

# Lungcancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-10-20	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2015-12-21	Uppdatering av texter som är gemensamma i samtliga standardiserade vårdförlopp framtagna under 2015.

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKL:s beslutsgrupp 2015-12-21.

Standardiserat vårdförlopp för lungcancer

ISBN: 978-91-87587-21-4

# Innehållsförteckning

1.	Introduktion .....	4
1.1	Beskrivningens syfte och målgrupp .....	4
1.2	Om lungcancer .....	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) .....	9
3.3	Klassifikation och beslut om behandling .....	9
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård .....	10
3.5	Kommunikation och delaktighet .....	10
4.	Behandling .....	10
5.	Uppföljning.....	10
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp .....	11
7.	Generellt om standardiserade vårdförlopp .....	13
7.1	Nationellt vårdprogram .....	13
7.2	Inklusion i standardiserat vårdförlopp.....	13
7.3	Utredningsförloppet .....	13
7.4	Inklusion i kliniska studier .....	13
7.5	Ledtider .....	14
7.6	Koordinatorsfunktion .....	14
7.7	Samarbete över landstingsgränser .....	14
8.	Arbetsgruppens sammansättning .....	15

# 1. INTRODUKTION

## 1.1 Beskrivningens syfte och målgrupp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter 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 arbetsätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

## 1.2 Om lungcancer

Ingående diagnoskoder: Alla diagnoser som börjar med C34.

Varje år ställs diagnosen lungcancer hos ca 3 600 individer i Sverige. Lungcancer var tidigare vanligast bland män, men idag insjuknar lika många kvinnor som män i sjukdomen. Risken att få lungcancer ökar med stigande ålder, och de flesta patienter som får diagnosen är mellan 60 och 80 år gamla. Sjukdomen är ovanlig före 40 års ålder, men kan i enstaka fall drabba även yngre individer.

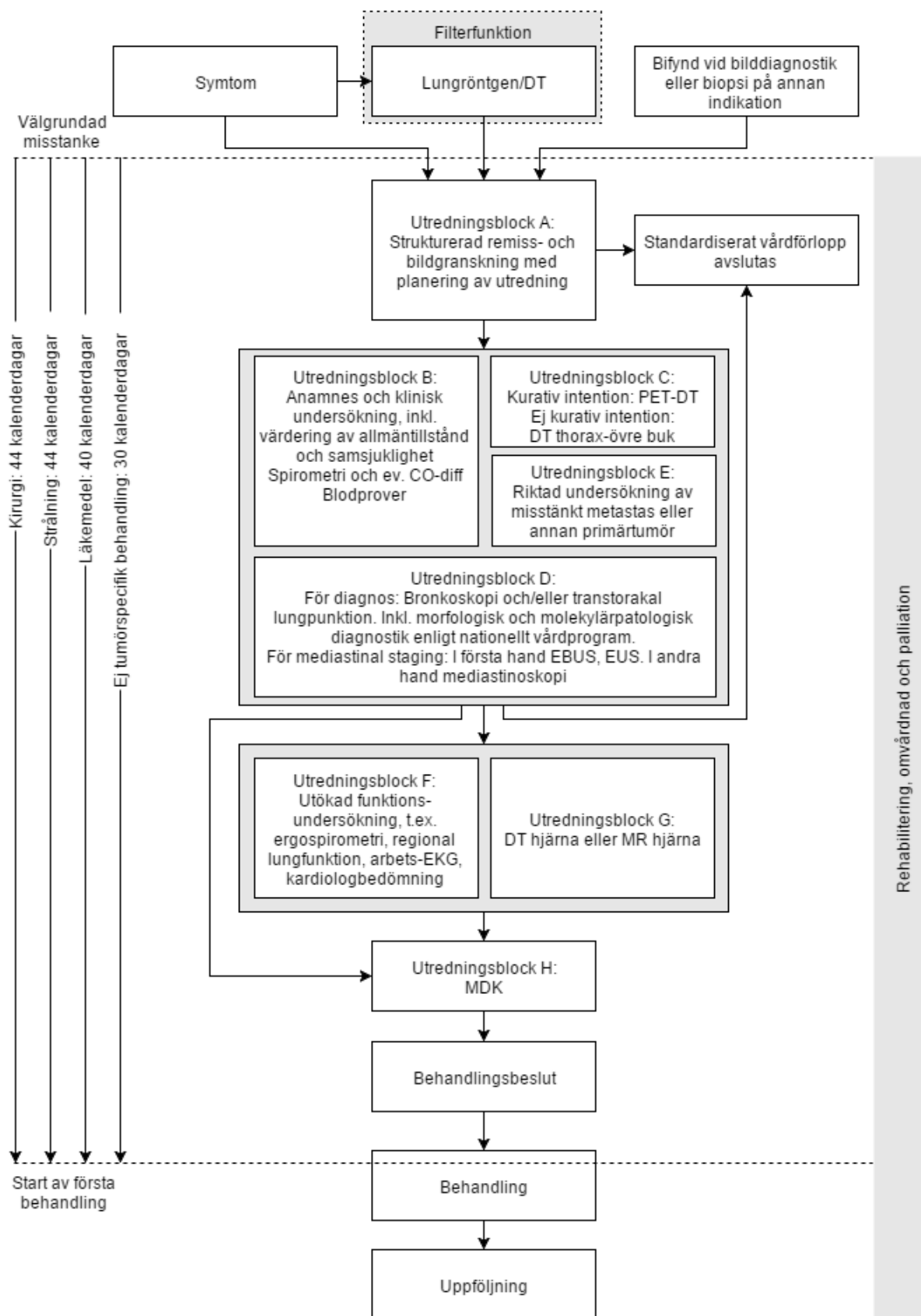
Prognosen vid lungcancer är generellt sämre än vid många andra cancersjukdomar, och lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken, män och kvinnor sammantagna (fler kvinnor dör idag av lungcancer än av bröstcancer, medan något fler män dör av prostatacancer än av lungcancer). Den relativa 5-årsöverlevnaden är ca 15 procent (18 procent för kvinnor och 13 procent för män). Den viktigaste orsaken till den generellt dåliga prognosen är att flertalet fall upptäcks i ett sent skede.

Kurativ (botande) behandling kan dock erbjudas i tidiga skeden. Ca 15 procent med tidigt tumörstadium (stadium I och II) kan opereras, och flertalet (55–60 procent) av dessa blir botade. Hos ytterligare ca 15 procent med lokoregionalt begränsad sjukdom (stadium III) ges fulldos strålbehandling i kombination med cytostatika med ett kurativt syfte. Här är dock återfallsrisken större, fr.a. pga. mer avancerat tumörstadium, och tumörfri långtidsöverlevnad uppnås hos ca 15 procent av behandlade patienter. Hos majoriteten av patienter som har spridd sjukdom vid diagnos (stadium IV) ges cancerläkemedel, som kan bromsa sjukdomsförloppet och lindra symtomen. Palliativ strålbehandling kan här också vara ett behandlingsalternativ. Hos ca 15 procent av alla patienter med lungcancer, där dåligt allmäntillstånd eller andra sjukdomar försvårar tumörspecifik behandling, ges enbart palliativ vård.

Omfattningen av utredningen som ligger till grund för behandlingsbeslut varierar beroende på behandlingspotential. Hos patienter där någon form av kurativ behandling är tänkbar görs en mer omfattande utredning för att fastställa tumörstadium och funktionsstatus.

Utredning av misstänkt lungcancer omfattar också patienter där den slutliga diagnosen blir en annan, oftast godartade sjukdomar, men ibland någon annan cancerform. Denna andel av utredningsvolymen varierar något mellan olika enheter, men utgör som regel minst hälften av alla utredda patienter.

### 1.3 Flödesschema för vårdförloppet



## 2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 2.1 Misstanke

Följande ska föranleda misstanke:

- nytillkomna luftvägssymtom (t.ex. hosta eller andnöd) med en varaktighet av 6 veckor hos rökare eller före detta rökare över 40 år
- bröst- eller skuldersmärta utan annan förklaring
- blodig hosta.

Vid misstanke ska patienten remitteras till bilddiagnostik (filterfunktion).

### 2.2 Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

- anamnes
- frågeställning: välgrundad misstanke lungcancer?
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

### 2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen utgörs av lungröntgen eller DT med svar till inremitterande.

Om lungröntgen eller DT visar cancermisstanke ska inremitterande fatta beslut om välgrundad misstanke och remittera till utredning enligt standardiserat vårdförlopp.

Oklart fynd vid lungröntgen och låg malignitetsmisstanke ska inte betraktas som välgrundad misstanke. Inremitterande bör remittera patienten till DT. Detta kan också ske på initiativ av röntgenavdelningen. Vid DT kan välgrundad misstanke uppstå eller misstanken avskrivas.

Radiologisvar ska besvara frågeställningen om välgrundad misstanke eller ej.

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- fynd vid bilddiagnostik som ger misstanke om lungcancer
- metastasfynd som ger misstanke om lungcancer
- upprepad blodig hosta utan annan uppenbar orsak, även vid normal röntgen
- obstruktion av vena cava superior
- recurrenspar.

## 2.5 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - vad som ligger till grund för välgrundad misstanke och resultat av tidigare utredningar
  - aktuella symtom
  - allmäntillstånd
  - övriga sjukdomar och behandlingar
  - rökanamnes
  - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- tillgång till röntgenbilder
- information till patienten om varför remissen är skickad
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

## 2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till bilddiagnostik (filterfunktion) ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra undersökningen för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

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
- att det första steget i utredningen är en expertgranskning där man fattar beslut om fortsatt utredning
- att cancermisstanken eventuellt kan komma att avskrivas utan att patienten blir kallad till utredning
- vem som informerar patienten vid avskriven misstanke
- 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.

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>
Strukturerad remiss- och bildgranskning med planering av utredning	Anamnes och klinisk undersökning, inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet Spirometri och ev. CO-diff Blodprover
<b>Block C</b>	<b>Block D</b>
<i>Kurativ intention:</i> PET-DT <i>Ej kurativ intention:</i> DT thorax-övre buk	<i>För diagnos:</i> - Bronkoskopi <i>och/eller</i> - Transtorakal lungpunktion Inkl. morfologisk och molekylärpatologisk diagnostik enligt nationellt vårdprogram. <i>För mediastinal staging:</i> - I första hand: EBUS, EUS - I andra hand: mediastinoskopi
<b>Block E</b>	<b>Block F</b>
Riktad undersökning, t.ex. annan bilddiagnostik eller punktion av metastas	Utökad funktionsundersökning, t.ex. ergospirometri, regional lungfunktion, arbets-EKG, kardiologbedömning
<b>Block G</b>	<b>Block H</b>
DT hjärna eller MR hjärna	MDK



<b>Resultat av block A</b>	<b>Åtgärd</b>
Misstanke om lungcancer kvarstår	Block B, C samt D och/eller E utförs (C bör utföras före D/E)
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet, eller ingen diagnos	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras eventuellt till relevant enhet för utredning. Besked om detta kan lämnas av inremitterande.
<b>Resultat av block B, C och D/E</b>	<b>Åtgärd</b>
Kurativ intention kvarstår men spirometri och CO-diff ger inte tillräcklig information om behandlingsrisk	Block F utförs
Kurativt syftande radio-kemoterapi kan vara aktuell	Block G utförs
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet, eller ingen diagnos	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras till relevant enhet för utredning
<b>Efter erforderliga undersökningar</b>	<b>Åtgärd</b>
Tillräckligt underlag finns för behandlingsbeslut	Block H utförs

### 3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner bör medverka vid MDK:

- patientansvarig läkare
- lungmedicinare
- onkolog
- radiolog
- patolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion
- vid behov palliativ medicin.

Om kurativ intention kan vara aktuell bör även följande funktioner medverka:

- thoraxkirurg
- klinisk fysiolog
- nuklearmedicinare.

### 3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation bör fattas vid MDK. Tumören ska klassificeras enligt senaste TNM-klassifikation.

