

## Remissrunda – Standardiserat vårdförlopp (SVF) för testikelcancer

Standardiserat vårdförlopp för testikelcancer har reviderats. Vi emotser tacksamt synpunkter på innehållet.

Remissvaren lämnas via [webbenkäten som hittas här](#).

Skicka remissvaret senast **2025-02-14**, sedan stängs enkäten.

Om ni vill lämna ett samlat remissvar för en organisation kan ni använda det stöddokument som finns i anslutning till enkäten för att sammanställa synpunkterna innan ni lämnar in svaret via enkäten.

Vid frågor, kontakta [helena.brandstrom@skr.se](mailto:helena.brandstrom@skr.se).

Syftet med remissrundan är följande

1. Att ge profession och patienter tillfälle att kommentera och ge synpunkter på utredningsförlopp samt tidsgränser från välgrundad misstanke till beslut om behandling. Ge gärna konkreta förslag på ändringar och tillägg.
2. Att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna i vårdprogrammet och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom SVF.

Den bilagda nationella konsekvensbeskrivningen ger en översiktlig bild av vilka konsekvenser arbetsgruppen bedömer att SVF kan medföra.

På arbetsgruppens vägnar,

Gabriella Cohn Cedermark

Ordförande, SVF testikelcancer

## Nationell konsekvensbeskrivning – Standardiserat vårdförlopp testikelcancer

Datum: 2024-10-23

Detta är en nationell konsekvensbeskrivning av det standardiserade vårdförloppet. Den kan användas som underlag för regionala konsekvensbeskrivningar i samband med remissrundan.

### Incidens och prevalens

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.

### Antal patienter aktuella för behandling och uppföljning

Testikelcancer har en mycket god prognos och drabbar ca 340 män om året. Vid spridd sjukdom är femårsöverlevnaden i genomsnitt 95 procent.

### Huvudsakliga förändringar

Ett antal förtydliganden har gjorts i vårdförloppsbeskrivningen, bl.a. har filterfunktionen med ultraljud tagits bort. Därför har tiden för ultraljudsundersökningen lyfts in i utredningsprocessen för SVF, vilket medfört en förlängd tid för SVF med 5 dagar. Ultraljud har dock även tidigare ingått i processen i de fall knöler i testikeln varit orsak till välgrundad misstanke. Övriga kriterier (förhöjt AFP som inte förklaras av leversjukdom samt förhöjt beta-hCG) förmodas vara ovanligare orsaker till start av SVF.

### Förändringar av verksamhet och organisation

Ingen förändring.

### Centralisering och decentralisering

Ingen förändring.

### Ökade kostnader

Ingen förändring.

### Resurs- och kostnadsbesparande åtgärder

Ingen förändring.

### Etiska aspekter

Ingen förändring.

# Testikelcancer

– inklusive extragonadala germinalcellstumörer

Standardiserat vårdförlopp

2024-11-15 Version: 3.0, Remissversion

Remissversion



# Innehållsförteckning

## Kapitel 1

<b>Introduktion</b> .....	<b>3</b>
---------------------------	----------

Förändringar jämfört med tidigare version.....	4
--	---

## Kapitel 2

<b>Ingång till standardiserat vårdförlopp</b> .....	<b>5</b>
---	----------

Misstanke .....	5
-----------------	---

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp .....	5
---	---

Remiss för utredning vid välgrundad misstanke .....	6
---	---

Hantering av återfall (recidiv) .....	6
---------------------------------------	---

## Kapitel 3

<b>Utredning och beslut om behandling</b> .....	<b>7</b>
---	----------

Flödesschema för vårdförloppet.....	7
-------------------------------------	---

Utredningsförlopp .....	8
-------------------------	---

Beslut om behandling .....	9
----------------------------	---

## Kapitel 4

<b>Uppföljning av standardiserat vårdförlopp</b> .....	<b>10</b>
--	-----------

Ledtider för nationell uppföljning .....	10
--	----

Beräkning av ledtider .....	11
-----------------------------	----

Övrig uppföljning.....	11
------------------------	----

## Kapitel 5

<b>Arbetsgruppens sammansättning</b> .....	<b>12</b>
--	-----------

## Bilaga 1

<b>Kodningsvägledning</b> .....	<b>13</b>
---------------------------------	-----------

Obligatorisk kod: Start av SVF .....	13
--------------------------------------	----

Obligatorisk kod vid överflyttning mellan regioner .....	13
--	----

Frivillig kod under utredning .....	14
-------------------------------------	----

Obligatorisk kod för avslut.....	14
----------------------------------	----

Frivilliga koder för lokal uppföljning .....	16
--	----

Förändringar i kodningsvägledningen .....	17
---	----

## KAPITEL 1

# Introduktion

Det standardiserade vårdförloppet innefattar testikulära, retroperitoneala och mediastinala germinalcellstumörer; alla benämns här som testikelcancer.

Följande diagnoskoder omfattas: C62, C38.3, C48.0.

Syftet med standardiserade vårdförlopp (SVF) 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 hur många dagar som krävs för att genomföra ingående utredningar fram till start av behandling, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Respektive region ansvarar för att organisation och resurser möjliggör genomförandet. Vårdförloppet bygger på det nationella vårdprogrammet för diagnosen och de nationella vårdprogrammen för cancerrehabilitering och palliativ vård samt i relevanta fall bäckencancerrehabilitering. Se även vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor. Vårdprogramgruppen ansvarar för att se över vårdprogrammet och vårdförloppet årligen.

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

## Förändringar jämfört med tidigare version

Datum	Beskrivning av förändring
2016-10-24	Version 1.0 fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2016-12-14	Version 1.1: Små ändringar i samband med korrekturläsning
2019-06-10	Version 2.0 fastställd av RCC i samverkan
2023-08-10	Tillägg av koder i flödesschemat.

### 2024-11-15, remissversion

Ändrad eller ny text är gulmarkerad i dokumentet.

Förändringar:

- Filterfunktionen (ultraljudsundersökning av testiklarna) är borttagen och i stället inlagd som första steg i utredningen, block A.
- Den totala ledtiden är förlängd med 5 dagar eftersom tiden för ultraljud har lyfts in i utredningsprocessen.

Förutom ovanstående förändringar har dokumentet även en ändrad struktur, samma som för alla vårdförlopp:

- Förenklade texter: Kapitlet Generellt om standardiserade vårdförlopp är borttagen. Generiska texter nedkortade och kontaktsjuksköterska har lyfts in i utredningsblocken med länk till nationell uppdragsbeskrivning.
- Avsnitt om t.ex. MDK, klassifikation och kvalitetsindikatorer är borttagna för att undvika upprepning av information som finns i vårdprogrammen.
- Diagnosspecifik remissinformation: Generiskt remissinnehåll borttaget för att fokusera på det som är diagnosspecifikt.

### 2023-08-10

Tillägg av koder i flödesschemat.

### 2019-06-10

- Ändrad definition av ”Start av behandling, annan: ”Besök hos onkolog” ändrat till ”Kontakt med onkolog”.
- Arbetsgruppen uppdaterad.
- Layout och standardtexter uppdaterat till 2019 års mall. Flödesschemat uppdaterat med ovanstående ändring.

## KAPITEL 2

# Ingång till standardiserat vårdförlopp

## Misstanke

Följande ska föranleda misstanke:

- palpabel knöl i testikeln (ger omedelbart välgrundad misstanke och ska remitteras till utredning)
- 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 bör följande utföras:

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

**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.

## 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 bildiagnostik
- förhöjt AFP som inte förklaras av leversjukdom
- förhöjt beta-hCG

- histopatologiskt fynd talande för germinalcellscancer.

## Remiss för utredning vid välgrundad misstanke

Innan SVF-remiss skickas beakta att patienten önskar, har nytta av och klarar av utredningen. Beslutet ska fattas i samråd med patienten och eventuellt närstående om patienten önskar det.

Remissen ska innehålla kontaktuppgifter (telefonnummer) till patienten och inremitterande för att möjliggöra snabb kontakt.

Den som remitterar till utredning ska informera patienten om att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer och att utredningen sker enligt standardiserat vårdförlopp.

## Hantering av återfall (recidiv)

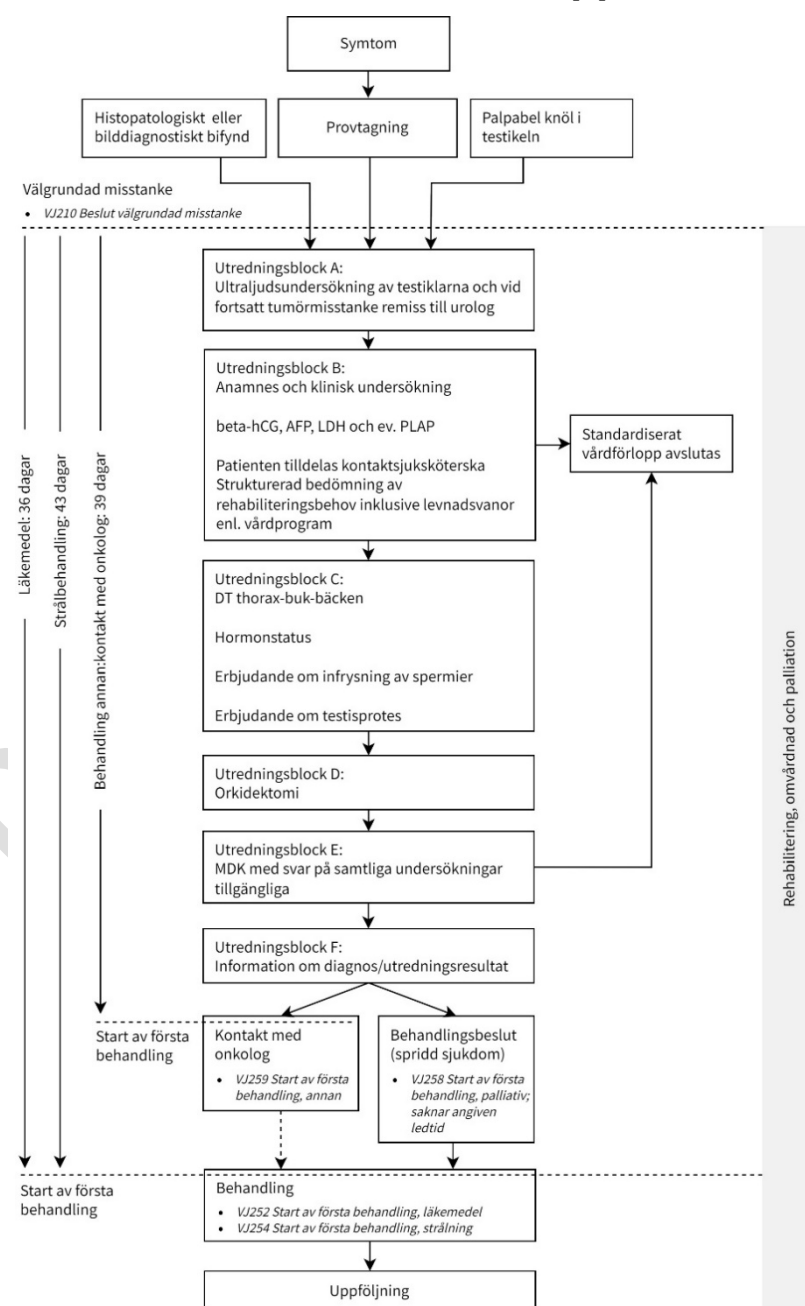
Patienter som behandlats för testikelcancer och får återfall (recidiv) under pågående uppföljning ska utredas utanför SVF. Däremot ska ett nytt SVF startas för de patienter som får återfall efter avslutad uppföljning.



## KAPITEL 3

# Utredning och beslut om behandling

## Flödesschema för vårdförloppet



## 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.

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns, även om det påverkar utredningen eller ledtiderna.

Utredningen ska planeras i samråd med patienten och närstående om patienten önskar det. Uppmärksamma särskilt om patienten har minderåriga barn. 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.

SVF kan avslutas om patienten inte önskar, har nytta av eller klarar av utredning eller potentiell behandling.

Block A	Block B	Block C
Ultraljudsundersökning av testiklarna och vid fortsatt tumörmisstanke remiss till urolog	Anamnes och klinisk undersökning beta-hCG, AFP, LDH och ev. PLAP  Patienten tilldelas <a href="#">kontaktsjuksköterska</a> Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov inklusive levnadsvanor enl. vårdprogram	DT thorax-buk-bäcken Hormonstatus Erbjudande om infrysning av spermier Erbjudande om testikelprotes
Block D	Block E	Block F
Orkidektomi	MDK med svar på samtliga undersökningar tillgängliga	Information om diagnos/utredningsresultat

Resultat av block A	Åtgärd
Fortsatt misstanke om testikelcancer	Block C-E 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 C-E	Åtgärd
Bekräftad testikelcancer	Block F utförs
Diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras ev. till relevant enhet för utredning

## Beslut om behandling

Beslut om behandling ska fattas av den behandlande läkaren i samråd med patienten, och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

## KAPITEL 4

# Uppföljning av standardiserat vårdförlopp

## Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen (SVF) med målet att 80 % av de patienter som utreds i ett SVF ska utredas inom ledtiderna.

Från (start av SVF)	Till (avslut av SVF)	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Kontakt med onkolog för upprepad stadiindelning, expektans eller information om adjuvant behandling (denna kontakt kodas som Start av första behandling, annan)	39 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel*	36 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling*	43 kalenderdagar

\* Gäller vid spridd sjukdom.

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

När en patient ingår i kliniska studier kan ledtiderna påverkas.

Se [kodningsvägledningen](#) för riktlinjer om hur detta ska rapporteras.

## Beräkning av ledtider

Rekommenderade ledtider för de delar av utredningen som ingår i SVF.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Ultraljud av testikel (block A)	5 kalenderdagar
Ultraljud i testikel (block A)	Första besök i specialiserad vård (block B)	5 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block B)	Orkidektomi (block D)	7 kalenderdagar
Orkidektomi (block D)	MDK (block E)	10 kalenderdagar
MDK (block E)	Information om diagnos/utredningsresultat (block F)	1 kalenderdag
Information om diagnos/utredningsresultat (block F)	Kontakt med onkolog för upprepad stadiindelning, exspektans eller information om adjuvant behandling. Kontakten kodas som Start av första behandling, annan	10 kalenderdagar
Information om diagnos/utredningsresultat, spridd sjukdom (block F)	Start av första behandling, läkemedel	7 kalenderdagar
Information om diagnos/utredningsresultat, spridd sjukdom (block F)	Start av första behandling, strålbehandling	14 kalenderdagar

## Övrig uppföljning

Utöver ledtider följs även inklusion i SVF med målet att 70 % av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp.

Patienternas upplevelse följs genom PREM-enkäter. Vårdens kvalitet följs via kvalitetsregister för respektive diagnos.

Statistik redovisas på [cancercentrum.se](http://cancercentrum.se).

## KAPITEL 5

# 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

Anna Grenabo, urolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Annika Hedlund, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Martin Hellström, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

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

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

Per Liss, docent, radiolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Benny Mannola, allmänläkare, Kalix hälsocentral, Kalix

Susanne Olofsson, kontaktsjuksköterska, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Mark Albeek, Specialist i allmänmedicin, Liljeholmens vårdcentral, Stockholm

Axel Gerdtsen, med.dr, urolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Oskar Aspegren, patolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

## BILAGA 1

# Kodningsvägledning

Senast uppdaterad: 2024-11-15. Se beskrivning längst ned.

En diagnosövergripande kodningsvägledning finns på sidan [Mätning och kodning, cancercentrum.se](#).

### Obligatorisk kod: Start av SVF

#### VJ210 – Beslut välgrundad misstanke

Datum då **beslut** fattas om att välgrundad misstanke föreligger, i enlighet med kriterierna i [vårdförloppsbeskrivningen](#).

#### Hantering av recidiv (återfall)

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.

### Obligatorisk kod vid överflyttning mellan regioner

#### VJ291 – Patient mottagen från annan region

Den region som avslutar SVF (vid start av behandling eller av annan orsak) ska rapportera hela vårdförloppet till den nationella väntetidsdatabasen, även när SVF har startats i en annan region.

Regionen ska då rapportera

1. datum för välgrundad misstanke (VJ210)
2. datum för remissmottagande (VJ291) samt vilken region som remitterat patienten
3. datum för avslut (VJ250 till VJ278)
4. patientens folkbokföringslänskod.

När en SVF-patient remitteras till en annan region är det därför viktigt att remissen innehåller information om datum för välgrundad misstanke.

Remitterande region kan använda kod VJ290 för intern uppföljning (frivillig kod).

## Frivillig kod under utredning

### VJ222 – Kirurgisk åtgärd för diagnostik (orkidektomi)

Datum för orkidektomi. Observera att denna kod aldrig används för att avsluta ett vårdförlopp.

## Obligatorisk kod för avslut

Det är obligatoriskt att ange EN avslutskod, antingen för start av behandling eller för avslut av annan orsak.

## Koder när SVF avslutas vid start av behandling

### VJ252 – Start av första behandling, läkemedel

Datum för start av kurativ eller palliativ cancerspecifik läkemedelsbehandling. Används även för kombinerad behandling (radiokemoterapi) som startar med läkemedelsbehandling. Koden används vid spridd sjukdom.

### VJ254 – Start av första behandling, strålning

Datum för start av kurativ eller palliativ strålbehandling. Används även för kombinerad behandling (radiokemoterapi) som startar med strålbehandling. Koden används vid spridd sjukdom.

### VJ258 – Start av första behandling, palliativ

Avser symtomlindrande behandling. Koden används om ingen tumörspecifik behandling ges. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslutet tillsammans med patienten. Själva behandlingen (mot t.ex. illamående, smärta) har ofta startat redan under utredningen.

### VJ259 – Start av första behandling, annan: Kontakt med onkolog för upprepad stadiindelning, exspektans eller information om adjuvant behandling

Datum för kontakt med onkolog för upprepad stadiindelning, exspektans eller information om adjuvant behandling. Koden ska sättas vid *kontakten för ställningstagande till* upprepad stadiindelning etc., inte vid start av åtgärd.



## Koder när SVF avslutas av annan orsak

### VJ270 – Kriterier för välgrundad misstanke ej uppfyllda

Remissgranskning visar att patienten är anmäld till SVF på felaktig grund; ingen utredning startas.

### VJ272 – Annan cancer – utredningen resulterar i annan cancerdiagnos

Utredningen resulterar i att en annan cancerdiagnos ställs. Koden sätts vid datum för det avslutande samtalet. Annat SVF kan startas om sådant finns.

### VJ274 – Andra medicinska skäl

Efter läkarbedömning, när annan allvarlig sjukdom eller andra omständigheter behöver behandlas eller åtgärdas först och som *avsevärt* (> 3 veckor) förlänger ledtiden. Kan t.ex. användas

- vid annan samtidig cancer, stroke, akut hjärtinfarkt, svår demens, allvarligt missbruk eller liknande
- när patienten inkluderas i klinisk studie om det förväntas förlänga ledtiden *avsevärt* (> 3 veckor)
- när patienten avlider innan start av behandling. Detta gäller oavsett var i vårdförloppet man är.

### VJ276 – Patientens val

Patienten tackar aktivt nej till erbjuden tid eller uteblir vid flera tillfällen vilket *avsevärt* (> 3 veckor) förlänger ledtiden. Används även om patienten tackar aktivt nej till att utredas eller behandlas enligt ett standardiserat vårdförlopp liksom om patienten väljer att behandlas utomlands. När en patient enbart begär ett senare datum för utredning eller behandling ska koden inte användas (eftersom det standardiserade vårdförloppet inte ska avslutas). Se i stället riktlinjer för avvikeleregistrering vid rapportering av standardiserat vårdförlopp. Du hittar dokumentet ”Riktlinjer för avvikeleregistrering vid rapportering av SVF” på [cancercentrum.se](http://cancercentrum.se), under rubriken ”Mer information” på sidan [Mätning och kodning](#).

### VJ278 – Misstanke om cancer avskrivs

Utredningen resulterar i att en annan diagnos än cancer ställs, eller att ingen diagnos ställs och fortsatt handläggning sker utanför SVF.

## Frivilliga koder för lokal uppföljning

Koderna kan rapporteras till väntetidsdatabasen men följs inte på nationell nivå.

### **VJ205 – Remissbeslut vid misstanke**

Datum för beslut om att skicka remiss (vårdbegäran) för bedömning av om välgrundad misstanke föreligger. Används i de SVF som har en filterfunktion.

### **VJ215 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss mottagen i specialiserad vård**

Datum då remiss tas emot.

### **VJ220 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss bedömd av koordinator/läkare i specialiserad vård**

Datum då remiss är bedömd.

### **VJ222 – Kirurgisk åtgärd för diagnostik (orkidektomi)**

Datum för orkidektomi. Observera att denna kod aldrig används för att avsluta ett vårdförlopp.

### **VJ225 – Första besök i specialiserad vård**

Datum för första besök för utredning eller bedömning.

### **VJ235 – Multidisciplinär konferens (MDK)**

Datum för multidisciplinär konferens.

### **VJ240 – Information om diagnos/utredningsresultat**

Datum då patienten informeras om diagnos/utredningsresultat.

### **VJ243 – Behandlingsbeslut efter basutredning**

Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten.

### **VJ290 – Patient överflyttad till annan region**

Datum då patienten remitterats till annan region. Koden ska *inte* rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen (Signe) om patienten även rapporteras in med en avslutskod. Med avslutskod menas kod för start av behandling eller avslut av annan orsak.

## Förändringar i kodningsvägledningen

### 2024-11-15, remissversion

- VJ274 Andra medicinska skäl: inklusion i klinisk studie tillagt som exempel på användning av koden. Samma för alla vårdförlopp.

### 2023-12-14

VJ290 – Patient överflyttad till annan region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

### 2023-08-10

Förtydligat benämningen av kod VJ272 från ”Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos” till ”Annan cancer – utredningen resulterar i *annan* cancerdiagnos”.

Tillägg av kod VJ290 – Patient överflyttad till annan region.

Kompletterat med flödesschema.

### 2023-03-27

Ny förtydligande text för koderna

- VJ272 – Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos
- VJ274 – Andra medicinska skäl
- VJ276 – Patientens val
- VJ278 – Misstanke om cancer avskrivs.

Tillägg av inledande text i avsnittet Frivilliga koder för lokal uppföljning.

### 2022-01-14

VJ274 – Andra medicinska skäl: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

VJ291 – Patient mottagen från annat landsting/region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

### 2019-12-13

Ändrad definition av VJ259 – Start av första behandling, annan: Besök hos onkolog ändrat till Kontakt med onkolog.

**2017-12-15**

Förtydligande av hur recidiv (återfall) ska hanteras. Förtydligande av att endast en avslutskod ska användas. Förtydligande av att kod VJ222 – Kirurgisk åtgärd för diagnostik – finns för diagnosen. Ny layout.

Remissversion

Remissversion



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)