

Äggstockscancer

Standardiserat vårdförlopp

2024-11-05 Version: 1.2

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Introduktion	3
Förändringar jämfört med tidigare version.....	4
Kapitel 2	
Ingång till standardiserat vårdförlopp	5
Misstanke	5
Filterfunktion	5
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	6
Remiss för utredning vid välgrundad misstanke	6
Hantering av återfall (recidiv)	6
Kapitel 3	
Utredning och beslut om behandling	7
Flödesschema för vårdförloppet.....	7
Utredningsförlopp	8
Beslut om behandling	9
Kapitel 4	
Uppföljning av standardiserat vårdförlopp	10
Ledtider för nationell uppföljning	10
Beräkning av ledtider	10
Övrig uppföljning.....	11
Kapitel 5	
Arbetsgruppens sammansättning	12
Bilaga 1	
Kodningsvägledning	13
Obligatorisk kod: Start av SVF.....	13
Obligatorisk kod vid överflyttning mellan regioner	13
Obligatorisk kod för avslut.....	14
Frivilliga koder för lokal uppföljning	15
Förändringar i kodningsvägledningen	16

KAPITEL 1

Introduktion

Vårdförloppet omfattar primär cancer i äggstock, äggledare eller bukhinna men inte mesoteliom.

Vårdförloppet kommer att fånga patienter med äggstockscancer (C56), primär tubarcancer (C57) och primär peritonealcancer (C48.1 och C48.2). Vissa men inte alla patienter med borderlinetumörer (D39.1), cancer pelvis (C76.3) och cancer abdominis (C76.2) kommer också att komma in i förloppet. Även patienter med andra diagnoser kommer att fullfölja vårdförloppet eftersom slutlig diagnos (diagnoskoder) i majoriteten av fallen sätts efter kirurgi (start av första behandling).

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
2015-12-21	Fastställd av SKLs beslutsgrupp
2023-08-10	Tillägg av koder i flödesschemat.
2024-11-05	Uppdatering fastställd av RCC i samverkan

2024-11-05

Strukturella ändringar, samma 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.

KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Följande nytillkomna besvär eller fynd hos kvinnor ska föranleda misstanke:

- bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om cancer med gynekologiskt ursprung
- bäcken- eller bukexpansivitet
- ascites
- pleuravätska utan annan uppenbar orsak
- bäcken- eller buksmärta (frekvent återkommande)
- ökat bukomfång och/eller trycksymtom från buken
- ökade urinrängningar (frekvent återkommande)
- ändrade avföringsmönster utan annan uppenbar orsak
- tidig mättnadskänsla eller aptitförlust utan annan uppenbar orsak
- nydiagnostiserad IBS hos kvinnor över 50 år
- djup ventrombos i nedre extremiteterna utan annan uppenbar orsak.

Vid misstanke ska följande utföras:

- allmän anamnes inkl. gynekologisk anamnes och cancerärflighet
- klinisk status inkl. allmäntillstånd, palpation av ytliga lymfkörtelstationer, bukpalpation, rektalundersökning och auskultation av hjärta och lungor
- kreatinin och tumörmarkör i serum: CA 125 (svaret ska göras tillgängligt för filterfunktionen men inte inväntas innan remiss skickas).

Om misstanken kvarstår ska patienten skickas till filterfunktion.

Filterfunktion

Filterfunktionen utförs av gynekolog. Följande ska utföras:

- gynekologisk bimanuell undersökning
- vaginalt ultraljud
- bedömning av CA 125
- RMI (Risk of Malignancy Index)-beräkning enligt nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- $RMI \geq 200$
- fynd vid vaginalt ultraljud talande för cancer med ursprung i adnex eller peritoneum
- bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om avancerad gynekologisk cancer (t.ex. karcinos, ascites)
- histopatologiskt eller cytologiskt fynd talande för cancer med gynekologiskt ursprung.

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.

Remiss vid välgrundad misstanke om äggstockscancer ska ställas till utredande gynekologisk enhet/kvinnoklinik eller gynekologiskt tumörkirurgiskt centrum och ska innehålla provsvar med provtagningsdatum för CA 125.

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.

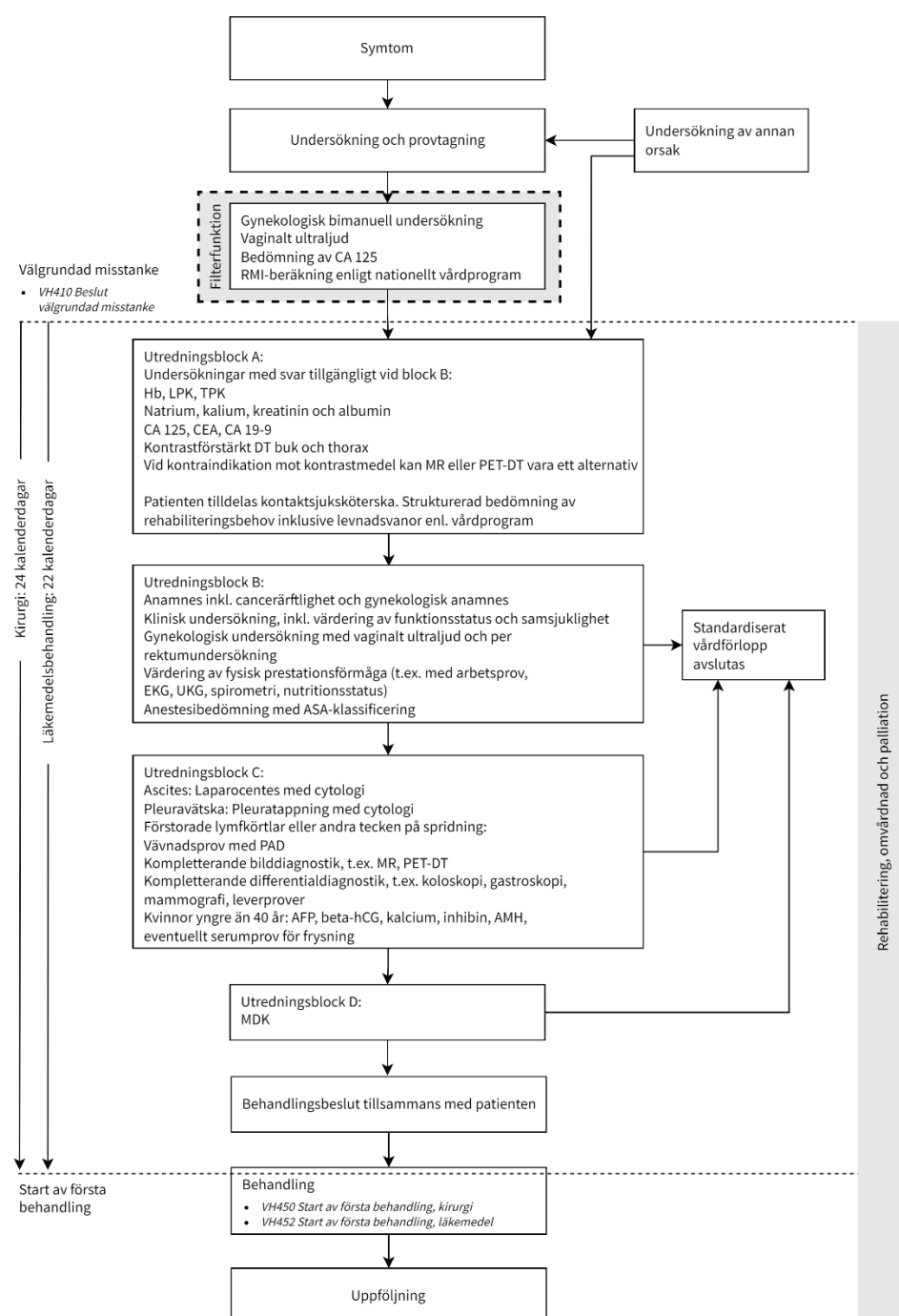
Hantering av återfall (recidiv)

Patienter som behandlats för äggstockscancer 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

Patienten ska bokas på block A, B och D (MDK).

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.

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

Block A	Block B
<p>Undersökningar med svar tillgängligt vid block B:</p> <p>Hb, LPK, TPKNatrium, kalium, kreatinin och albuminCA 125, CEA, CA 19-9</p> <p>Kontrastförstärkt DT buk och thorax.</p> <p>Vid kontraindikation mot kontrastmedel kan MR eller PET-DT vara ett alternativ.</p> <p>Patienten tilldelas kontaktsjuksköterska</p> <p>Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov inklusive levnadsvanor enl. vårdprogram</p>	<p>Anamnes inkl. cancerärlighet och gynekologisk anamnes</p> <p>Klinisk undersökning, inkl. värdering av funktionsstatus och samsjuklighet</p> <p>Gynekologisk undersökning med vaginalt ultraljud och per rektumundersökning</p> <p>Värdering av fysisk prestationsförmåga (t.ex. med arbetsprov, EKG, UKG, spirometri, nutritionsstatus)</p> <p>Anestesibedömning med ASA-klassificering</p>
Block C	Block D
<p>Ascites: Laparocentes med cytologi</p> <p>Pleuravätska: Pleuratappning med cytologi</p> <p>Förstorade lymfkörtlar eller andra tecken på spridning: Vävnadsprov med PAD</p> <p>Kompletterande bilddiagnostik, t.ex. MR, PET-DT</p> <p>Kompletterande differentialdiagnostik, t.ex. koloskopi, gastroskopi, mammografi, leverprover</p> <p>Kvinnor yngre än 40 år: AFP, beta-hCG, kalcium, inhibin, AMH, eventuellt serumprov för frysning</p>	<p>MDK</p>

Resultat av undersökningar	Åtgärd
Fortsatt misstanke om äggstockscancer.	Relevanta delar av block C utförs samt block D (MDK). Därefter behandlingsbeslut med patienten.
Misstanke om annan cancerdiagnos, men misstanken om äggstockscancer kan inte avskrivas	Relevanta delar av block C utförs.
Misstanke om äggstockscancer kan avskrivas.	Besked om resultat av utredningen. Patienten remitteras ev. till annan relevant enhet. Därefter avslutas det standardiserade vårdförloppet.

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.

Kvinnor i fertil ålder ska få information om hur behandlingen kommer att påverka fertiliteten och om det är relevant erbjudas kontakt med en reproduktionsmedicinsk enhet.

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	Start av första behandling, kirurgi	24 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel	22 kalenderdagar

Tiderna för tumörspecifik behandling (kirurgi, läkemedelsbehandling) 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 före start av SVF.

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst (filterfunktion)	3 kalenderdagar
Remissankomst (filterfunktion)	Besök hos gynekolog (filterfunktion)	7 kalenderdagar

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	Block B (första besök i specialiserad vård)	5 kalenderdagar

Från	Till	Tid
Block B	MDK	8 kalenderdagar
MDK	Beslut om behandling	1 kalenderdag
Beslut om behandling	Start av första behandling, kirurgi	9 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, läkemedel (neoadjuvant eller primärt palliativt)	7 kalenderdagar

Rekommenderade ledtider efter avslut av SVF.

Från	Till	Tid
Kirurgi	PAD-svar till remittenten	10 kalenderdagar
Kirurgi	Postoperativ medicinsk onkologisk behandling	21 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.

KAPITEL 5

Arbetsgruppens sammansättning

Vårdprogramgruppen ansvarar för att uppdatera det standardiserade vårdförloppet. Se lista med gruppens medlemmar i [nationellt vårdprogram för äggstockscancer](#).

BILAGA 1

Kodningsvägledning

Senast uppdaterad: 2024-11-05

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

Obligatorisk kod: Start av SVF

VH410 – 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

VH491 – 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 (VH410)
2. datum för remissmottagande (VH491) samt vilken region som remitterat patienten
3. datum för avslut (VH450 till VH478)
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 VH490 för intern uppföljning (frivillig kod).

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

VH450 – Start av första behandling, kirurgi

Datum för start av kurativ eller palliativ kirurgisk behandling.

VH452 – Start av första behandling, läkemedel

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

VH458 – 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.

Koder när SVF avslutas av annan orsak

VH470 – Kriterier för välgrundad misstanke ej uppfyllda

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

VH472 – 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.

VH474 – 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.

VH476 – 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, under rubriken ”Mer information” på sidan [Mätning och kodning](#).

VH478 – 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.

VH405 – 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.

VH415 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss mottagen i specialiserad vård

Datum då remiss tas emot.

VH420 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss bedömd av koordinator/läkare i specialiserad vård

Datum då remiss är bedömd.

VH425 – Första besök i specialiserad vård

Datum för första besök för utredning eller bedömning.

VH435 – Multidisciplinär konferens (MDK)

Datum för multidisciplinär konferens.

VH440 – Information om diagnos/utredningsresultat

Datum då patienten informeras om diagnos/utredningsresultat.

VH443 – Behandlingsbeslut efter basutredning

Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten.

VH490 – 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

2024-11-05

VH474 Andra medicinska skäl: inklusion i klinisk studie tillagt som exempel på användning av koden. Samma för alla vårdförlopp.

2023-12-14

VH490 – Patient överflyttad till annan region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

2023-08-10

Förtydligt benämningen av kod VH472 från ”Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos” till ”Annan cancer – utredningen resulterar i *annan* cancerdiagnos”.

Tillägg av kod VH490 – Patient överflyttad till annan region.

Kompletterat med flödesschema.

2023-03-27

Ny förtydligande text för koderna

- VH472 – Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos
- VH474 – Andra medicinska skäl
- VH476 – Patientens val
- VH478 – Misstanke om cancer avskrivs.

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

2022-01-14

VH474 – Andra medicinska skäl: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

VH491 – Patient mottagen från annat landsting/region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

2017-12-15

Förtydligande av hur recidiv (återfall) ska hanteras. Förtydligande av att endast en avslutskod ska användas. Ny layout



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