

# Njurcancer

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 njurcancer

ISBN: 978-91-87587-47-4

# Innehållsförteckning

1.	Introduktion .....	4
1.1	Syfte med standardiserade vårdförlopp .....	4
1.2	Om njurcancer .....	4
1.3	Flödesschema för vårdförloppet.....	5
2.	Ingång till standardiserat vårdförlopp.....	6
2.1	Misstanke .....	6
2.2	Filterfunktion .....	6
2.3	Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp .....	6
2.4	Remiss till utredning vid välgrundad misstanke .....	6
2.5	Kommunikation och delaktighet .....	7
3.	Utredning och beslut om behandling .....	7
3.1	Utredningsförlopp.....	7
3.2	Multidisciplinär konferens (MDK) .....	8
3.3	Klassifikation och beslut om behandling .....	8
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård .....	8
3.5	Kommunikation och delaktighet .....	8
4.	Behandling .....	9
5.	Uppföljning .....	9
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp.....	9
6.1	Ledtider för nationell uppföljning .....	9
6.2	Ingående ledtider .....	10
6.3	Indikatorer för nationell uppföljning .....	10
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.....	12
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 njurcancer

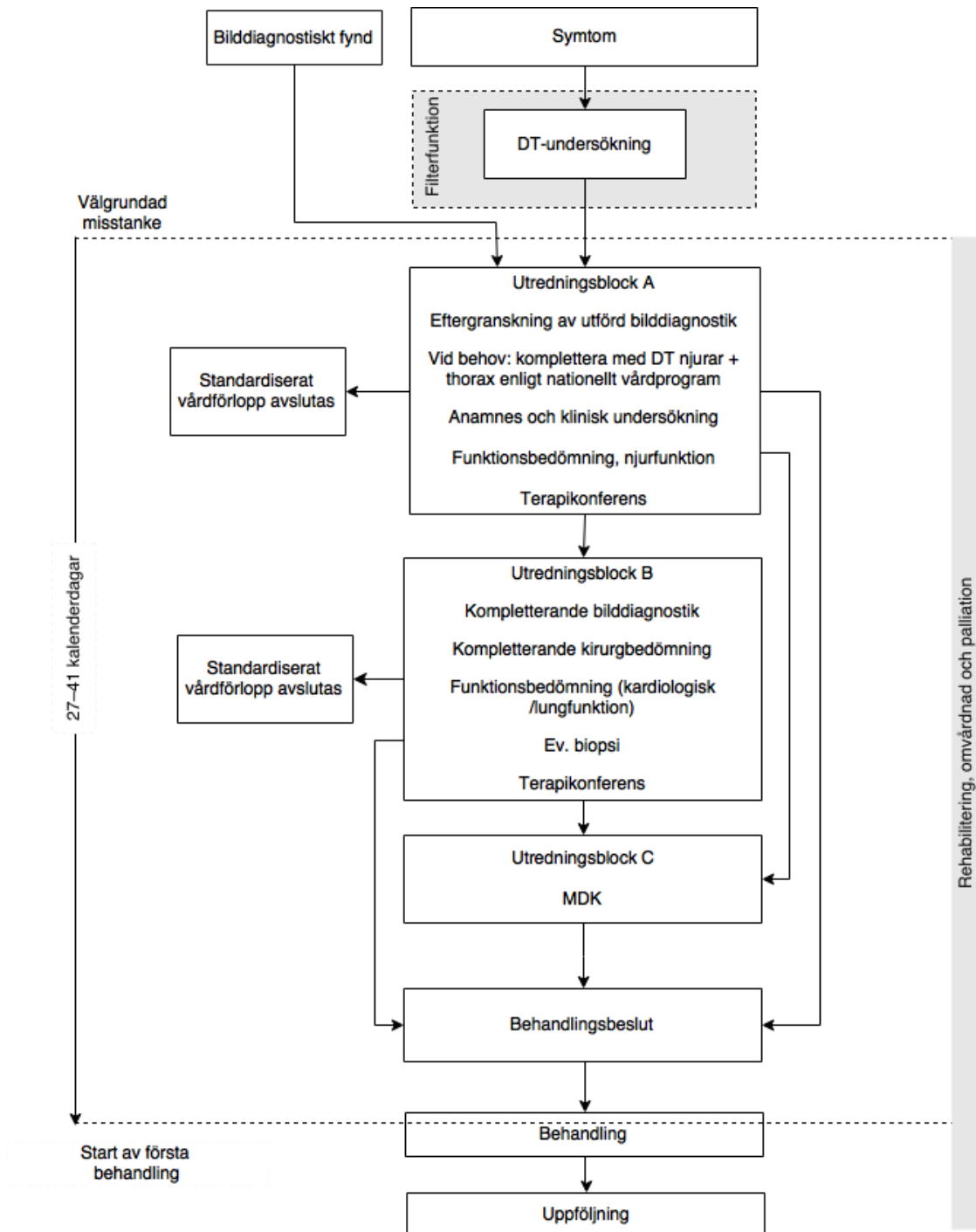
Vårdförloppet omfattar diagnosen njurcancer, C64.9, D410.

