

Det gode patientforløb - Kolorektalcancer kirurgi

# Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

[www.fremtidenssygehuse.dk](http://www.fremtidenssygehuse.dk)



Region Syddanmark

# Forløbsprogram, patienter med:

## Kolorektalcancer

1. Indledning .....	2
2. Diagnose, udredning og behandling .....	4
3. Beskrivelse af nuværende forløb .....	5
3.1 Forløb - OUH/Middelfart .....	5
3.2 Forløb – Svendborg Sygehus .....	6
3.3 Forløb – Sydvestjysk Sygehus .....	7
3.4 Forløb – Vejle/Give Sygehus .....	8
3.5 Forløb – Fredericia/Kolding Sygehus.....	8
3.5 Forløb – Fredericia/Kolding Sygehus.....	9
3.6 Forløb – Sygehus Sønderjylland .....	9
3.6 Forløb – Sygehus Sønderjylland .....	10
4. Beskrivelse af "best practice" patientforløb .....	11
4.1 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb.....	15
Udvikling i sengebehov.....	15
Omlægningspotentialer .....	15
Bemærkninger i øvrigt .....	15
5. Udviklingstendenser i udredning og behandling af kolorektalcancer.....	17
6. Konklusion .....	18
Bilag – data.....	19
Bilag – projektgruppe .....	21

## 1. Indledning

På nuværende tidspunkt sker der udredning/behandling af patienter med begrundet mistanke om kolorektalcancer på alle sygehusenheder i Region Syddanmark, dvs.

- Odense Universitetshospital (Odense og Middelfart)
- Sygehus Fyn<sup>1</sup> (Svendborg og Nyborg)
- Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg)
- Vejle/Give Sygehus<sup>2</sup> (Vejle)
- Fredericia/Kolding Sygehus (Kolding)
- Sygehus Sønderjylland (Sønderborg)

Såfremt der skal gives neoadjuverende terapi (forbehandling) i forløbet foregår dette på Vejle Sygehus eller Odense Universitetshospital.

Antal nyopdagede kræfttilfælde i Region Syddanmark

	Patienter i alt	
	2005	2006
<b>Colon</b>		
Sønderborg	115	58 <sup>3</sup>
Kolding	65	54
Vejle	63	77
Esbjerg	81	105
Middelfart	61	45
Odense	54	70
Svendborg	90	107
I alt	529	516
<b>Rectum</b>		
Sønderborg	53	29
Kolding	7	1
Vejle	53	72
Esbjerg	40	55
Middelfart	7	9
Odense	73	64
Svendborg	53	53
I alt	286	283
<i>Grand total</i>	815	799

Kilde: Fra Dansk Kolorektal Cancer Database, Årsrapport 2006 (antal indberettede patienter i alt)

Tal trukket i Region Syddanmarks Ledelsesinformations system viser at der i 2007 var i alt 1427 indlagte patienter i regionen med kræft i tyktarm (DC18), kræft på overgangen mellem tyktarm og endetarm (DC19) eller kræft i endetarm (DC20), heraf 636 akutte patienter og 791 elektive.

<sup>1</sup> Sygehus Fyn og Odense Universitetshospital har siden tallene er trukket skiftet navn til Odense Universitetshospital og Svendborg

<sup>2</sup> Vejle/Give Sygehus og Fredericia/Kolding Sygehus har siden tallene er trukket skiftet navn til Sygehus Lillebælt

<sup>3</sup> Tallene for Sønderborg Sygehus er markant lavere i 2006 end i 2005 hvilket formentlig skyldes at der ikke er indberettet fuldt ud i 2006. Tallene for 2005 synes således mere retvisende for aktiviteten i Sønderborg.

Den nuværende aktivitet giver ikke et retvisende billede af patienternes træk på systemet. Til indlæggelserne for kræft i tyktarm, kræft på overgangen mellem tyktarm og endetarm og kræft i endetarm (i alt 1427 i 2007) skal lægges de genindlæggelser der sker af patienter på kirurgisk afdeling. Patienter med de nævnte kræftformer vil ved genindlæggelse for samme sygdom blive indlagt med en anden aktionsdiagnose, pga reglerne for kodning/registrering. I Ledelsesinformations systemet er der derfor trykket på de cpr. nr. der i 2007 er registret med de nævnte kræftformer. I 37 % af tilfældene genindlægges de pågældende patienter på kirurgisk afdeling. Det betyder at man skal regne med 1954 indlæggelser. Det samlede sengedagsforbrug kan ikke beregnes.

## **2. Diagnose, udredning og behandling**

### **Begrundet mistanke om kræft i tyktarm eller endetarm**

Symptomer for hvornår der er begrundet mistanke og 48-timers fristen hos den praktiserende læge skal udløses, er defineret som:

Alder > 40 år med mindst et af følgende symptomer:

- Synlig rektalblødning (frisk/ikke frisk)
- Ændrede afføringsvaner i mere end 1 måned
- Jernmangelanæmi
- Andre symptomer efter individuel vurdering

### **Diagnosen kræft i tyktarm eller endetarm**

Diagnosen stilles sædvanligvis ved kikkertundersøgelse af tyktarm og endetarm (sigmoideoskopi/koloskopi), idet man samtidig tager en vævsprøve af knuden med henblik på at påvise kræftceller ved efterfølgende mikroskopisk undersøgelse. I enkelte tilfælde er det ikke muligt at gennemføre en komplet kikkertundersøgelse og diagnosen stilles i stedet ved billeddiagnostisk undersøgelse (røntgen af tyktarmen/CT scanning af tyktarmen). Det er ikke altid muligt forud for operation at få en vævsprøve der bekræfter at der er tale om kræft. Forud for behandling med kemo- eller stråleterapi kræves at der foreligger en vævsprøve der bekræfter at der er tale om kræft.

### **Stadieinddeling af sygdommen**

Kræft i tyktarm eller endetarm kan vokse ud gennem tarmvæggen og ind i omkringliggende organer. Kræften kan også sprede sig til fjernt liggende organer og spreder sig da oftest til lever eller lunger. Forud for behandling danner lægen sig ved yderligere undersøgelser (ultralydsscanning, CT-scanning og MR-scanning) et overblik over sygdommens karakter og udbredelse.

### **Før operation**

Før operation kan det være nødvendigt at forbehandle med kemo- og/eller stråleterapi. Dette kan specielt være tilfældet ved kræft i endetarmen eller når kræften har spredt sig til fjernt liggende organer. Endelig er det ikke alle patienter der opereres.

### **Operation**

Ved operationen får man udover selve kræftknuden også fjernet lymfeknuderne fra tarmen. Det stykke tarm og de lymfeknuder man får fjernet, bliver sendt til undersøgelse under mikroskop. I mikroskopet kan patologen vurdere, hvilken type kræftceller det er, hvor aggressive cellerne er, og om kræften har spredt sig til lymfeknuderne. Under operationen kan man eventuelt også ved hjælp af ultralyd få undersøgt om kræften har spredt sig til leveren. En del patienter får ved operationen anlagt en stomi.

### **Efter operation**

Når svaret fra mikroskopundersøgelsen og de øvrige undersøgelsesresultaterne foreligger, kan man få fastlagt det endelige stadie af sin sygdom. Ud fra det samlede billede, tager lægen stilling til, om man har behov for yderligere behandling i form af kemo- og/eller stråleterapi. Sygdommens forløb afhænger af mange ting – blandt andet sygdommens stadie, men også en af ens almene helbredstilstand.

### **Kontrol**

For at sikre at der ikke er mere end én kræftknude i tarmen, skal man enten før eller efter operationen have set hele tyktarmen efter med en kikkertundersøgelse (koloskopi).

I de efterfølgende år vil patienten blive fulgt med kikkert undersøgelse af tyktarmen og endetarm samt billeddiagnostiske undersøgelser af lever og lunger.

### 3. Beskrivelse af nuværende forløb

Forløbene er generelt relativt ens afdelingerne imellem, da der i en årrække har eksisteret nationale retningslinjer for udredning og kirurgisk behandling (Danish Colorectal Cancer Group). Fra 2008 vil retningslinjerne omfatte både det radiologiske, onkologiske, patologiske og kirurgiske speciale.

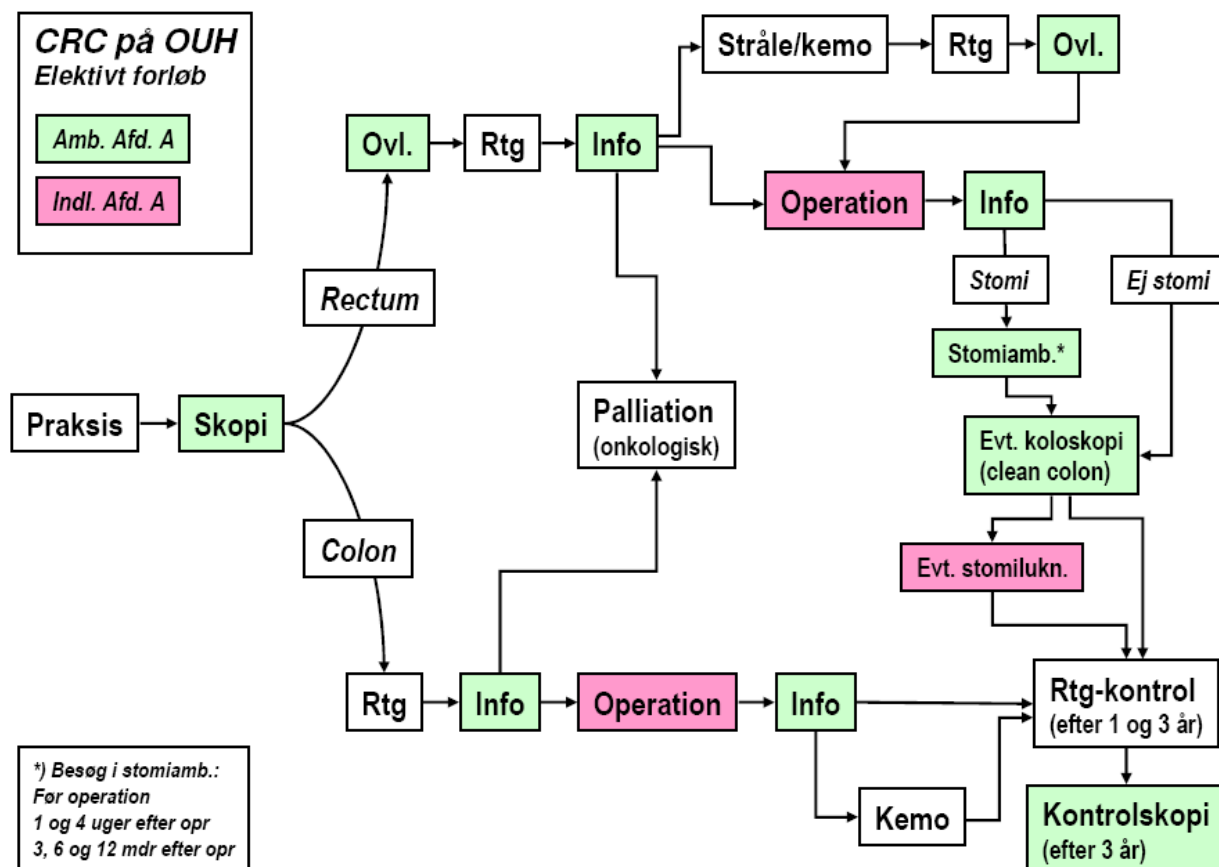
Sengedage i de aktuelle elektive patientforløb for 2006 (gennemsnitstal), som beskrives nedenfor, er udtræk fra Dansk Kolorektal Cancer Databases database den 28. marts 2008, jf. tabel i bilaget.

#### 3.1 Forløb - OUH/Middelfart

Det aktuelle patientforløb omfatter:

9 sengedage for colon patienter, 11 sengedage for rectum patienter (Odense)  
3 ambulante besøg(kontroller) inkl. røntgen før operation, 1 efter operation

Patientforløbet for patienter på OUH er illustreret nedenfor



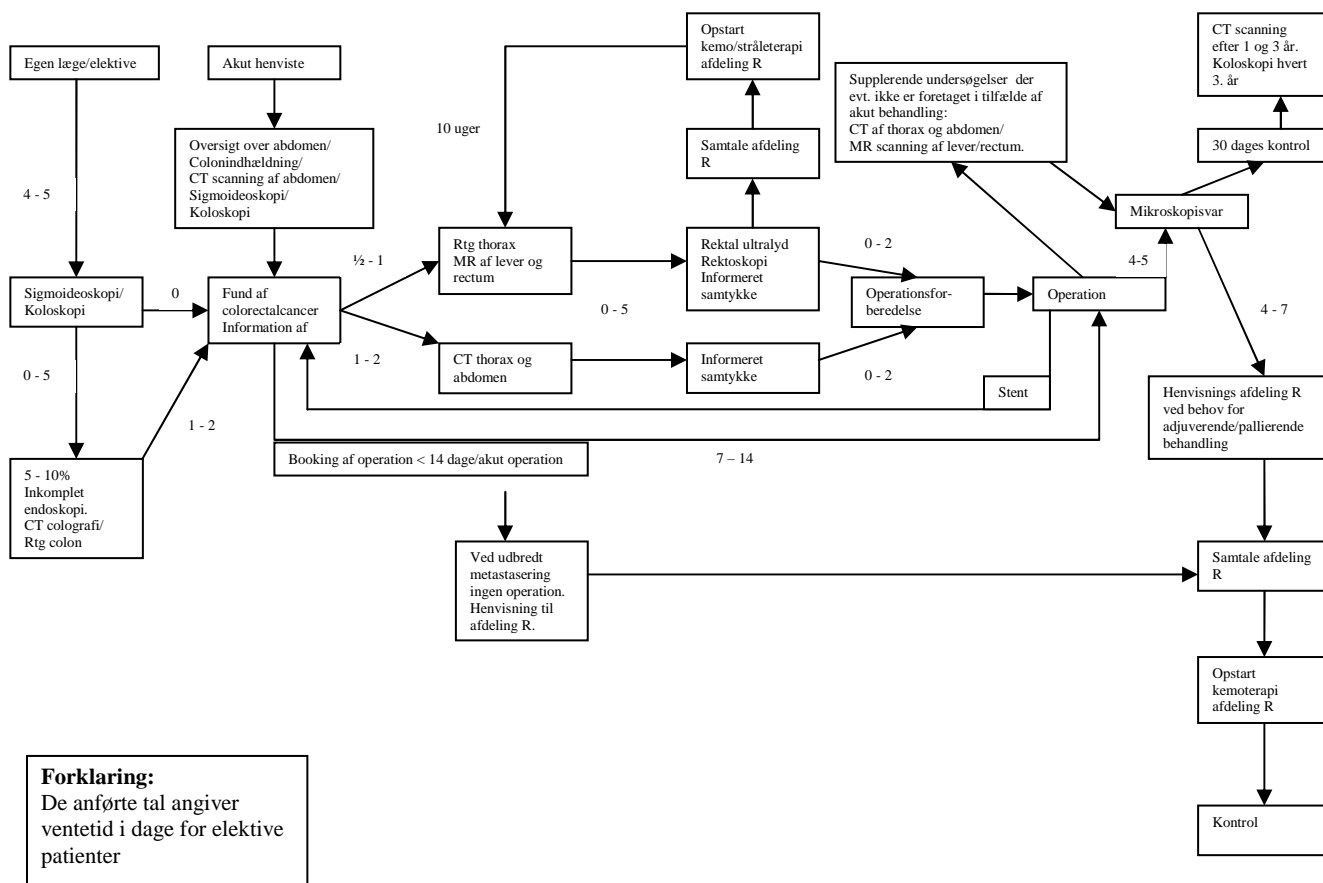
### 3.2 Forløb – Svendborg Sygehus

Det aktuelle patientforløb omfatter:

8 sengedage for colon patienter, 17 sengedage for rectum patienter

4 ambulante besøg(kontroller) incl. røntgen før operation, 2 efter operation

Patientforløbet for patienter på Svendborg Sygehus er illustreret nedenfor.

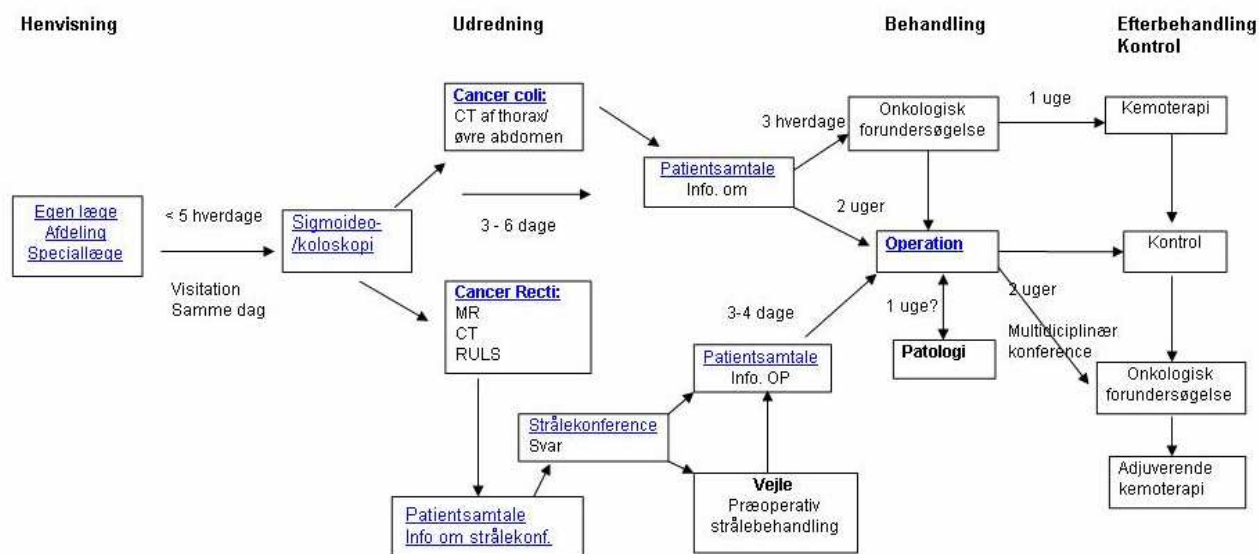


### 3.3 Forløb – Sydvestjysk Sygehus

#### Det aktuelle patientforløb omfatter:

8 sengedage for colon patienter, 16 sengedage for rectum patienter  
 3 ambulante besøg(kontroller) incl. røntgen før operation, 1 efter operation

Patientforløbet for patienter på Sydvestjysk Sygehus er illustreret nedenfor.



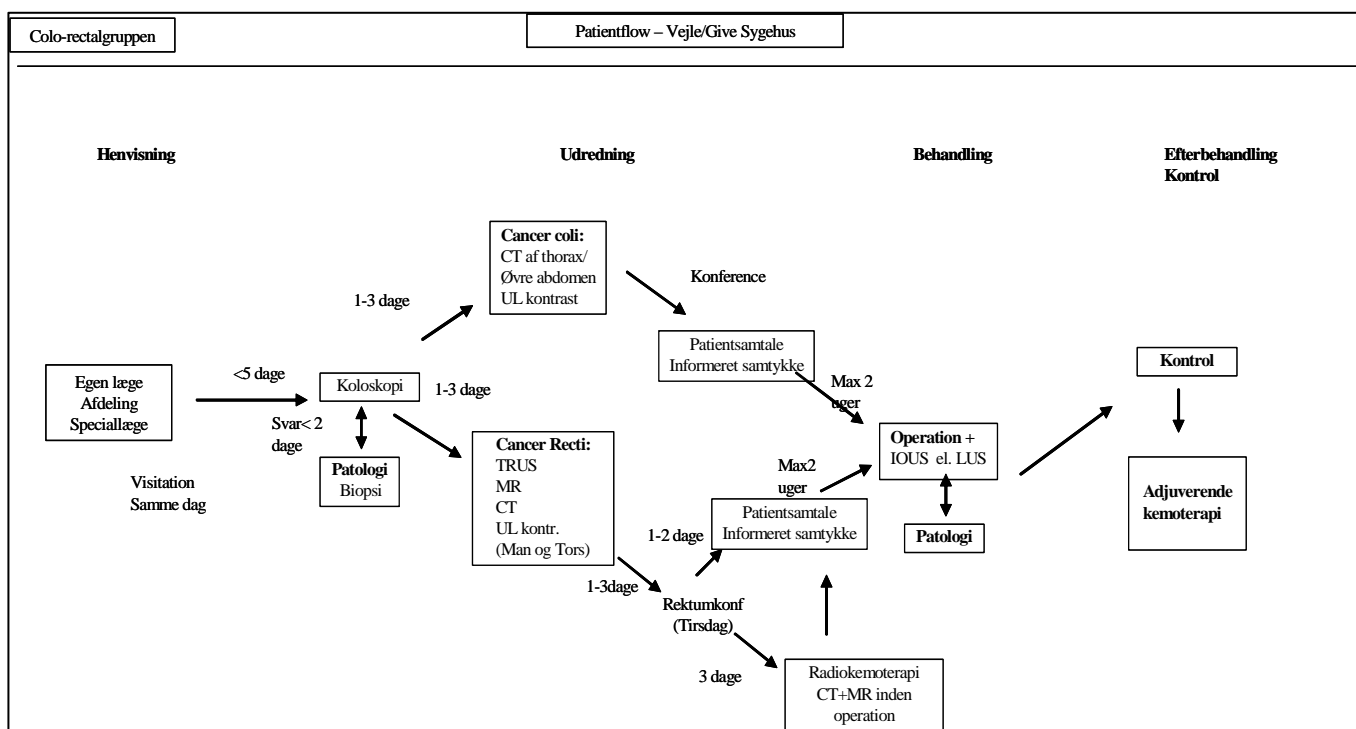


### 3.4 Forløb – Vejle/Give Sygehus

#### Det aktuelle patientforløb omfatter:

8 sengedage for colon patienter, 10 sengedage for rectum patienter  
 3 ambulante besøg(kontroller) incl. røntgen før operation, 1 efter operation

Patientforløbet for patienter på Vejle/Give Sygehus er illustreret nedenfor.



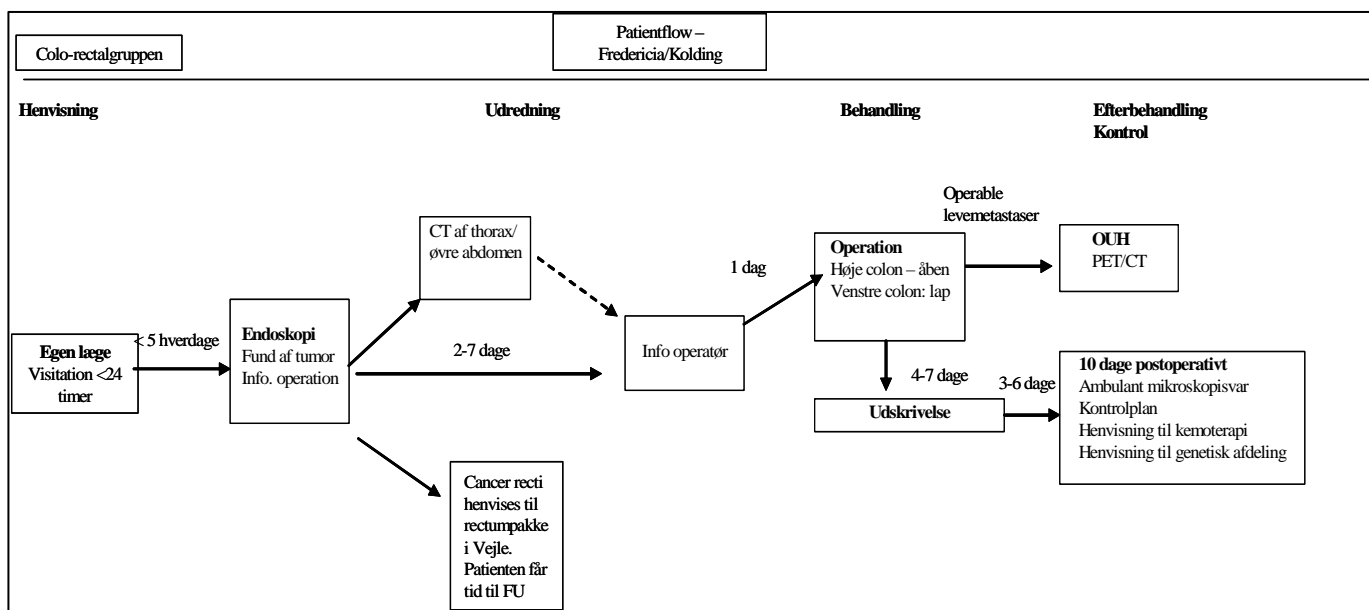
### 3.5 Forløb – Fredericia/Kolding Sygehus

Det aktuelle patientforløb omfatter:

7 sengedage for colon patienter

2 ambulante besøg(kontroller) incl. røntgen før operation, 1 efter operation

Patientforløbet for patienter på Fredericia/Kolding Sygehus er illustreret nedenfor.



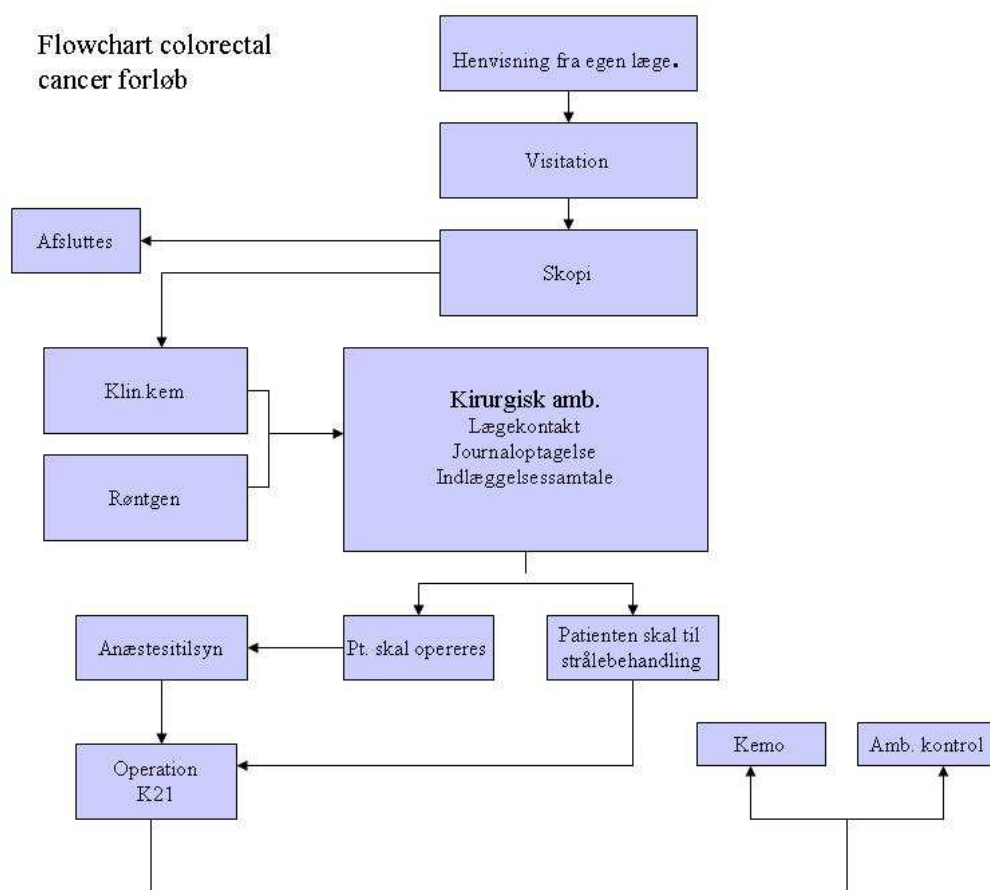
### 3.6 Forløb – Sygehus Sønderjylland

#### Det aktuelle patientforløb omfatter:

4 senge dage for colon patienter, 8 senge dage for rectum

3 ambulante besøg (kontroller) incl. røntgen før operation, 1 efter operation

Patientforløbet for patienter på Sygehus Sønderjylland er illustreret nedenfor.



15/02 2007

## **4. Beskrivelse af "best practice" patientforløb**

Nedenfor beskrives et best practice forløb for kolorektalcancer.

### **Henvisning**

Fra egen læge med oplysninger jf. Klinik Nyt – VisInfo ved begrundet mistanke om tarmcancer.

Henvisningen skal indeholde:

- C. coli obs pro
- Patienten informeret
- Tlf. nr.

Henvisning kan ske elektronisk + mulighed for telefonisk booking

### **Visitation**

Sker indenfor 24 timer. Mærkes akut (48 timer).

Sigmoideoskopi ved monosymptomatisk rød blødning – ellers koloskopi.

Diagnosekoder: DZ031D

### **Indkaldelse**

Evt. telefonisk kontakt fra booking samme dag ellers indkaldelse pr. brev med udrensning. Udrensning 3 døgn.

Undersøgelsestidspunkt oplyses.

### **Undersøgelse:**

Patientens 1. besøg (ambulant)

Biopsi ved mistanke om cancer. Hastesvar efter 2 hverdage. Patient og evt. pårørende informeres om fund og undersøgelsesplan. Henvises til røntgen. Patienten oplyses om tid til røntgen og tid til informations samtale.

Klinisk vurdering af tumor i rectum

### **Røntgen**

Patientens 2. besøg (ambulant)

Undersøgelse af lever (CT eller MR-scanning)

Undersøgelse af thorax (alm. røntgenfoto eller CT)

Ved rectumcancer: MR-scanning af rectum og TRUS (indvendig ultralydsscanning i endetarm)

### **Multidisciplinær konference**

Konference mellem kirurg, onkolog, radiolog og patolog, hvor behandlingstilbuddet til den enkelte patient drøftes (f.eks. operation med/uden onkologisk forbehandling, evt. kemo/strålebehandling, evt. palliativ onkologisk behandling)

### **Informationssamtale og præoperativ klargøring**

Patientens 3. besøg

Orientering om mikroskopisvar og røntgen fund og behandlingsplan

Kontaktlæge (operatøren?) kontaktsygeplejerske

Familieanamnese

Blodprøver incl. Bac-test.

Anæstesivurdering (medicinsk tilsyn?)

Evt. information om stomi og samtale med stomisygeplejersker

Grønt DCCG skema udleveres

Booking til operation og accept plan og behandling

**Indlæggelsen** (patientens valg hvornår man vil møde ml. 16 dagen før og kl. 8 på selve operationsdagen)

Hvis ambulant forundersøgelse: journalcheck, medicinliste

Tromboseprofylakse

Evt. udrensning ved c. recti og nogle laparoskopiske operationer

Ernæringscreening

Proteindrik

Evt. stomimarkering

### **Operation**

Kulhydratrigedrikke to timer før operation

Epidural ved åben operation

Intraoperativ ultralyd

Resektion

Antibiotika

KAD ved laparoskopiske indgreb ellers suprapubisk kateter

Dræn kun ved APR og LAR

Gult DCCG skema

### **Opvågning**

Patienter opereret for rectumcancer overnatter på intermedier/overvågnings afsnit

Ingen ventrikelsonde

Drikke, kost efter evne

Proteindrik

Støtte/gå på operationsdagen

### **Sengeafdeling**

Orienteres om operationen af operatøren

Kost efter evne og mindst 4 timers mobilisering

Særligt mobiliseringsregime ved operation med gluteallap

Smertedækkes

Laxantia og antiemetika

Genoptræningsplan

Daglig vægt, væskeregnskab

Blodprøver kun efter ordination

Stomipleje, oplæring

Vurdering af plejebestov og hjælp efter udskrivelsen

### **Ved udskrivelsen**

Diktere epikrise og sendes inden for 24 timer

Medicinliste justeres

Tages stilling til ophør af tromboseprofylakse

Planlægger fjernelse af suturer/klips, mikroskopisvar, evt. stompiamb, evt. tid til clean colon skopi, kontrolskopi

3-5 år efter (følger de nationale retningslinier), hjælpemidler

Ved lever- eller lungemetastaser kan henvisning til leverkirurgi og lungemedicin komme på tale

### **Ambulatoriet**

Mikroskopisvar

Evt. henvisning til onkolog til efterbehandling – bookes hos onkologer inden patienten forlader ambulatoriet

Tid til undersøgelse i forbindelse med evt. stomilukning

Feed-back om forløbet  
Evt. henvisning til genetisk udredning  
Ambulante kontroller

**"Best practice" patientforløb vil omfatte:**

3-4 sengedage for colonpatienter og 4-6 sengedage for rectumpatienter  
3 ambulante besøg(kontroller) incl. røntgen før + 1 efterfølgende  
Evt. 1 efterbesøg hos praktiserende læge for de patienter der er opereret (fjernelse af suturmateriale)

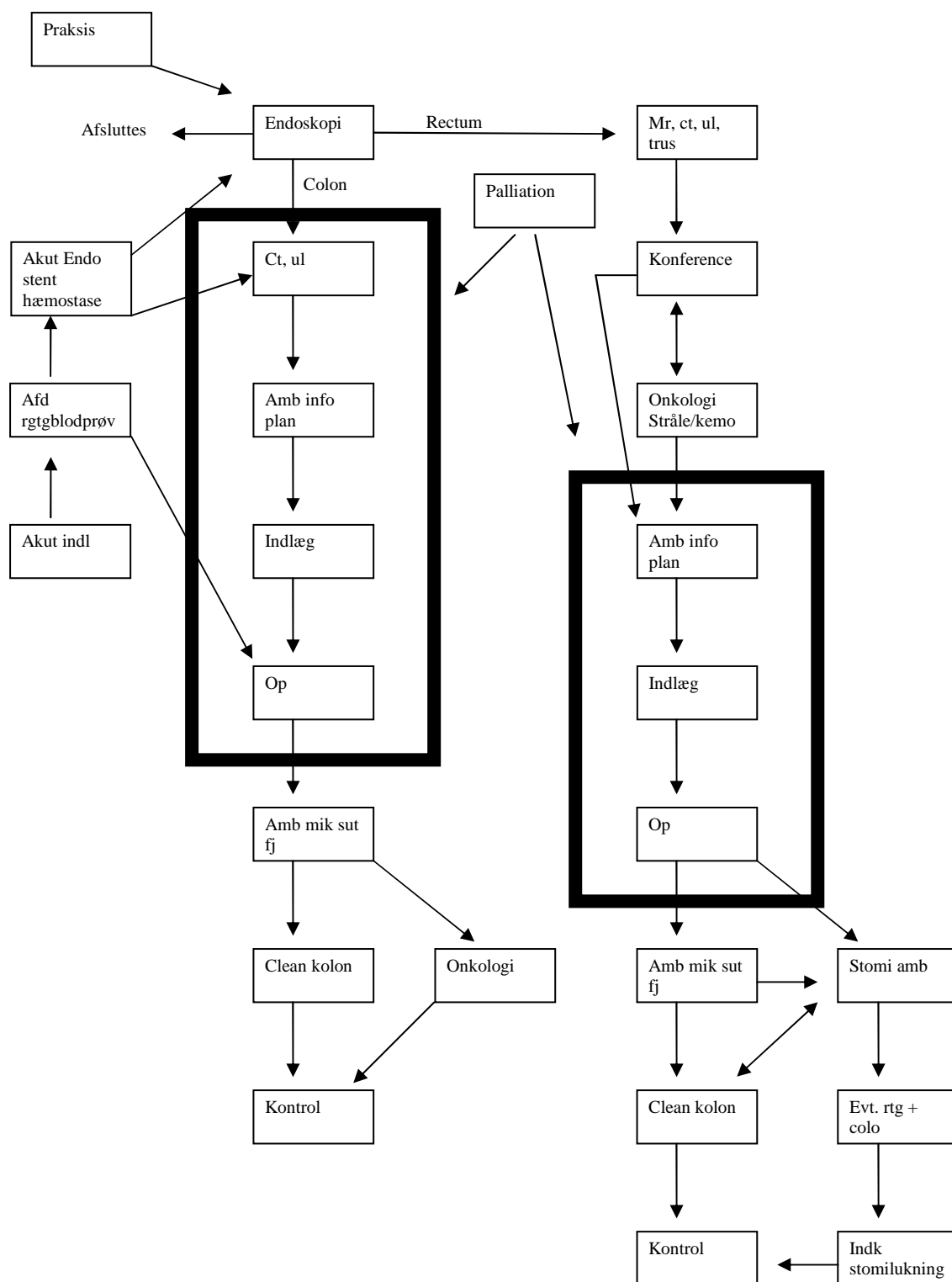
I årene 2001-2006 er der registreret at 13 % af rectumpatienterne får anastomoselækage, hvilket er forbundet med et længere forløb, dertil kommer en række andre komplikationer for både rectum- og colonpatienter.

For så vidt angår patienter med anlagt stomi, dvs. ca. 2/3 af alle rectumpatienter, er best practice besøg i stomiambulatoriet:

- før operation
- 1 og 4 uger efter operation
- 3, 6 og 12 måneder efter operation

Her er tale om tilbud, som patienterne kan tage imod eller lade være, og herudover tages der hensyn til det individuelle behov.

Best practice patientforløbet er illustreret nedenfor.



## 4.1 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb

### Udvikling i sengebehov

"Best practice" patientforløb vil omfatte: 3-4 sengedage for colonpatienter og 4-6 sengedage for rectumpatienter.

Tal fra Dansk Kolorektal Cancer Databases årsrapport 2006 viser, at afdelingerne i gennemsnit har de elektiv opererede liggende 8 dage for colonpatienter og 12 dage for rectumpatienter.

Det vil sige at man indenfor en årrække på elektive normalforløb skal opnå en reduktion i liggetid på ca. 50 % for så vidt angår colonpatienter og ca. 50 % for rectumpatienter for afdelingerne samlet set. Der vil stadig være komplicerede forløb, hvor man ikke kan forvente at komme ned på 3-4 dage for colonpatienter og 4-6 dage for rectumpatienter.

### Omlægningspotentialer

I det pågældende behandlingsforløb er det ikke relevant at omlægge fra indlæggelse til ambulante behandling. For så vidt angår de ambulante besøg præoperativt er der en lille forskel afdelingerne i mellem og her kan man diskutere om ikke alle afdelinger bør følge "best practice" forløbet.

### Bemærkninger i øvrigt

#### Opvågning:

Best practice er overnatning på intermediær/overvågning for rectum patienter. Det bliver til ca. 300 overnatninger pr. år, jf. DCCGs årsrapport 2006.

Hertil kommer et antal sengedage for patienter, der får komplikationer efter operation. Meget overordnet er budet at ca. 10 % af det samlede antal patienter (dvs. både colon og rectum) får anastomoselækage. Dette er en patientgruppe med høj dødelighed og typisk et langt forløb på sygehus. Et forsigtigt gæt er at disse patienter er indlagt 1 uge på intensiv og derefter 2 uger i sengeafsnit. Gruppen har ikke lavet en tilbundsgående undersøgelse af patientforløbet, men såfremt man ønsker en mere konkret vurdering til brug for dimensioneringsberegninger, står gruppen til rådighed.

Der er behov for et større antal intermediære/overvågnings senge end der er tilgængelige i dag. Afdelingerne oplever det som et problem, at de ikke kan få patienterne forsvarligt passet i tilfælde af opståede komplikationer efter operation.

#### Koloskopier:

Arbejdsgruppen vurderer at den almindelige stigning der er set de seneste år i antal koloskopier fortsætter. Der er dog den ubekendte faktor, at det i øjeblikket overvejes at indføre screening for tarmkræft. I tilfælde af at dette bliver indført landsdækkende skal man regne med en stigning.

Arbejdsgruppen har forsøgt at indhente oplysninger om hyppighed af blødning af rectum i almen praksis. Summarisk ser det ud til at man i en region med 100.000 mennesker vil skulle lave skopi på 350 med førstegangssymptom på blødning pr. rectum pr. år. Nogle vil bløde igen, men langt de fleste af disse vil ikke have cancer. Hvis det opgøres pr. kontakt skal 50 pr 100.000 kontakter skoperes. I Danmark er der ca. 20.000.000 face-to-face kontakter (=10.000 skopier). Inddrager man anæmier også bliver det mange flere.

#### Evt. indførelse af tarmkræftscreening:

Nedenfor ses eksempel på forventet aktivitet i forbindelse med indførelse af screening for tarmkræft.



Der tages udgangspunkt i resultaterne fra gennemførlighedsundersøgelsen - Screening for tarmkræft 2005-2006 for borgere i aldersgruppen 50 – 74 år - i daværende Vejle Amt.

### Resultater i gennemførlighedsundersøgelsen:

Inviterede: 91.759

Deltagerprocent- gennemsnit: 46.693 (50,89 %)

Positive prøver: 1.037 (2,2 %)

Primær koloskopi: 982 (94,7 %) - 4,2% henvist til CT-kolografi

(35 ønsker ikke undersøgelse, 2 udebliver, 10 ekskluderes – i alt 47 (4,5%))

Primær CT-kolografi: 8 (0,8%)

Undersøgte i alt: 990 borgere

Fund af polypper: >10 mm : 257 (25,96 %)

< 10 mm : 124 (12,53 %)

Fund af cancer : 79 (7,98 %)

DukesType A: 36 (45,6%)

B: 23 (29,1%)

C: 15 (18,9%)

D: 4 (5,1%)

Ej klassificeret: 1 (1,3%)

### Ved indførelse af screening for tarmkræft som folkeundersøgelse

**Eksempel:** Første 2 år ved invitation af 100.000 borgere i alderen 50-74 år

	Antal	Bemærkninger
Invitationer over 2 år	100.000	
Deltagerprocent 50,89 =indsender prøver	50.890	
Positive af indsendte prøver 2,2%	1.120	
Koloskopi hos 94,7%	1061	4,2% henvisninger til CT-kolografi
CT-kolografi hos 8%	90	
<b>Undersøgelser i alt 1151</b>		
Polypper >10mm 25,96%	299	
Polypper <10mm 12,53%	144	
Cancere 7,98%	92	Dukes Type A : 42 (45,6%) Dukes Type B : 27 (29,1%) Dukes Type C : 17 (18,9%) Dukes Type D : 4 (5,1%) Ej klassificeret: 1 (1,3%)

## **5. Udviklingstendenser i udredning og behandling af kolorektalcancer**

Der kan selvsagt ikke gives sikre bud på, hvordan de næste ti års udvikling inden for udredning og behandling af kolorektalcancer vil forme sig, men der kan skitseres en række udviklingstendenser. Kommende resultater af forskningsprojekter etc. kan ændre billedet ved at skuffe forventninger eller åbne nye muligheder. Der er lagt vægt på tendenser, som er relevante for planlægningen.

### *Watchful waiting ved rectumcancer*

Resultater fra Sydamerika tyder på, at 25-30 % af patienter med lokaliseret lav rectumcancer kan behandles med stråle-kemoterapi alene, d.v.s. man kan i første omgang undlade operation. En del af patienterne vil senere få recidiv og dermed behov for operation, men mange vil aldrig komme til operation. Til gengæld kræver dette regime meget tæt kontrol, bl.a. med billeddiagnostik, og et meget tæt samarbejde mellem billeddiagnostiker, onkolog og kirurg.

### *Minimal kirurgi*

Forskningen går i retning af mindre omfattende kirurgi, især ved rectumcancer. I fremtiden vil flere tidlige cancere formentlig blive behandlet med endoskopisk mucosaresektion (EMR) eller transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM), sidstnævnte ofte i kombination med onkologisk behandling. Dette kræver tæt samarbejde mellem billeddiagnostikere, kirurger og onkologer, og at de kirurgiske teknikker er tilgængelige for de afdelinger, der behandler sygdommen.

### *Cancer som kronisk sygdom*

Moderne kemoterapi er i en rivende udvikling og er allerede nu så effektiv, at nogle patienter kan bringes fra en situation med udbredt kræftsygdom til en situation uden påviselig sygdom – i hvert fald i en længere periode. Der vil så hen ad vejen kunne opstå behov for forskellige interventioner, f.eks. tarmresektion ved lokalrecidiv, radiofrekvensbehandling af levermetastaser, lungekirurgi for evt. lungemetastaser etc. Disse patienter vil altså leve væsentligt længere og vil i deres resterende levetid have behov for tæt kontrol, herunder billeddiagnostik, og tæt samarbejde mellem kirurg, billeddiagnostiker og onkolog.

### *Skræddersyet behandling*

Jvf. ovenstående tegner der sig et billede af langt mere individualiseret behandling i fremtiden. Foruden det nævnte kan man f.eks. fremhæve forskning, der tager sigte på at udpege hvilke patienter med coloncancer og/eller levermetastaser, der skal have præoperativ kemoterapi. Atter bliver der behov for et tæt samarbejde mellem specialerne i de multidisciplinære teams, og med tilgrænsende specialer som leverkirurgi og lungekirurgi, og dette samarbejde skal vel at mærke begynde fra første færd, d.v.s. allerede under den primære udredning af patienten.

### *Konklusion og planlægningsmæssige implikationer*

Behandlingen af kolorektalcancer er inde i en rivende udvikling i retning af en langt bredere vifte af behandlingstilbud, skræddersyet til den enkelte patient. Moderne behandling vil forudsætte et meget tæt samarbejde i de multidisciplinære teams og tilgrænsende specialer, og der må tilvejebringes en geografisk eller logistisk struktur, der kan sikre dette samarbejde. Antallet af større operationer vil måske gå lidt ned til fordel for mindre, "smartere" operationer, til gengæld må man forvente kraftig vækst i forbruget af billeddiagnostik og onkologisk behandling.

## 6. Konklusion

De nuværende patientforløb for patienter med kolorektalcancer er generelt relativt ens afdelingerne imellem, da der i en årrække har eksisteret nationale retningslinjer for udredning og kirurgisk behandling (Danish Colorectal Cancer Group). Der er dog forskelle afdelingerne imellem på det gennemsnitlige antal sengedage en patient er indlagt, som opgjort i Dansk Kolorektal Cancer Database (årsrapport 2006).

Der er i arbejdsgruppen enighed om det best practice patientforløb, der beskrives i afsnit 4.

Dette indebærer:

- 3-4 sengedage for colonpatienter og 4-6 sengedage for rectumpatienter
- 3 ambulante besøg(kontroller) inkl. røntgen før + 1 efterfølgende besøg
- Evt. 1 efterbesøg hos praktiserende læge for de patienter der er opereret (fjernelse af suturmateriale)

For så vidt angår patienter med anlagt stomi, dvs. ca. 2/3 af alle rectumpatienter, er best practice besøg i stomiambulatoriet:

- før operation
- 1 og 4 uger efter operation
- 3, 6 og 12 måneder efter operation

Her er tale om tilbud, som patienterne kan tage imod eller lade være, og herudover tages der hensyn til det individuelle behov.

Implikationerne af best practice patientforløbet er, at man indenfor en årrække på elektive normalforløb skal opnå en reduktion i liggetid på ca. 50 % for colon- og rectumpatienter for afdelingerne samlet set. I det pågældende behandlingsforløb er det ikke relevant at omlægge fra indlæggelse til ambulat behandling.

Der er behov for et større antal intermediære/overvågnings senge end der er tilgængelige i dag. Afdelingerne oplever det som et problem, at de ikke kan få patienterne forsvarligt passet i tilfælde af opståede komplikationer efter operation.

Arbejdsgruppen vurderer, at den almindelige stigning der er set de seneste år i antal koloskopier fortsætter. Der er dog den ubekendte faktor, at det i øjeblikket overvejes at indføre screening for tarmkræft. I tilfælde af at dette bliver indført landsdækkende skal man regne med en stigning.

Behandlingen af kolorektalcancer er inde i en rivende udvikling i retning af en langt bredere vifte af behandlingstilbud, med mere individualiseret behandling til den enkelte patient. Moderne behandling vil forudsætte et meget tæt samarbejde i de multidisciplinære teams og tilgrænsende specialer, og der må tilvejebringes en geografisk eller logistisk struktur, der kan sikre dette samarbejde. Antallet af større operationer vil muligvis reduceres til fordel for mindre omfattende kirurgi. Til gengæld må man forvente kraftig vækst i forbruget af billeddiagnostik og onkologisk behandling.

## Bilag – data

Data fra Dansk Kolorektal Cancer Database

	Liggetid for elektivt radikalt opererede, som overlevede mindst 30 dage postoperativt (dage) <sup>1</sup>										Patienter ialt <sup>2</sup>	
	2005					2006					2005	2006
	n	median	middel	min	max	n	median	middel	min	max		
<b>Colon</b>												
Sønderborg	75	4	6	0	21	32	4	4	0	10	115	58
Kolding	28	7	9	0	26	33	6	7	2	18	65	54
Vejle	36	6	7	0	51	54	6	8	0	66	63	77
Esbjerg	47	8	9	0	37	61	6	8	2	36	81	105
Middelfart	38	11	11	1	29	32	11	12	5	30	61	45
Odense	17	8	16	3	99	23	8	9	5	20	54	70
Svendborg	45	6	9	0	48	59	6	8	0	36	90	107
<b>Rectum</b>												
Sønderborg	37	7	9	5	33	25	7	8	3	16	53	29
Kolding	3	9	12	9	18	-	-	-	-	-	7	1
Vejle	33	9	11	0	35	45	9	10	0	40	53	72
Esbjerg	25	10	14	0	48	37	14	16	0	57	40	55
Middelfart	2	7	7	0	14	2	9	9	7	10	7	9
Odense	38	9	11	1	69	28	10	11	0	32	73	64
Svendborg	34	8	11	0	37	36	10	17	6	82	53	53

1) Udtræk fra DCCG's database 28. marts 2008

2) Fra DCCG's årsrapport 2006 – antal indberettede patienter ialt

Data fra Region Syddanmarks Ledelsesinformations System

### **Sygehusplanlægning, aktivitet på unikke personer samt liggetid: 2007 måneder: 1 til 12**

#### **DC18 - Kræft i tyktarm , DC19 - Kræft på overgangen mellem tyktarm og endetarm , DC20 - Kræft i endetarm**

Sygehus	Overafdeling	Indl.måde	Indl.	Antal sengedage	Gns. liggetid
<b>Kolding-Fredericia</b>	<b>Kol Organkir.afd</b>	akut	24	315	13,13
		elektivt	34	232	6,82
<b>Sum FKS</b>			<b>58</b>	<b>547</b>	<b>9,43</b>
<b>OUH</b>	<b>OUH Børneafdelingen H</b>	elektivt	1	5	5
	<b>OUH Geriatrik afd G</b>	akut	2	16	8
	<b>OUH Gynæk/obstetrisk afd D</b>	akut	1	28	28
		elektivt	5	41	8,2
	<b>OUH Hjerter lunge karkir afd T</b>	elektivt	2	7	3,5
	<b>OUH Kirurgisk afd A</b>	0	0	0	0
		akut	53	497	9,38
		elektivt	92	793	8,62
	<b>OUH Med. mavetarm afd S</b>	akut	6	55	9,17
		elektivt	2	23	11,5
	<b>OUH Medicinsk afd C</b>	akut	3	74	24,67
	<b>OUH Midf Kirurgisk afd</b>	akut	17	320	18,82
		elektivt	29	389	13,41
	<b>OUH Onkologisk afd R</b>	akut	126	579	4,6
	elektivt	63	115	1,83	

	<b>akut sum</b>		208	1569	7,54
	<b>elektiv sum</b>		194	1373	7,08
<b>Sum OUH</b>			402	2942	7,32
<b>Sydvestjysk sygehus</b>	<b>SVS Endokrinologi</b>	akut	1	2	2
	<b>SVS Gastroenterologi</b>	akut	2	17	8,5
	<b>SVS Gynækologi/Obst</b>	elektivt	1	5	5
	<b>SVS Kirurgi</b>	akut	73	712	9,75
		elektivt	157	1527	9,73
	<b>SVS Neurologi</b>	akut	1	6	6
	<b>SVS Onkologi</b>	akut	11	53	4,82
		elektivt	5	5	1
	<b>akut sum</b>		88	790	8,98
	<b>elektiv sum</b>		163	1537	9,43
<b>Sum SVS</b>			251	2327	9,27
<b>Sygehus Fyn</b>	<b>SHF Med/Kir.Afd.Ærø</b>	akut	3	56	18,67
		elektivt	1	3	3
	<b>SHF Medicinsk Afd.M</b>	akut	4	28	7
	<b>SHF Organkir.Afd<sup>4</sup></b>	akut	137	1377	10,05
		elektivt	76	838	11,03
	<b>akut sum</b>		144	1461	10,15
	<b>elektiv sum</b>		77	841	10,92
<b>Sum SHF</b>			221	2302	10,42
<b>Sygehus Sønderjylland</b>	<b>SHS Kirurgisk afdeling</b>	akut	121	752	6,21
		elektivt	139	1315	9,46
	<b>SHS Medicinsk Center</b>	akut	2	42	21
		elektivt	1	1	1
	<b>SHS Onkologisk afdeling</b>	0	0	0	0
	<b>akut sum</b>		123	794	6,46
	<b>elektiv sum</b>		140	1316	9,40
<b>Sum SHS</b>			263	2110	8,02
<b>Vejle-Give</b>	<b>Vjl Organkir.afd</b>	akut	30	464	15,47
		elektivt	114	1461	12,82
	<b>Vjl.Med.hæmatologis</b>	akut	1	7	7
	<b>Vjl.Medicinsk afd.</b>	akut	2	27	13,5
	<b>Vjl.Onkologisk afd.</b>	akut	16	140	8,75
		elektivt	69	1258	18,23
	<b>akut sum</b>		49	638	13,02
	<b>elektiv sum</b>		183	2719	14,86
<b>Sum VGS</b>			232	3357	14,47
<b>Akut grand total</b>			<b>636</b>	<b>5567</b>	<b>8,75</b>
<b>Elektiv grand total</b>			<b>791</b>	<b>8018</b>	<b>10,14</b>
<b>Grand Total</b>			<b>1427</b>	<b>13585</b>	<b>9,52</b>

**Data er opdateret d. 8. februar 2008**  
**Rapporten er udskrevet d. 13. marts 2008 kl. 9:27:03**

<sup>4</sup> I Sygehus Fyn har der været en fejlregistrering af akut/elektiv i F-PAS. I henhold til DCCG 2006 (s. 23) var kun 13 % af operationerne i Sygehus Fyn akutte. Dette er et korrekt tal.

## Bilag – projektgruppe

Formand	Sydvestjysk Sygehus	Bjarne Normark	Sygehusdirektør
Sekretær	Sundhedstab	Maria Frank	Fuldmægtig
Medlemmer	Vejle & Give Sygehuse, Organkirurgisk afdeling	Vagn Berg	Overlæge
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg, Kirurgisk afdeling	Peter Teilgaard Hansen	Klinikchef
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg, Kirurgisk afdeling	Lis Arnold	Afdelingssygeplejerske
	Sydvestjysk Sygehus, Onkologisk Klinik	Britta Bjerregaard	Klinikchef
	Odense Universitetshospital, Kirurgisk afdeling A	Hans Rahr	Specialeansvarlig overlæge
	Svendborg Sygehus, Organkirurgisk afdeling	Per Vadgaard Andersen	Specialeansvarlig overlæge
	Svendborg Sygehus, Organkirurgisk afdeling	Marlene Henriksen	Afdelingssygeplejerske
	Fredericia & Kolding Sygehuse, Organkirurgisk afdeling	Jens Støvring	Overlæge
	Praksis	Claus Noringriis/John Banke	
	Vejle & Give Sygehuse, Anæstesiologisk afdeling	Helle Ørding	Overlæge

Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 7663 1000

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)



Region Syddanmark