienter ble operert ved UNN Harstad, FIN Hammerfest, HSYK Mo i Rana og HSYK Sandnessjøen.
- ▶ Pasientene ble enten operert med kikkhullsteknikk eller åpen teknikk. I enkelte tilfeller startet operasjonen med kikkhullsteknikk, men ble konvertert underveis til åpen teknikk. Fordelingen mellom bruk av kikkhullsteknikk og åpen teknikk var lik mellom FIN/UNN og NLSH/HSYK.
- ▶ Fagrevisjonen har sett på pasienter i stadium II, stadium II med risikofaktor og stadium III. Alle pasientene var 75 år eller yngre.

5.2 Vurdering av behov for adjuvant behandling

Prosesen for å vurdere behovet for adjuvant behandling fungerer som forutsatt. Pasienter med behov for behandling får i all hovedsak dette, og pasienter uten indikasjon blir ikke tilbudt behandling. Én pasient i utvalget kan ha hatt indikasjon for behandling, men ble ikke vurdert for dette. Patologisk avdeling identifiserte og undersøkte antall lymfeknuter i all hovedsak i samsvar med kravene.

Figur 4



Observasjoner

- ▶ Resultatene fra journalgjennomgangen viser at pasientene som har behov for adjuvant kjemoterapi, i all hovedsak får dette. Av totalt 58 pasienter hadde 33 pasienter indikasjon på behov for behandling. 30 av disse mottok behandling. Én pasient i utvalget hadde et behov, men ble ikke vurdert for behandling. For de to øvrige pasientene var det gode grunner til at de ikke mottok adjuvant kjemoterapi.
- ▶ 25 pasienter hadde ikke indikasjon på behov for behandling. Ingen av disse pasientene mottok adjuvant kjemoterapi.
- ▶ Kirurgen er ansvarlig for å henvise pasienten til videre behandling. Dersom kirurgen er i tvil, kan videre behandling diskuteres i MDT-møtene. Vår gjennomgang indikerer at dette i hovedsak fungerer som forutsatt.
- ▶ Patologisk avdeling skal identifisere flest mulig lymfeknuter, og minimum 8, for å vurdere sannsynlighet for lokal spredning. For 2 av 58 preparater ble færre enn 8 lymfeknuter undersøkt. Iht. nye retningslinjer fra 2017 skal minst 12 lymfeknuter undersøkes. Fagrevisjonen er basert på journaler fra 2016, og kravet dette året var minimum 8 lymfeknuter. Fremover må praksis endres.
- ▶ Fagrevisjonen observerer at Dukes-stadium fremdeles benyttes for å klassifisere preparat, sammen med TNM-klassifikasjon. Tradisjonelt forholder kirurgene seg i hovedsak til Dukes-stadium. Preparat med klassifiseringen N1c (lokal spredning, men ikke i lymfeknuter) skal alltid vurderes for adjuvant kjemoterapi. N1c vil være Dukes B. Ettersom Dukes B uten risikofaktorer som regel ikke er aktuelle for adjuvant behandling, er det en risiko for at enkelte pasienter ikke vurderes til behandling.
- ▶ Kreftdiagnosen kan stilles på biopsi eller operasjonspreparat. Når en kreftdiagnose stilles for første gang, skal 2 patologer vurdere preparatet og være enig om at det er kreft (og dermed at begge signerer på svaret). Når dette skjer på biopsi trenger altså ikke 2 patologer vurdere/signere på kreftdiagnosen ved påfølgende operasjonspreparat.

5.3 Tidspunkt for oppstart adjuvant behandling

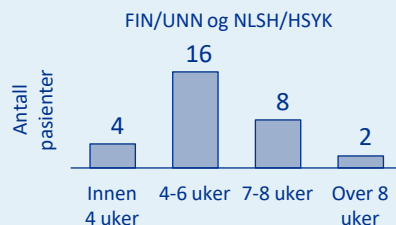
Mange pasienter får ikke adjuvant behandling innenfor tidsanbefalingen på fire til seks uker. Årsakene til forsinkelsene er sammensatt og ofte er det mer enn én årsak. Mange forsinkelser burde vært unngått gjennom bedre flyt i prosessene. Dette knytter seg til ventetid histologisvar, forsinket henvisning og tid fra henvisning til oppstart behandling.

Figur 5

Observasjoner

- ▶ Resultatene fra journalgjennomgangen viser at tidsanbefalingen på fire til seks uker fra operasjon til oppstart behandling ofte ikke overholdes. For 10 av 30 pasienter i vårt utvalg går det mer enn seks uker mellom operasjon og oppstart behandling. Resultatet er på tilsvarende nivå for FIN/UNN og NLSH/HSYK. 4 av 30 pasienter i vårt utvalg har fått behandling innen fire uker.
- ▶ Årsakene til forsinkelsene er sammensatt, og ofte er det mer enn én årsak. Eksempler er postoperative komplikasjoner, medisinske årsaker eller etter pasientens eget ønske. Andre forsinkelser knytter seg til flyt i prosessen og omfatter ventetid på histologisvar, forsinket henvisning og tiden fra henvisning til oppstart behandling.
- ▶ Fagrevisjonen har vurdert at 3 av 10 forsinkelser er hensiktsmessige og kan forklares med pasientenes medisinske tilstand. Øvrige forsinkelser kunne vært unngått gjennom bedre flyt i prosessene.
- ▶ Samlet i Helse Nord er gjennomsnittlig tid fra operasjon til oppstart adjuvant behandling 37,9 dager ved operasjon utført med kikkhullsteknikk og 43,2 dager for pasienter operert med åpen teknik. Tilsvarende tall for FIN/UNN er 35,4/45,8 dager, og for NLSH/HSYK 39,8/40,0 dager. Ved FIN/UNN finner fagrevisjonen at operasjonsteknikk gir en forskjell i gjennomsnittlig tid til oppstart adjuvant behandling, mens ved NLSH/HSYK ser ikke operasjonsteknikk ut til å ha en effekt på når pasienten starter med adjuvant behandling. Gjennomsnittet er basert på få observasjoner, og resultatene fra journalgjennomgangen kan ikke benyttes til å konkludere på om forsinkelsene avhenger av operasjonsteknikk eller ikke.

Tid mellom operasjon og oppstart behandling



Årsaker til forsinket behandling

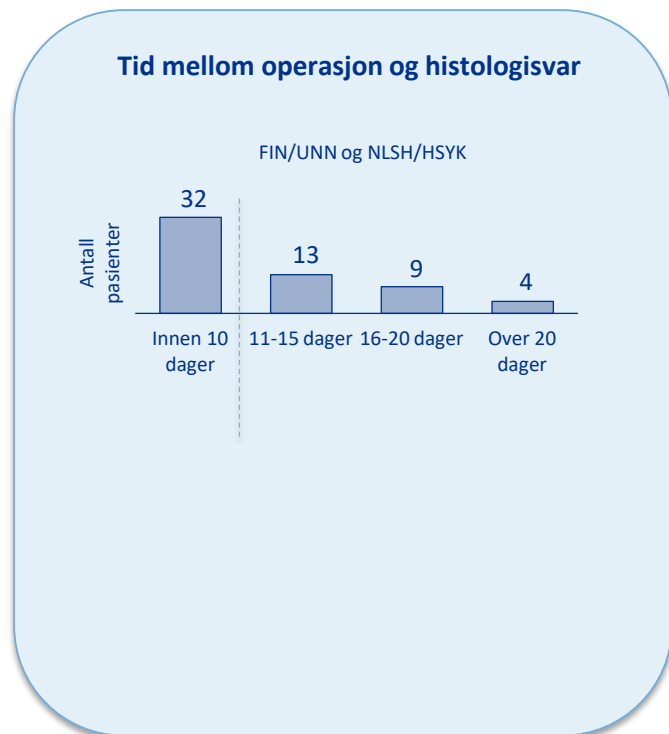


Totalt 10 pasienter har fått forsinket behandling. For enkelte av disse pasientene er det flere årsaker til forsinkelse (dette medfører et noe høyere antall i grafen ovenfor)

5.3.1 Tid mellom operasjon og histologisvar

For flere pasienter foreligger histologisvarene mer enn 10 dager etter operasjon. Variasjonen i svartid er stor og geografisk avstand fra operasjonssted til patologisk avdeling kan være en faktor. En stor andel av de største forsinkelsene knytter seg til pasienter operert utenfor UNN Tromsø og NLSH Bodø. Det ser ut til å mangle systemer for å følge opp manglende histologisvar.

Figur 6



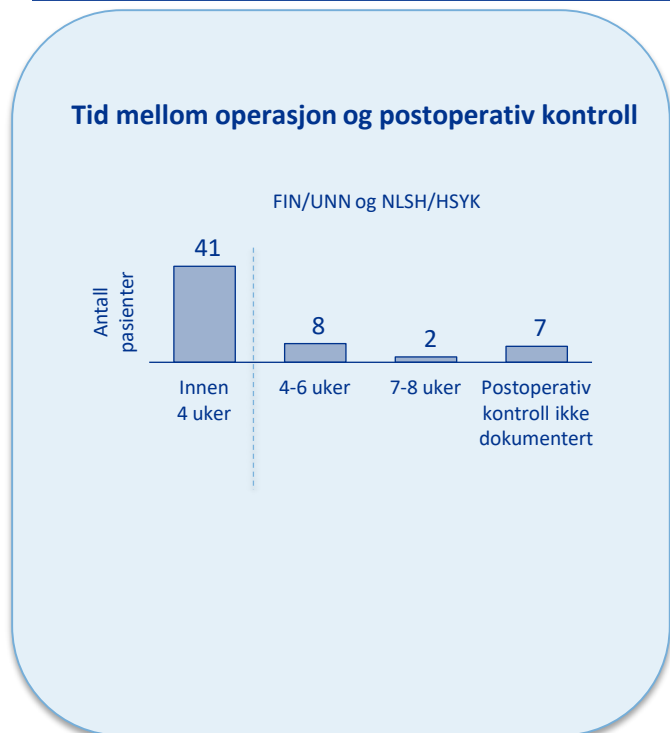
Observasjoner

- ▶ Det bør være en målsetting at histologisvar skal foreligge innen 10 dager etter operasjon. Resultatene fra journalgjennomgangen viser at det i gjennomsnitt går 11,7 dager ved FIN/UNN og 10,7 dager ved NLSH/HSYK fra operasjon til histologisvaret foreligger. Utfordringen er at 26 av 58 histologisvar først foreligger senere enn 10 dager. Det ser ut til å mangle systemer for å følge opp manglende histologisvar både for kirurger og patologer.
- ▶ Gjennomsnittlig tid mellom operasjon og histologisvar for pasienter som var aktuelle for adjuvant kjemoterapi var 10,2 dager mot 12,3 dager for pasienter som ikke var aktuelle for adjuvant kjemoterapi.
- ▶ Variasjonen i svartid for histologisvar er stor, og geografisk avstand fra operasjonssted til patologisk avdeling kan synes å være en faktor. 17 av 26 preparater med svartid mer enn 10 dager gjelder pasienter operert utenfor UNN Tromsø og NLSH Bodø.
- ▶ Fiksering av preparater før oversendelse fra lokalsykehus kan ta opptil 72 timer. Imidlertid forklarer ikke dette hvorfor svartiden i mange tilfeller er mer enn 10 dager. F. eks. har histologisvarene for alle pasientene tilhørende FIN Hammerfest svartid under 10 dager. CITO-merking av preparater ved oversendelser benyttes i liten grad.
- ▶ En annen årsak kan være når tidspunkt for operasjon sammenfaller med høytider. Enkelte forsinkelser kan skyldes dette.

5.3.2 Tid mellom operasjon og postoperativ kontroll

Postoperativ kontroll gjennomføres i all hovedsak innen fire uker. Ved enkelte tilfeller er ikke tidspunkt for postoperativ kontroll dokumentert i journalsystemet. Selv om kontrollen gjennomføres gjennom telefonsamtale, burde tidspunktet vært dokumentert.

