

Lungcancer

Standardiserat vårdförlopp

2018-05-08 Version: 1.2

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-10-20	Fastställd av SKLs beslutsgrupp
2015-12-21	Uppdatering av texter som är gemensamma i samtliga standardiserade vårdförlopp framtagna under 2015.
2018-05-08	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2018-05-08.

Standardiserat vårdförlopp för lungcancer

Innehållsförteckning

Kapitel 1

Introduktion	4
Förändringar jämfört med tidigare version	4
Om lungcancer	4
Flödesschema för vårdförloppet	6

Kapitel 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp	7
Misstanke	7
Remiss till filterfunktion	7
Filterfunktion	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 understödande vård	10
Kommunikation och delaktighet	11

Kapitel 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	12
Ledtider för nationell uppföljning	12
Ingående ledtider	12
Indikatorer för nationell uppföljning	13
Indikatorer för kvalitet	14

Kapitel 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp	15
Nationellt vårdprogram	15
Inklusion i standardiserat vårdförlopp	15
Hantering av återfall (recidiv)	15
Utredningsförloppet	16
Inklusion i kliniska studier	16
Ledtider	16
Koordinatorsfunktion	16
Samarbete över landstingsgränser	16
Uppdatering	16

Kapitel 6

Arbetsgruppens sammansättning	17
--	-----------

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

Ledtider för nationell uppföljning: ”Ej tumörspecifik behandling” omformulerat till ”palliativ symtomlindrande behandling”.

Hantering av återfall: Nationell standardtext tillagd utan ändringar eller förtydliganden.

Layout, struktur och standardtexter följer 2018 års mall.

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.

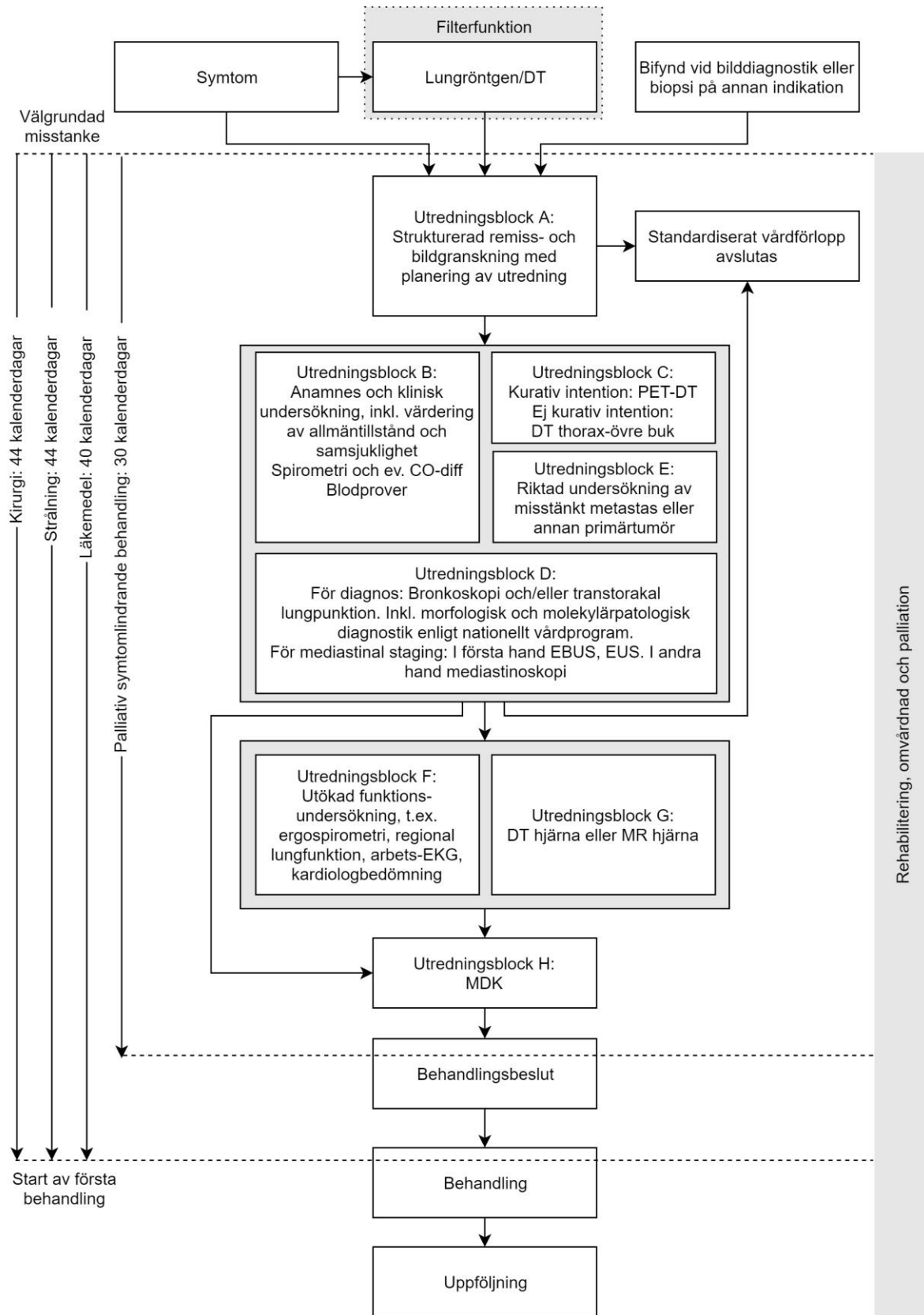
Prognosen vid lungcancer är generellt sämre än vid många andra cancersjukdomar, och lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken, män och kvinnor sammantagna (fler kvinnor dör idag av lungcancer än av bröstcancer, medan något fler män dör av prostatacancer än av lungcancer). Den relativa 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.

Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

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).

Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

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

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.

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
- recurrens pares.



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).

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.

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Utredningsförlopp

Block A	Block 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
Block C	Block D
<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
Block E	Block F
Riktad undersökning, t.ex. annan bilddiagnostik eller punktion av metastas	Utökad funktionsundersökning, t.ex. ergospirometri, regional lungfunktion, arbets-EKG, kardiologbedömning
Block G	Block H
DT hjärna eller MR hjärna	MDK

Resultat av block A	Åtgärd
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.
Resultat av block B, C och D/E	Åtgärd
Kurativ intention kvarstår men spirometri och CO-diff ger inte tillräcklig information om behandlingsrisk	Block F utförs

Forts på nästa sida

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
Efter erforderliga undersökningar	Åtgärd
Tillräckligt underlag finns för behandlingsbeslut	Block H utförs

Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska 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.

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.

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 vid behov kunna förmedla kontakt med kurator eller annan rehabiliteringskompetens utifrån patientens behov, t.ex.

- dietist
- strukturerad rökavvänjning.

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
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel	40 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi eller strålbehandling	44 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, palliativ symtomlindrande*	30 kalenderdagar

Tiderna för tumörspecifik behandling (kirurgi, läkemedelsbehandling och strålbehandling) gäller vid såväl kurativ som palliativ intention.

*När beslut tas om att inte ge tumörspecifik behandling utan enbart palliativ symtomlindrande behandling avslutas det standardiserade vårdförloppet med koden Start av första behandling, palliativ. Behandlingsbeslutet tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt. 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
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

Forts på nästa sida

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

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



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
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

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.



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 nivåstrukturerings.

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

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



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