

Hudmelanom

Standardiserat vårdförlopp

2021-02-23 Version: 3.0

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2016-03-08	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2016-12-14	Uppdatering fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2017-12-07	Uppdatering fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2021-02-23	Version 3.0 fastställd av RCC i samverkan

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2021-02-23.

Standardiserat vårdförlopp för hudmelanom

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Introduktion	4
Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
Förändringar jämfört med tidigare version	4
2021-02-23	4
2017-12-07	4
Om melanom i huden	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	8
Kommunikation och delaktighet	8
Kapitel 3	
Utredning och beslut om behandling	9
Utredningsförlopp	9
Remiss till patolog vid diagnostisk excision	10
Multidisciplinär konferens (MDK)	10
Klassifikation och beslut om behandling	11
Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	11
Kommunikation och delaktighet	11
Kapitel 6	
Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	12
Ledtider för nationell uppföljning	12
Ingående ledtider	13
Indikatorer för nationell uppföljning	13
Indikatorer för kvalitet	14
Kapitel 7	
Generellt om standardiserade vårdförlopp	15
Nationellt vårdprogram	15
Inklusion i standardiserat vårdförlopp	15
Hantering av återfall (recidiv)	15
Utredningsförloppet	16
Inklusion i kliniska studier	16
Ledtider	16
Koordinatorsfunktion	16
Samarbete över regiongränser	16
Uppdatering	16
Kapitel 8	
Arbetsgruppens sammansättning	17

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

2021-02-23

Vid uppdateringen i februari 2021 har följande ändringar gjorts:

Om melanom i huden	Standardtext tillagd: SVF ska inte startas för barn under 18 år. Ändring av vilka diagnoskoder som omfattas. Det standardiserade vårdförloppet omfattar nu diagnoserna C43.0-9.
Flödesschema	Flödesschemat uppdaterat i enlighet med övriga förändringar.
Välgrundad misstanke	Strykning i ett kriterium för välgrundad misstanke: "histopatologiskt fynd av primärt invasivt malignt melanom [struket: in situ-melanom, inklusive lentigo maligna] eller melanometastas." Det innebär att histopatologiskt fynd av in situ-melanom inte längre ska utredas inom ramen för SVF.
Utredningsförlopp	Mutationsanalysen än flyttad så att den hamnar tidigare i förloppet. Förtydliganden om val av avslutskod är inlagda. Förtydligande av att in situ-melanom ska avslutas vid diagnosbesked efter diagnostisk excision.
Arbetsgruppens sammansättning	Arbetsgruppen är uppdaterad

2017-12-07

Vid uppdateringen i december 2017 har följande ändringar gjorts:

Om melanom i huden	Incidens m.m. uppdaterad.
--------------------	---------------------------

Flödesschema	Flödesschemat uppdaterat i enlighet med övriga förändringar
Välgrundad misstanke	Förtydliganden av välgrundad misstanke : 1. stark klinisk misstanke innebär att syftet är att bekräfta melanom, inte att utesluta melanom. 2. Histopatologiskt fynd gäller även melanometastaser. 3. Misstanke om ny primärtumör ska även hos uppföljningspatient starta nytt SVF, men inte misstanke om recidiv under pågående uppföljningskontroller.
Utredningsförlopp	DT vid huvud-halsmelanom borttaget ur block D (antas ingå i block G: radiologisk fjärrmetastasutredning). Det nationella vårdprogrammet för malignt melanom beskriver bakgrund och överväganden till den radiologiska utredningen men innehåller inga särskilda rekommenderar för huvud-halsmelanom.
Utredningsförlopp och Ingående ledtider	Förtydligande av att vårdförloppet avslutas i samband med utvidgad excision om portvaktskörteldiagnostik inte utförs.
Ledtider	Förtydligande av att patienter som inte ska genomgå lymfkörtelutrymning eller onkologisk behandling utan ska följas enligt uppföljningsprogram ska avslutas med koden exspektans. Koden ska sättas vid datum för beslut om detta tillsammans med patienten (återbesöket).
Generellt om SVF	Ny text om återfall, gemensam för samtliga SVF.

Om melanom i huden

Vid misstanke om malignitet hos barn och ungdomar under 18 år ska inte ett SVF startas. Kontakta i stället närmaste barnklinik och/eller barnonkologiska klinik redan samma dag för skyndsamt vidare utredning.

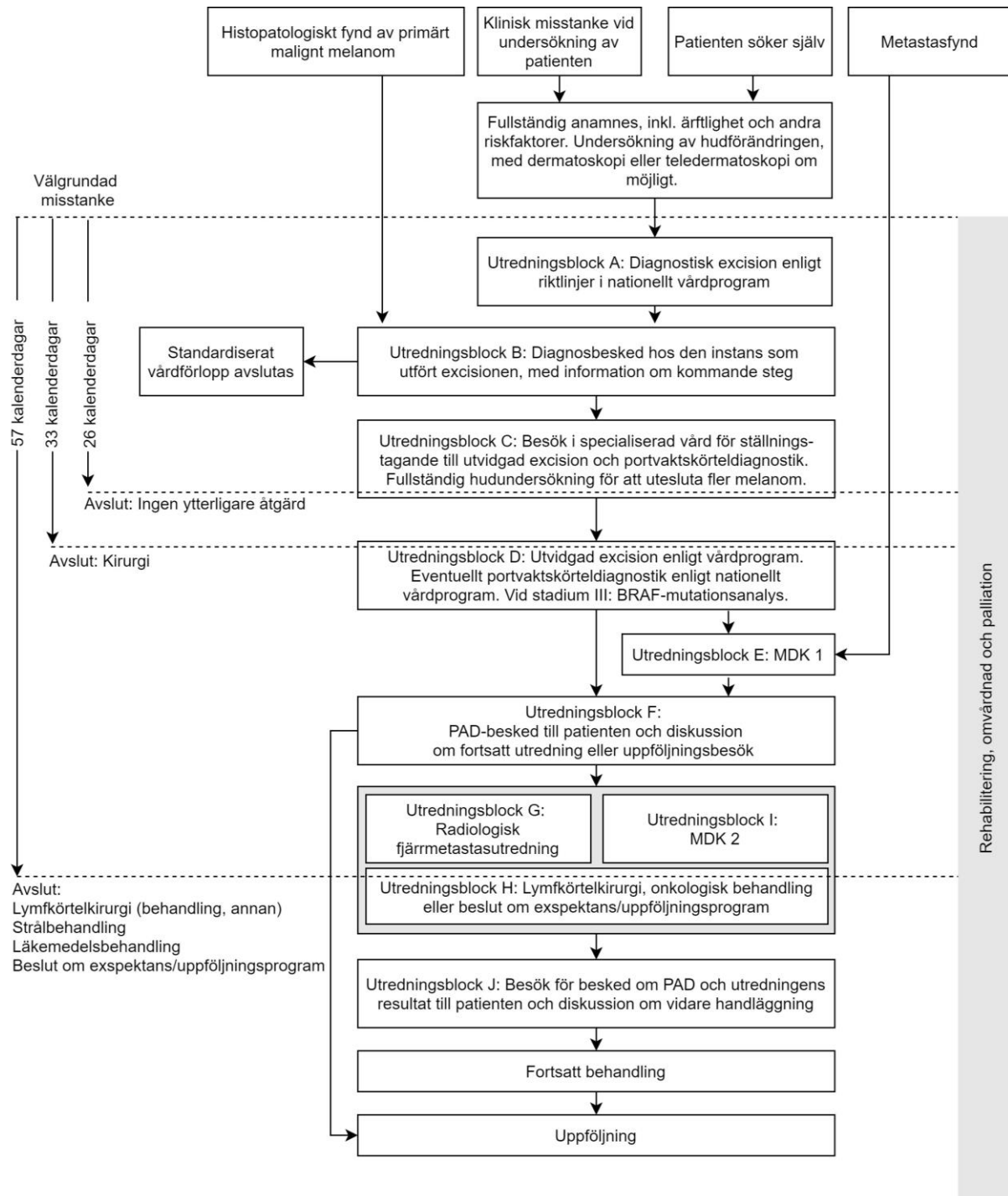
Det standardiserade vårdförloppet omfattar diagnoserna ICD-10: C43.0-9, det vill säga inkluderar primärt invasivt melanom. Melanom i huden och melanom med okänd primärtumör omfattas således av det standardiserade vårdförloppet för melanom men inte in-situ melanom inklusive lentigo maligna. Melanom som utgår från slemhinna i ögon, genitalier eller slemhinnor omfattas inte av detta standardiserade vårdförlopp.

Melanom är den sjätte vanligast förekommande cancersjukdomen för män och den femte vanligaste för kvinnor. Under år 2018 registrerades totalt 2 084 melanom hos kvinnor i cancerregistret. Hos män registrerades totalt 2 273 melanom. Dessutom registrerades omkring 4 000 in situ-melanom/lentigo maligna. Varje år avlider över 500 patienter av melanom i Sverige. Insjuknandet varierar över tid och med latitud och är nästan dubbelt så högt i södra Sverige.

Melanomincidensen varierar även med ålder. Melanom är ovanligt bland barn och yngre vuxna men förekomsten ökar med stigande ålder. Medianåldern för melanomdiagnos år 2015 var 63,5 år hos kvinnor och 68 år hos män.

Majoriteten av alla melanom uppmärksammas av patienten själv eller av en anhörig till patienten.

Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Följande fynd ska föranleda misstanke:

- patienten söker för en hudförändring som kan vara hudmelanom
- anamnestisk information om förändring eller symtom från lesion
- klinisk misstanke om hudmelanom vid undersökning av patienten.

Vid misstanke ska

- fullständig anamnes tas, inklusive ärftlighet och andra riskfaktorer
- hudförändringen undersökas, med dermatoskopi eller teledermatoskopi om det är möjligt.

Innan misstanken avskrivs ska patienten erbjudas en fullständig hudundersökning för att inte melanom på andra hudområden än det patienten söker för ska missas. Studier har visat att 30 procent av de melanom som diagnostiseras påträffats på en annan del av huden än den lesion patienten söker för; se nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- klinisk undersökning och/eller anamnes inger stark misstanke om hudmelanom*
- dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning som stärker misstanke om hudmelanom
- histopatologiskt fynd av primärt invasivt malignt melanom eller melanometastas
- undersökningsfynd talande för melanometastas.

*Stark misstanke innebär att syftet med utredningen är att ”bekräfta melanom”. Bedömningen grundas på läkarens kliniska erfarenhet. Se det nationella vårdprogrammet för vägledning.

Om misstanken *inte* bedöms som stark (syftet är att ”utesluta melanom”) bör man remittera patienten till hudläkare för bedömning eller själv excidera förändringen och skicka till patolog för bedömning, men inte inom ramen för det standardiserade vårdförloppet.

Hantering av patienter som ingår i uppföljningsprogram: Misstanke om recidiv under pågående uppföljningskontroller ska inte hanteras inom det standardiserade vårdförloppet utan följa uppföljningsprogrammets rutiner. Däremot ska stark misstanke om nytt primärt melanom hanteras som välgrundad misstanke enligt ovan, med start av nytt vårdförlopp.



Remiss

Remissen ska innehålla

- symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
- lokalisation och storlek
- ev. foto
- anamnes, ange särskilt
 - när patienten sökte för symtomen eller fynden första gången
 - allmäntillstånd och samsjuklighet
 - tidigare hudcancer
 - ärftlighet för hudmelanom eller melanom i familjen
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- PAD-svar om sådant finns, inkl. datum för excisionsbiopsin
- om relevant: hur patienten fick sitt PAD-besked
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Kommunikation och delaktighet

Vid välgrundad misstanke ska patienten få information 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

Utredningsblock A och B kan ske i primärvården om inte aktuell region beslutat att de ska ske i specialiserad vård. Patienter med histopatologiskt fynd av melanom ska bokas för block B och patienter med misstänkt melanometastas för block E.

Block A	Block B
Diagnostisk excision enligt riktlinjer i nationellt vårdprogram. Skickas till patolog märkt med SVF.	Diagnosbesked hos den instans som utfört excisionen, med information om kommande steg
Block C	Block D
Besök i specialiserad vård för ställningstagande till utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik. Fullständig hudundersökning för att utesluta fler melanom.	Utvidgad excision enligt nationellt vårdprogram. Eventuellt portvaktskörteldiagnostik enligt nationellt vårdprogram. Vid stadium III: <i>BRAF</i> -mutationsanalys utförs utöver den histopatologiska analysen.
Block E	Block F
MDK 1	PAD-besked till patienten och diskussion om fortsatt utredning eller uppföljningsbesök
Block G	Block H
Radiologisk fjärrmetastasutredning	Lymfkörtelkirurgi, onkologisk behandling eller beslut om exspektans
Block I	Block J
MDK 2 med ställningstagande till mutationsanalys	Besök för besked om PAD och utredningens resultat till patienten och diskussion om vidare handläggning

Resultat av block A	Åtgärd
Ej hudmelanom (obs: hit räknas även in situ-melanom)	Block B utförs. Därefter avslutas det standardiserade vårdförloppet (kodas som "Misstanke om cancer avskrivs").
Bekräftat hudmelanom	Block B och C utförs
Resultat av block C	Åtgärd
Utvidgad excision är inte aktuell	Det standardiserade vårdförloppet avslutas (kodas som Ingen ytterligare åtgärd)
Utvidgad excision, men inte portvaktstörtelsdiagnostik, är aktuell	Block D utförs. Vårdförloppet avslutas vid operationen (kodas som Kirurgi) och uppföljning planeras.
Portvaktstörtelsdiagnostik är aktuell	Block D och F utförs. Vid stadium III även block E (MDK).
Resultat av block F	Åtgärd
Fortsatt behandling är inte aktuell	Det standardiserade vårdförloppet avslutas
Fortsatt behandling är aktuell	Block G, ev. H samt I och J utförs

Remiss till patolog vid diagnostisk excision

Remissen till patologen i samband med den diagnostiska excisionen ska innehålla:

- frågeställning: **melanom?** samt märkt med SVF enligt lokala rutiner
- typ av preparat
- hudförändringens lokalisering
- hudförändringens storlek, utseende (t.ex. färg, ulceration, krusta, avgränsning)
- klinisk resektionsmarginal
- anamnes, ange särskilt
- hudförändringens utveckling över tid
- ärftlighet och riskfaktorer
- annan hudsjukdom i området
- tidigare ingrepp i området
- tidigare hudcancer eller annan malignitet
- ev. foto
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- kirurg/plastikkirurg/ÖNH-läkare
- onkolog
- patolog
- dermatolog (MDK 1)
- radiolog/klinisk fysiolog (MDK 2)
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

Klassifikation och beslut om behandling

För patienter med stadium III ska beslut om fortsatt utredning och behandlingsrekommendation fattas vid MDK.

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med de närstående om patienten önskar det. Tumören ska klassificeras enligt senaste TNM-klassifikation.

Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Alla patienter ska få tydliga kontaktuppgifter för eventuella frågor. Patienter med invasiva melanom ska erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska senast i samband med block C (första besök i specialiserad vård). 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

- fysioterapeut
- lymfterapeut
- psykosocialt stöd.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före 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](#).

Kommunikation och delaktighet

Patienten ska få information vid den diagnostiska excisionen om att denna innebär att det eventuella melanomet är borttaget och därmed primärbehandlat.

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

PAD-besked efter portvaktskörteldiagnostik ska ges vid ett besök om inte annat överenskommit med patienten. Efter endast utvidgad excision kan beskedet ges på telefon eller brev.

Patienten ska informeras i enlighet med [patientlagen \(kapitel 3\)](#), 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 6

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	Datum för besked till patienten om att utvidgad excision inte ska utföras (block C). Kodas som Ingen ytterligare åtgärd.	26 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Datum för utvidgad excision och ev. portvaktskörtelexcision (block D). Kodas som start av behandling, kirurgi.	33 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Datum för kompletterande lymfkörtelkirurgi (block H). Kodas som Start av behandling, annan.	57 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Datum för start av behandling, strålbehandling	57 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Datum för start av behandling, läkemedel	57 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Datum för start av behandling, uppföljningsprogram enligt nationellt vårdprogram (kodas som exspektans) (datum för behandlingsbeslutet)	57 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

*Tiderna gäller när den diagnostiska excisionen sker inom det standardiserade vårdförloppet. När välgrundad misstanke sätts först vid PAD (vid överraskningsfynd av melanom, där excisionen gjorts vid svag eller ingen misstanke om melanom) kortas tiden med 21 dagar (motsvarar att förloppet startar i block B, se tabell nedan).

Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående ledtider:

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Block A (diagnostisk excision)	7 kalenderdagar
Block A (diagnostisk excision)	Block B (diagnosbesked)	14 kalenderdagar
Block B (diagnosbesked)	Block C (besök för ställnings- tagande till utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik)	5 kalenderdagar
Block C (besök för ställnings- tagande till utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik)	Block D (utvidgad excision, ev. med portvaktskörteldiagnostik)	7 kalenderdagar
Block D (utvidgad excision med portvaktskörteldiagnostik) inkl. ev. MDK 1	Block F (PAD-svar till patienten)	10 kalenderdagar
Block F (PAD-svar till patienten)	Block H (lymfkörtelkirurgi)	14 kalenderdagar
Beslut om behandling vid stadium IV-sjukdom	Start av onkologisk behandling	14 kalenderdagar

Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av det standardiserade vårdförloppet:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med "standardiserat vårdförlopp för hudmelanom"
Andel patienter av de som anmäls till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen hudmelanom (med diagnoskoder enligt 1.3)
Andel patienter av de som fått diagnosen hudmelanom (med diagnoskoder enligt 1.3) som anmäls till standardiserat vårdförlopp



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/melanom-specifik 5-årsöverlevnad	≥ 90 procent
Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på ≤ 1,00 mm	≥ 70 procent
Andel patienter som genomgår portvaktskörtelbiopsi, av de patienter med malignt hudmelanom som blivit rekommenderade detta	≥ 80 procent

KAPITEL 7

Generellt om standardiserade vårdförlopp

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.

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 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 en 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 för nivåstrukturering.

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

Uppdatering

Arbetsgruppen kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.

KAPITEL 8

Arbetsgruppens sammansättning

Hanna Eriksson, ordförande

med.dr, specialistläkare onkologi och dermatologi, Tema Cancer, Patientområde (PO) Huvudhals-lunga-hud (HHLH), Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland,

Ana Carneiro

med.dr, överläkare, Onkologiska kliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund RCC Syd

Anna Coter

överläkare, Klinisk patologi, Laboratoriemedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala,

Sander Ellegård, ST-läkare Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Magnus Falk

specialist i allmänmedicin, Kärna Vårdcentral, Linköping

Anna Hafström

med.dr, öron-näsa-halskliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Hildur Helgadóttir

med.dr, specialistläkare, Tema Cancer, PO HHLH, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Karolin Isaksson

Med.dr, överläkare, Kirurgiska kliniken, Centralsjukhuset Kristianstad och Institutionen för kliniska vetenskaper Lund, kirurgi, Lunds Universitet

Jan Lapins

docent, överläkare, PO Gastro, Hud och Reuma, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Ingrid Ljuslinder

med.dr, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Katarzyna Lundmark

med.dr, överläkare, Klinisk patologi och genetik, Universitetssjukhuset i Linköping

Lars Ny

docent, överläkare, Onkologiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Roger Olofsson Bagge

docent, överläkare, Sektionen för bröst- och melanomkirurgi, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Gustav Ullenhag

docent, överläkare, Onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala Örebro



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