

# Livmoderhalscancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2016-09-14	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2016-12-15	Små ändringar i samband med korrekturläsning

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKL:s beslutsgrupp 2016-09-14.

Standardiserat vårdförlopp för livmoderhalscancer

ISBN: 978-91-87587-52-8

# Innehållsförteckning

1.	Introduktion .....	4
1.1	Syfte med standardiserade vårdförlopp .....	4
1.2	Om livmoderhalscancer .....	4
1.3	Flödesschema för vårdförloppet.....	5
2.	Ingång till standardiserat vårdförlopp.....	6
2.1	Misstanke .....	6
2.2	Remiss till filterfunktion.....	6
2.3	Filterfunktion .....	6
2.4	Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp .....	6
2.5	Remiss till utredning vid välgrundad misstanke .....	7
2.6	Kommunikation och delaktighet .....	7
3.	Utredning och beslut om behandling .....	8
3.1	Utredningsförlopp.....	8
3.2	Multidisciplinär konferens (MDK) .....	8
3.3	Klassifikation och beslut om behandling .....	8
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård .....	9
3.5	Kommunikation och delaktighet .....	9
4.	Behandling .....	9
5.	Uppföljning .....	9
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp.....	10
6.1	Ledtider för nationell uppföljning .....	10
6.2	Ingående ledtider .....	10
6.3	Indikatorer för nationell uppföljning .....	11
6.4	Indikatorer för kvalitet .....	11
7.	Generellt om standardiserade vårdförlopp .....	12
7.1	Nationellt vårdprogram .....	12
7.2	Inklusion i standardiserat vårdförlopp .....	12
7.3	Utredningsförloppet .....	12
7.4	Inklusion i kliniska studier .....	12
7.5	Ledtider .....	13
7.6	Koordinatorsfunktion .....	13
7.7	Samarbete över landstingsgränser.....	13
7.8	Uppdatering.....	13
8.	Arbetsgruppens sammansättning.....	14

# 1. INTRODUKTION

## 1.1 Syfte med standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

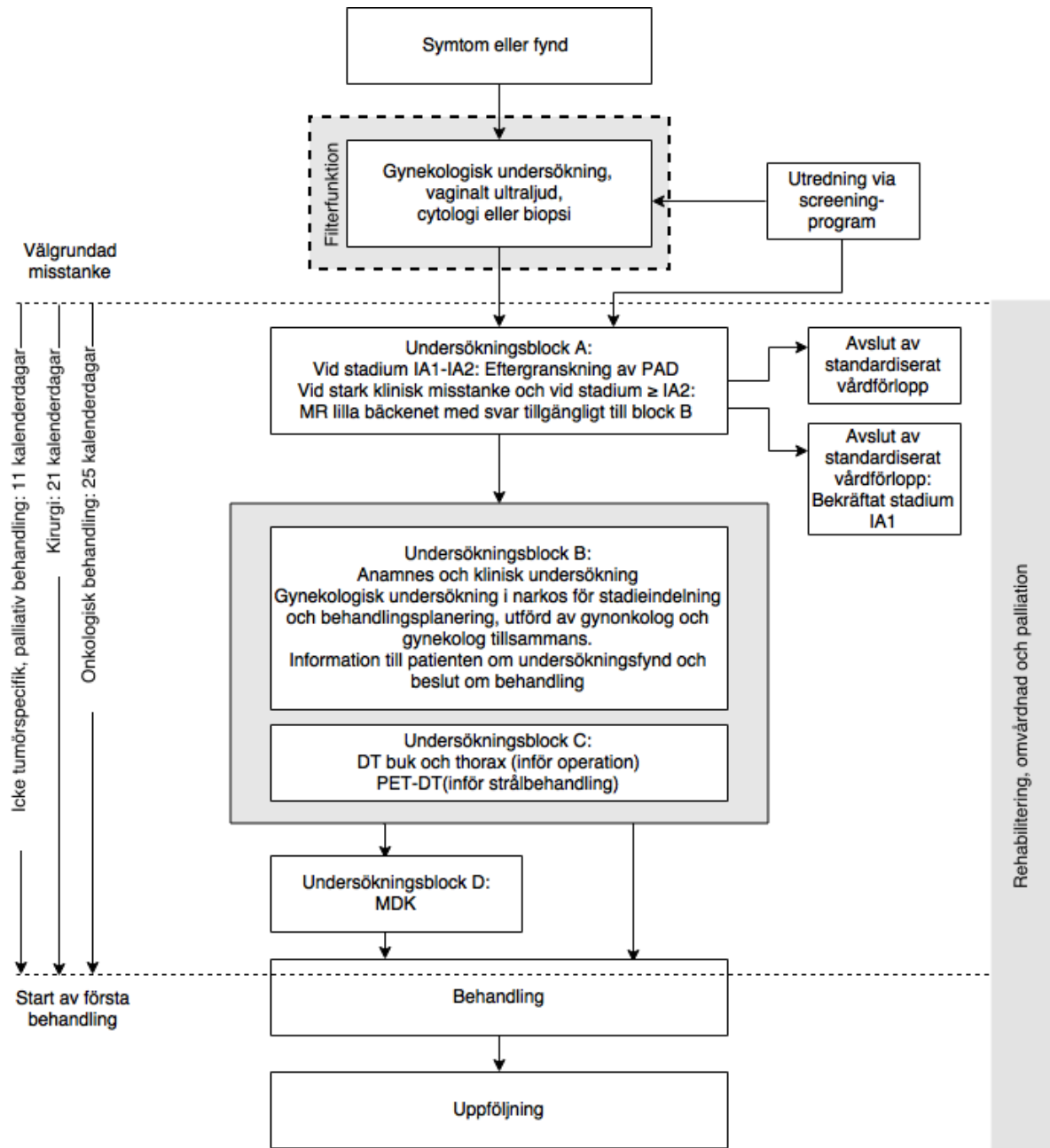
## 1.2 Om livmoderhalscancer

Det standardiserade vårdförloppet omfattar diagnosen C53.0-9. Cancer in situ omfattas inte. Personer som diagnostiseras med dysplasi utreds inom screeningprogrammet och omfattas alltså inte heller.

Patienter som har koniserats inom screeningprogrammet och diagnostiserats med stadium IA1 uppfyller kriterierna för välgrundad misstanke och ska remitteras till utredning inom det standardiserade vårdförloppet. Utredningen inleds med eftergranskning av PAD. Om stadium IA1 bekräftas avslutas det standardiserade vårdförloppet. Uppföljning och eventuella vidare åtgärder sker då utanför det standardiserade vårdförloppet. Detta motsvarar cirka 20 procent av patienterna.

Varje år diagnostiseras 450–500 patienter med livmoderhalscancer. Medelåldern är cirka 50 år med stor spridning mellan åldrarna. Cirka 90 procent av patienterna behandlas med strålning eller kirurgi med kurativ intention. Femårsöverlevnaden är cirka 73 procent (2014).

### 1.3 Flödesschema för vårdförloppet



## 2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 2.1 Misstanke

Följande ska föranleda misstanke:

- kontaktblödningar (t.ex. blödning vid samlag)
- postmenopausal blödning
- upprepade blödningar under graviditet utan obstetrisk orsak
- ihållande, vattniga flytningar
- uni- eller bilateral hydronefros utan annan rimlig förklaring
- bildiagnostiskt fynd talande för livmoderhalscancer.

Vid misstanke ska patienten remitteras till gynekologisk undersökning (filterfunktion) enligt nedan.

### 2.2 Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för misstanke
  - ev. företagen utredning
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - läkemedelsöverkänslighet
  - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

### 2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen utförs av gynekolog. Följande ska utföras:

- gynekologisk undersökning
- vaginalt ultraljud
- cytologi
- biopsi vid synlig förändring
- vid klinisk misstanke:
  - blodprov för kreatinin och Hb
  - längd och vikt.

### 2.4 Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- stark klinisk misstanke om livmoderhalscancer vid gynekologisk undersökning, t.ex. synlig tumör på livmoderhalsen
- histopatologiskt fynd av livmoderhalscancer.

## 2.5 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen vid välgrundad misstanke ska ställas till regional enhet för gynekologisk cancer och ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
  - företagen utredning
  - allmäntillstånd och samsjuklighet
  - längd och vikt
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - läkemedelsöverkänslighet
  - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

## 2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till utredning (vid välgrundad misstanke) ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer
- vid stadium IA1: utredningen inleds med eftergranskning av PAD; den kan innebära att ingen ytterligare utredning krävs.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

### 3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

#### 3.1 Utredningsförlopp

<b>Block A</b>	<b>Block B</b>
Vid stadium IA1–IA2: Eftergranskning av PAD utförd av referenspatolog Vid stark klinisk misstanke och vid stadium $\geq$ IA2: MR lilla bäckenet med svar tillgängligt till block B	Anamnes och klinisk undersökning Gynekologisk undersökning i narkos för stadiindelning och behandlingsplanering, utförd av gynonkolog och gynekolog tillsammans. Information till patienten om undersökningsfynd och beslut om behandling
<b>Block C</b>	<b>Block D</b>
DT buk och thorax (inför operation) PET-DT (inför strålbehandling)	MDK

<b>Resultat av utredningarna</b>	<b>Åtgärd</b>
Bekräftat stadium $\geq$ IA2	Block B och C utförs
Gravida samt diskussionsfall enl. nationellt vårdprogram	Även block D utförs
Bekräftat stadium IA1 vid eftergranskning (undantaget neuroendokrina tumörer)	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten återremitteras till uppföljning eller åtgärd
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning

#### 3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

Patienter som är gravida eller diskussionsfall enligt nationellt vårdprogram ska diskuteras vid MDK. Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- gynekolog
- gynonkolog
- bilddiagnostiker
- patolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

#### 3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK eller av gynekolog och gynonkolog tillsammans i block B. Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

Tumören ska klassificeras enligt senaste FIGO-klassifikation (stadium).



### 3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska senast i samband med att hon får tid till utredning.

Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning vilket bl.a. innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar. Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med

- enhet för psykosocialt stöd
- lymftherapeut
- sexologisk kompetens.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se [det nationella vårdprogrammet för rehabilitering](#) och [det nationella vårdprogrammet för palliativ vård](#).

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning före kurativt syftande behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

### 3.5 Kommunikation och delaktighet

Patienten ska tidigt få information om utredningsförloppet och om att utredningen inleds med en MR-undersökning.

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patienter ska vid behov erbjudas professionell tolk.

Patienten ska informeras i enlighet med [patientlagen \(kapitel 3\)](#), vilket bl.a. innebär att ge information om vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella och vilken strategi man rekommenderar, inklusive behandlingens syfte och biverkningar.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

## 4. BEHANDLING

Se nationellt vårdprogram.

## 5. UPPFÖLJNING

Se nationellt vårdprogram.

## 6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Kirurgi	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	21 kalenderdagar
Strålbehandling, läkemedelsbehandling eller kombinerad strål- och läkemedelsbehandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	25 kalenderdagar
Icke tumörspecifik, palliativ, symtomlindrande behandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling (sammanfaller med behandlingsbeslut)	11 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

Start av första behandling kan innebära kirurgi, strålbehandling, läkemedelsbehandling, kombinerad strål- och läkemedelsbehandling eller icke tumörspecifik, palliativ, symtomlindrande behandling.

### 6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående ledtider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men landstingen har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under 6.1.

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst (filterfunktion)	3 kalenderdagar
Remissankomst (filterfunktion)	Besök hos gynekolog (filterfunktion)	7 kalenderdagar
Besök hos gynekolog (filterfunktion)	Beslut välgrundad misstanke	0–7 kalenderdagar*
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block B (första besök i specialiserad vård)	10 kalenderdagar
Behandlingsbeslut (block B)	Start av första behandling, kirurgi	10 kalenderdagar
Behandlingsbeslut (block B)	Start av första behandling, onkologisk	14 kalenderdagar

\*7 kalenderdagar gäller när biopsisvar krävs för välgrundad misstanke. Krävs konisering för att verifiera välgrundad misstanke behövs ytterligare upp till 14 kalenderdagar.

## 6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av det standardiserade vårdförloppet:

<b>Indikator</b>
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med ”standardiserat vårdförlopp för livmoderhalscancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen livmoderhalscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen livmoderhalscancer som anmälts till standardiserat vårdförlopp

## 6.4 Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kommer att följas och utvärderas genom PREM-enkäter.

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten enligt det nationella vårdprogrammet:

<b>Indikator</b>	<b>Målvärde</b>
5-årsöverlevnad vid cancersjukdom	
Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	
Deltagande (inkluderad) i strukturerad behandlingsstudie	
Bedömning vid multidisciplinära konferenser	
Fullständigt, strukturerat PAD-svar efter operation	

## 7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

### 7.1 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar av och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

Se även de nationella vårdprogrammen för [rehabilitering](#) respektive [palliativ vård](#), för underlag till rekommendationer på dessa områden.

### 7.2 Inklusion i standardiserat vårdförlopp

*Välgrundad misstanke* ska i detta sammanhang tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje landsting ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av *välgrundad misstanke* kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till en annan enhet som är bättre lämpad.

### 7.3 Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

### 7.4 Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

## 7.5 Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider.

När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

## 7.6 Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutar och utvecklar man lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

## 7.7 Samarbete över landstingsgränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan landsting. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra landsting. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag för nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfritt landsting.

## 7.8 Uppdatering

Arbetsgruppen kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.

## 8. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Karin Bergmark, ordförande, med.dr, gynekolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Kristina Aglund, gynekolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Catharina Beskow, med.dr, gynekolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Kathrine Bjersand, tumörkirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Maria Bjurberg, med.dr, gynekolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Göran Björk, tumörkirurg, Blekingesjukhuset, Karlskrona

Louise Bohr Mordhorst, gynekolog, Universitetssjukhuset Örebro

Henrik Falconer, docent, gynekolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Susanne Fridsten, radiolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Håkan Geijer, docent, radiolog, nuklearmedicinare, Universitetssjukhuset Örebro

Eva Hardmeier, gynekolog, Läkarhuset Odenplan, Stockholm

Pär Hellberg, docent, tumörkirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Päivi Kannisto, docent, tumörkirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund

Leif Karlsson, sjukhusfysiker, Universitetssjukhuset Örebro

Preben Kjölhede, professor, gynekolog, Universitetssjukhuset i Linköping

Henrik Leonhardt, radiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Gabriel Lindahl, gynekolog, Universitetssjukhuset i Linköping

Carina Rundström, MSc, specialistsjuksköterska i cancervård, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Diana Taslica, patolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Bengt Tholander, med.dr, gynekolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Anna Tolf, patolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ann-Charlotte Waldenström, med.dr, gynekolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Christina Wallentin, patientrepresentant, Gynsam

Agneta Zachrisson, onkologisjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg