

Livmoder- kroppscancer (endometriecancer)

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2016-05-31	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2016-12-14	Små ändringar i samband med korrekturläsning

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKL:s beslutsgrupp 2016-05-31.

Standardiserat vårdförlopp för livmoderkroppscancer

ISBN: 978-91-87587-41-2

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	4
1.1	Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
1.2	Om livmoderkroppscancer (endometriecancer)	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	Kommunikation och delaktighet	7
3.	Utredning och beslut om behandling	7
3.1	Utredningsförlopp.....	7
3.2	Remiss till kvinnoklinik när PAD visar endometriecancer eller ger misstanke om endometriecancer	8
3.3	Multidisciplinär konferens (MDK)	8
3.4	Beslut om behandling	8
3.5	Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	8
3.6	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

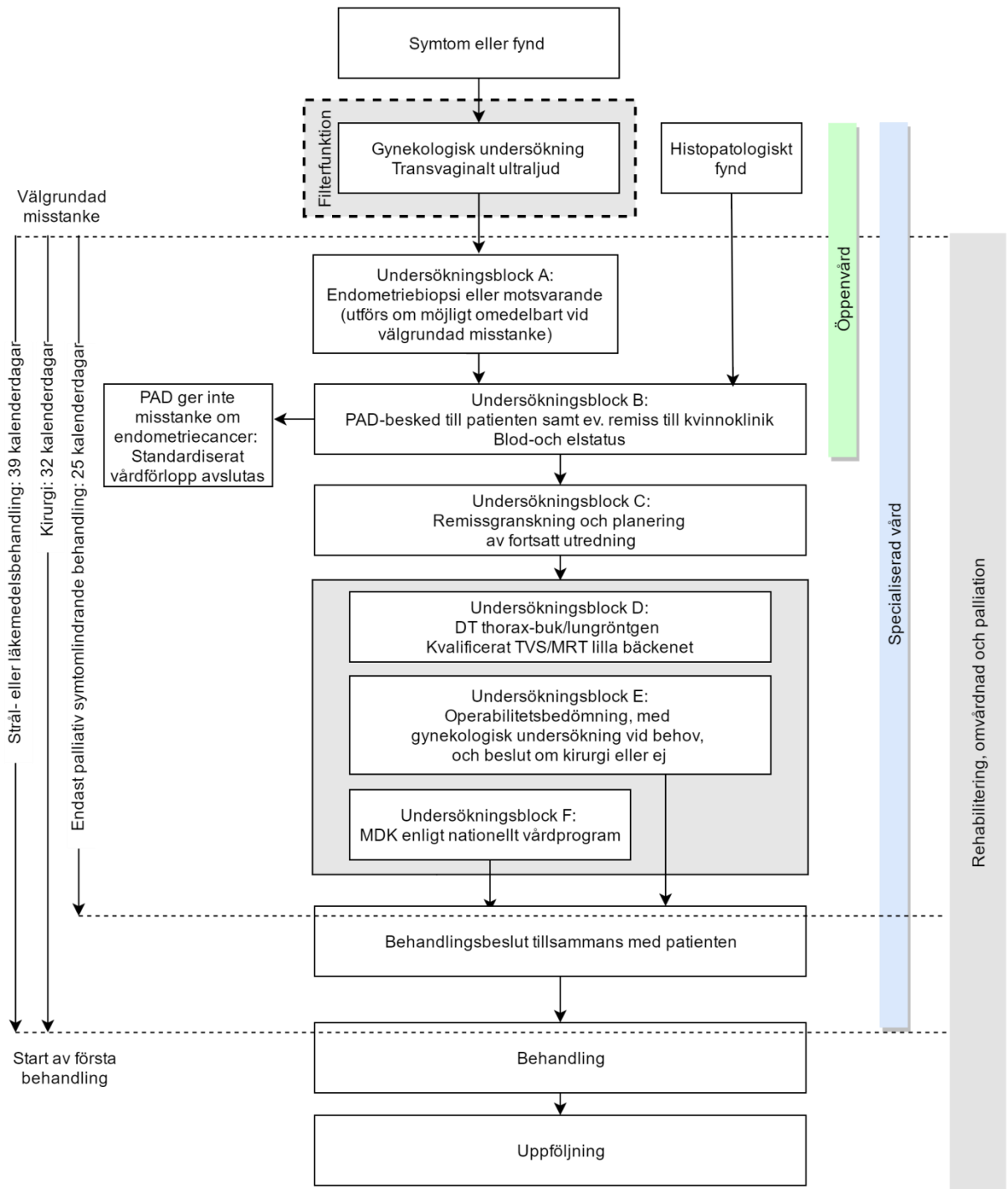
Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad 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 livmoderkroppscancer (endometriecancer)

