

# Peniscancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2016-10-24	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 2016-10-24.

Standardiserat vårdförlopp för peniscancer

ISBN: 978-91-87587-51-1

# Innehållsförteckning

1. Introduktion .....	4
1.1 Syfte med standardiserade vårdförlopp .....	4
1.2 Om peniscancer .....	4
1.3 Flödesschema för vårdförloppet.....	5
2. Ingång till standardiserat vårdförlopp.....	6
2.1 Misstanke .....	6
2.2 Remiss till filterfunktion (urolog eller dermatolog) .....	6
2.3 Filterfunktion .....	6
2.4 Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp .....	7
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 Nationell multidisciplinär konferens (MDK) .....	8
3.3 Klassifikation och beslut om behandling .....	8
3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande 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 .....	11
7.1 Nationellt vårdprogram .....	11
7.2 Inklusion i standardiserat vårdförlopp .....	12
7.3 Utredningsförloppet .....	12
7.4 Inklusion i kliniska studier .....	12
7.5 Ledtider .....	12
7.6 Koordinatorsfunktion .....	12
7.7 Samarbete över landstingsgränser.....	13
7.8 Uppdatering.....	13
8. Arbetsgruppens sammansättning.....	13

# 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 peniscancer

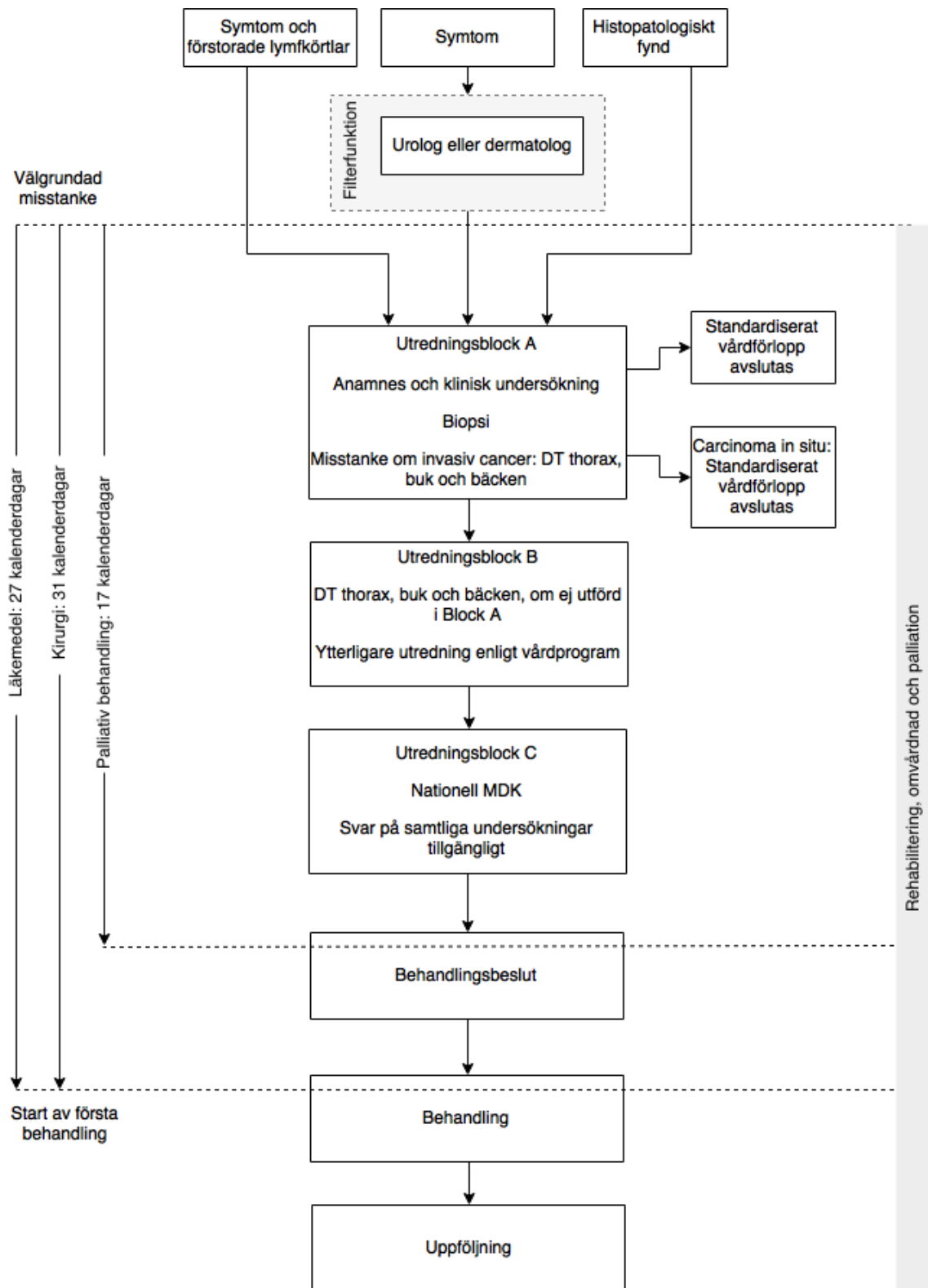
Vårdförloppet omfattar diagnoserna C60, C68, D07.4

Varje år diagnostiseras knappt 100 män med invasiv peniscancer, och drygt 40 med carcinoma in situ. Därutöver finns det enstaka fall av distal uretracancer. Peniscancer är vanligast i högre åldrar, med en kraftigt stigande incidens efter 60 år.

Samtliga nyupptäckta fall och återfall ska anmälas till nationell MDK via regionalt centrum. Kurativt syftande kirurgi ska göras vid nationellt centrum.

Femårsöverlevnaden är 73 procent och endast ett fåtal har spridd cancer redan vid diagnos. Carcinoma in situ har en mycket god prognos men kan över tid progrediera till invasiv cancer. Prognosen är främst avhängig förekomsten av lymfkörtelmetastaser.

### 1.3 Flödesschema för vårdförloppet



## 2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 2.1 Misstanke

Följande **kvarstående** symtom från penis ska föranleda misstanke:

- ett svårläkt sår
- röda områden
- en förhårdnad
- illaluktande flytningar från en trång förhud
- återkommande blödningar
- smärta.

Vid misstanke utan annan uppenbar orsak ska patienten remitteras till urolog eller dermatolog (filterfunktion).

Observera att patienter med förstörade lymfkörtlar i ljumskarna i kombination med ett eller flera av ovanstående symtom ska remitteras enligt välgrundad misstanke.

### 2.2 Remiss till filterfunktion (urolog eller dermatolog)

Remissen ska innehålla följande:

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

### 2.3 Filterfunktion

Undersökning hos urolog eller dermatolog, med biopsi i oklara fall.

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- klinisk misstanke om peniscancer vid bedömning av urolog eller dermatolog
- histopatologiskt fynd talande för invasiv peniscancer
- ett symptom enligt 2.1 i kombination med förstörade lymfkörtlar i ljumskarna.

## 2.5 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

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

## 2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till urolog eller dermatolog (filterfunktion) ska informera patienten om

- 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
- 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

Från och med block B finns ett regionalt ansvar. Kurativt syftande kirurgi ska utföras vid nationellt centrum. För detaljer om nivåstrukturering se nationellt vårdprogram.

<b>Block A</b>	<b>Block B</b>	<b>Block C</b>
Anamnes och klinisk undersökning Biopsi Misstanke om invasiv cancer: DT thorax, buk och bäcken	DT thorax, buk och bäcken, om ej utförd i block A PET-DT vid klinisk eller histologisk misstanke om lymfkörtelmetastasering	Nationell MDK Svar på samtliga undersökningar tillgängligt

<b>Resultat av utredningarna i block A</b>	<b>Åtgärd</b>
Misstanke om invasiv cancer eller förstörade lymfkörtlar	Block B och C utförs
Carcinoma in situ	Det standardiserade vårdförloppet avslutas, patienten föredras på nationell MDK
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas, patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning

#### 3.2 Nationell multidisciplinär konferens (MDK)

Alla nyupptäckta fall och återfall ska anmälas till nationell MDK. För remissrutiner se nationellt vårdprogram. Följande funktioner ska medverka:

- urolog
- onkolog
- dermatolog
- patolog
- radiolog, vid behov nuklearmedicinsk kompetens
- kurator och/eller sexolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

#### 3.3 Klassifikation och beslut om behandling

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



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

### 3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med diagnos.

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

- sexolog
- fysioterapeut med lymfödemkompetens
- kurator och/eller enhet för psykosocialt stöd.

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 och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

### 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. 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.

Typ av behandling	Från	Till	Tid
Kurativt syftande kirurgi vid nationellt centrum	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	31 kalenderdagar
Läkemedelsbehandling (neoadjuvant cytostatika)	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	27 kalenderdagar
Symtomlindrande palliativ behandling eller tumör-specifik palliativ behandling	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (kodas som start av första behandling)*	17 kalenderdagar

\*Behandlingsbeslut ska anges som mätpunkt, men behandlingen kan avvakta tills patienten får symtom som kräver symtomlindring.

### 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	Besök hos urolog eller dermatolog (filterfunktion)	7 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block A (första besök i specialiserad vård)	5 kalenderdagar
Block A (första besök i specialiserad vård)	MDK (block C inklusive block B samt svar på samtliga undersökningar)	10 kalenderdagar
MDK	Behandlingsbeslut	1 kalenderdag
Behandlingsbeslut	Start av första behandling, kurativt syftande kirurgi vid nationellt centrum	14 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av första behandling, neoadjuvant cytostatikabehandling (läkemedelsbehandling)	10 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av första behandling, palliativ	0 kalenderdagar
Remiss till PET-DT	Svar tillgängligt för remittenten	7 kalenderdagar
Biopsi	PAD-svar tillgängligt för remittenten	5 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 peniscancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen peniscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen peniscancer 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
Bibehållen hög täckningsgrad för primärregistrering	> 95 %
Stadieindelning av lymfkörtlar	> 90 %
Behandling av lymfkörtelmetastaser	> 90 %
Organbevarande behandling	> 90 %
Nationell multidisciplinär konferens, nationellt centrum och kontaktsjuksköterska	> 90 %
Inkludering i kliniska studier	–

# 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. Patienter 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

Peter Kirrander, ordförande, med.dr, urolog, Universitetssjukhuset Örebro

Ulf Håkansson, registerhållare kvalitetsregister, urolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Svante Bergdahl, med.dr, urolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Sven-Olof Bragvad, patientrepresentant, Karlskrona

Mats Christiansen, fil.mag., sexolog, Svensk Förening för Sexologi, Stockholm

Luiza Dorofte, patolog, Universitetssjukhuset Örebro

Malin Englund Tjerring, onkolog, Universitetssjukhuset Örebro

My Falk, dermatolog, Universitetssjukhuset Örebro

Anna Ivarsson, distriktsläkare, Anderslöv vårdcentral, Skåne

Annika Johnson, dermatolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Johanna Nilsson, kontaktsjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro

Lillemor Nygren, onkolog, Södersjukhuset, Stockholm

Christer Olofsson, patientrepresentant, Karlshamn

Jesper Rosvall, urolog, Södersjukhuset, Stockholm

Elisabet Skeppner, med.dr, kurator, Universitetssjukhuset Örebro

Olof Ståhl, med.dr, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Anna Trent, kontaktsjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Emma Ulvskog, onkolog, Universitetssjukhuset Örebro

Elisabeth Öfverholm, onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg