

# Sköldkörtelcancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2016-11-21	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 2016-11-21.

Standardiserat vårdförlopp för sköldkörtelcancer

ISBN: 978-91-87587-51-1

# Innehållsförteckning

1. Introduktion .....	4
1.1 Syfte med standardiserade vårdförlopp .....	4
1.2 Om sköldkörtelcancer .....	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 Beslut om behandling .....	9
3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård .....	9
3.5 Kommunikation och delaktighet .....	9
4. Behandling .....	9
5. Uppföljning .....	10
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 .....	11
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.

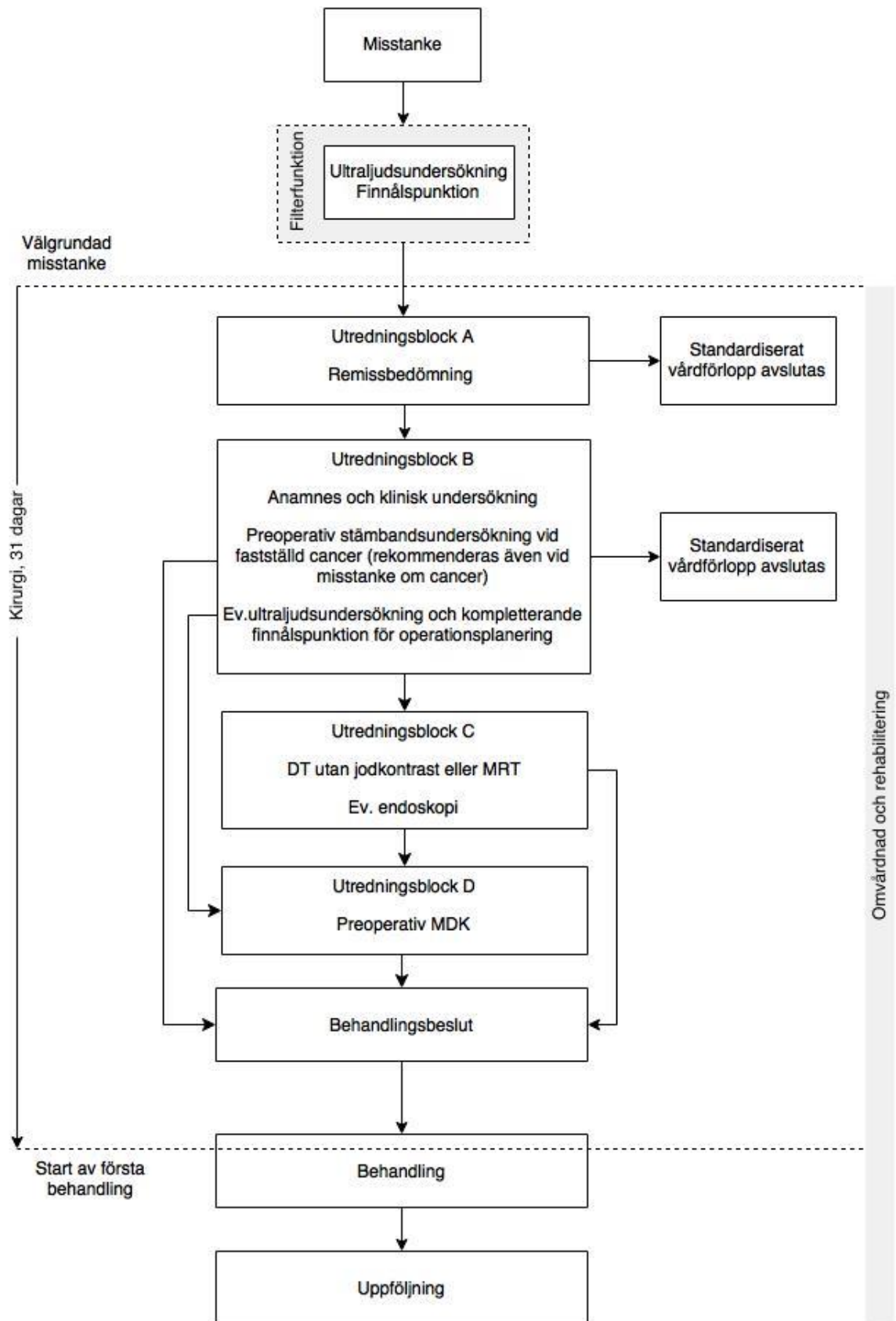
Det här standardiserade vårdförloppet omfattar även barn.

## 1.2 Om sköldkörtelcancer

Vårdförloppet gäller differentierad sköldkörtelcancer, C73.9. I diagnoskoden ingår även odifferentierad (anaplastisk) sköldkörtelcancer, men dessa patienter ska inte remitteras enligt vårdförloppet eftersom de kräver akut handläggning.

Årligen insjuknar cirka 550 patienter. Medelålder vid insjuknande är 54,8 år för män och 50,6 för kvinnor. Sjukdomen förekommer i alla åldrar, även hos barn. Prognosen för de allra flesta formerna är god, även vid återfall. Den relativa femårsöverlevnaden är 82 procent för män och 89 procent för kvinnor.

### 1.3 Flödesschema för vårdförloppet



## 2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 2.1 Misstanke

Följande ska föranleda misstanke:

- nytillkommen eller växande fast knöl i sköldkörteln
- knöl i sköldkörteln
  - med förekomst av sköldkörtelcancer i släkten
  - med anamnes på joniserande strålning mot halsen
  - hos patienter < 20 eller > 60 år, speciellt hos män
  - med förstorade, malignitetsmisstänkta lymfkörtlar på halsen
- oförklarlig heshet, stämbandspares utan annan förklaring eller röstförändring hos en patient med struma
- PET-positivt fynd i sköldkörteln.

Vid misstanke ska patienten remitteras till ultraljud och finnålspunktion (filterfunktion).

Vid klinisk misstanke om odifferentierad (anaplastisk) sköldkörtelcancer (snabbt tillväxande, fixerad, hård knöl, eventuellt med andningspåverkan) ska patienten handläggas akut.

### 2.2 Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för misstanke (lokalisering, tillväxt och duration)
  - företagen utredning
  - eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

### 2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen utgörs av ultraljudsundersökning av sköldkörteln och finnålspunktion med svar enligt Bethesdakategorisering. Den som tar emot svar på en undersökning som visar välgrundad misstanke ska starta det standardiserade vårdförloppet.

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

Välgrundad misstanke föreligger vid minst ett av följande:

- ultraljudsfynd talande för sköldkörtelcancer
- cytologiskt fynd med misstanke om sköldkörtelcancer (Bethesdakategori  $\geq$  IV).

## 2.5 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke, inklusive Bethesdakategori om tillgängligt
  - företagen utredning
  - allmäntillstånd och samsjuklighet
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- lokalstatus, inkl. uppgift om stämbandsstatus bedömts
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

## 2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till filterfunktionen eller till utredning (vid välgrundad misstanke) 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 enligt standardiserat vårdförlopp ska också informera patienten om vad det innebär och vad som händer i den inledande fasen.

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>
Remissbedömning	Anamnes och klinisk undersökning Preoperativ stämbandsundersökning vid fastställd cancer (rekommenderas även vid misstanke om cancer) Ev. kompletterande ultraljudsundersökning och finnålspunktion för operationsplanering
<b>Block C</b>	<b>Block D</b>
DT utan jodkontrast eller MRT Ev. endoskopi	Preoperativ MDK

<b>Resultat av block A</b>	<b>Åtgärd</b>
Diagnos som omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Block B utförs
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning
<b>Resultat av block B</b>	<b>Åtgärd</b>
Ej misstanke om lokalt avancerad tumör (Ej misstanke om växt utanför sköldkörteln)	Behandlingsbeslut kan fattas utan ytterligare utredning (block D vid behov)
Misstanke om lokalt avancerad tumör (Misstanke om växt utanför sköldkörteln)	Block C utförs, följt av block D om misstanken kvarstår
Medullär sköldkörtelcancer	Individuell utredning före behandlingsstart enligt nationellt vårdprogram (inklusive block D)
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)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- endokrinkirurg och/eller ÖNH-kirurg
- onkolog
- cytolog eller patolog
- bild- och funktionsdiagnostiker om relevant
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

## 3.3 Beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas av behandlande läkare eller vid MDK.

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 vid fastställd cancerdiagnos.

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.

Rehabilitering bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen se [det nationella vårdprogrammet för rehabilitering](#).

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning inför operation, 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.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi	31 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik 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	Beslut välgrundad misstanke eller inte (genomförd filterfunktion)	14 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	3 kalenderdagar
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block B)	7 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block B)	Start av första behandling, kirurgi	21 kalenderdagar
Start av första behandling, kirurgi	PAD-svar till remittenten*	21 kalenderdagar
PAD-svar till remittenten	PAD-svar till patienten*	7 kalenderdagar

\*Tiderna är i enlighet med gällande nationellt vårdprogram. De ligger efter start av första behandling och ingår därför inte i det standardiserade vårdförloppet.

## 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 sköldkörtelcancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen sköldkörtelcancer
Andel patienter av de som fått diagnosen sköldkörtelcancer 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 registret	> 95 %
Patienter med icke-ockult cancer har tilldelats en kontaktsjuksköterska	> 90 %
Uppnä sant positiv cytologi för patienter med icke-ockult cancer	> 80 %

# 7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

## 7.1 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för både barn och 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 det nationella vårdprogrammet för [rehabilitering](#), för underlag till rekommendationer på detta område.

## 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 beslutas och utvecklas 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

Joakim Hennings, ordförande, med.dr, kirurg, Östersunds sjukhus, Östersund

Pernilla Asp, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Jakob Dahlberg, kirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Håkan Fermhede, allmänmedicin, Kristinehamn

Oliver Gimm, professor, kirurg, Universitetssjukhuset i Linköping

Karin Gustafsson, onkologisjuksköterska, kontaktsjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Anna Hansson, allmänmedicin, 5 Husläkare, Stockholm

Anders Höög, docent, patolog, Universitetssjukhuset i Linköping

Catharina Ihre Lundgren, med.dr, kirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Peter Lakwijk, patientrepresentant, ordförande Svenska Sköldkörtelföreningen

Erik Nordenström, docent, kirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund

Maria Sandström, med.dr, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Johanna Svensson, med.dr, onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Peter Stålberg, professor, kirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Göran Wallin, professor, kirurg, Universitetssjukhuset Örebro

Johan Wennerberg, professor, ÖNH-specialist, Skånes universitetssjukhus, Lund