

Akut leukemi

Akut myeloisk leukemi (AML)

Akut lymfatisk leukemi (ALL)

Standardiserat vårdförlopp

2024-11-05 Version: 3.2

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Introduktion	3
Förändringar jämfört med tidigare version.....	4
Kapitel 2	
Ingång till standardiserat vårdförlopp	6
Misstanke	6
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	6
Remiss för utredning vid välgrundad misstanke	7
Hantering av återfall (recidiv)	7
Kapitel 3	
Utredning och beslut om behandling	8
Flödesschema för vårdförloppet.....	8
Utredningsförlopp	9
Beslut om behandling	10
Kapitel 4	
Uppföljning av standardiserat vårdförlopp	11
Ledtider för nationell uppföljning	11
Beräkning av ledtider	11
Övrig uppföljning.....	12
Kapitel 5	
Arbetsgruppens sammansättning	13
Bilaga 1	
Kodningsvägledning	15
Val av koder	15
Obligatorisk kod: Start av SVF	15
Obligatorisk kod vid överflyttning mellan regioner	15
Obligatorisk kod för avslut.....	16
Frivilliga koder för lokal uppföljning	17
Förändringar i kodningsvägledningen	18

KAPITEL 1

Introduktion

Det standardiserade vårdförloppet gäller för diagnoserna AML (C92.0, C92.0A, C92.0B, C92.5, C92.6, C92.8), APL (C92.4) och myelosarkom (C92.3) ("lokaliserad AML"), samt ALL (C91.0) och Burkitt-leukemi (C91.8) för alla patienter över 18 år samt patienter 16–18 år som vårdas vid vuxenklirik.

Patienter som kontrolleras vid specialistmottagning p.g.a. myelodysplastiskt syndrom (MDS) eller myeloproliferativa sjukdomar (MPN) och som utvecklar en AML (cirka 15 procent av alla AML) ingår dock inte i det standardiserade vårdförloppet.

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, undantaget patienter 16–18 år som vårdas vid vuxenklirik. I dessa fall ska närmaste barnklirik och/eller barnonkologiska klinik kontaktas redan samma dag för skyndsamt vidare utredning.

Förändringar jämfört med tidigare version

Datum	Beskrivning av förändring
2014-12-17	Slutlig version
2015-12-21	Uppdatering fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2016-06-22	Ny fastställd version, ALL infogad i förloppet
2016-12-14	Små ändringar i samband med korrekturläsning
2018-10-30	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan
2023-08-10	Tillägg av koder i flödesschemat
2024-11-05	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum 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.

2023-08-10

Tillägg av koder i flödesschemat.

Ändringar fastställda 2018-10-30

- Ledtider för nationell uppföljning:
 - Förlängd ledtid från 6 till 9 kalenderdagar p.g.a. att nya behandlingsmöjligheter kräver mer omfattande genetisk diagnostik.
 - Förtydligande av vilka patienter som ska handläggas akut.
 - Förtydligande av vilka behandlingar som kan vara aktuella (hydroxyurea vid AML).
- Hantering av återfall: Nationell standardtext tillagd utan ändringar eller förtydliganden.

- Layout, struktur och standardtexter följer 2018 års mall.

Ändringar fastställda 2016-06-22

- Vårdförloppet har omarbetats för att omfatta såväl ALL som AML. I samband med detta har det också infogats i samma mall som övriga vårdförlopp framtagna under 2016, vilket innebär förändringar i struktur och gemensamma texter. Följande ändringar påverkar vårdförloppet i sak:
- Välgrundad misstanke: Tillägg till ett kriterium för välgrundad misstanke (kursivt): anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni utan annan förklaring.
- Utredningsförlopp:
 - Utredningen gäller vid misstanke om akut leukemi, inte bara vid misstanke om AML.
 - Tillägg till block C i utredningen: Vid ALL dessutom: liquor enligt Nationella riktlinjer för ALL.
 - Tillägg och justering i utredningen när primär palliativ behandling är motiverad: Behandlingsbeslut kan i vissa fall fattas utan block C. Undantag: Vid B-ALL bör riktad analys av BCR/ABL göras inför val av palliativ terapi.
- Multidisciplinär konferens: Förhållandet mellan akut diagnostik, behandlingsbeslut och MDK är förtydligat. Beskrivningen av MDK 2 och 3 från tidigare version är borttagen.
- Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård: Tillägg om när patienten ska få en namngiven kontaktsjuksköterska.

KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Följande fynd utan rimlig förklaring ska föranleda misstanke (ensilt eller tillsammans):

- nyttillkommen trötthet och allmän sjukdomskänsla
- blåmärken eller blödningstendens
- infektioner, med eller utan feber, återkommande eller under lång tid (mer än 2 veckor).

Misstanke ska föranleda snar kontroll av

- blodstatus och differentialräkning av vita blodkroppar
- fysikalisk status, särskilt lymfkörtel- och bukpalpation
- om patienten har blödningssymtom: koagulationsprover.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter)
- anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni utan annan förklaring
- avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus.

Observera: Vid påverkat allmäntillstånd eller alarmerande provsvar ska hematologjour eller motsvarande kontaktas omedelbart för akut bedömning.

Remiss för utredning vid välgrundad misstanke

Den mottagande enheten ska kontaktas per telefon i samband med att välgrundad misstanke uppstår. Vid påverkat allmäntillstånd och alarmerande provsvar ska hematologjour eller motsvarande kontaktas även utanför kontorstid för akut bedömning.

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.

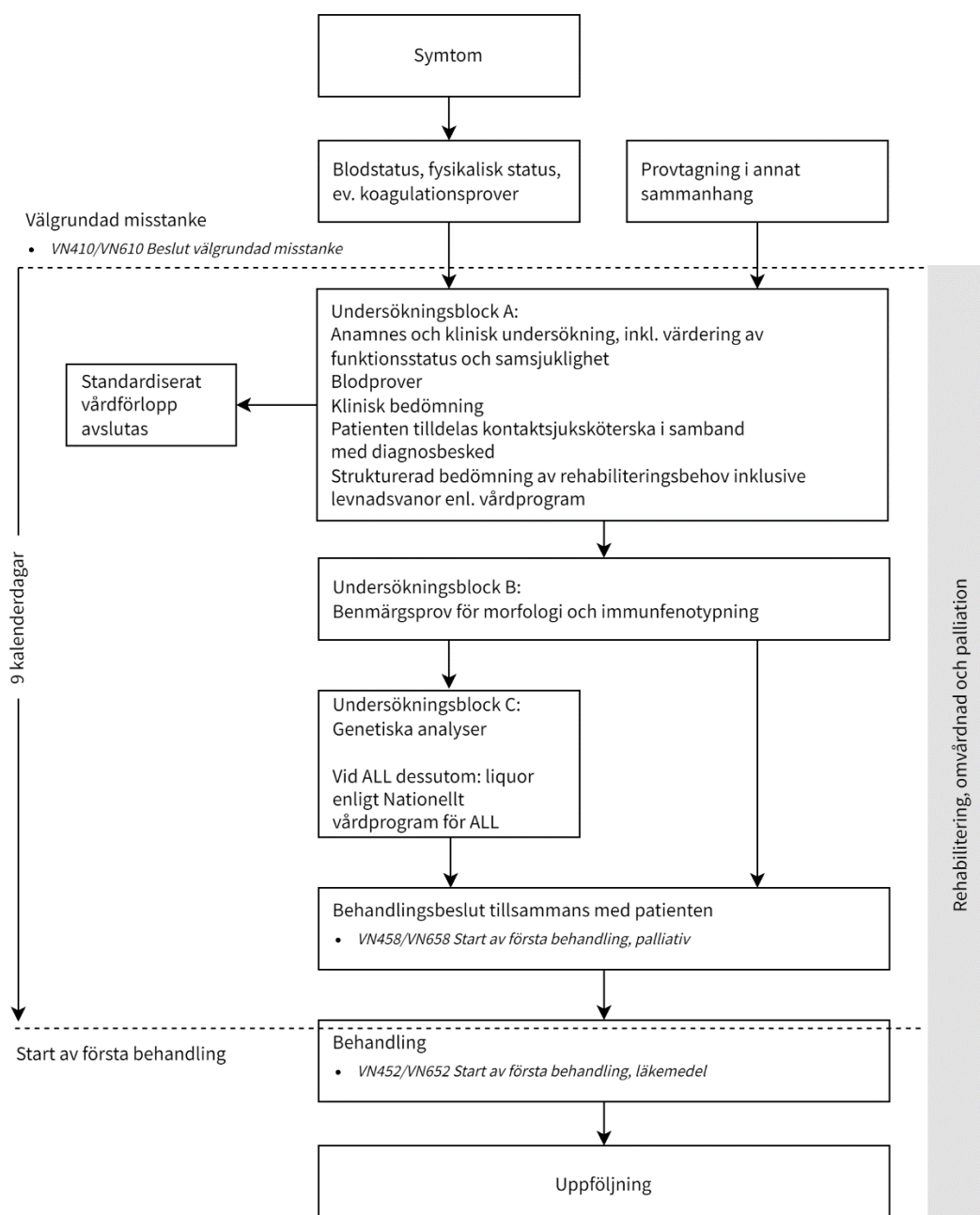
Hantering av återfall (recidiv)

Patienter som behandlats för AML eller ALL 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

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 i reproduktiv ålder ska få information om hur behandlingen kommer att påverka fertiliteten, och vid behov erbjudas kontakt med en fertilitetsenhet för rådgivning och eventuell behandling.

Tandläkarbedömning bör utföras tidigt, om möjligt före behandlingsstarten. Det är viktigt med en dialog mellan tandläkare och hematolog om vad som behöver åtgärdas och när ingreppen bör utföras.

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

Block A (första besök i specialiserad vård)	Block B	Block C
<p>Anamnes och klinisk undersökning, inkl. värdering av funktionsstatus och samsjuklighet</p> <p>Blodprover</p> <p>Klinisk bedömning</p> <p>Patienten tilldelas kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbesked</p> <p>Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov inklusive levnadsvanor enl. vårdprogram</p>	<p>Benmärgsprov för morfologi och immunfenotypning</p>	<p>Genetiska analyser</p> <p>Vid ALL dessutom: liquor* enligt Nationella riktlinjer för ALL</p>

* Exakt tidpunkt bestäms av de nationella riktlinjerna för ALL.

Resultat av block A	Åtgärd
Stark klinisk misstanke om akut leukemi	Block B och C görs direkt
Svag klinisk misstanke om akut leukemi	Resultaten från block B inväntas innan block C utförs

Resultat av block A	Åtgärd
Primär palliativ behandling är motiverad	Behandlingsbeslut kan i vissa fall fattas utan block C Undantag: Vid B-ALL bör riktad analys av BCR/ABL göras inför val av palliativ terapi.
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patientens fortsatta utredning och behandling planeras individuellt

Beslut om behandling

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

På MDK görs final diagnostik och riskstratifiering, som kräver resultat från block C. Detta utgör grund för den fortsatta behandlingens inriktning.

KAPITEL 4

Uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Patienter med påverkat allmäntillstånd, blödningsproblematik eller infektioner och samtidigt hög sannolikhet för akut leukemi ska handläggas omgående. Nedanstående ledtid gäller övriga patienter.

Följande ledtid 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	9 kalenderdagar

Ledtiden gäller såväl kurativ som palliativ behandling.

Som start av första behandling räknas start av leukemispecifik behandling (i regel första cytostatikabehandling inkluderande så kallad förfas-behandling eller högdossteroider vid ALL liksom hydroxyurea i vissa fall av AML).

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	0 kalenderdagar
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block A (patientens första kontakt med hematolog)	3 kalenderdagar
Block A	Start av primär behandling	6 kalenderdagar

Rekommenderade ledtider efter avslut av SVF.

Från	Till	Tid
Block A	Slutgiltig diagnostik och riskbedömning	35 kalenderdagar
CR (komplett remission)	Stamcellstransplantation som led i primär behandling	90 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

Vårdprogramgrupperna för AML och ALL ansvarar för att uppdatera det standardiserade vårdförloppet.

Följande personer deltog i arbetet med uppdateringen 2018:

- Martin Höglund, ordförande AML, docent, hematolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala-Örebro
- Helene Hallböök, ordförande ALL, docent, hematolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Lucia Ahlberg, hematolog, Universitetssjukhuset i Linköping
- Inger Andersson, fil.dr i omvårdnad, sjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Petar Antunovic, hematolog, Universitetssjukhuset i Linköping, RCC Sydöst
- Gisela Barbany, docent, klinisk genetiker, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
- Emma Bergfelt Lennmyr, ST-läkare i hematologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Per Bernell, hematolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
- Mats Brune, docent, hematolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Åsa Derolf, med.dr, hematolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
- Mats Ehinger, docent, patolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
- Marcela Ewing, allmänläkare, onkolog, RCC Väst
- Hege Garelius, hematolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst
- Kerstin Holmberg, patientrepresentant, ordförande i Blodcancerförbundet
- Erik Hulegårdh, hematolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Antonio Izarra, hematolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

- Gunnar Juliusson, professor, hematolog, Skånes universitetssjukhus, Lund, RCC Syd
- Mats G Karlsson, docent, patolog, Universitetssjukhuset Örebro
- Karin Karlsson, hematolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
- Vladimir Lazarevic, med.dr, hematolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
- Sören Lehmann, professor, hematolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala-Örebro
- Andreea Moicean, hematolog, Skaraborgs sjukhus, Skövde
- Kristina Myhr-Eriksson, hematolog, Medicinkliniken, Sunderby sjukhus, Luleå, RCC Norr
- Lars Möllgård, docent, hematolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Beata Tomaszewska-Toporska, hematolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
- Bertil Uggla, med.dr, hematolog, Universitetssjukhuset Örebro
- Anders Wahlin, professor, hematolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
- Lovisa Wennström, med.dr, hematolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Maria Åström, med.dr, hematolog, Universitetssjukhuset Örebro

BILAGA 1

Kodningsvägledning

Senast uppdaterad: 2024-11-05

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

Val av koder

Vårdförloppet omfattar två diagnoser som har olika KVÅ-koder. Det är avslutskoden som styr vilken diagnos som rapporteras till den nationella databasen, oavsett om den andra diagnosens koder har använts lokalt tidigare i förloppet, t.ex. vid välgrundad misstanke.

Akut lymfatisk leukemi (ALL): VN4

Akut myeloisk leukemi (AML): VN6

Obligatorisk kod: Start av SVF

VN410/VN610 – 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

VN491/VN691 – 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 (VN410/VN610)
2. datum för remissmottagande (VN491/VN691) samt vilken region som remitterat patienten
3. datum för avslut (VN450/VN650 till VN478/VN678)
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 VN490/VN690 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 med start av behandling

VN452/VN652 – Start av första behandling, läkemedel

Datum för start av kurativ eller palliativ cancerspecifik läkemedelsbehandling, i regel första cytostatikabehandling inkluderande så kallad förfas-behandling eller högdossteroider vid ALL liksom hydroxyurea i vissa fall av AML.

Används även för kombinerad behandling (radiokemoterapi) som startar med läkemedelsbehandling.

VN458/VN658 – 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

VN470/VN670 – Kriterier för välgrundad misstanke ej uppfyllda

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

VN472/VN672 – 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.

VN474/VN674 – 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.

VN476/VN676 – 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](#).

VN478/VN678 – 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.

VN415/VN615 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss mottagen i specialiserad vård

Datum då remiss tas emot.

VN420/VN620 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss bedömd av koordinator/läkare i specialiserad vård

Datum då remiss är bedömd.

VN425/VN625 – Första besök i specialiserad vård

Datum för första besök för utredning eller bedömning.

VN435/VN635 – Multidisciplinär konferens (MDK)

Datum för multidisciplinär konferens.

VN440/VN640 – Information om diagnos/utredningsresultat

Datum då patienten informeras om diagnos/utredningsresultat.

VN443/VN643 – Behandlingsbeslut efter basutredning

Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten.

VN490/VN690 – 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

VN474/VN674 Andra medicinska skäl: inklusion i klinisk studie tillagt som exempel på användning av koden. Samma för alla vårdförlopp.

2023-12-14

VN490/VN690 – Patient överflyttad till annan region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

2023-08-10

Förtydligat benämningen av kod VN472 från ”Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos” till ”Annan cancer – utredningen resulterar i *annan* cancerdiagnos”.

Tillägg av kod VN490 – Patient överflyttad till annan region.

Kompletterat med flödesschema.

2023-03-27

Ny förtydligande text för koderna

- VN472/VN672 – Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos
- VN474/VN674 – Andra medicinska skäl
- VN476/VN676 – Patientens val
- VN478/VN678 – Misstanke om cancer avskrivs.

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

2022-01-14

VN474/NV674 – Andra medicinska skäl: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

VN491/VN691 – Patient mottagen från annat landsting/region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

2018-12-17

VN452/VN652 – Start av första behandling, läkemedel: Förtydligande av vilka behandlingar som kan vara aktuella.

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