

# Äggstockscancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-12-21	Fastställd av SKLs beslutsgrupp

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2015-12-21.

Standardiserat vårdförlopp för äggstockscancer

ISBN: 978-91-87587-34-4

# Innehållsförteckning

1.	Introduktion .....	4
1.1	Beskrivningens syfte och målgrupp .....	4
1.2	Om äggstockscancer .....	4
1.3	Flödesschema för vårdförloppet .....	5
2.	Ingång till standardiserat vårdförlopp .....	6
2.1	Misstanke.....	6
2.2	Remiss till filterfunktion .....	6
2.3	Filterfunktion .....	7
2.4	Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp .....	7
2.5	Remiss till utredning vid välgrundad misstanke.....	7
2.6	Kommunikation och delaktighet .....	8
3.	Utredning och beslut om behandling .....	9
3.1	Utredningsförlopp.....	9
3.2	Multidisciplinär konferens (MDK) .....	10
3.3	Beslut om behandling .....	10
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård .....	10
3.5	Kommunikation och delaktighet .....	11
4.	Behandling .....	11
5.	Uppföljning.....	11
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp .....	12
7.	Generellt om standardiserade vårdförlopp .....	14
7.1	Nationellt vårdprogram .....	14
7.2	Inklusion i standardiserat vårdförlopp.....	14
7.3	Utredningsförloppet .....	14
7.4	Inklusion i kliniska studier .....	14
7.5	Ledtider .....	15
7.6	Koordinatorsfunktion .....	15
7.7	Samarbete över landstingsgränser .....	15
8.	Arbetsgruppens sammansättning .....	16

# 1. INTRODUKTION

## 1.1 Beskrivningens syfte och målgrupp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet de 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 landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

## 1.2 Om äggstockscancer

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).

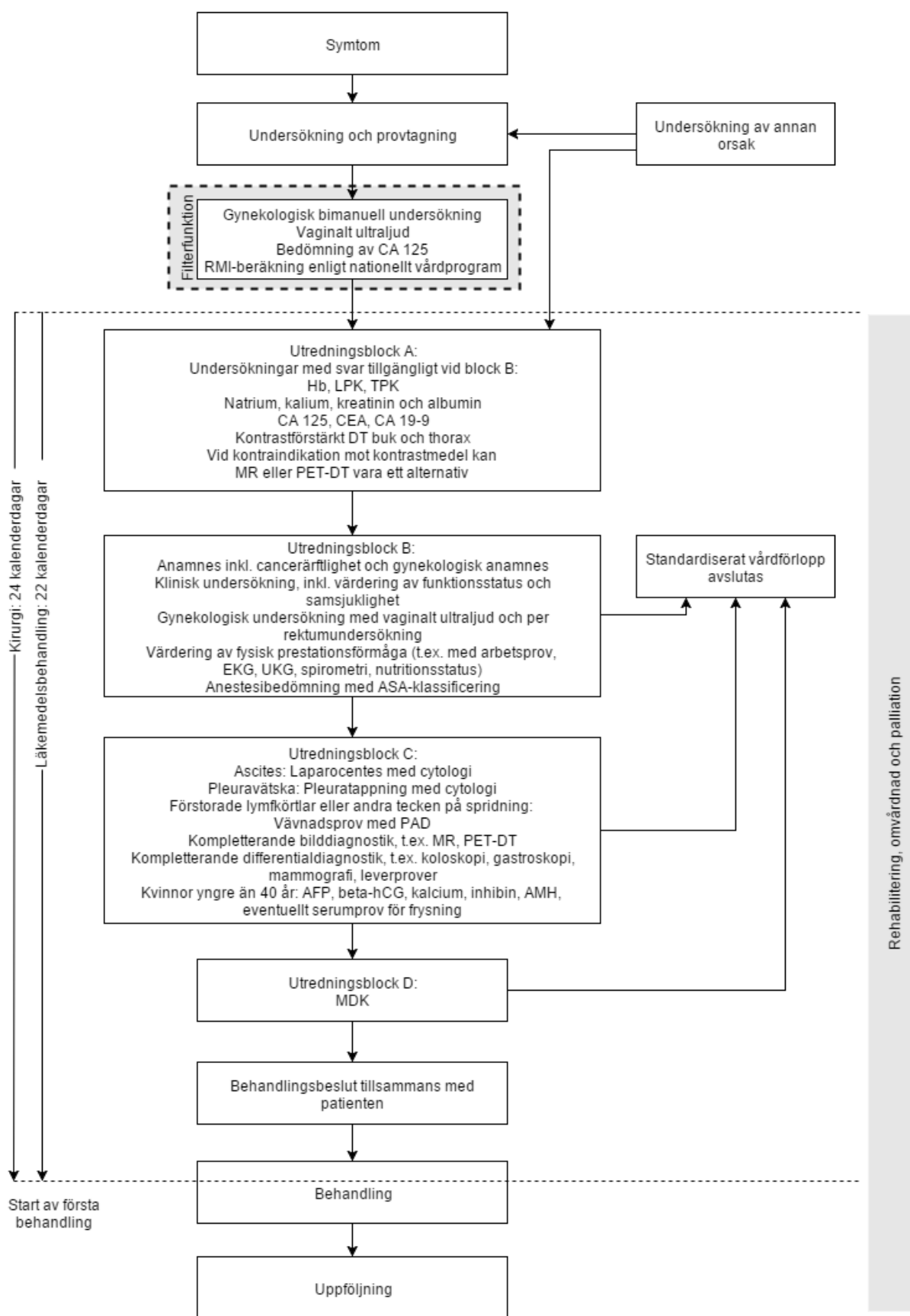
Äggstockscancer definieras som en malign tumör som utgår från vävnaderna i en äggstock, och kan delas in i epitelial (90 %) och icke-epitelial. Primär tubarcancer och viss typ av primär peritonealcancer har likartad klinik och histologi som äggstockscancer och handläggs, stadiindelade och behandlas därför som äggstockscancer.

I Sverige utgör äggstockscancer, inklusive tubarcancer, 3 % av all kvinnlig cancer och årligen diagnostiseras cirka 700 kvinnor. Kvinnor i alla åldrar kan insjukna i äggstockscancer, men det är mycket ovanligt före trettioårsåldern.

Äggstockscancer har högst dödlighet (mortalitet) bland de gynekologiska maligna tumörerna. I Sverige dör ungefär 550 kvinnor per år i äggstockscancer.

Äggstockscancer diagnostiseras ofta i ett avancerat skede (stadium III–IV), vilket reflekterar avsaknad av tidig diagnostik med screening och sjukdomens ospecifika symtom. Symtomen är vanligt förekommande i befolkningen och kan föra tankarna till normalt åldrande eller andra sjukdomstillstånd. Diagnosen kan fördröjas genom att kvinnan söker sent för sina symtom eller att vårdgivaren inte tidigt har sjukdomen i åtanke och initierar en utredning för att utesluta äggstockscancer.

### 1.3 Flödesschema för vårdförloppet



## 2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 2.1 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 enligt nedan.

### 2.2 Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

- frågeställning: äggstockscancer?
- anamnes, ange särskilt
  - symtom som ligger till grund för misstanke
  - relevanta undersökningsfynd
  - samsjuklighet
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - eventuella språkhinder (tolkbehov) eller funktionsnedsättningar
- prov tagna (kreatinin och CA 125)
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

## 2.3 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.

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

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- $RMI \geq 200$
- 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.

## 2.5 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen vid välgrundad misstanke ska ställas till utredande gynekologisk enhet/kvinnoklinik eller gynekologiskt tumörkirurgiskt centrum, och ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
  - gynekologisk anamnes
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - samsjuklighet
  - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - läkemedelsöverkänslighet
  - kontraindikation mot kontrastmedel
  - rökning
  - vikt och längd
  - social situation, eventuella språkhinder (tolkbehov) eller funktionsnedsättningar
- allmäntillstånd
- resultatet av undersökningarna inklusive provsvar med provtagningsdatum (CA 125 och kreatinin)
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

## 2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar *till filterfunktion* ska informera patienten om

- att det finns anledning att utreda eventuell bakomliggande gynekologisk sjukdom
- 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 remitterar *till utredning* enligt standardiserat vårdförlopp 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.



### 3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

#### 3.1 Utredningsförlopp

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

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

Resultat av utredningarna	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.

## 3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK (minst tre specialistfunktioner):

- specialist i gynekologisk tumörkirurgi
- specialist i gynekologisk onkologi
- radiolog med kompetens inom gynekologisk bilddiagnostik
- patolog med kompetens inom gynekologisk patologi
- vid behov annan specialistkompetens
- koordinatorsfunktion
- kontaktsjuksköterska.

## 3.3 Beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK.

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

## 3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

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

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 förmedla kontakt med

- psykosocialt stöd
- existentiellt stöd
- dietist
- stomiterapeut
- företrädare för specialiserad palliativ vård.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen.

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.

Kontaktsjuksköterskan ska särskilt uppmärksamma minderåriga barn som anhöriga.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före operation, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

### 3.5 Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med närstående om patienten önskar det.

Patienten ska informeras i enlighet med patientlagen, vilket bl.a. innebär att ge information om vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella, inklusive behandlingens syfte och biverkningar.

Patienten bör informeras om hur sjukdomen och behandlingen påverkar sexualiteten och samlivet.

Patienten ska anmälas till det nationella kvalitetsregistret efter att ha fått information om det.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

## 4. BEHANDLING

Se Nationellt vårdprogram för äggstockscancer och Nationellt vårdprogram för icke-epiteliala äggstockstumörer.

## 5. UPPFÖLJNING

Se Nationellt vårdprogram för äggstockscancer och Nationellt vårdprogram för icke-epiteliala äggstockstumörer.

## 6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

### 6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen:

Behandlingstyp	Från	Till	Tid
Kirurgi	Beslut välgrundad misstanke	Start av behandling	24 kalenderdagar
Läkemedel (neoadjuvant eller primärt palliativt)	Beslut välgrundad misstanke	Start av behandling	22 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

### 6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ledtider:

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst (filterfunktion)	3 kalenderdagar
Remissankomst (filterfunktion)	Besök hos gynekolog (filterfunktion)	7 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block B (första besök i specialiserad vård)	5 kalenderdagar
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
Kirurgi	PAD-svar till remittenten	10 kalenderdagar
Kirurgi	Postoperativ medicinsk onkologisk behandling	21 kalenderdagar

## 6.3 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 äggstockscancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen äggstockscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen äggstockscancer 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
Relativ 5-årsöverlevnad	> 44 procent
Andel patienter som preoperativt bedömts på MDK enligt kriterier i nationellt vårdprogram	> 90 procent
Tillgång till kontaktsjuksköterska	100 procent
Andel patienter som opererats med deltagande av tumörkirurg	100 procent
Andel PAD bedömda av referenspatolog	100 procent
Andel patienter där behandling planerats inom ramen för EPN-godkänd klinisk studie	> 10 procent
Andel patienter som avlidit i behandlingskomplikation	< 3 procent
Andel patienter med stadium II–IV som är kliniskt tumörfria efter primär behandling	> 75 procent
Andel patienter med tidig ovarialcancer (stadium I) som genomgått optimal stadiindelning inkluderande lymfkörtelutrymning och systematiska biopsier	> 80 procent
Andel primäropererade patienter med epitelial ovarialcancer stadium IIIc	> 60 procent
Andel primäropererade patienter med epitelial ovarialcancer stadium IIIc opererade till makroskopisk tumörfrihet	> 50 procent

## 7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

### 7.1 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på de nationella vårdprogram som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammen finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammen 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, t.ex. om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten har betydande samsjuklighet som gör att hen inte klarar av utredning.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan en diagnos 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 för annan sjukdom ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

### 7.3 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.

### 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 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.

## 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.

## 8. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Pernilla Dahm Kähler, ordförande i arbetet med standardiserat vårdförlopp för äggstockscancer, med.dr, gynekologisk tumörkirurg, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Christer Borgfeldt, ordförande i nationella vårdprogramgruppen för äggstockscancer, docent, gynekologisk tumörkirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund

Kristina Aglund, gynekolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Alexandra Andersson, patient- och närstående representant, Nätverket mot gynekologisk cancer

Julia Bak, patolog, cytolog, Universitetssjukhuset Linköping

Fatma Bäckman, gynekolog, Universitetssjukhuset Örebro

Joseph Carlson, docent, patolog, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Elisabet Hjerpe, med.dr, gynekolog, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Katerina Håkansson, radiolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Anna Ivarsson, distriktsläkare, Anderslöv vårdcentral, Skåne

Preben Kjölhede, professor, gynekolog, Universitetssjukhuset Linköping

Charlotte Klynning, gynekologisk tumörkirurg, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Susanne Malander, med.dr, gynekolog, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Anna Måsbäck, med.dr, patolog, Klinisk patologi, Lund, Labmedicin Skåne

Ulrika Ottander, med.dr, gynekologisk tumörkirurg, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Eva Rosén, specialistsjuksköterska i onkologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Carina Rundström, specialistsjuksköterska i cancervård, Karolinska universitetssjukhuset Solna

Anette Sjösten, med.dr, gynekolog, Stockholm öppenvård

Karin Stålberg, med.dr, gynekologisk tumörkirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Margareta Sundsten, patientrepresentant Gynsam

Marie Svahn, gynekolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Bengt Tholander, med.dr, gynekolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Anna Tolf, patolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Barbro Lönnberg-Woxler, gynekologisk tumörkirurg, Karolinska universitetssjukhuset, Solna