

Testikelcancer

– inklusive extragonadala germinalcellstumörer

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 testikelcancer

ISBN: 978-91-87587-48-1

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	4
1.1	Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
1.2	Om testikelcancer	4
1.3	Flödesschema för vårdförloppet	5
2.	Ingång till standardiserat vårdförlopp	6
2.1	Misstanke.....	6
2.2	Remiss till filterfunktion (ultraljud)	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	Multidisciplinär konferens (MDK)	9
3.3	Klassifikation och beslut om behandling	9
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård	9
3.5	Kommunikation och delaktighet	9
4.	Behandling	10
5.	Uppföljning.....	10
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	10
6.1	Ledtider för nationell uppföljning.....	10
6.2	Ingående ledtider.....	11
6.3	Indikatorer för nationell uppföljning.....	11
6.4	Indikatorer för kvalitet.....	12
7.	Generellt om standardiserade vårdförlopp	12
7.1	Nationellt vårdprogram	12
7.2	Inklusion i standardiserat vårdförlopp	12
7.3	Utredningsförloppet.....	13
7.4	Inklusion i kliniska studier	13
7.5	Ledtider	13
7.6	Koordinatorsfunktion	13
7.7	Samarbete över landstingsgränser	13
7.8	Uppdatering	13
8.	Arbetsgruppens sammansättning	14

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.

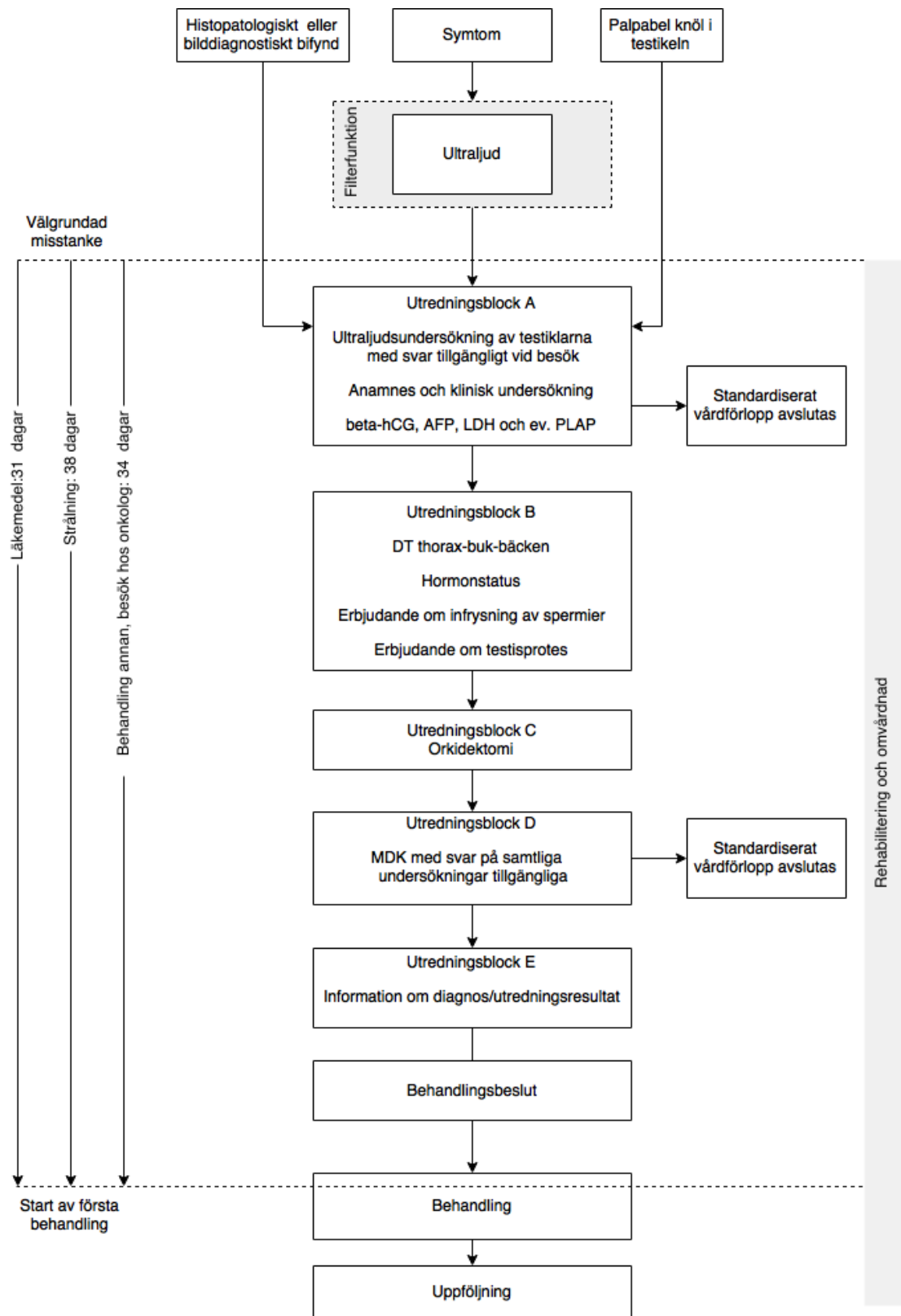
1.2 Om testikelcancer

Det standardiserade vårdförloppet innefattar testikulära, retroperitoneala och mediastinala germinalcellstumörer; alla benämns här som testikelcancer. Följande diagnoskoder omfattas: C62, C38.3, C48.0.

Testikelcancer är en fåtalsdiagnos och utgör en liten del av manlig cancer, cirka 1 procent. Testikelcancer drabbar unga män och är den vanligaste cancersjukdomen hos män 25–40 år, med cirka 340 fall per år i Sverige.

Testikelcancer har en mycket god prognos. Vid spridd sjukdom är femårsöverlevnaden i genomsnitt 95 procent.

1.3 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Misstanke

Följande ska föranleda misstanke:

- palpabel knöl i testikeln (ger omedelbart välgrundad misstanke och ska remitteras till utredning, se kapitel 3)
- förändring av storlek eller konsistens på testikel
- smärta, obehag eller tyngdkänsla i testikel utan annan uppenbar förklaring
- misstänkt bitestikelinflammation där symtomen kvarstår efter tre veckor trots behandling
- nytillkommen bröstkörtelförstoring utan annan uppenbar förklaring.

Vid misstanke ska följande utföras:

- klinisk undersökning med grundlig undersökning av testiklarna
- nytillkommen bröstkörtelförstoring utan annan uppenbar förklaring: beta-hCG (humant choriongonadotropin).

Vid kvarstående misstanke eller oklara fynd ska patienten remitteras till ultraljud (filterfunktion).

Observera: Vid radiologiska eller kliniska tecken på omfattande metastasering eller vid mycket höga tumörmarkörnivåer (AFP (alfa-fetoprotein) och hCG) ska regionansvarig onkolog kontaktas omgående och patienten ska handläggas akut.

2.2 Remiss till filterfunktion (ultraljud)

Remissen ska innehålla följande:

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

2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen utgörs av ultraljudsundersökning av testiklarna.

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- palpabel knöl i testikeln
- testikeltumör påvisad vid bilddiagnostik
- förhöjt AFP som inte förklaras av leversjukdom
- förhöjt beta-hCG
- histopatologiskt fynd talande för germinalcellscancer.

2.5 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
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter till patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

2.6 Kommunikation och delaktighet

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

Vid mottagande av remiss ska patienten bokas för ultraljud (om inte redan utfört) och besök hos urolog.

Observera: Vid radiologiska eller kliniska tecken på omfattande metastasering eller vid mycket höga tumörmarkörnivåer ska regionansvarig onkolog kontaktas omgående och patienten ska handläggas akut.

Block A	Block B	Block C
Ultraljudsundersökning av testiklarna med svar tillgängligt vid besök Anamnes och klinisk undersökning beta-hCG, AFP, LDH och ev. PLAP	DT thorax-buk-bäcken Hormonstatus Erbjudande om infrysning av spermier Erbjudande om testikelprotes	Orkidektomi
Block D	Block E	
MDK med svar på samtliga undersökningar tillgängliga	Information om diagnos/utredningsresultat	

Resultat av block A	Åtgärd
Fortsatt misstanke om testikelcancer	Block B–D utförs
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning
Resultat av block B–D	Åtgärd
Bekräftad testikelcancer	Block E utförs
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:

- onkolog
- patolog
- urolog
- radiolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK. Tumörsjukdomen ska klassificeras och behandlas enligt SWENOTECA:s vårdprogramms riktlinjer.

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 block A.

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 erbjuda alla patienter kontakt med en enhet för psykosocialt stöd samt sexolog, och vid behov förmedla kontakten.

Alla patienter ska få information om hur sjukdomen och behandlingen kan påverka fertiliteten och ska före orkidektomin erbjudas kontakt med en fertilitetsenhet för infrysning av spermier.

Inför orkidektomin ska alla patienter erbjudas testikelprotesinläggning.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

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

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

Vid radiologiska eller kliniska tecken på omfattande metastasering eller vid mycket höga tumörmarkörnivåer ska regionansvarig onkolog kontaktas omgående och patienten ska handläggas akut. Nedanstående ledtider gäller övriga patienter.

Följande ledtider används för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Besök hos onkolog för upprepad stadiindelning, expektans eller information om adjuvant behandling (detta besök kodas som Start av första behandling, annan)	34 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel*	31 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling*	38 kalenderdagar

*Gäller vid spridd sjukdom.

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
Misstanke	Beslut välgrundad misstanke eller ej	5 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A)	5 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block A)	Orkidektomi (block C)	7 kalenderdagar
Orkidektomi (block C)	MDK (block D)	10 kalenderdagar
MDK (block D)	Information om diagnos/utredningsresultat (block E)	1 kalenderdag
Information om diagnos/utredningsresultat (block E)	Besök hos onkolog för upprepad stadieindelning, expektans eller information om adjuvant behandling*	10 kalenderdagar
Information om diagnos/utredningsresultat, spridd sjukdom (block E)	Start av första behandling, läkemedel	7 kalenderdagar
Information om diagnos/utredningsresultat, spridd sjukdom (block E)	Start av första behandling, strålbehandling	14 kalenderdagar

*Detta besök kodas som Start av första behandling, annan.

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 testikelcancer”
Andel patienter av de som anmäls till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen testikelcancer
Andel patienter av de som fått diagnosen testikelcancer som anmäls 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 för primärregistrering	> 95 %
Andel av spermienedfrysningar som skett före orkidektomi	> 60 %
Andel av intermediär och dålig prognosgrupp som behandlas på regionsjukhus	> 90 %
Behandlingsstart inom 10 dagar för intermediär och dålig prognosgrupp som behandlas på regionsjukhus (de svårast sjuka)	> 75 %
Femårsöverlevnad	> 97 %

7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

7.1 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på SWENOTECA:s vårdprogram. 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 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.

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 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

Gabriella Cohn Cedermark, ordförande, docent, onkolog, Karolinska
Universitetssjukhuset, Stockholm

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

Ingrid Glimelius, docent, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Per Gustafsson, kontaktsjuksköterska, Danderyds Sjukhus, Stockholm

Göran Holmberg, med.dr, urolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Ulf Håkansson, urolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Anders Kjellman, med.dr, urolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Per Liss, docent, radiolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Benny Mannola, allmänläkare, Kalix hälsocentral, Kalix

Annica Palmgren, onkologi- och kontaktsjuksköterska, Skånes universitetssjukhus,
Lund

Sven Resare, urolog, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Anna Tolf, patolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Najme Wall, onkolog, Universitetssjukhuset i Linköping