

Tjock- och ändtarmscancer

Standardiserat vårdförlopp

2018-10-30 Version: 2.0

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.
2018-10-30	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2018-10-30.

Standardiserat vårdförlopp för tjock- och ändtarmscancer

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Introduktion	4
Förändringar jämfört med tidigare version	4
Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
Om tjock- och ändtarmscancer	5
Flödesschema för vårdförloppet	6
Kapitel 2	
Ingång till standardiserat vårdförlopp	7
Misstanke	7
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	7
Remiss till utredning vid välgrundad misstanke	8
Kommunikation och delaktighet	8
Kapitel 3	
Utredning och beslut om behandling.....	9
Utredningsförlopp	9
Multidisciplinär konferens (MDK)	10
Klassifikation och beslut om behandling	10
Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	10
Kommunikation och delaktighet	10
Kapitel 4	
Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	11
Ledtider för nationell uppföljning	11
Ingående ledtider	12
Indikatorer för nationell uppföljning	12
Indikatorer för kvalitet	13
Kapitel 5	
Generellt om standardiserade vårdförlopp.....	14
Nationellt vårdprogram	14
Inklusion i standardiserat vårdförlopp	14
Hantering av återfall (recidiv)	14
Utredningsförloppet	15
Inklusion i kliniska studier	15
Ledtider	15
Koordinatorsfunktion	15
Samarbete över landstingsgränser	15
Uppdatering	15
Kapitel 6	
Arbetsgruppens sammansättning.....	16

KAPITEL 1

Introduktion

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.

Förändringar jämfört med tidigare version

Om tjock- och ändtarmscancer:

- Tillägg om att misstanke hos barn inte ska föranleda SVF
- Förtydligande av att de 20 % som inte är aktuella för kurativ behandling ska erbjudas palliativ onkologisk behandling eller palliativ vård.

Misstanke:

- Ändrade avföringsvanor *som ensamt symtom* leder inte längre direkt till välgrundad misstanke utan ger misstanke och ska utredas på samma sätt som övriga misstankesyntom. Åldersgränsen för när ändrade avföringsvanor ger misstanke är höjd från 40 till 50 år.
- Anemi är ändrat till misstänkt anemi
- *Laborativ standardanemiutredning* ändrat till *anemiutredning*
- Särskilda rutiner för högriskpatienter är borttagna.
- En kommentar är tillagd om att särskild uppmärksamhet bör ägnas högriskindivider samt individer med kombinationer av symtom.

Välgrundad misstanke:

- Ändrade avföringsvanor ger inte längre välgrundad misstanke.
- Särskilda kriterier för högriskpatienter är borttagna.
- Tidigare två kriterier för blod i avföringen är sammanslagna till en punkt utan att betydelsen har ändrats.
- Två kriterier för ”överraskningsfynd” är tillagda: fynd vid koloskopi och vid vävnadsdiagnostik.
- Ändrad formulering: *Blödninganemi som inte förklaras av standardanemiutredning* ändrad till *Blödninganemi utan annan uppenbar orsak*.
- Kommentarer inlagda om vikten av att vara uppmärksam på kombinationer av symtom.

Utredning

- Nytt alternativ för avslut: *VB273 – Ingen ytterligare åtgärd*. Ska användas för patienter där polypektomin var tillräcklig som behandling. Observera att detta alternativ inte ska användas för patienter med höggradig dysplasi. Dessa ska även fortsättningsvis avslutas med kod *VB278 – Misstanke om cancer avskrivs*.

- Strykning: *Fjärrmetastaser eller lokalt avancerad sjukdom där kurativ behandling kan vara aktuell – Utökad, individualiserad tumöretredning, inkl. PET-DT, enligt nationellt vårdprogram följt av ny MDK.*

Ledtider

- Ledtid för palliativ behandling tillagd.
- Ledtid för Ingen ytterligare åtgärd tillagd.
- Ledtid för PAD-svar efter operation förlängd från 14 till 21 dagar (påverkar inte ledtiden till start av behandling)

Generellt om standardiserade vårdförlopp

- Tydliggörande av hantering av återfall.
- Små textjusteringar i enlighet med ny mall.

Arbetsgrupp

- Uppdatering av arbetsgruppens medlemmar.

Flödesschemat uppdaterat med ovanstående ändringar.

Layout, struktur och standardtexter följer 2018 års mall.

Om tjock- och ändtarmscancer

Vid misstanke om malignitet hos barn och ungdomar under 18 år ska inte ett SVF startas. Kontakta i stället närmaste barnklinik och/eller barnonkologiska klinik redan samma dag för skyndsamt vidare utredning.

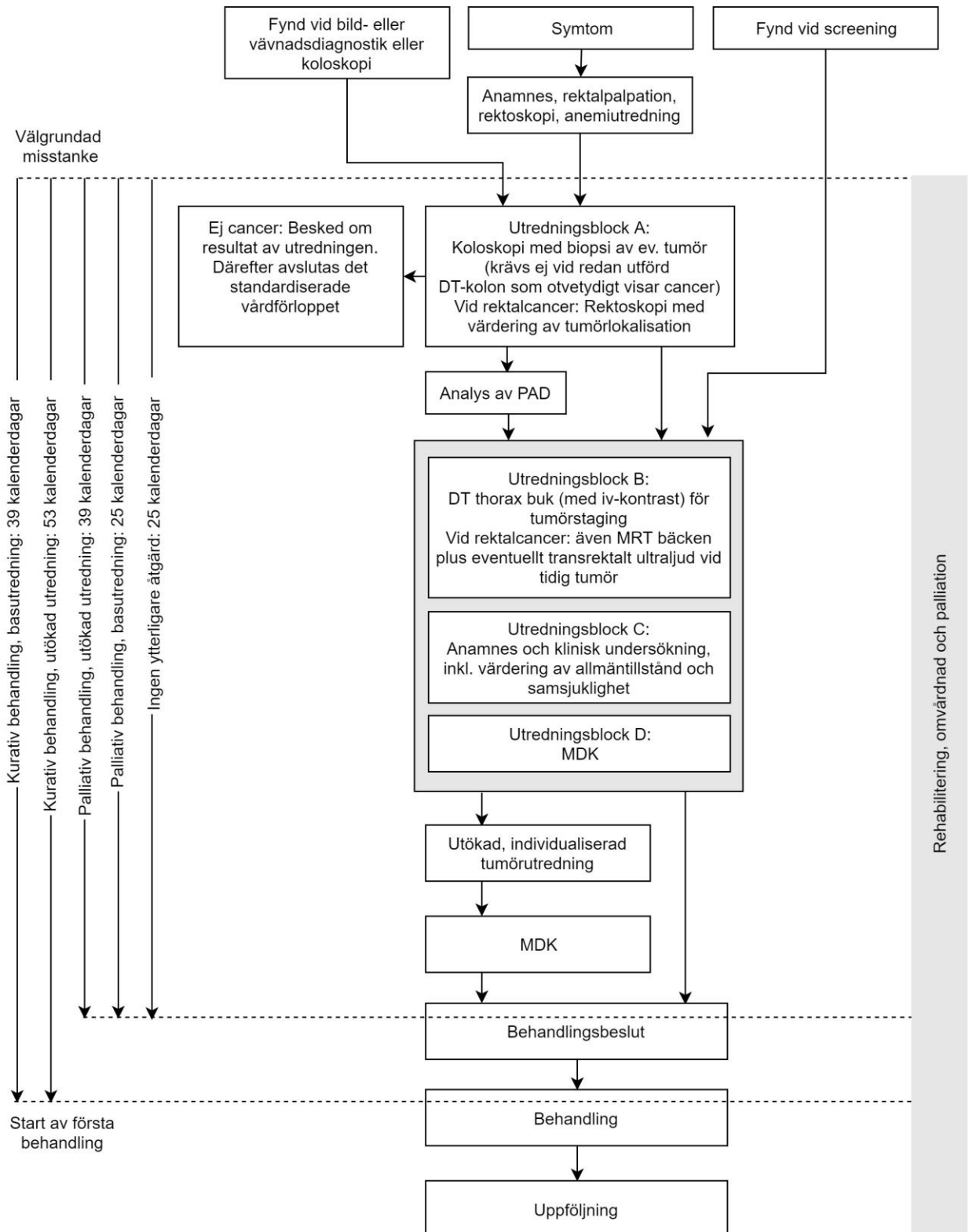
Det standardiserade vårdförloppet gäller koloncancer, C18.0–C18.9 med pad 096, 996 samt rektalcancer, C20.9 med pad 096, 996.

Varje år registreras cirka 4 000 nya fall av koloncancer och 2 000 fall av rektalcancer. Sammanlagt är kolorektalcancer den tredje vanligaste cancerformen i Sverige, efter prostata- och bröstcancer. Kolorektalcancer är ovanlig bland unga. Cirka 5 procent är under 50 år vid diagnos. Rektalcancer är lite vanligare bland män (cirka 58 procent är män) medan koloncancer är lika vanligt hos män och kvinnor.

Vid diagnos är cirka 80 procent aktuella för kurativ behandling. Övriga 20 procent bör erbjudas palliativ onkologisk behandling eller palliativ vård.

Varje år avlider cirka 1 800 personer av koloncancer och 750 personer av rektalcancer. Under perioden 2008–2012 orsakade kolorektalcancer 11 procent av all cancerorsakad död.

Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Ändrade avföringsvanor *som ensamt symtom* bör utredas enligt ordinarie rutiner. Observera dock att ändrade avföringsvanor *i kombination med* anemi eller blod i avföringen ger stark misstanke om tjock- och ändtarmscancer och ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp.

Följande ska föranleda misstanke, enskilt eller tillsammans:

- blod i avföringen
- misstänkt anemi
- ändring av annars stabila avföringsvanor i > 4 veckor utan annan förklaring hos patienter över 50 år.

Där misstanken har väckts ska följande utföras inom 10 kalenderdagar:

- anamnes inklusive IBD och ärftlighet
- rektalpalpation
- rektoskopi
- vid anemi: anemiutredning.

Om rektalpalpation och rektoskopi visar annan blödningskälla ska denna behandlas med uppföljning efter 4 veckor.

Högriskindivider bör särskilt uppmärksammas avseende symtom som ger misstanke om tjock- och ändtarmscancer. Det finns också anledning att vara vaksam för kombinationer av symtom, se nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- synligt blod i avföringen där rektalpalpation och rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla (eller där blödningen kvarstår efter 4 veckor trots adekvat behandling av annan blödningskälla)
- blödningsanemi utan annan uppenbar orsak
- fynd vid rektoskopi eller rektalpalpation som inger misstanke om kolorektalcancer
- fynd vid bild- eller vävnadsdiagnostik eller koloskopi som inger misstanke om kolorektalcancer.

Ändrade avföringsvanor i *kombination med* anemi eller blod i avföringen ger stark misstanke om tjock- och ändtarmscancer och ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp.

Observera att blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med blod i avföringen eller anemi har en bakomliggande kolorektalcancer.

Fekalt Hb har lågt prediktivt värde för kolorektalcancer och ska utredas enligt rutin. Positivt fekalt Hb funnet inom screeningprogram, hos en frisk symtomfri individ, ska utredas enligt rutin men inte enligt standardiserat vårdförlopp.

Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
 - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
 - företagen utredning
 - allmäntillstånd och samsjuklighet (särskilt diabetes)
 - läkemedel (särskilt immunosuppression, antikoagulantia och metformin)
 - läkemedelsöverkänslighet
 - ev. behov av ineliggande laxering inför koloskopi
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer)

Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar 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.

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Utredningsförlopp

Patienter där screening visat kolorektalcancer ska omedelbart bokas för block B, C och D.

Block A	Block B
Koloskopi med biopsi av ev. tumör (krävs ej vid redan utförd DT kolon som otvetydigt visar cancer) Vid rektalcancer: Rektoskopi med värdering av tumör (lokalisering, nivå och fixering) Vid inkonklusiv koloskopi kan DT kolon utföras	DT thorax buk (med iv-kontrast) Vid rektalcancer: Även MRT bäcken plus eventuellt transrektalt ultraljud vid tidig tumör
Block C	Block D
Anamnes och klinisk undersökning, inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet	MDK

Resultat av block A	Åtgärd
Makroskopisk misstanke om cancer	Omedelbart besked om resultat av utredningen. Kontaktsjuksköterska utses. Block B, C och D utförs utan att PAD inväntas.
Ingen makroskopisk misstanke om cancer men PAD visar adenocarcinom	Besked om resultat av utredningen. Kontaktsjuksköterska utses. Patienten kontaktas. Block B, C och D utförs.
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet, eller ingen diagnos	Besked om resultat av utredningen. Kan utföras av inremitterande. Patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning. Därefter avslutas det standardiserade vårdförloppet.
Resultat av block B–D	Åtgärd
Ej fjärrmetastaser	Behandlingsbeslut utan ytterligare tumörutredning
Fjärrmetastaser där kurativ behandling inte är aktuell	Behandlingsbeslut utan ytterligare tumörutredning
Utredningen visar att polypektomi är en tillräcklig åtgärd.	Besked om utredningsresultat till patienten. Därefter avslutas vårdförloppet med kod Ingen ytterligare åtgärd.*
Fjärrmetastaser eller lokalt avancerad sjukdom där kurativ behandling kan vara aktuell	Utökad, individualiserad tumörutredning enligt nationellt vårdprogram följt av ny MDK.

*Höggradig dysplasi ska avslutas med kod VB278 – Misstanke om cancer avskrivs.



Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- radiolog
- patolog
- kolorektalkirurg
- GI-onkolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion
- vid behov lever- och/eller thoraxkirurg.

Klassifikation och beslut om behandling

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

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

Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Sköra patienter ska kunna erbjudas inläggande laxering inför koloskopi.

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska direkt om en cancer upptäcks vid koloskopin.

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 kurator eller annan rehabiliteringskompetens utifrån patientens behov, inklusive bäckenrehabilitering.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före kirurgisk och onkologisk behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

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

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 den lämnade informationen.