Det standardiserade vårdförloppet omfattar livmoderkroppscancer (endometriecancer) med diagnoskod C54.9. Diagnoskoden omfattar även sarkom, som inte kommer att omfattas av det standardiserade vårdförloppet eftersom utredning och behandling skiljer sig åt. Sarkomen utgör drygt 3 procent av patientgruppen.

Livmoderkroppscancer är den vanligaste gynekologiska cancersjukdomen i Sverige och den 6:e vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor. Årligen insjuknar drygt 1 300 kvinnor i Sverige, med svagt ökande trend. Medianåldern vid insjuknande är 69 år och mycket få kvinnor drabbas före 50 års ålder. Den relativa femårsöverlevnaden är förhållandevis god, cirka 80 procent.

1.3 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Misstanke

Ett eller flera av följande ska föranleda misstanke:

- postmenopausal blödning
- nyttillkomna menorragier/metrorragier hos pre-/perimenopausal kvinna
- pyometra/hematometra
- avvikande flytningar utan annan uppenbar orsak hos peri-/postmenopausal kvinna.

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

2.2 Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

- frågeställning: gynekologisk cancer?
- anamnes, ange särskilt
 - symtom eller fynd som ligger till grund för misstanke
 - ev. företagen utredning
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedel (särskilt metformin, 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
- transvaginalt ultraljud (vid förtjockad slemhinna ≥ 5 mm eller omätbar slemhinna ska endometriebiopsi eller motsvarande utföras som en del av utredningen efter välgrundad misstanke, se block A).

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- förtjockad slemhinna ≥ 5 mm eller omätbar slemhinna hos postmenopausal kvinna med blödning eller avvikande flytning
- kliniskt eller bilddiagnostiskt fynd tydligt talande för gynekologisk cancer
- histopatologiskt fynd visande endometrie cancer eller ingivande misstanke om endometrie cancer (hyperplasi med atypi).

Vid välgrundad misstanke ska utredningen omedelbart inledas med endometriebiopsi eller motsvarande (se block A). Vid histopatologiskt fynd inleds utredningen enligt block B.

2.5 Kommunikation och delaktighet

Vid välgrundad misstanke ska patienten informeras 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 bör vara tillgänglig på telefon för vidare besked
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

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

Block A och B kan utföras i öppenvård.

Block A	Block B	Block C
Endometriebiopsi eller motsvarande	PAD-besked till patienten samt ev. remiss till kvinnoklinik Blod- och elstatus	Remissgranskning och planering av fortsatt utredning
Block D	Block E	Block F
DT thorax-buk/lungröntgen enligt nationellt vårdprogram Kvalificerat TVS/MRT lilla bäckenet	Operabilitetsbedömning, med gynekologisk undersökning vid behov, och beslut om kirurgi eller ej	MDK enligt nationellt vårdprogram

Resultat av block A och B	Åtgärd
PAD visar endometriecancer eller ger misstanke om endometriecancer (hyperplasi med atypi)	Block C, D och E utförs på kvinnoklinik
PAD ger inte misstanke om endometriecancer	Det standardiserade vårdförloppet avslutas. Patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning.
Resultat av block C, D och E	Åtgärd
Misstanke om eller bekräftad extrauterin växt eller komplicerande faktorer enligt nationellt vårdprogram	Block F (MDK) utförs och därefter behandlingsbeslut med patienten
Övriga endometriecancerpatienter	Behandlingsbeslut med patienten

3.2 Remiss till kvinnoklinik när PAD visar endometriecancer eller ger misstanke om endometriecancer

I de fall då block A och B utförts i öppenvård ska remissen till kvinnoklinik innehålla (gärna i form av bifogade journalkopior):

- kopia av PAD-utlåtande
- kopia av ev. bilddiagnostiskt utlåtande
- labbsvar
- anamnes, ange särskilt
 - gynekologisk anamnes, särskilt symtom eller fynd som initierat utredning
 - företagen utredning
 - allmäntillstånd och samsjuklighet
 - längd och vikt
 - rökning
 - tidigare bukoperationer
 - läkemedel (särskilt metformin, trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

3.3 Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- patolog
- gynekologisk tumörkirurg
- gynekologisk onkolog
- bilddiagnostiker
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

3.4 Beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas av MDK eller av specialistkompetent gynekolog eller gynonkolog.

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

3.5 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska senast i samband med block C.

Kontaktsjuksköterskan ska ha särskild kunskap om gynekologisk cancer och arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning vilket bl.a. innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar.

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 samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

3.6 Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patienten 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
Primär kirurgi	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	32 kalenderdagar
Primär strål- eller läkemedelsbehandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	39 kalenderdagar
Palliativ symtomlindrande behandling när tumörspecifik behandling inte är aktuell*	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (kodas som start av första behandling)	25 kalenderdagar

* När beslut tas om att ingen tumörspecifik behandling ska ges avslutas det standardiserade vårdförloppet med koden Start av första behandling, palliativ. De palliativa insatserna bör dock inledas redan under utredningen.

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling. Start av första behandling kan innebära kirurgi, läkemedelsbehandling, strålbehandling eller 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) – beslut välgrundad misstanke	7 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Block B (PAD-besked till patienten)	9 kalenderdagar
Block B (PAD-besked till patienten)	Block C (remissgranskning på kvinnoklinik)	2 kalenderdagar
Block C (remissgranskning på kvinnoklinik)	Behandlingsbeslut med patienten	14 kalenderdagar
Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kirurgi	7 kalenderdagar
Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, strål- eller läkemedelsbehandling	14 kalenderdagar
Kirurgi	PAD-svar till remittenten	10 kalenderdagar

6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av det standardiserade vårdförloppet:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med ”standardiserat vårdförlopp för livmoderkroppscancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen livmoderkroppscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen livmoderkroppscancer 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:

Indikator	Målvärde
Täckningsgrad i det nationella kvalitetsregistret	Andel anmälda > 95 % inom 2 år
Relativ 5-årsöverlevnad	> 84 % (alla stadier)
Andel PAD bedömd av referenspatolog	> 50 %
Andel patienter som opererats med medverkan av erfaren tumörkirurg	100 % vid endometrie-cancer av prognostisk högrisktyp
Andel patienter som avlidit i behandlingskomplikation	< 3 %
Andel patienter med endometriecancer av prognostisk högrisktyp där beslut fattats om pelvin respektive paraaortal lymfkörtelutrymning som också genomgått detta	> 90 % respektive 80 %
Tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska (utvecklingsindikator)	100 %

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

Per Rosenberg, ordförande t.o.m. våren 2016, med.dr, gynekolog,
Universitetssjukhuset i Linköping, Linköping, RCC Sydöst

Caroline Lundgren, ordförande fr.o.m. hösten 2016, med.dr, gynekolog, Karolinska
universitetssjukhuset, Stockholm

Kristina Aglund, gynekolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Elisabeth Epstein, docent, gynekolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Henrik Falconer, docent, gynekolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Charlotte Klynning, gynekolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, RCC
Stockholm-Gotland

Henrik Leonhardt, med.dr, radiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Anne-Marie Levin Jakobsen, med.dr, patolog, Unilabs AB, SKAS

Shokoufeh Manouchehr Pour, gynekolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg

Britt-Marie Moberg, patientrepresentant

Janusz Marcickiewicz, med.dr, gynekolog, Hallands sjukhus, Varberg, RCC Väst

Jan Persson, docent, gynekolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Carina Rundström, MSc, specialistsjuksköterska i cancervård, Karolinska
Universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm-Gotland

Bengt Tholander, med.dr, gynekolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC
Uppsala-Örebro

Åsa Åkesson, gynekolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg