

Maligna lymfom inkl. kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

Standardiserat vårdförlopp

2021-08-31 Version: 3.1

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-10-20	SVF Maligna lymfom fastställd av SKL:s beslutsgrupp.
2015-12-21	Uppdatering av texter som är gemensamma i samtliga standardiserade vårdförlopp framtagna under 2015.
2016-12-14	Uppdatering fastställd i SKL:s beslutsgrupp, se Förändringar jämfört med föregående version.
2018-10-30	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.
2019-11-21	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.
2021-08-31	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2021-08-31.

Standardiserat vårdförlopp för maligna lymfom och kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

Innehållsförteckning

Kapitel 1

Introduktion	4
Förändringar jämfört med tidigare version	4
Om maligna lymfom och KLL.....	5
Flödesschema för vårdförloppet	6

Kapitel 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp	7
Misstanke	7
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp.....	7
Remiss till utredning vid välgrundad misstanke	8
Kommunikation och delaktighet.....	8

Kapitel 3

Utredning och beslut om behandling.....	9
Utredningsförlopp	9
Terapikonferens	10
Beslut om behandling	10
Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård	11
Kommunikation och delaktighet.....	11

Kapitel 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	12
Ledtider för nationell uppföljning	12
Ingående ledtider.....	13
Indikatorer för nationell uppföljning	14
Indikatorer för kvalitet	14

Kapitel 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp.....	15
Nationellt vårdprogram	15
Inklusion i standardiserat vårdförlopp	15
Hantering av återfall (recidiv).....	16
Utredningsförloppet	16
Inklusion i kliniska studier	16
Ledtider	16
Koordinatorsfunktion	16
Samarbete över regiongränser	16
Uppdatering.....	17

Kapitel 6

Arbetsgruppens sammansättning.....	18
---	-----------

KAPITEL 1

Introduktion

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 region för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Förändringar jämfört med tidigare version

Ändringar fastställda 2021-08-31

- Avsnittet Indikatorer för kvalitet: Tabellen avseende kvalitetsindikatorer och målnivåer i vårdprogrammen är uppdaterad.
- Länkar är uppdaterade.

Ändringar fastställda 2019-11-21

- Välgrundad misstanke, kriterium tillagt: M-komponent IgM > 10 g/l.
- Om maligna lymfom och KLL, tillägg: *Vårdförloppet gäller vuxna patienter. Vid misstanke hos personer under 18 år ska barnonkologiklinik kontaktas.* Tidigare inkluderades även personer 16-18 år som vårdas på vuxenklirik.
- Utredningsförlopp:
 - Finnålspunktion och beta-HCG borttaget ur utredningen.
 - Indolenta lymfom avslutas efter PAD-besked med behandlingskod Start av behandling, annan.
 - Block F för KLL kompletteras med IGHV-mutationsstatus
- Indikatorer för uppföljning:
 - Ledtiderna uppdaterade för att harmonisera med näraliggande vårdförlopp.
 - Nytt avslutsalternativ tillagt för indolent lymfom.
- Flödesschemat uppdaterat med ovanstående ändringar.

Ändringar fastställda 2018-10-30

- Om Maligna lymfom och KLL: Justering av vilka ICD-koder som omfattas av vårdförloppet. Indolenta hudlymfom ska inte ingå.
- Hantering av återfall: Nationell standardtext tillagd utan ändringar eller förtydliganden.
- Layout, struktur och standardtexter följer 2018 års mall.

Ändringar fastställda 2016-12-14

Det standardiserade vårdförloppet för lymfom utökades till att även omfatta diagnosen KLL. Detta innebär tillägg om KLL i kapitel 1 samt 4–8. I kapitel 2 och 3 (som beskriver själva vårdförloppet) finns följande förändringar av betydelse:

Misstanke: Tillägg om undantag vid samtidig lymfocytos $> 10 \times 10^9/L$ vid lymfkörtelförstoring inom huvud-halsområdet.

Välgrundad misstanke:

- Brytpunkten för lymfocytos som välgrundad misstanke ändrad från $> 5 \times 10^9/L$ till $> 10 \times 10^9/L$
- Ändrad skrivning vid palpabel mjälte till palpabel mjälte, utan annan förklaring.

Utredningsförlopp:

- Block B, tillägg: Eventuellt kompletterande blodprover enligt nationellt vårdprogram för KLL.
- Block B: Besöket kan ersättas av telefonkontakt vid stark misstanke om icke behandlingskrävande KLL.
- Nytt block (F): Kompletterande provtagning vid behandlingskrävande KLL.
- Tabellen resultat-åtgärd justerad för att inkludera KLL.

Terapikonferens: Tillägg om att patienter med icke behandlingskrävande KLL inte behöver dras på terapikonferens.

Om maligna lymfom och KLL

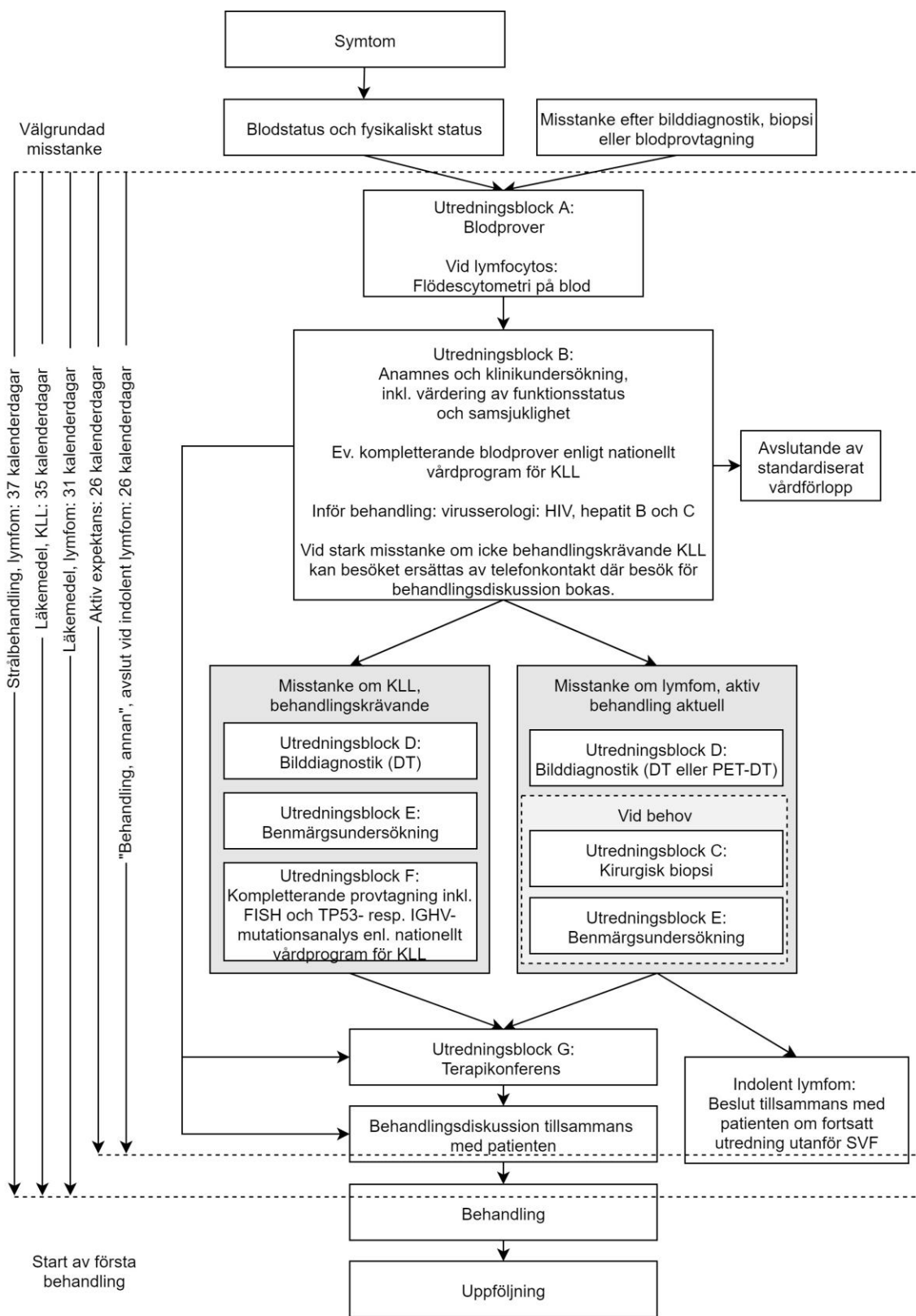
Det standardiserade vårdförloppet gäller vuxna patienter med maligna lymfom och KLL. Vid misstanke om lymfom eller KLL hos barn och ungdomar under 18 år kontaktas närmaste barnonkologiska klinik redan samma dag för skyndsamt vidare utredning.

Indolenta hudlymfom ingår inte. Vårdförloppet innefattar följande koder enligt ICD-10: C81.0–C82.5, 82.7–83.9, 84.4–84.7, 84.9–86.5, 88.0–88.9, samt C91.1, C91.4 och C91.5.

I Sverige diagnostiseras varje år cirka 2 000 vuxna personer med lymfom, vilket motsvarar en incidens av 20 fall per 100 000 invånare och år. Detta innefattar ett 50-tal skilda sjukdomar, med vitt skilda sjukdomspresentationer, förlopp och prognos.

Varje år diagnostiseras cirka 500 personer med KLL. Vid diagnosen är cirka 85 procent av patienterna i ett tidigt och icke behandlingskrävande skede av sjukdomen. Överlevnad är starkt kopplad till ålder, kön och behandlingsbehov. Den relativa femårsöverlevnaden för patienter som fått diagnosen KLL vid en ålder yngre än 65 år är 92 procent. För gruppen 65 år och äldre är den 77 procent.

Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Följande kan föranleda misstanke:

- en eller flera förstorade lymfkörtlar, minst 1,5 cm i största diameter vid klinisk undersökning*
- palpabel mjälte
- feber mer än 38 grader utan annan förklaring, t.ex. infektion
- oavsiktlig viktnedgång
- uttalade nattsvettningar.

* Lymfkörtelförstoring inom huvud-halsområdet ska handläggas inom standardiserat vårdförlopp för huvud-halscancer om inte patienten samtidigt har lymfocytos $> 10 \times 10^9/L$.

Vid klinisk misstanke om lymfom eller KLL, t.ex. vid ovanstående symtom, ska följande kontrolleras:

- blodstatus (hemoglobin, vita blodkroppar med differentialräkning, trombocyter)
- fysikaliskt status, särskilt lymfkörtel- och bukpalpation
- vid förstorade lymfkörtlar: bedömning av om det finns annan förklaring, t.ex. infektion, vaccination, genomgången operation, sår.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- en eller flera förstorade lymfkörtlar, minst 1,5 cm i största diameter vid klinisk undersökning, utan annan förklaring*
- palpabel mjälte, utan annan förklaring
- lymfocytos i differentialräkning ($> 10 \times 10^9/L$)
- M-komponent IgM > 10 g/l
- misstanke om lymfom vid bildiagnostik i samband med annan utredning
- misstanke om lymfom vid biopsi i samband med annan utredning.

* Lymfkörtelförstoring inom huvud-halsområdet ska handläggas inom standardiserat vårdförlopp för huvud-halscancer om inte patienten samtidigt har lymfocytos $> 10 \times 10^9/L$.



Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
 - vad som ligger till grund för välgrundad misstanke och utredningsfynd
 - symtomduration
 - allmäntillstånd och övriga sjukdomar
 - 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).

Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar 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.

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Utredningsförlopp

<p>Block A: Undersökningar med svar tillgängligt vid block B</p> <p>Alla:</p> <p>Blodprover:</p> <ul style="list-style-type: none"> • blodstatus inkl. differentialräkning • leverstatus • PK, APTT • Njurfunktion (kreatinin) • plasma-protein-profil • joniserat kalcium • SR • CRP • LD <p>Vid lymfocytos: Flödescytometri på blod</p>	<p>Block B (första besök i specialiserad vård)</p> <p>Anamnes och klinisk undersökning, inkl. värdering av funktionsstatus och samsjuklighet</p> <p>Eventuellt kompletterande blodprover enligt nationellt vårdprogram för KLL</p> <p>Inför behandling: virusserologi: HIV, hepatit B och C</p> <p>Vid stark misstanke om icke behandlingskrävande KLL kan besöket ersättas av telefonkontakt där besök för behandlingsdiskussion bokas.</p>
	<p>Block C</p> <p>Kirurgisk biopsi i enlighet med nationella vårdprogram</p>
	<p>Block D</p> <p>Bilddiagnostik (för lymfom: DT eller PET-DT, för KLL: DT)</p>
	<p>Block E</p> <p>Benmärgsundersökning</p>
	<p>Block F</p> <p>Kompletterande provtagning inkl. FISH och TP53- resp. IGHV-mutationsanalys enl. nationellt vårdprogram för KLL</p>
	<p>Block G</p> <p>Terapikonferens</p>

Resultat av block A och B	Åtgärd
Stark misstanke om icke behandlingskrävande KLL	Patienten kontaktas för besked om utredningsresultat och bokning av besök för behandlingsbeslut om aktiv exspektans.
Misstanke om behandlingskrävande KLL	Block D, E och F utförs. Därefter block G.
Misstanke om lymfom eller lymfoproliferativ sjukdom (enligt ICD-koder i 1.3) där patienten kan vara aktuell för aktiv behandling	Block D och eventuellt C och E utförs vid behov. Därefter block G.
Misstanke om lymfom eller lymfoproliferativ sjukdom (enligt ICD-koder i 1.3) där patienten inte är aktuell för aktiv behandling	Block G utförs.
Misstanke om indolent lymfom	Block C, D och vid behov E utförs. Därefter beslut tillsammans med patienten om fortsatt utredning och behandling utanför ramen för standardiserat vårdförlopp. Beslutet kodas som Start av behandling, annan.
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet, eller ingen diagnos	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras till relevant enhet för utredning.

Terapikonferens

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid en terapikonferens, undantaget patienter med icke behandlingskrävande KLL, och ska vid behov föregås av diskussion vid en patologkonferens. Terapikonferensen ska även diskutera möjlighet till inklusion i klinisk studie.

Följande funktioner ska medverka vid terapikonferensen:

- onkolog/hematolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

Vid terapikonferensen bör följande uppgifter finnas tillgängliga

- lymfomsubtyp enligt WHO-klassifikationen
- stadium
- prognostiska faktorer
- uppgifter om samsjuklighet och funktionsstatus.

Beslut om behandling

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med de närstående om patienten önskar det. Patienter ska registreras i nationella kvalitetsregistret för lymfom respektive Svenska KLL-registret.

Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med block B.

Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning, vilket bl.a. innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar.

Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med kurator eller annan rehabiliteringskompetens utifrån patientens behov, t.ex.

- psykosocialt stöd
- dietist
- fysioterapeut.

Om tandläkarbedömning behövs bör denna utföras tidigt, om möjligt före behandlingsstart.

Alla patienter i reproduktiv ålder ska få information om hur behandlingen kommer att påverka fertiliteten och till dem där kurativt syftande behandling är aktuell erbjuds kontakt med en fertilitetsenhet för rådgivning så snart det är kliniskt möjligt.

Cancerrehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se de nationella vårdprogrammen för [cancerrehabilitering](#) och [palliativ vård](#).

Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar det. Patienter ska vid behov erbjudas professionell tolk.

Patienten ska informeras i enlighet med [patientlagen \(2014:821\) \(kapitel 3\)](#), vilket bl.a. 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 patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

KAPITEL 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling	37 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel, lymfom	31 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel, KLL	35 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, aktiv exspektans (sammanfaller med behandlingsbeslut)	26 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	"Start av första behandling, annan": Beslut tillsammans med patienten om att fortsätta utredningen utanför SVF när PAD visar indolent lymfom.	26 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling. För det fåtal patienter där enbart symtomlindrande palliativ behandling är aktuell, avslutas vårdförloppet i samband med behandlingsbeslutet.

Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående tider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men regionerna har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under Ledtider för nationell uppföljning, ovan.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block B (första besök i/kontakt med specialiserad vård)	5 kalenderdagar
Block B (exkl. block F – lymfom)	Block G (terapikonferens)	17 kalenderdagar
Block B (inkl. block F – KLL)	Block G (terapikonferens)	21 kalenderdagar
Block G (terapikonferens)	Beslut om behandling	3 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, strålbehandling	10 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, läkemedel	5 kalenderdagar
Remiss till bilddiagnostik	Svar till remittenten	5 kalenderdagar
Remiss för kirurgisk biopsi	Kirurgisk biopsi utförs	7 kalenderdagar
Kirurgisk biopsi utförs	PAD-svar till remittenten	7 kalenderdagar
Remiss till flödescytometri på blod	Svar till remittenten	1 kalenderdag
Remiss till benmärgsundersökning	Svar till remittenten	5 kalenderdagar
Provtagning inkl. FISH och TP53-resp. IGHV-mutationsanalys	Svar till remittenten	21 kalenderdagar

Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med "standardiserat vårdförlopp för maligna lymfom och KLL"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp för maligna lymfom och KLL som fått diagnosen malignt lymfom
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp för maligna lymfom och KLL som fått diagnosen KLL
Andel patienter av de som fått diagnosen malignt lymfom som anmälts till standardiserat vårdförlopp för maligna lymfom och KLL
Andel patienter av de som fått diagnosen KLL som anmälts till standardiserat vårdförlopp för maligna lymfom och KLL

Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp följs och utvärderas genom PREM-enkäter.

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten enligt de nationella vårdprogrammen. Utöver dessa finns det diagnosspecifika indikatorer inlagda i vårdprogrammen.

Indikator	Målvärde
Lymfom	
Andel där kirurgisk biopsi utförts för diagnostik*	≥ 75 %
Andel patienter i kliniska prövningar avseende primärbehandling**	≥ 10 %
Anmälningsblanketter inrapporterade i registret 3 månader efter diagnosdatum	≥ 80 %
Täckningsgrad i Svenska lymfomregistret	≥ 95 %
KLL	
Andel patienter registrerade i INCA inom 3 respektive 12 månader efter diagnos	> 70 % resp. > 95 %
Andel patienter undersökta med avseende på del(17p)/p53-mutation inför primär behandlingsstart	> 90 %
Andel patienter undersökta avseende IGHV-mutationsstatus inför behandlingsstart	> 90 %
Tid från diagnos till beslut om aktiv exspektans 26 dagar respektive till behandlingsstart högst 35 dagar	> 80 %.

*Ej i de nationella vårdprogrammen för hudlymfom och Waldenströms makroglobulinemi.

**Ej i det nationella vårdprogrammet för hudlymfom och uttryckt som ≥ 5 % i de nationella vårdprogrammen för aggressiva B-cellslymfom, mantelcellslymfom och Waldenströms makroglobulinemi.

KAPITEL 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp

Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för patienter över 18 år samt patienter 16–18 år som vårdas vid vuxenklirik. Det bygger på de nationella vårdprogram som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan och riktlinjer från svenska lymfom- och KLL-gruppen. Där finns beskrivningar av och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammen och det standardiserade vårdförloppet.

<http://www.swedishlymphoma.com/vardprogram-och-nationella-riktlinjer>

<http://www.sfhem.se/riktlinjer>

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/>

Se även de nationella vårdprogrammen för [cancerrehabilitering](#) och [palliativ vård](#), för underlag till rekommendationer på dessa områden.

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 region 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 annan enhet som är bättre lämpad.

Hantering av återfall (recidiv)

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.

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.

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.

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.

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.

Samarbete över regiongränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan regioner. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra regioner. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag till nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfri region.

Uppdatering

Arbetsgruppen ser över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdaterar det vid behov.

KAPITEL 6

Arbetsgruppens sammansättning

Mats Jerkeman, ordförande lymfom, professor, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
Rose-Marie Amini, professor, patolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Fredrik Björnwid, patientrepresentant, Blodcancerförbundet, Malmö
Lena Brandefors, hematolog, Sunderby sjukhus, Luleå
Mats Ehinger, docent, patolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
Staffan Ekedahl, allmänläkare, Jönköping
Karin Ekström-Smedby, docent, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Martin Erlanson, med.dr, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Hans Hagberg, docent, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Nevzeta Kuric, hematolog, Länssjukhuset i Halmstad, Halmstad
Ingemar Lagerlöf, hematolog, Universitetssjukhuset i Linköping
Birgitta Lauri, hematolog, Sunderby sjukhus, Luleå
Gunnar Lindblom, radiolog, Universitetssjukhuset i Linköping
Ola Lindén, docent, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
Daniel Molin, docent, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Catharina Lewerin, docent, hematolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Kristina Sonnevi, hematolog, Karolinska universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Thomas Relander, docent, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
Daniel Roth, hematolog, Skånes universitetssjukhus, Lund
Maria Strandberg, ordförande KLL, hematolog, Sundsvalls sjukhus, Sundsvall
Jeanette Thuné, leg. sjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Lund
Mattias Mattsson, hematolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Per-Ola Andersson, professor hematolog, SÄS Borås
Panagiotis Baliakas, med.dr, klinisk genetiker, Akademiska sjukhuset, Uppsala



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