Cirka 1 000 personer per år får diagnosen njurcancer. Ytterligare cirka 1 000 personer utreds varje år för misstanke om njurcancer.

Njurcancer är den vanligaste maligna tumören i njurparenkymet och är förenad med en relativt hög dödlighet. Njurcancer är ett samlingsnamn för olika tumörformer med genetiskt skilda förändringar. Incidensen i Sverige har under de senaste två decennierna sjunkit, till skillnad från andra delar av världen där incidensen generellt ökade med cirka 2 procent årligen tills nyligen. Femårsöverlevnaden för njurcancerpatienter i Sverige ökade från drygt 30 till 55 procent från mitten av 60-talet till mitten av 90-talet och ligger idag på cirka 73 procent.

För misstänkta tumörer i njuren krävs alltid en bedömning av tumörutseende, storlek, lokalisation och misstanke om metastaser. I vissa fall behövs kompletterande utredning som exempelvis värdering av tumörtromber i vena cava eller funktionsutredning för att bättre bedöma patientens allmäntillstånd. Patienter med multipel samsjuklighet kan ha större risk av kirurgi eller narkos än risken att utveckla metastaser varför beslut om exspektans också är ett behandlingsbeslut. Tumörbiopsi kan vara en metod att gallra ut benigna tumörer från maligna och minska onödig behandling.

### 1.3 Flödesschema för vårdförloppet



## 2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 2.1 Misstanke

Den vanligaste presentationen av njurcancer är ett incidentellt bilddiagnostiskt fynd vid utredning av annan anledning än misstanke om njurcancer, antingen i primärvården eller i slutenvården på sjukhus. Välgrundad misstanke föreligger vid klart fynd talande för njurcancer.

För bedömning av vad som är ett klart fynd talande för njurcancer, se vägledning i nationella vårdprogrammet.

Följande symtom ska föranleda misstanke:

- makroskopisk hematuri utan annan verifierad diagnos (kan vara välgrundad misstanke i standardiserat vårdförlopp för urinblåse- och urinvägscancer)
- palpabel resistens i flanken
- smärta i flanken
- nydebuterat varicocele som inte tömmer sig i liggande.

Vid misstanke ska patienten remitteras till filterfunktion enligt nedan.

### 2.2 Filterfunktion

Vid symtom utgörs filterfunktionen av i första hand en DT-undersökning, utan och med kontrastmedel. Vid reducerad njurfunktion kan MRT eller ultraljud med kontrast vara alternativ.

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett bilddiagnostiskt fynd talande för njurcancer.

### 2.4 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

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

## 2.5 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

Block A	Block B	Block C
Eftergranskning av utförd bilddiagnostik Vid behov: komplettera med DT njurar och thorax enligt nationellt vårdprogram Anamnes och klinisk undersökning Ev. funktionsbedömning: njurfunktion Terapikonferens	Kompletterande bilddiagnostik Kompletterande kirurgibedömning Funktionsbedömning: kardiologisk och/eller lungfunktion Ev. biopsi (histologisk diagnos behövs vid läkemedelsbehandling) Terapikonferens	MDK

Resultat av utredningarna i block A	Åtgärd
Misstanke om njurcancer utan spridd tumör och utan behov av utökad undersökning	Behandlingsbeslut enligt vårdprogram
Misstanke om njurcancer utan spridd tumör med behov av utökad undersökning	Block B följt av behandlingsbeslut enligt vårdprogram
Misstanke om eller spridd tumör	Block C, eventuellt block B
Endast palliativ symtomlindrande behandling är aktuell	Behandlingsbeslut kan fattas utan ytterligare utredning
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)

Av vårdprogrammet framgår vilka patienter som ska diskuteras på MDK.

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

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

## 3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid terapikonferens (radiolog och urolog) för patienter med lokaliserad sjukdom. För patienter med avancerad sjukdom fattas behandlingsrekommendation vid 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 block A.

Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning vilket bland annat innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar. Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med en 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 bland annat 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.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Basutredning	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	27 kalenderdagar
Utökad utredning*	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	41 kalenderdagar
Icke tumörspecifik, palliativ, symtomlindrande behandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling/kliniskt behandlingsbeslut	Senast i samband med ovanstående tider

\*Utökad utredning omfattar block B.

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

Start av första behandling kan innebära läkemedelsbehandling, strålbehandling, kirurgi, symtomlindrande behandling eller beslut om exspektans.

## 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 bilddiagnostik, vid misstanke	Remissankomst bilddiagnostik (filterfunktion)	1 kalenderdag
Remissankomst bilddiagnostik (filterfunktion)	Svar till remittenten	14 kalenderdagar
Svar till remittenten	Information till patienten samt beslut välgrundad misstanke	6 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen i specialiserad vård	3 kalenderdagar
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A)	10 kalenderdagar
Basutredning: Första besök i specialiserad vård (block A) eller Utökad utredning*: Första besök i specialiserad vård (block A)	Start av första behandling	14 kalenderdagar 28 kalenderdagar
Operation	PAD-svar till patienten	14 kalenderdagar

\*Utökad utredning omfattar block B.

## 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 njurcancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen njurcancer
Andel patienter av de som fått diagnosen njurcancer 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 för primärregistreringen	≥ 99 procent
CT-thorax används för adekvat stadieindelning (ersätter lungröntgen) vid primärutredning	> 90 procent av fallen
Patienter med små njurtumörer ( $\leq 4$ cm) opereras med nefronsparande teknik	> 80 procent av patienterna
Patienter med T2-tumörer opereras med laparoskopisk teknik	> 50 procent av patienterna
Patienter opereras på sjukhus med mer än 25 njurcanceroperationer per år	> 90 procent av patienterna
Patienter med metastaserad njurcancer som behandlas med målriktade läkemedel ingår i studie eller redovisas i kvalitetsregistret	> 50 procent av patienterna
Njurcancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska	100 procent av patienterna

## 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. 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

Börje Ljungberg, ordförande, professor, urolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
Britt-Inger Dahlin, kontaktsjuksköterska, urolog, Norrlands universitetssjukhus,  
Umeå

Peter Elfving, med.dr, urolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Ulrika Harmenberg, docent, onkolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Mikael Hellström, professor, radiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Annika Håkansson, docent, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund/Malmö

Tomasz Jakubczyk, med.dr, urolog, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Jörgen Jehander, patientföreträdare, ordförande njurcancerföreningen

Åsa Jellvert, onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Per Lindblad, universitetslektor, urolog, Institutionen för medicinska vetenskaper,  
Universitetssjukhuset, Örebro

AnnCharlotte Ljunggren, kontaktsjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Eva Lundgren, kontaktsjuksköterska, urolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,  
Göteborg

Jenny Lundin, kontaktsjuksköterska, urolog, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Stockholm

Sven Lundstam, docent, urolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Karina Malm-Willadsen, ST-läkare allmänmedicin, Kallhälls Nya Vårdcentral,  
Stockholm

Ann-Helen Scherman Plogell, urolog, Södersjukhuset, Stockholm

Marcus Thomasson, med.dr, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå