



## Livmoderkroppscancer/endometriecancer, standardiserat vårdförlopp inom Region Örebro län

1. [Introduktion](#)
2. [Ingång till standardiserat vårdförlopp](#)
3. [Utredning och beslut om behandling](#)
4. [Behandling](#)
5. [Uppföljning](#)
6. [Indikatorer för uppföljning av standardiserade vårdförlopp](#)
7. [Generellt om standardiserade vårdförlopp](#)

### 1. Introduktion

#### 1.1. Syfte med SVF

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. Patienter kan aktivt avstå från att genomgå ett standardiserat vårdförlopp. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

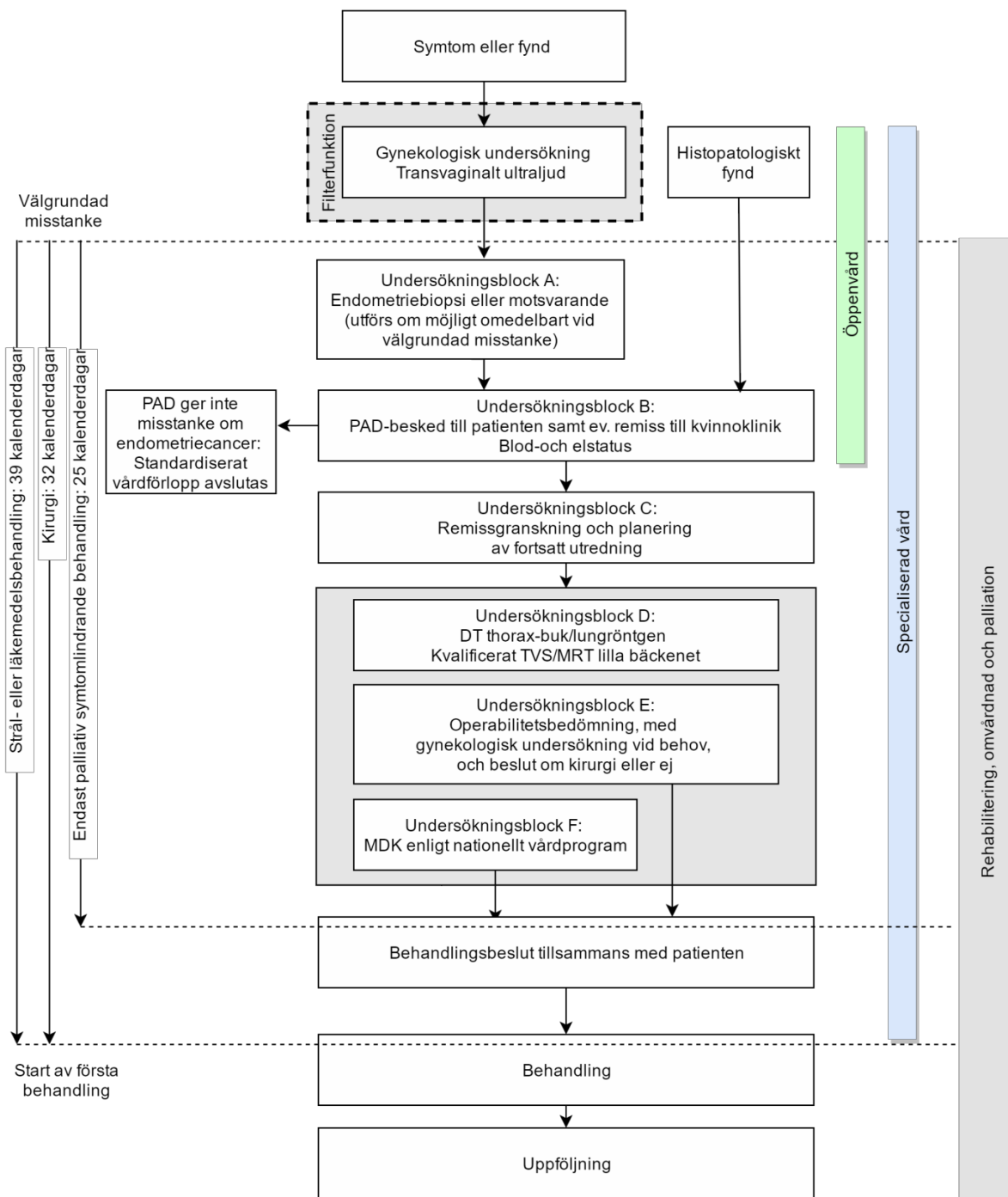
#### 1.2. Om livmoderkroppscancer (endometriecancer)

Det standardiserade vårdförloppet omfattar livmoderkroppscancer (endometriecancer) med diagnoskod C54.9. Diagnoskoden omfattar även sarkom, som inte kommer att omfattas av det standardiserade vårdförloppet eftersom utredning och behandling skiljer sig åt. Sarkomen utgör drygt 3 procent av patientgruppen.

Livmoderkroppscancer är den vanligaste gynekologiska cancersjukdomen i Sverige och den 6:e vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor. Årligen insjuknar drygt 1 300 kvinnor i Sverige, med svagt ökande trend. Medianåldern vid insjuknande är 69 år och mycket få kvinnor drabbas före 50 års ålder. Den relativa femårsöverlevnaden är förhållandevis god, cirka 80 procent.



### 1.3. Flödeschema för vårdförloppet





## 2. Ingång till standardiserat vårdförlopp

### 2.1. Misstanke

Ett eller flera av följande ska föranleda misstanke:

- postmenopausal blödning
- nyttillkomna menorragier/metrorragier hos pre-/perimenopausal kvinna
- pyometra/hematometra
- avvikande flytningar utan annan uppenbar orsak hos peri-/postmenopausal kvinna

Vid misstanke ska patienten remitteras till tumörcenter, KK, USÖ

### 2.2 Remiss till tumörcenter

Remissen märks med ”SVF Livmoderkroppscancer” i diagnosrutan och ska innehålla följande:

- frågeställning: gynekologisk cancer?
- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för misstanke
  - eventuellt företagen utredning
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - Allergi – specifikt rtgkontrast
  - läkemedel (särskilt metformin, trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).
- informera patienten att sjukvården ringer från dolt nummer

### 2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen utförs av gynekolog. Följande ska utföras:

- gynekologisk undersökning
- transvaginalt ultraljud (vid förtjockad slemhinna  $\geq 5$  mm eller omätbar slemhinna ska endometriebiopsi eller motsvarande utföras som en del av utredningen efter välgrundad misstanke, se block A)

Ifall remisser inkommer på jourtid, t ex från kirurgen med bildmaterial som anger välgrundad misstanke om livmoderkroppscancer, ska jourläkare om tid finns undersöka patienten på vanligt sätt. Patienten undersöks av tumörläkare nästkommande dag för bland annat endometriebiopsi och skrivning av supplerande rtgundersökningar.



Tumörläkare ansvarar för att informera koordinator om ev start av SVF, diktat markeras SVF/MDK

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- förtjockad slemhinna  $\geq 5$  mm eller omätbar slemhinna hos postmenopausal kvinna med blödning eller avvikande flytning
- kliniskt eller bilddiagnostiskt fynd tydligt talande för gynekologisk cancer
- histopatologiskt fynd visande endometrie-cancer eller ingivande misstanke om endometrie-cancer (hyperplasi med atypi).

Vid välgrundad misstanke ska utredning omedelbart inledas med endometriebiopsi eller motsvarande (se block A). Vid histopatologiskt fynd inleds utredning enligt block B.

## 2.5 Kommunikation och delaktighet

Vid välgrundad misstanke ska patienten informeras 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 bör vara tillgänglig på telefon för vidare besked
- 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.

**Välgrundad misstanke vart endometriebiopsi tas är start för SVF. Kan endometriebiopsi inte tas startas SVF när fraktionerat abrasio utföras( ska göras inom en vecka från det försök till biopsi är gjord**

KVÅ-kod ska registreras.

Koordinator ansvarar för all KVÅ-kodning under SVF-förloppet. Kontroll x 1/vecka att koder är uppdaterade.



## 1.1 Remittering (numera finns ingen filterfunktion)

Alla patienter med misstanke om gynekologisk cancer remitteras direkt till:

**Center för gynekologisk cancer, Region Örebro Län**  
Kvinnokliniken, USÖ  
Telefon(koordinator): 019 602 2219 Fax: 019-602 1016

### 1: Finns tillgång till elektronisk remiss:

Använd fliken med SVF, medicinsk enhet: **Kvinnokliniken**, markera i rutan med **akut**. Det ska även skrivas i texten på remissen att detta rör sig om SVF endometriacancer. Man behöver inte ringa till koordinator – inbox kontrolleras x 2 dagligen.

### 2: Finns inte tillgång till elektronisk remiss:

Se ovannämnde kontaktuppgifter:

Inremitterande ringer koordinator – 019 602 2219, Remiss faxas till center 019 602 1016

Det är ett önskemål att alla patienter med misstanke om endometriecancer remitteras direkt till center, KK, USÖ för utredning. Innebärande att man tar bort filterfunktioner inom regionen.

Går patienten igenom en endometriebiopsi på annan mottagning bör följande utföras inom ramen för LED-tider och observera att ina rtg remisser ska skrivas. Vid positivt/negativt PAD är det utförande gynekolog som informerar patienten också inom ramen för aktuella LED tider.

## 2.6 Remiss till Kvinnokliniken när PAD visar endometriecancer eller ger misstanke om endometriecancer

### Se ovanstående kontaktmöjligheter

I de fall då block A och B utförts i öppenvård ska remissen till kvinnoklinik innehålla (gärna i form av bifogade journalkopior):



- kopia av PAD-utlåtande
- kopia av eventuellt bilddiagnostiskt utlåtande
- labbsvar
- Allergi – specifikt rtgkontrast.
- anamnes, ange särskilt
  - gynekologisk anamnes, särskilt symtom eller fynd som initierat utredning
  - företagen utredning
  - allmäntillstånd och samsjuklighet
  - längd och vikt
  - rökning
  - tidigare bukoperationer
  - läkemedel (särskilt metformin, trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer)



### 3 Utredning och beslut om behandling

#### 3.1 Utredningsförlopp

Block A och B kan utföras i öppenvård

Block A	Block B	Block C
Endometriebiopsi eller motsvarande	PAD-besked till patienten samt ev. remiss till kvinnoklinik Blod- och elstatus	Remissgranskning och planering av fortsatt utredning
Block D	Block E	Block F
DT thorax-buk/lungröntgen enligt nationellt vårdprogram Kvalificerat TVS/MRT lilla	Operabilitetsbedömning med gynekologisk undersökning vid behov, och beslut om kirurgi eller ej	MDK enligt nationellt vårdprogram

Resultat av block A och B	Åtgärd
PAD visar endometriecancer eller ger misstanke om endometriecancer (hyperplasi med atypi)	Block C, D och E utförs på kvinnoklinik
PAD ger inte misstanke om endometriecancer	Det standardiserade vårdförloppet avslutas. Patienten remitteras ev till relevant enhet för utredning.
Resultat av block C, D och E	Åtgärd
Misstanke om eller bekräftad extrauterin växt eller komplicerande faktorer enligt nationellt vårdprogram	Block F (MDK) utförs och därefter behandlingsbeslut med patienten
Övriga endometriecancerpatienter	Behandlingsbeslut med patienten



### 3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- patolog
- gynekologisk tumörkirurg
- gynekologisk onkolog
- bilddiagnostiker
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion

### 3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK eller av gynekolog och gynecolog tillsammans i block B.

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

Tumören ska klassificeras enligt senaste FIGO-klassifikation (stadium).

Remiss ska skrivas till annat regionalt/nationellt center ifall detta överenskomms på MDK. Vid överflyttning används aktuell KVÅ-kod. SVF avslutas på utredande sjukhus.

Vid behandling på eget cancercenter anges datum för start av första behandling, operation alternativt medicinskbehandling – relevant KVÅ-kod.

Koordinator ansvarar för registrering.

KVÅ-koder för utredningsförlopp på cancercenter finns och ska användas.

Koordinator ansvarar för att dessa koder registreras på relevanta datum.

### 3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska senast i samband med att hon får tid till utredning.

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

- enhet för psykosocialt stöd





- sexologisk kompetens

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 före kurativt syftande behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

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 samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

#### 4 Behandling

Se nationellt vårdprogram för [livmoderkroppscancer, RCC](#).

#### 5 Uppföljning

Se nationellt vårdprogram för [livmoderkroppscancer, RCC](#).

#### 6 Indikatorer för uppföljning av standardiserade vårdförlopp

##### 6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider använd för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Primär kirurgi	Beslut välgrundad	Start av första	32 kalenderdagar
Primär strål- eller läkemedelsbehandling	Beslut välgrundad	Start av första	39 kalenderdagar
Palliativ symtomlindrande behandling när tumörspecifik	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (kodar som start av första behandling)	25 kalenderdagar

\*När beslut tas om att ingen tumörspecifik behandling ska ges avslutas det standardiserade vårdförloppet med koden "Start av första behandling, palliativ". De palliativa insatserna bör dock inledas redan under utredningen.



Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling. Start av första behandling kan innebära kirurgi, läkemedelsbehandling, strålbehandling eller symtomlindrande behandling.

## 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 vid misstanke	Remissankomst	3 kalenderdagar
Remissankomst	Besök tumörcenter eller annan gynekolog	7 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Block B (PAD-besked till patienten)	9 kalenderdagar
Block B (PAD-besked till patienten)	Block C (remissgranskning på kvinnoklinik)	2 kalenderdagar
Block C (remissgranskning på kvinnoklinik)	Behandlingsbeslut med patienten	14 kalenderdagar
Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kirurgi	7 kalenderdagar
Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, strål- eller läkemedelsbehandling	14 kalenderdagar
Kirurgi	PAD-svar till remittenten	10 kalenderdagar

## 6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljning av det standardiserade vårdförloppet:



Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med ”standardiserat vårdförlopp för livmoderkroppscancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen livmoderkroppscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen livmoderkroppscancer 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 i det nationella kvalitetsregistret	Andel anmälda > 95 % inom 2 år
Relativ 5-årsöverlevnad	> 84 % (alla stadier)
Andel PAD bedömd av referenspatolog	> 50 %
Andel patienter som opererats med medverkan av erfaren tumörkirurg	100 % vid endometrie-cancer av prognostisk högrisktyp
Andel patienter som avlidit i behandlingskomplikation	< 3 %
Andel patienter med endometrie-cancer av prognostisk högrisktyp där beslut fattats om pelvin respektive paraaortal lymfkörtelutrymning som också genomgått detta	> 90 % respektive 80 %
Tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska (utvecklingsindikator)	100%

## 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 Utredningsförlopp

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 Koordinatorfunktion

Syftet med koordinatorfunktionen 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. Koordinatorfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorfunktionen 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