Figur 7



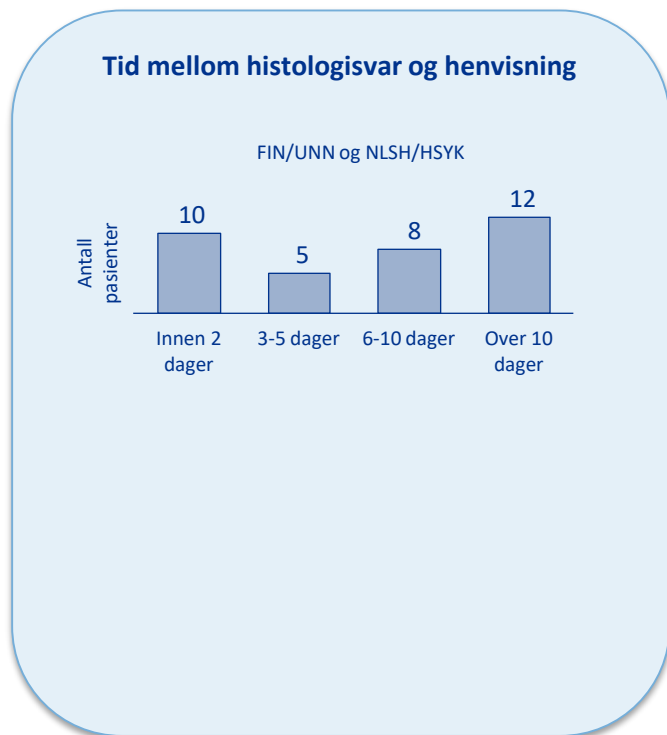
Observasjoner

- ▶ Postoperativ kontroll skal vanligvis gjennomføres innen tre til fire uker etter operasjon. Resultatet fra journalgjennomgangen viser at postoperativ kontroll gjennomføres i all hovedsak innen fire uker. I de tilfellene hvor postoperativ kontroll ikke er gjennomført innen fire uker, har vi ikke identifisert spesielle årsaker eller forklaringer til dette.
- ▶ Vi observerer ulik praksis for gjennomføring av postoperativ kontroll ved FIN/UNN og NLSH/HSYK. Ved FIN/UNN gjennomføres kontrollen gjennom fysisk oppmøte eller telefon til pasienter som er aktuelle for adjuvant behandling. For pasienter som ikke er aktuelle for adjuvant behandling, sendes brev i posten. Praksisen for postoperativ kontroll for pasienter som ikke er aktuelle for behandling, er endret til at de nå blir oppringt av sykepleier i tillegg til å få tilsendt brev. Ved NLSH/HSYK gjennomføres postoperativ kontroll alltid i form av fysisk oppmøte, enten ved NLSH Bodø eller lokalsykehus.
- ▶ Årsaken til at postoperativ kontroll ved FIN/UNN ofte gjennomføres uten fysisk oppmøte, er store geografiske avstander. I tillegg blir stadig flere pasienter operert med kikkhullsteknikk som medfører færre komplikasjoner og mindre behov for sårkontroll.
- ▶ Journalgjennomgangen avdekker at for flere pasienter dokumenteres ikke tidspunkt for postoperativ kontroll. Dette gjelder tre pasienter ved FIN/UNN og fire pasienter ved NLSH/HSYK. Dette gjør det vanskelig for fagrevisjonen å bekrefte om det har blitt gjennomført en postoperativ kontroll eller ikke.
- ▶ Videre observerer fagrevisjonen at det er en sammenheng mellom raske histologisvar og hvor raskt postoperativ kontroll gjennomføres. For pasienter hvor histologisvar foreligger innen en uke, går det i gjennomsnitt 17,9 dager mellom operasjon og postoperativ kontroll. Tilsvarende tall for pasienter hvor histologisvaret foreligger senere enn en uke, er 24,2 dager.

5.3.3 Tid mellom histologisvar og henvisning til videre behandling

Det er stor variasjon i antall dager mellom histologisvar og henvisning. Forsinkelser skyldes i mange tilfeller at henvisning først gjøres noen dager før eller samtidig med postoperativ kontroll. Dette gjøres av praktiske årsaker, men skaper samtidig unødvendige forsinkelser. I enkelte tilfeller blir det en forsinkelse som følge av at pasienten skal diskuteres i MDT-møte.

Figur 8



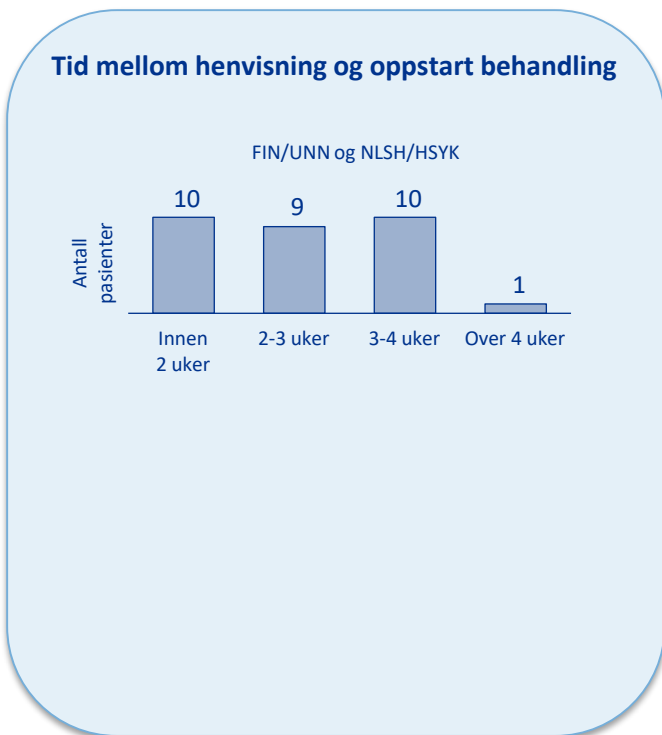
Observasjoner

- ▶ Histologisvaret fremkommer i DIPS for kirurgen som opererte pasienten, og som er ansvarlig for å henvise pasienten videre. Vurdering, beslutning og ev. henvisning til videre behandling bør gjøres så raskt som mulig etter at histologisvaret er mottatt. I enkelte tilfeller blir det en forsinkelse som følge av at pasienten skal diskuteres i MDT-møte.
- ▶ Resultatene fra journalgjennomgangen viser at det er stor variasjon i antall dager mellom histologisvar og henvisning. I mange tilfeller observerer vi at henvisning først gjøres noen dager før eller samtidig med postoperativ kontroll. Dette skaper ofte forsinkelser.
- ▶ Videre observerer fagrevisjonen at kirurgene kompenserer for sene histologisvar gjennom raske henvisninger. For pasienter hvor histologisvaret foreligger innen en uke, går det i gjennomsnitt 11,9 dager mellom histologisvar og henvisning. For pasienter hvor histologisvaret foreligger etter en uke, går det i gjennomsnitt 9,2 dager.

5.3.4 Tid mellom henvisning og oppstart behandling

Det arbeides for at alle pasienter skal få behandling innen seks uker etter operasjon, men for flere pasienter lykkes man ikke med å sette opp time for oppstart raskt nok. Dette skyldes blant annet at det for mange pasienter går for lang tid før henvisning sendes. Det planlegges i for stor grad for seks uker uten å ta høyde for uforutsette forsinkelser.

Figur 9



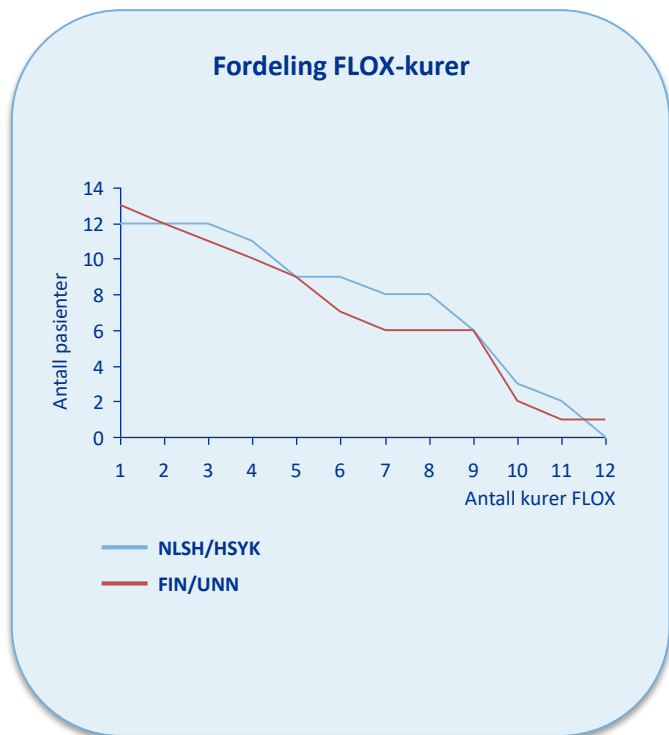
Observasjoner

- ▶ Prosessen for hvordan sykehusene gjennomgår henvisninger og setter opp time for oppstart behandling, vurderes som hensiktsmessig. Det arbeides for at alle pasienter skal påbegynne behandlingen innen seks uker etter operasjon. Det er derfor en sterk sammenheng mellom tid påløpt fram til henvisning og tid mellom henvisning og oppstart behandling. Imidlertid bør det være praktisk mulig å starte opp behandling to uker etter at henvisning foreligger.
- ▶ Gjennomsnittlig tid fra henvisning til oppstart behandling ved FIN/UNN er 21 dager og ved NLSH/HSYK 17 dager. Det er stor variasjon i antall dager, og for de fleste pasientene går det mer enn to uker.
- ▶ Fra journalgjennomgangen observerer vi at for flere av pasientene som har fått behandling først etter seks uker, kunne forsinkelsen vært unngått gjennom bedre flyt i prosessene. Hadde det gått to uker i stedet for tre mellom henvisning og oppstart behandling ville flere av pasientene fått påbegynt behandling innen seks uker.
- ▶ I tillegg til tiden som kreves for å vurdere henvisninger og sette opp time for oppstart behandling, påløper tid ifm. diktering og godkjenning av henvisninger, samt tid mellom en henvisning er mottatt ved kreftavdelingen til den er vurdert. For pasientene hvor det har gått lengst tid mellom henvisning til oppstart behandling utgjør summen av disse forsinkelsene alt fra null til ni dager, og i gjennomsnitt litt over tre dager.

5.4 Gjennomføring av adjuvant behandling

For enkelte pasienter kan det stilles spørsmål ved om behandlingen burde vært stanset og/eller om dosene burde vært redusert tidligere for å begrense bivirkningene. Gjennomgangen har avdekket noen tilfeller av underdosering og til dels ulik praksis for beregning og justering av doser. Onkolog har hatt samtale med pasientene, eller blitt konsultert, før behandling for alle pasientene.

Figur 10



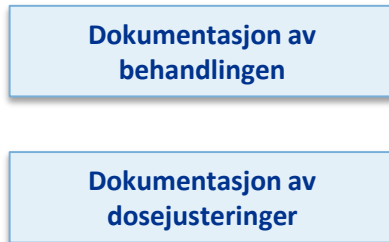
Observasjoner

- ▶ Onkolog bør ha samtale med pasienten, eller konsulteres, før behandling. 13 av 14 pasienter ved FIN/UNN og 12 av 16 pasienter ved NLSH/HSYK hadde samtale med onkolog før behandling. For resterende ble onkolog konsultert før behandling.
- ▶ Svært få pasienter fullfører seks måneders FLOX-behandling. Frafalt er på tilsvarende nivå både ved FIN/UNN og NLSH/HSYK. Årsaker til at behandlingen stanses er nevrologisk toksisitet (17), hematologisk toksisitet (4), allergi (2), dårlig allmentilstand (2) og diare (1). Det er utfordrende å vurdere graden av bivirkninger, og om behandlingen bør stoppes. For enkelte pasienter fra journalgjennomgangen kan det stilles spørsmål ved om man burde ha stanset behandlingen og/eller redusert dosene tidligere for å begrense bivirkningene.
- ▶ Dosereduksjoner benyttes hyppig og er i all hovedsak hensiktsmessige. Ved ett tilfelle er dosereduksjonen for stor. Fagrevisjonen observerer at det ved NLSH/HSYK har vært praksis å nedjustere dosen dersom kroppsoverflaten er større enn 2 m². For tre pasienter er behandlingen underdosert som følge av dette.
- ▶ Det er ikke etablert felles standarder ift. justering av doser ved vektendringer. Ved FIN/UNN benyttes både 5 % og 10 % vektendring som indikator på behov for endring av dosen. Ved NLSH/HSYK praktiseres ikke tilsvarende indikatorer, men ved flere lokalsykehus er det praksis å endre doser selv ved mindre vektendringer.
- ▶ Det er observert enkelte tilfeller av feil praksis ved doseberegninger. Dette har medført tilfeller av underdosering og uhenktsmessige dosejusteringer. Ved ett sykehus i HSYK benyttes desimaler ved utregning av doser. Dette kan potensielt utgjøre en risiko.
- ▶ Dersom en uerfaren LIS-lege har gjennomført doseberegningen kontrolleres den av en onkolog. Utover det er det ikke en formalisert praksis at doseberegninger skal kontrolleres av en annen person.

5.4.1 Dokumentasjon av behandlingen

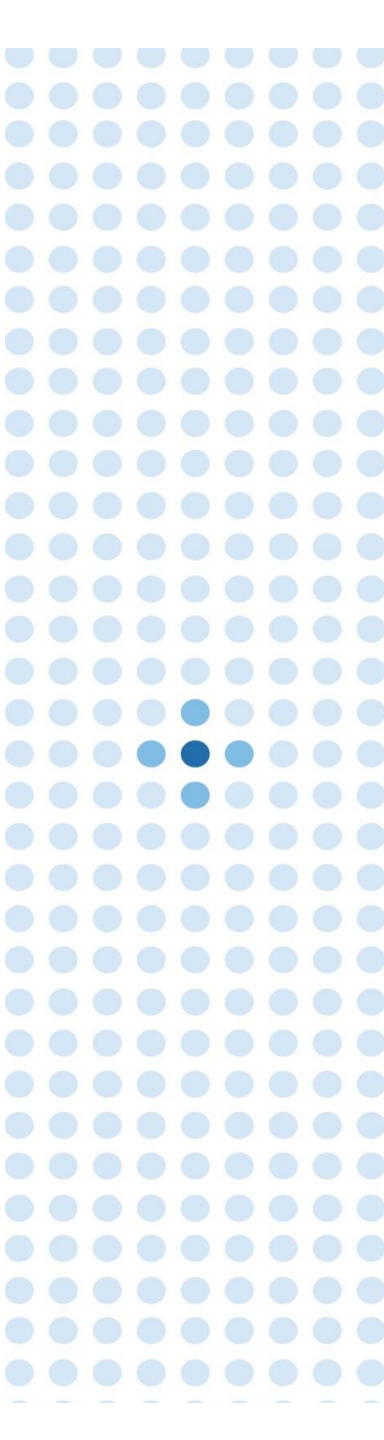
Det mangler enhetlig retningslinjer for hvordan behandlingen skal dokumenteres, og ved flere tilfeller er det krevende å finne dokumentasjon knyttet til faktiske gitte kurer. Dette skyldes alt fra dårlig kvalitet på scanning og håndskrift, bruk av ulike dokumenttyper og generelle feil/mangler. Kurer gitt ved distriktsmedisinsk senter dokumenteres ikke i sykehusenes journalsystem.

Figur 11



Observasjoner

- ▶ I noen tilfeller er det krevende for fagrevisjonen å finne dokumentasjon knyttet til faktiske gitte kurer. Dette skyldes ulike forhold:
 - Faktiske kurer er ikke alltid ført inn i kurskjema, men påført av sykepleier med håndskrift. Fagrevisjonen observerer varierende kvalitet på håndskriften og også tilfeller med feilskrivning.
 - Sykepleienotat inneholder ofte bare opplysninger om at kur er gitt og dato, men mangler opplysninger om medikament og dosering.
 - Det er ulik praksis når det gjelder hvilket dokument som benyttes ved sykepleiedokumentasjon av kur i DIPS og hvor dokumentet arkiveres. Eksempelvis gjenfinnes sykepleienotater under dokumenttypene «Cytostatikarapport», scannet kurskjema og «Sykepleienotat» i kontinuerlig journal. Dette gjør det krevende for fagrevisjonen å finne igjen notater med dokumentasjon på gitte kurer.
- ▶ Der kurer bestilles fra apotek, kan dosene avvike fra beregnet dose. Apoteket har anledning til å justere dosene med 5 % (opp/ned) sammenlignet med bestilt dose. Der hvor dosene endres fra apoteket, mangler det i enkelte tilfeller dokumentasjon på hvilken dose som faktisk er gitt til pasienten.
- ▶ Der pasienten fikk kur(er) ved distriktsmedisinsk senter, er ikke dette dokumentert i sykehusets journalsystem.
- ▶ Fagrevisjonen observerer at for mange av pasientene blir dosene endret underveis i behandlingen og/eller at hele behandlingen avbrytes. Ved ett tilfelle manglet dokumentasjon av vurderinger rundt hvorfor dosene ble endret og hvorfor behandlingen ble avbrutt.



6.0 Forbedringsområder

6.1 Innspill til forbedring (1:5)

Nedenfor beskrives de viktigste områdene med manglende samsvar med revisjonsgrunnlaget og revisjonskriteriene, samt revisjonsteamets forslag til tiltak/forbedringer.

Observasjoner

Tidsanbefaling mellom operasjon og adjuvant behandling

Resultatene fra journalgjennomgangen viser at tidsanbefalingen på fire til seks uker fra operasjon til oppstart behandling ofte ikke overholdes. Det er en svakhet at det i for stor grad planlegges for seks uker uten å ta høyde for uforutsette forsinkelser. Flere forsinkelser kunne vært unngått gjennom bedre flyt i prosessene. Forsinkelsene skyldes flere forhold som ventetid på histologisvar, forsinket henvisning og tiden fra henvisning til oppstart behandling:

- 26 av 58 histologisvar fra patologisk avdeling foreligger først senere enn 10 dager etter operasjon. Geografisk avstand fra operasjonssted til patologisk avdeling kan være en faktor.
- Det er stor variasjon i antall dager mellom histologisvar og henvisning. I mange tilfeller observerer vi at henvisning først gjøres noen dager før eller samtidig med postoperativ kontroll. Dette skaper ofte store forsinkelser. For 12 av 35 pasienter går det mer enn 10 dager mellom histologisvar og henvisning.
- Det bør være praktisk mulig å starte opp behandlingen innen to uker etter at henvisning foreligger. For 20 av 30 pasienter går det mer enn to uker. Fagrevisjonen observerer at årsaken til at flere pasienter har fått behandling først etter seks uker kan knyttes til tid mellom henvisning og oppstart behandling, og hvor det for flere av pasientene har gått mer enn tre uker mellom henvisning og oppstart behandling.

Kun 4 av 30 pasienter i vårt utvalg har fått behandling innen fire uker.

Anbefaling til forbedring

For å oppfylle anbefalingen om behandling innen fire til seks uker må tiden kortes ned i alle steg av prosessen. Elementer som bør vurderes:

- Histologisvar bør være klart 10 dager etter operasjon. CITO-merking bør benyttes i større grad ved oversendelse av preparat.
- Innføre system for å følge opp manglende histologisvar. Både for patologisk avdeling og kirurg.
- Henvisninger bør sendes så raskt som mulig etter at histologisvaret er mottatt, og ikke vente på postoperativ kontroll.
- Skrive henvisning istedenfor diktering.
- Løpende vurdering av henvisninger for å kutte tid mellom mottak og vurdering.
- I større grad planlegge for fire uker når time settes opp, istedenfor seks. Dette for å ta høyde for uforutsette forsinkelser.

6.1 Innspill til forbedring (2:5)



Observasjoner

Gjennomføring av adjuvant behandling

Svært få pasienter fullfører seks måneders FLOX-behandling pga. at bivirkninger oppstår. Det er utfordrende å vurdere graden av bivirkninger, og om behandlingen bør stoppes. For enkelte pasienter kan det stilles spørsmål ved om man burde ha stanset behandlingen og/eller redusert dosene tidligere for å begrense bivirkningene.

Anbefaling til forbedring

Det bør evalueres om kriteriene for vurdering av pasientenes tilstand underveis i behandlingen er godt nok beskrevet i kurskjemaene i Docmap.

Det bør sikres at de som håndterer pasientene får god nok opplæring mht. mulige bivirkninger.

6.1 Innspill til forbedring (3:5)



Observasjoner

Anbefaling til forbedring

Dokumentasjon av behandlingen

Ved noen tilfeller er det krevende for fagreisjonen å finne dokumentasjon knyttet til faktiske gitte kurer. Dette skyldes ulike forhold:

- Faktiske kurer er ikke alltid ført inn i kurskjema, men påført av sykepleier med håndskrift. Fagreisjonen observerer både feilskrivning og dårlig kvalitet på scanning.
- Sykepleienotat inneholder ofte bare opplysninger om at kur er gitt og dato, og mangler opplysninger om medikament og dosering.
- Det er ulik praksis når det gjelder hvilket dokument som benyttes ved sykepleiedokumentasjon av kur i DIPS, og hvor dokumentet arkiveres.
- I tilfeller hvor dosene endres fra apotek mangler det i enkelte tilfeller dokumentasjon på hvilken dose som faktisk er gitt pasienten.

For mange av pasientene blir dosene endret underveis i behandlingen og/eller at hele behandlingen blir avbrutt. Ved ett tilfelle manglet dokumentasjon av vurderinger rundt hvorfor dosene ble endret og hvorfor behandlingen ble avbrutt.

Arbeidet med innføring av et elektronisk system for håndtering og bestilling av cytostatika må prioriteres. Dette vil eliminere flere av problemene knyttet til dokumentasjon. Dersom dette strekker ytterligere ut i tid, må det etableres felles regionale retningslinjer for hvordan behandlingen skal dokumenteres.

Det bør utarbeides en regional mal for sykepleiedokumentasjon, herunder hvilken dokumenttype som skal benyttes og hvor notatet skal arkiveres i DIPS. Sykepleienotat må alltid inneholde faktisk gitte medikamenter og dosering.

Dokumentasjon av behandlingen ved distriktsmedisinsk senter

I tilfeller hvor pasientene fikk kur(er) ved distriktsmedisinsk senter, er ikke dette dokumentert i sykehusets journalsystem.

Det bør alltid sendes kopi av notat til kreftavdelingen når kurer gis ved instanser utenfor sykehus, slik at behandlingen kan dokumenteres i journalsystemet.

Kurskjema i Docmap

Kurskjema lagres i dag i Docmap. På grunn av at primærhelsetjenesten ikke har tilgang til Docmap lagres kurskjema også på nettsider. Det er en utfordring at kurskjema på nettsidene ofte ikke oppdateres.

Primærhelsetjenesten bør få tilgang til kurskjema i Docmap.

6.1 Innspill til forbedring (4:5)



Observasjoner

Anbefaling til forbedring

Underdosering av store pasienter

Fagrevisjonen observerer at det ved NLSH/HSYK har vært praksis å nedjustere dosen dersom kroppsoverflaten er større enn 2m². For tre pasienter fra journalgjennomgangen er behandlingen underdosert som følge av denne praksisen.

Denne praksisen har vært forårsaket av en misforståelse og sammenblanding av retningslinjer for palliative og kurative kurer. Praksisen er som følge av fagrevisjonen blitt korrigert i aktuelle avdelinger.

Dosejustering ved vektendringer

Det er ikke etablert felles standarder når det gjelder justering av doser ved vektendringer, og det finnes heller ikke god dokumentasjon på hvor grensen bør settes. Ved FIN/UNN benyttes både 5 % og 10 % vektendring som indikator på behov for endring av dosen. Ved NLSH/HSYK praktiseres ikke tilsvarende indikatorer, men ved flere lokalsykehus er det praksis å endre dosene selv ved mindre vektendringer.

Det bør etableres felles regionale retningslinjer om hvor stor vektendring som kan tillates før det er nødvendig med ny doseberegning. Eksempelvis ved 10 % vektendring.

Videre observerer vi at det ved ett av sykehusene i HSYK benyttes desimaler ved utregning av doser. Dette kan potensielt utgjøre en risiko.

Doser bør justeres opp eller ned til hele tall uten desimaler.

Kontroll av doseberegninger

Fagrevisjonen har ikke avdekket feil ved selve doseberegningene, men ved et tilfelle har beregningen som er brukt ført til for stor reduksjon av dosen. Det er i dag praksis at dersom en uerfaren LIS-lege har gjennomført doseberegningen kontrolleres beregningen av en onkolog. Utover dette er det ikke en formalisert praksis at doseberegninger skal kontrolleres av en annen person.

Ved å innføre et elektronisk system for håndtering og bestilling av cytostatika kan risiko for feil ved doseberegninger reduseres.

NLSH har nylig innført sjekklister som blant annet omfatter kontroll av doseberegninger.

Doseberegningen bør kontrolleres av minimum to personer. Flere sykehus bør vurdere å innføre en sjekklister for behandlingen og som blant annet omfatter kontroll av doseberegninger.

6.1 Innspill til forbedring (5:5)



Observasjoner

Klassifisering av histologisk preparat

Fagreisjonen observerer at Dukes-stadium fremdeles benyttes for å klassifisere preparat, sammen med TNM-klassifikasjon. Tradisjonelt forholder kirurgene seg i hovedsak til Dukes-stadium.

Gjennomføring og dokumentasjon av postoperativ kontroll

Behovet for postoperativ kontroll har endret seg som følge av at stadig flere pasienter opereres med kikkhullsteknikk. Dette medfører generelt færre komplikasjoner og mindre behov for kontroll av operasjonssår. Allerede i dag er praksisen for gjennomføring av postoperativ kontroll ulik. Ved NLSH/HSYK gjennomføres kontrollen alltid i form av fysisk oppmøte, mens ved FIN/UNN er det ofte praksis å gjennomføre postoperativ kontroll gjennom telefon/informasjonsbrev. Store geografiske avstander er en medvirkende årsak til at praksisen er ulik.

Journalgjennomgangen avdekker at for flere pasienter dokumenteres ikke tidspunkt for postoperativ kontroll. Dette gjør det vanskelig for fagreisjonen å bekrefte om det har blitt gjennomført en postoperativ kontroll eller ikke.

Anbefaling til forbedring

For å sikre at pasienter uten lymfeknute-metastaser (Dukes B), men som har andre risikofaktorer*, blir vurdert for adjuvant behandling, bør TNM-klassifisering benyttes. Disse pasientene bør diskuteres i MDT-møte hvor både kirurg, patolog og onkolog deltar. Dukes-klassifisering bør utgå.

Behovet for kirurgisk postoperativ kontroll kan med fordel individualiseres. Ved behov for kontroll av operasjonssår kan dette også gjøres hos fastlege eller ved kirurgisk poliklinikk.

Ved utskriving fra sykehuset bør det gjøres en konkret avtale med pasienten om hvordan informasjon om histologisvaret skal formidles og hvilke konsekvenser svaret kan få. Standard telefonkonsultasjon bør settes opp to uker etter operasjon. Samtidig med dette kan henvisning til MDT-møte eller kreftavdelingen forfattes.

Gjennomføring av postoperativ kontroll, enten gjennom fysisk oppmøte eller telefonkonsultasjon, må alltid journalføres.



Vedlegg

- Intervjuguider
- Sjekkliste for journalgjennomgang
- Om fagrevisjonen

Intervjuguider (1:4)

Intervjuguide brukt til intervju av gastrokirurger og sekretærer.

Intervjuguide
Generelt
1. Hvor lenge har du jobbet på dette sykehuset?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver relatert til denne pasient gruppen?
Retningslinjer og pasientforløp
1. Kan du beskrive pasientforløpet for denne pasientgruppen?
2. Kjenner du til nasjonale retningslinjer som omhandler adjuvant behandling?
3. Har dere lokale rutiner som dekker pasientforløpet?
4. Kan du si noe om oppdatering av rutinene?
5. Opplever du at nasjonale retningslinjene etterleves/tolkes likt i deres helseforetak? Er pasientforløpet standardisert?
6. Hvilke tanker gjør du deg ang. postoperativ kontroll? Noe alle bør til? Når?
7. Når og hvordan henvises pasientene til adjuvant kjemoterapi? Hvilken måte er den mest hensiktsmessige å gjøre dette på? Skal dette være koblet mot postoperativ kontroll?
8. Hvordan blir pasienten informert om henvisningen?
9. Sekretær; hvordan håndteres henvisningen videre?
10. Gastrokirurg; hvilke pasienter synes du skal diskuteres i MDT møte etter operasjon?
11. Hvordan håndterer dere histologisvar og ev. usikkerhet/tilleggs kommentarer?
Kapasitet og kompetanse
1. Kan du si litt om hvordan dere arbeider med opplæring og innrulling av nye ansatte?
2. Har dere tilgang til nødvendig kompetanse?
Behandling
1. Det er en utfordring at flere pasienter ikke får behandling innen 4-6 uker. Hva er dine tanker om årsakene til dette?
2. Hvilke forbedringsområder ser dere knyttet til håndtering av denne typen pasienter?

Intervjuguider (2:4)

Intervjuguide brukt til intervju av patologer.

Intervjuguide
Generelt
1. Hvor lenge har du jobbet på dette sykehuset?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver relatert til denne pasient gruppen?
Retningslinjer og pasientforløp
1. Kan du beskrive pasientforløpet for denne pasientgruppen?
2. Kjenner du til nasjonale retningslinjer som omhandler adjuvant behandling?
3. Har dere lokale rutiner som dekker pasientforløpet?
4. Kan du si noe om oppdatering av rutinene?
5. Opplever du at nasjonale retningslinjene etterleves/tolkes likt i deres helseforetak? Er pasientforløpet standardisert?
6. Er flere patologer involvert før det endelige histologisvaret blir signert?
7. Hva er optimal svartid fra dere slik du ser det? Hva kan gjøre at svartiden blir mye forlenget? Noe som kan gjøres for å unngå at dette skjer?
Kapasitet og kompetanse
1. Kan du si litt om hvordan dere arbeider med opplæring og innrulling av nye ansatte?
2. Har dere tilgang til nødvendig kompetanse?
Behandling
1. Det er en utfordring at flere pasienter ikke får behandling innen 4-6 uker. Hva er dine tanker om årsakene til dette?
2. Hvilke forbedringsområder ser du knyttet til håndtering av denne typen pasienter?

Intervjuguider (3:4)

Intervjuguide brukt til intervju av onkologer og sekretærer.

Intervjuguide
Generelt
1. Hvor lenge har du jobbet på dette sykehuset?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver relatert til denne pasient gruppen?
Retningslinjer og pasientforløp
1. Kan du beskrive pasientforløpet for denne pasientgruppen?
2. Kjenner du til nasjonale retningslinjer som omhandler adjuvant behandling?
3. Har dere lokale rutiner som dekker pasientforløpet?
4. Kan du si noe om oppdatering av rutinene?
5. Opplever du at nasjonale retningslinjene etterleves/tolkes likt i deres helseforetak? Er pasientforløpet standardisert?
6. Når og hvordan henvises pasientene til adjuvant kjemoterapi? Hvilken måte er den mest hensiktsmessige å gjøre dette på? Skal dette være koblet mot postoperativ kontroll?
7. Sekretær; hvordan håndteres mottak av henvisning?
8. Sekretær; er det greit å få satt opp time til denne type pasienter ut fra den fristen som er satt av legen som har vurdert henvisningen?
9. Onkolog; hvordan vurderes henvisningene?
10. Onkolog; hvilke pasienter synes du som onkolog skal diskuteres i MDT møte etter operasjon? Andre situasjoner onkolog skal involveres før ev. henvisning til adjuvant behandling?
11. Hvordan håndterer dere histologisvar og ev. usikkerhet/tilleggs kommentarer?
Kapasitet og kompetanse
1. Kan du si litt om hvordan dere arbeider med opplæring og innrulling av nye ansatte?
2. Har dere tilgang til nødvendig kompetanse?
Behandling
1. Bør alle disse pasientene ha samtale med kreftlege før de starter på behandling?
2. Hvor ofte bør i utgangspunktet disse pasientene ha legetime?
3. Hvordan vurderes bivirkninger og dosejusteringer underveis?
4. Hvor stor vektendring skal til før en bør gjøre doseendring på kur?
5. Finnes det dokumentasjon i DIPS på de kurene som gis i kommunene?
6. Det er en utfordring at flere pasienter ikke får behandling innen 4-6 uker. Hva er dine tanker om årsakene til dette?
7. Hvilke forbedringsområder ser dere knyttet til håndtering av denne typen pasienter?

Intervjuguider (4:4)

Intervjuguide brukt til intervju av LIS-lege i onkologi og kreftsykepleiere.

Intervjuguide
Generelt
1. Hvor lenge har du jobbet på dette sykehuset?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver relatert til denne pasient gruppen?
Retningslinjer og pasientforløp
1. Kan du beskrive pasientforløpet for denne pasientgruppen?
2. Kjenner du til nasjonale retningslinjer som omhandler adjuvant behandling?
3. Har dere lokale rutiner som dekker pasientforløpet?
4. Kan du si noe om oppdatering av rutinene?
5. Opplever du at nasjonale retningslinjene etterleves/tolkes likt i helseforetaket? Er pasientforløpet standardisert?
Kapasitet og kompetanse
1. Kan du si litt om hvordan dere arbeider med opplæring og innrulling av nye ansatte?
2. Har dere tilgang til nødvendig kompetanse?
3. Hvilken opplæring har du fått ang. utregning av kurdose?
Behandling
1. Hvor ofte bør i utgangspunktet disse pasientene ha legetime?
2. Hvordan vurderes bivirkninger og dosejusteringer underveis?
3. Hvor stor vektendring skal til før en bør gjøre doseendring på kur?
4. Det er en utfordring at flere pasienter ikke får behandling innen 4-6 uker. Hva er dine tanker om årsakene til dette?
5. Hvilke forbedringsområder ser du knyttet til håndtering av denne typen pasienter?

Sjekkliste for journalgjennomgang (1:2)

Sjekkliste brukt ved gjennomgang av 58 journaler.

Pasient NR	Alder	Stadium	Høyrisikoelement	Lokalsykehus

Tidspunkt	Dato (dd.mm.yyyy)
Operasjonstidspunkt	
Histologisvar (signeringsdato)	
Postoperativ kontroll	
Henvising til behandling	
Oppstart av adjuvant kjemoterapi	
Dato første dag i siste kur	

Revisjonspunkter	
Hvilken teknikk ble brukt for operasjon?	
Hasteoperasjon	
Hvor ble pasienten operert?	
Antall lymfeknuter undersøkt hos patologisk avdeling	
Signatur fra to patologer	
Videre behandling vurdert av onkolog	
Er det indikasjon på behov for behandling?	
Har pasienten fått adjuvant behandling?	

Hvis nei:	
Årsak til at pasienten ikke fikk behandling?	
Er det riktig vurdering?	

Hvis ja:	
Onkolog har hatt samtale med pasient før oppstart behandling	
Hvilket sykehus startet adjuvant behandling?	
Hvor fortsetter adjuvant behandling?	
Kroppsoverflate (m2)	0,00

Sjekkliste for journalgjennomgang (2:2)

Sjekkliste brukt ved gjennomgang av 58 journaler.

					Kommentarer
	Behandling	Dosereduksjon?	Årsak reduksjon (fritekst)	Hensiktsmessig reduksjon?	
Kur 1					
Kur 2					
Kur 3					
Kur 4					
Kur 5					
Kur 6					
Kur 7					
Kur 8					
Kur 9					
Kur 10					
Kur 11					
Kur 12					
	JA/NEI	Fritekst			
Korrekke doser etter m2 - første kur			Kommentarer		
Dersom forsinkelse:	Her:	dager mellom operasjon og behandling start			
Årsaker til forsinket oppstart?		Årsak 1	Årsak 2	Årsak 3	Årsak 4
				Forsinkelse hensiktsmessig?	Kommentarer
Dersom forlenget behandlingstid:	Her:	dager mellom oppstart og slutt behandling			
Årsaker til forlenget behandlingstid (avvik mer enn to uker)		Fritekst årsak	Forlengelse hensiktsmessig?		
				Kommentarer	

Om klinisk fagrevisjon

Revisjonsteamet

Revisjonsteamet har bestått av tre konsulenter fra EY og fire fagrevisorer fra Helse Nord. For å ivareta krav til uavhengighet har fagrevisorene ikke deltatt i revisjonen i eget helseforetak. Hver enhet er revidert av to konsulenter fra EY og to fagrevisorer.

På bakgrunn av sin fagkompetanse innen adjuvant kjemoterapi ble følgende internrevisorer utpekt i fagsjefsmøtet:

- Ranveig Aspevik, Helgelandssykehuset HF
- Astrid Dalhaug, Nordlandssykehuset HF
- Magnar Johansen, UNN HF
- Jan Norum, Finnmarkssykehuset HF

Fagrevisjonen er ledet av konsulenter fra EY, og de har bidratt med sin kompetanse i revisjonsmetodikk. Følgende konsulenter deltok i fagrevisjonen:

- Tove Albrektsen, Executive Director, EY Advisory
- Anstein Rognstad, Senior Manager, EY Advisory
- Ida Tørring, Konsulent, EY Advisory

Proessen

- Informasjonsbrev om fagrevisjonen ble sendt til alle helseforetak i september 2017 før stedlig besøk.
- Revisjonsteamet var på stedlig besøk hos UNN Tromsø og NLSH Bodø 7. og 8. november 2017.
- Ved hvert sykehus ble det gjennomført seks til sju dybdeintervjuer med fagpersoner.
- 60 pasientjournaler ble gjennomgått for å vurdere behandlingen.
- Det er gjennomført arbeidsmøter i revisjonsteamet for å diskutere sentrale observasjoner og anbefalinger
- Utkast til rapport utarbeidet av EY
- Utkast til rapport ble sendt til fagrevisorene for kvalitetsgjennomgang.
- Helse Nord RHF har gjennomgått rapport for ytterligere kvalitetssikring av rapportformat
- Korrigert utkast til rapport sendt til fagrevisorene for ny kvalitetsgjennomgang.
- Utkast til rapport ble sendt til alle helseforetak for innspill og kommentarer.
- Endelig rapport ble oversendt revidert enhet.