KAPITEL 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Från	Till	Tid
Basutredning		
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi, strålbehandling, läkemedelsbehandling eller stent eller stomiuppläggning (behandling, annan)	39 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut, palliativ behandling ("start av första behandling")*	25 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	"Behandlingsbeslut" om att polypektomi var tillräcklig som behandling. Kodas som Ingen ytterligare åtgärd.	25 kalenderdagar
Utökad utredning		
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi, strålbehandling, läkemedelsbehandling eller stent eller stomiuppläggning (behandling, annan)	53 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut, palliativ behandling ("start av första behandling")*	39 kalenderdagar

*Behandlingsbeslutet tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt vid all palliativ behandling, både palliativ tumörspecifik behandling och palliativ symtomlindrande behandling. De symtomlindrande insatserna bör dock inledas redan under utredningen.

Ingående ledtider

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

Från	Till	Tid
Misstanke – beslut om utredning för att bekräfta eller utesluta välgrundad misstanke	Beslut välgrundad misstanke eller ej	10 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A – koloskopi)	10 kalenderdagar
Block A, basutredning	Behandlingsbeslut	14 kalenderdagar*
Block A, utökad utredning	Behandlingsbeslut	28 kalenderdagar*
Behandlingsbeslut	Start av första behandling	14 kalenderdagar
Block A	PAD-svar, px	5 kalenderdagar
Operation	PAD-svar	21 kalenderdagar
Operation	Adjuvant cytostatikabehandling	Så snart patienten är läkt, helst inom 6 veckor och senast inom 8 veckor

*Tiden från block A till behandlingsbeslutet förutsätter att övriga block utförs utan att PAD-svaret från koloskopin inväntas. Det innebär att tiden kan bli längre när PAD-svaret visar cancer som överraskningsfynd.

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 tjock- och ändtarmscancer"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp för kolorektalcancer som fått diagnosen tjock- och ändtarmscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen kolorektalcancer som anmälts till standardiserat vårdförlopp för tjock- och ändtarmscancer

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
Bilddiagnostik inför operation vid nydiagnostiserad kolon- eller rektalcancer	> 90 %
Bedömning vid multidisciplinära konferenser	> 90 %
Fullständigt, strukturerat PAD-svar av vävnadsprov och operationspreparat (opererade med resektion)	> 95 %
Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	100 %
Adjuvant behandling har startat inom 8 veckor	> 80 %
Deltagande i strukturerad behandlingsstudie	> 30 %
Avlidna inom 30 dagar efter operation	Koloncancer, elektivt opererade: < 1 % Rektalcancer: < 1 %
Återfall av cancer i bäckenet inom 3 år efter operation av rektalcancer	< 5 %

KAPITEL 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp

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.

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 annan enhet som är bättre lämpad.

Hantering av återfall (recidiv)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången och de som insjuknar igen efter ett avslutat uppföljnings- eller kontrollprogram. Patienter som får recidiv under pågående uppföljning ska inte inkluderas i SVF, däremot ska detta SVF omfatta nya primärtumörer.

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.

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.

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.

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.

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.

Uppdatering

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

KAPITEL 6

Arbetsgruppens sammansättning

Ingvar Syk, ordförande, adjungerad professor, kirurg, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Lars Agréus, professor em Karolinska institutet, distriktsläkare, Öregrund

Maria Albertsson, professor, onkolog, Universitetssjukhuset Linköping

Dan Asplund, med.dr, kirurg, Sahlgrenska universitetssjukhuset/östra, Göteborg

Lennart Blomqvist, professor, radiolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Joakim Folkesson, docent, kirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Lena Hansson, kontaktsjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro, RCC Uppsala Örebro

Lina Hellman, kirurg, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Fredrik Hopfgarten, patientrepresentant

Rolf Hultcrantz, senior professor, gastroenterolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Pia Jestin, med.dr, kirurg, RCC Uppsala Örebro

Patrick Joost, patolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Bärbel Jung, med.dr, kirurg, Universitetssjukhuset, Linköping, RCC Sydöst

Gudrun Lindmark, adjungerad professor, kirurg, Helsingborgs lasarett/Lunds universitet

Peter Nygren, professor, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Håkan Olsson, kirurg, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Susanne Ottosson, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Andreas Pischel, med.dr, gastroenterolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Birger Pålsson, docent, kirurg, Region Kronoberg, RCC Syd

Katrine Åhlström Riklund, professor, radiolog, Umeå universitet/NUS, Umeå

Annika Sjövall, docent, kirurg, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Stefan Skullman, docent, kirurg, Skaraborgs sjukhus, Skövde, RCC Väst

Kenneth Smedh, professor, kirurg, Västmanlands sjukhus, Västerås

Lena Söderqvist, samordnande kontaktsjuksköterska kolorektalcancer, RCC Stockholm Gotland

Erik Thimansson, med.dr, radiolog, Helsingborgs lasarett, Helsingborg

Niklas Zar, med.dr, kirurg, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se