

Arto Rantala, Raija Ristamäki ja Ulla Keränen

## Suolistosyöpöpotilaan hoitopolku sujuvaksi

Suolistosyöpöpotilaan sujuva hoitopolku on tärkeä ison potilasryhmän hoidon laatutekijä. Suomessa todetaan jo noin 3 000 uutta suolistosyöpää vuosittain. Suunnittelemalla ja kuvaamalla kokonaisuus huolellisesti sujuvoitetaan toimintaa sairaalan sisällä ja parannetaan potilaan hoitoa. Monialayhteistyö suolistosyöpöpotilasta hoitavien eri lääkäreiden kuten vatsaelinkirurgien, syöpälääkäreiden, radiologien ja patologioiden sekä vastuuhoitajien välillä on joustavaa ryhmätyötä, joka tutkitusti parantaa kokonaisuhoitoa ja luo vahvan perustan hoitopolun kehittämiseksi.

**S**uolistosyöpöpotilaan sairastamisen polku on tapahtumaketju, joka alkaa potilaan oireista, joiden takia hän jossain vaiheessa hakeutuu lääkäriin. Sairausten hoitopolku alkaa siitä, kun lääkäri aloittaa tutkimukset ja edetään jatkotutkimuksiin, joissa paksusuolen tähystyksessä syöpäkasvain löytyy. Sen jälkeen potilas ohjataan leikkausta edeltäviin tutkimuksiin, leikkaukseen ja muihin tarpeellisiin hoitoihin. Hoitojen jälkeen alkaa seuranta.

**Hoitoon pääsy** on potilaalle monella tavoin kriittinen vaihe. Terveydenhuoltolain pykälässä 52 säädetään aikamäärät koskemaan kiireetöntä hoitoa, jota syövän hoito ei ole enää tilanteissa, joissa jo tiedetään syövästä tai sitä erittäin vahvasti epäillään. Erikoissairaanhoitoon pääseminen edellyttää lääkärin lähetettä, joka pitää arvioida kolmen viikon kuluessa. Tämän jälkeen tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta. Kriittinen kohta hoitoonpääsyn kannalta onkin siinä vaiheessa, kun syöpäsairautta ei vielä osata epäillä. Viivettä voi syntyä lähetteen tietojen vajavaisuuksien tai lisäpyyntöjen vuoksi tai päätöksenteossa, kun lähetteen perusteella tarvittavat tutkimukset eivät etene ilman lääkärin ensikäyntiä. Tähystystutkimuksiin pääsy voi vaihdella laajalti Suomessa työterveyshuoltojen päivistä erikoissairaanhoidon kuukausiin.

Syöpöpotilaaseen ei päde kiireettömän hoidon aloitusta koskeva kuuden kuukauden aikamäärä, mutta vaihtelu ja viivästymät koko tutkimus- ja hoitoprosessin aloituksessa voivat olla suuria riippuen eri yksiköiden toimintamalleista. Merkittäviä viiveitä voi kertyä esimerkiksi sairaaloiden sulkua- ja loma-aikoina. Potilaan kannalta tärkeintä on eri vaiheiden odotusaikojen lyhentäminen ja hoidon aloituksen onnistuminen viivytyksettä.

THL:n Syövän hoidon hoitoonpääsyn seurannan kehittämishanke -työryhmässä ollaankin määrittämässä yhtenäistä syöpöpotilaan hoitotakuuta eli määrittämässä niitä ajankohtia, jolloin potilaan on päästävä syöpätutkimuksiin ja hoitoon.

**Hoidon sujuvuutta** voidaan tarkastella eri näkökulmista. Järjestävällä organisaatiolla on taustalla lääketieteelliseen asiantuntemukseen perustuva tarve hoidon toteutukseen ja velvoitteina lain noudattaminen, sairaalan laadunhallinta ja potilastyytyväisyys. Potilaan näkökulma hoidon sujuvuuteen on hyvin subjektiivinen. Monet seikat vaikuttavat potilaan käsitykseen hoidon sujuvuudesta, kuten esimerkiksi sairautta oireiden aiheuttamat tuntemukset, joita epä tietoisuus ja pelko oireiden taustalla mahdollisesti piilevästä vakavasta sairaudesta voivat pahentaa.

**Suolistosyövän diagnostiikassa ja hoidossa** potilaasta johtuva viive on yleensä suurin, sillä alkuoireet voivat olla vähäisiä tai niitä ei ole lainkaan. Suolistosyöpä kehittyy yleensä hitaasti hyvänlaatuisien adenoomien muuntuessa pahanlaatuisiksi eikä aiheuta juurikaan oireita (1). Hidas verenvuoto voi aiheuttaa anemisoitumista, joka alkaa oireilla tai todetaan rutiinitarkastuksessa. Peräsuolisyyövän oireita, verenvuotoa tai ulostamisvaivaa, pidetään herkästi pukamataudista johtuvina, eikä potilas osaa hakeutua lääkäriin. Näin on varsinkin alle 50-vuotiailla potilailla (2). Peräsuolisyyövän suhteen esiintyy myös lääke-reillä taipumusta vältellä kliinistä tutkimista, mikä johtaa taudin toteamisen viivästymiseen. Kaikki peräsuolioireiset potilaat pitäisi vastaanotolla tuseerata. Ylipitkän viiveen seuraukset voivat olla vakavat myös suolistosyövässä: potilaan ennuste huononee, mahdollisuudet parantavaan hoitoon vähenevät ja tarve kalliisiin tutkimuksiin, leikkauksiin ja lääkkeiden käyttöön lisääntyy.

**Lääketieteellisen hoitoprosessin** aikana syntyvän viivästymän syitä on monenlaisia: suunnittelematon tai epäselvä diagnostiikka, kuten myös epätarkoituksenmukainen ja aikaa vievä turha selvittely. Turhat tutkimukset (eli yli diagnostiikka) voivat olla yliopistosairaalan ongelma, jolloin resursseja käytetään väärin ja turhasta kysynnästä kehittyy saatavuusongelma, joka johtaa diagnostiikan pullonkulaan. Tällainen voi olla turha PET-TT-tutkimus tai turha meeting-käsittely väärässä kohdassa (3). Sairaalan hoitopolkuun voi liittyä myös todellisia pullonkaloja kuten resurssipulaa, jota esiintyy usein tähyystoiminnassa. Senkin syynä voi olla tähyystysresurssien väärä käyttö: turhat kontrollitähystykset tai väärät tähyystys-indikaatiot.

## **Hoitopolun kehittäminen ja monialayhteistyö**

Sairaalan hoitopolkukokonaisuuden kehittämisessä hyvä toimintamalli on monialayhteistyö.

Monialayhteistyö on suolistosyövän hoitoon Englannissa kehitetty toimintamalli, jossa mahdollisimman monet potilaan hoitoon osallistuvat lääketieteen alat yhdessä määrittelevät potilaan hoidon linjaukset. Toiminnan tavoitteena on muun muassa hoidon parempi kokonaislaatu, hoidon jatkuvuus, ajantasaisuus, koordinaatio, kustannustehokkuus ja parempi kommunikointi hoitavien tahojen välillä (4). Toimintamallista on tullut suolistosyövän hoidossa välttämätön standardi (5).

Yhteistyön ytimenä ovat yhteiskokoukset, jossa potilaan hoito suunnitellaan laaja-alaisesti. Vastuulääkäreillä tulee olla riittävästi aikaa perehtyä käsiteltäviin potilastapauksiin. Kaikki päätökset kirjataan sairauskertomukseen. Yhteistyökokousten kautta muotoutuu potilaan hoitopolku, jolla voidaan yhtenäistää leikkausta edeltävät levinneisyystutkimukset, peräsuolisyyövän leikkausta edeltävän sädehoidon tarvekriteerit, anestesiologinen leikkauskelpoisuuden arviointi, vaativa leikkaushoito, patologian alan tutkimukset ja potilaiden valikoituminen liitännäissolunsaalpaaja-hoitoon leikkauksen jälkeen. Peräsuolisyyövän vaativan kirurgian keskittäminen ja riittävät leikkausmäärät (vähintään 50/v) luovat edellytykset leikkaustoiminnan laadun parantamiselle, minkä ansiosta pysyvät avanteet ja kirurgiset komplikaatiot vähenevät ja syövän uusiutumukset saamaan vähenevät (6).

Yhteistyö kehittää kaikkia toiminnan osia: patologin työn laatuksien käyttöönoton (vähintään 12 tutkittua suoliliepeen imusolmuketta), järjestelmällisyyden (strukturoidu lausunto) ja erityistutkimusten merkitys on iso. Niillä vaikutetaan suolistosyövän levinneisyysluokituksen korjaantumiseen ja hoitotulosten muotoutumiseen oikeiksi vanhoihin toimintatapoihin verrattuna (7). Kuvantamisen kehittyminen tarkoittaa leikkausta edeltävän levinneisyyden arviota ja peräsuolisyyövän hoidon suunnittelussa sädehoidon tarpeen arviointia. Leikkausta edeltävää monialayhteistyökokousta, jossa hoitolinja päätetään kuvantamiseen perustuen, voidaan käyttää myös välineenä,

jolla peräsuolisyövän vaativa kirurgia saadaan keskittymään riittävän suuriin leikkaushoidon keskuksiin. Mukana monialayhteistyössä ovat myös potilashoitoon osallistuvien alojen vastuuhoidajat, joiden rooli painottuu potilasohjaukseen ja neuvontaan, mutta myös tutkimusten koordinointiin ja seurannan toteutukseen.

Yhteiskokousten ryhmätyön toimintamallia voidaan hyödyntää myös laajemmin muussa toiminnallisessa suunnittelussa. Suolistosyövän hoitoyksikköön on tärkeää koota kirjallinen, hyvin yksityiskohtainen toimintaohjeisto potilaan kuhunkin hoitovaiheeseen. Tällöin vältytään turhilta viiveiltä hoitopolussa. Toimintaohjeisto kannattaa kuvata myös polkuohjeistona, koska se helpottaa toimintamallin havainnollistamista ja ymmärtämistä.

## Suolistosyöpäpotilaan seuranta

Hoidetun potilaan seurannan ohjeistaminen kuuluu hoidon kokonaisuuteen. Seurannasta ei ole yhtenäistä suomalaista suositusta, mutta erilaisia eurooppalaisia ohjeita on saatavilla (8). Suolistosyövän uusimisen riski on suurimmillaan 1–3 vuoden kuluttua hoidosta, ja suurin uusimisriski on potilailla, joilla tauti on levinnyt suolen ulkopuolelle lähi-imusolmukkeisiin (aste III) tai on muita selkeitä uusimista ennustavia tekijöitä. Tähän ryhmään olisi hyödyllistä kohdentaa seurannan resursseja (8). Karsinomyobryonaalisen antigeenin (CEA) määrittäminen seurannassa toimiva, varsinkin jos ennen leikkausta koholla ollut arvo hoitojen jälkeen normalistuu. Vaikka CEA ei olisi koholla ennen leikkausta, 60–80 prosentilla potilaista arvo nousee, jos tauti uusi. Suuren uusimisriskin potilaita pitäisi seurata yksilöllisesti kuvantamalla. Laadukkaaksi kehitetyn leikkaustoiminnan myötä uusiutumat suolisaumaan ovat hyvin harvinaisia. Siksi lähellä peräaukkoa olevaa saumaa voidaan seurata kliinisellä tutkimuksella, eikä tähystyksiä tarvitse tehdä kuin korkeintaan kerran viiden vuoden sairaalaseurannan aikana. Osa seurannasta voidaan toteuttaa ohjeistuksella avoterveydenhuollossa, syöpähoitajien vastaanotoilla sekä puhelimitse.

## Ydinasiat

- ▶ Suolistosyöpää hoitavissa keskuksissa pitää olla säännöllisesti toimiva monialayhteistyöryhmä, joka ohjaa potilaiden hoitoa.
- ▶ Vaativimmat hoidot, kuten peräsuolisyövän leikkaushoito ja siihen liittyvä sädehoito, on aiheellista keskittää keskuksiin, joissa leikataan vähintään 50 potilasta vuosittain.
- ▶ Hoitopolun kehittäminen perustuu selkeisiin päätöksiin toimintalinjoista ja toteutuu parhaiten monialaisen työryhmän yhteistyöllä.

## Hoitopolun kehittäminen ja koulutus

Tärkeitä monialayhteistyön ja sairaalan hoitoprosessin kehittämässä ovat hyvää johtamista edellyttävät selvästi sovitut yhtenäiset toimintalinjat, joissa roolit ovat selkeät ja kaikki sitoutuvat toimintaan. Toimintamallien toteuttaminen, kehittäminen ja seuranta edellyttävät toimivaa koulutus- ja perehdytysmallia. Monialaisen yhteistoiminnan kaikki osapuolet oppivat vähitellen tuntemaan eri alojen toiminnan perusteet. Tämä perusteiden oppiminen puolestaan motivoi toimimaan yhteisesti sovittujen mallien mukaan. Monialaisen kehittämistyön kautta luodaan mahdollisuuksia myös suolistosyövän kehittämiseen ja hoitoon liittyvälle tutkimukselle. Koulutuksissa on tarpeellista arvioida sairaalan omia hoitotuloksia ja miettiä hoidon kehittämistarpeita.

Hoitopolun kehittäminen monialayhteistyön kautta on tärkeä potilaiden hoidon laadunparantaja. Monialayhteistyöhön tukeutuva toimintamalli tasa-arvoistaa potilaiden hoitoa, koska potilas arvioidaan tasapuolisesti yhteisiin kriteereihin perustuen sairauden vaatimusten mukaisesti sekä ottamalla huomioon potilaan muut sairaudet. Hoitoon ei tule vääristymiä pieneen toimintayksikköön herkästi liittyvän resurssien puutteen tai osaamisen takia. On

olemassa selkeää näyttöä siitä, että toimivalla monialayhteistyöllä suolistosyövän hoidossa voidaan taudin ennustetta parantaa (9,10).

Monialayhteistyön kokouskäytännöllä on siis saatavissa paljon laatua ja sujuvuutta suolistosyöpäpotilaan hoitoon, mutta tuoreimmat tutkimukset kyseenalaistavat toiminnan tarpeen kaikille syöpäpotilaille (11). Jos hoitopolku on muokattu laadukkaaksi kuvatuilla toimilla, hyötyvät monialayhteistyökokouksista eniten levinnyttä suolistosyöpää sairastavat potilaat. Muille potilaille kokoukset toimivat paremminkin tärkeänä kokonaislaadun varmentamisen työkaluna.

### Hoitoon pääsystä tiedottaminen

Vaatimustaso palvelun laadusta kasvaa, yksittäiset potilaat ovat entistä vaativampia ja hoitoon pääsyn ajoista halutaan selkeää tietoa. Suomen syöpäkeskusprojektissa (FICAN) pyritään laatimaan järjestelmä, jossa jokaisella yliopistosairaalaan liittyvällä alueellisella keskuksella olisi tarjota potilaille ajantasaista tietoa tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn kestosta. Suolistosyöväsä aikamääreiden määrittely voi olla vaikeam-

paa kuin muissa syövyissä, koska suolistosyövän diagnostinen polku voi olla monimuotoinen ja vain pieni osa potilaista tulee lähetediagnoosil-

la hoitoon. Isoa osaa potilaista tutkitaan samassa organisaatiossa epämääräistenkin oireiden takia. Jos diagnoosi on selvä, on järkevää tutkia suolistosyövän levinneisyys ennen ensimmäistä lääkärikontaktia, jotta tarvittavat hoitopäätökset voidaan tehdä kirurgin ensivastaanotolla ja hoito etenisi ripeästi. Tällöin mitattavana aikapisteinä ensikäynti lääkärillä vääristää hoitoon pääsyn kuvaa organisaation näkökulmasta, mutta potilaan kannalta se on kuitenkin mielekäs.

Hoitetun potilaan seurannan ohjeistaminen kuuluu hoidon kokonaisuuteen.

### Lopuksi

Selkeillä päätöksillä toimintalinjoista ja monialayhteistyöllä potilaan hoitopolku on kehitettävissä sujuvaksi ja potilaslähtöiseksi. Tällöin toimintamalli parantaa kaikkia tutkimuksen ja hoidon osa-aloja: vaativaa syöpäkirurgiaa ja sen leikkaustuloksia sekä siihen liittyvän patologian, radiologian ja syöpätautiklinikoiden toimintaa. Hoitopolun kehittäminen tasa-arvoistaa potilaiden hoitoa ja parantaa taudin ennustetta. ■

**ARTO RANTALA, LT, dosentti, toimialuejohtaja, vastaava ylilääkäri**

TYKS, Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka

**RAIJA RISTAMÄKI, LT, dosentti, osastonylilääkäri**

TYKS, Syöpätaudit

**ULLA KERÄNEN, LT, tulosyksikön johtaja, kirurgiyylilääkäri**

HUS, Hyvinkään sairaala

#### SIDONNAISUDET

**Arto Rantala:** Ei sidonnaisuuksia

**Raija Ristamäki:** Asiantuntijapalkkio (Amgen, Bayer, MSD, Merck, Roche, Sanofi), luentopalkkio (Amgen, Bayer, Merck, Nordic Drugs, Novartis, Roche, Sanofi, Suomen Onkologiyhdistys r.y.), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Ipsen, Merck, Roche, Sanofi)

**Ulla Keränen:** Ei sidonnaisuuksia

#### SUMMARY

##### Streamlined treatment pathway for a colorectal cancer patient

The organization of colorectal cancer patient treatment, the pathway, is an important component of the quality of care of a large patient group as nearly 3000 colorectal cancer patients are diagnosed and treated annually in Finland. By designing and describing the whole pathway, the more streamlined approach can be made and thus improve patient care. Multidisciplinary team work between colorectal surgeons, oncologists, pathologists and radiologists is flexible team work, having been proven to improve overall treatment results. This method of working together is also a good tool for the development of the pathway to a better organized treatment.

## KIRJALLISUUTTA

1. Tomiki Y, Kamano T, Hayashida Y, ym. Natural history of sigmoid colon cancer: report of a patient observed for 4 years. *Endoscopy* 2001;33:280–3.
2. Scott RB, Rangel LE, Osler TM, Hyman NH. Rectal cancer in patients under the age of 50 years: the delayed diagnosis. *Am J Surg* 2015 Nov 3 [Epub ahead of print].
3. Nikolovski Z, Watters DA, Stupart D, Guest GD. Colorectal multidisciplinary meetings: how do they affect the timeliness of treatment? *ANZ J Surg* 2015 Apr 24 [Epub ahead of print].
4. Ruhstaller T, Roe H, Thürlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer* 2006;42:2459–62.
5. Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Working Group. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24(Suppl 6):vi81–8.
6. Smedh K, Olsson L, Johansson H, Åberg C, Andersson M. Reduction of post-operative morbidity and mortality in patients with rectal cancer following the introduction of a colorectal unit. *Br J Surg* 2001;88:273–7.
7. Swanson RS, Compton CC, Stewart AK, Bland KI. The prognosis of T3N0 colon cancer is dependent on the number of lymph nodes examined. *Ann Surg Oncol* 2003;10:65–71.
8. Baca B, Beart RW Jr, Etzioni DA. Surveillance after colorectal cancer resection: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2011;54:1036–48.
9. MacDermid E, Hooton G, MacDonald M, ym. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis* 2009;11:291–5.
10. Du CZ, Li J, Cai Y, Sun YS, Xue WC, Gu J. Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy. *World J Gastroenterol* 2011;17:2013–8.
11. Munro A, Brown M, Niblock P, Steele R, Carey F. Do Multidisciplinary Team (MDT) processes influence survival in patients with colorectal cancer? A population-based experience. *BMC Cancer* 2015;15:686.