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

### 3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska få en kontaktsjuksköterska i samband med att utredningen påbörjas.

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 närvara vid behandlingsbeslutet om patienten önskar det.

Kontaktsjuksköterskan ska under utredningen vid behov kunna förmedla kontakt med

- psykosocialt stöd
- dietist
- strukturerad rökavvänjning.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen.

### 3.5 Kommunikation och delaktighet

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

Patienten ska informeras i enlighet med patientlagen, 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 patienten 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 de standardiserade vårdförloppen:

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Läkemedel	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	40 kalenderdagar
Kirurgi och strålbehandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	44 kalenderdagar
Ej tumörspecifik behandling (best supportive care)	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling (sammanfaller med behandlingsbeslut)	30 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

### 6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ledtider:

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst (filterfunktion)	1 kalenderdag
Remissankomst (filterfunktion)	Lungröntgen/DT (filterfunktion)	5 kalenderdagar
Lungröntgen/DT (filterfunktion)	Svar till remittenten	1 kalenderdag
Svar till remittenten	Beslut om välgrundad misstanke eller inte	3 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Välgrundad misstanke – remiss bedömd (block A)	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss bedömd (block A)	Första besök i specialiserad vård (block B eller C)	5 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block B eller C)	Första multidisciplinära konferens	21 kalenderdagar
Första multidisciplinära konferens	Beslut om behandling	2 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, kirurgi	14 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, strålbehandling	14 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, läkemedel	10 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, palliativ vård	0 kalenderdagar

Beslut om DT	Svar tillgängligt för remittenten	3 kalenderdagar
Beslut om PET-DT	Svar tillgängligt för remittenten	7 kalenderdagar
Biopsi tas	Svar på morfologisk undersökning tillgängligt för remittenten	4 kalenderdagar
Biopsi tas	Svar på molekylärpatologisk undersökning tillgängligt för remittenten	7 kalenderdagar

### 6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

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

### 6.4 Indikatorer för kvalitet

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

Vårdkvaliteten mäts och utvärderas sedan tidigare genom det nationella kvalitetsregistret, bland annat genom följande indikatorer:

Indikator
Andel patienter med PET inför kurativ behandling (kirurgi, SBRT, kemoradioterapi)
Andel patienter med NSCLC och utförd EGFR-analys
Andel patienter med DT eller MR av hjärna inför kemoradioterapi
Andel patienter med EBUS eller EUS inför kurativ behandling
Andel patienter med behandlingsbeslut som diskuterats i MDK
Andel patienter med stadium I och II och PS 0–1 som planeras för kirurgi
Andel patienter med stadium III och PS 0–1 som planeras för kemoradioterapi
Andel patienter med stadium IV och PS 0–2 som planeras för kemoterapi/läkemedelsbehandling

## 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 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, t.ex. om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten har betydande samsjuklighet som gör att hen inte klarar av utredning.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan en diagnos 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 för annan sjukdom ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till 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 till nivåstrukturering.

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

## 8. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Bengt Bergman, ordförande, docent, lungmedicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Dirk Albrecht, med.dr, lungmedicin, Sunderby sjukhus, Luleå

Annelie Behndig, med.dr, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Ulrika Bitzén, med.dr, klinisk fysiolog, nuklearmedicinare, Skånes universitetssjukhus, Lund

Tommy Björk, patientföreningen Stödet

Lars Ek, lungmedicin, Skånes universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Signe Friesland, med.dr, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Magnus Kentsson, lungläkare, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Hirsh Koyi, med.dr, lungläkare, Gävle sjukhus, Gävle, RCC Uppsala Örebro

Karl Kölbeck, lungläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Ewa Larsson, patientföreningen Stödet

Kristina Lamberg, läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Maria Lindström, familjeläkare, HC-centrum, Sundsvall, RCC Norr

Patrick Micke, patolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Carina Nuse, kontaktsjuksköterska, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Jan Nyman, docent, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Stefan Pettersson, distriktsläkare, Vråens vårdcentral, Värnamo

Martin Sandelin, läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Gunnar Wagenius, docent, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland