

# Huvud- och halscancer

Standardiserat vårdförlopp

2018-05-08 Version 1.2

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2014-12-17	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2015-12-21	Ändringar fastställda av SKLs beslutsgrupp
2018-05-08	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2018-05-08.

Standardiserat vårdförlopp för huvud- och halscancer

# Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1</b>	
<b>Introduktion .....</b>	<b>4</b>
Inledning.....	4
Förändringar jämfört med tidigare version .....	4
Om huvud- och halscancer.....	4
Flödesschema för vårdförloppet .....	6
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Ingång till standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>7</b>
Misstanke.....	7
Remiss till ÖNH-klinik (filterfunktion).....	7
Filterfunktion.....	8
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp.....	8
Kommunikation och delaktighet.....	8
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Utredning och beslut om behandling.....</b>	<b>9</b>
Utredningsförlopp .....	9
Multidisciplinär konferens (MDK) .....	10
Klassifikation och beslut om behandling .....	10
Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård .....	10
Kommunikation och delaktighet.....	11
<b>Kapitel 4</b>	
<b>Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>12</b>
Ledtider för nationell uppföljning.....	12
Ingående ledtider.....	12
Indikatorer för nationell uppföljning .....	13
Indikatorer för kvalitet .....	13
<b>Kapitel 5</b>	
<b>Generellt om standardiserade vårdförlopp.....</b>	<b>14</b>
Nationellt vårdprogram .....	14
Inklusion i standardiserat vårdförlopp .....	14
Hantering av recidiv (återfall).....	14
Utredningsförloppet .....	15
Inklusion i kliniska studier .....	15
Ledtider .....	15
Koordinatorsfunktion .....	15
Samarbete över landstingsgränser .....	15
Uppdatering.....	15
<b>Kapitel 6</b>	
<b>Arbetsgruppens sammansättning.....</b>	<b>16</b>

## KAPITEL 1

# Introduktion

## Inledning

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 arbetsätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande.

## Förändringar jämfört med tidigare version

### Ändringar fastställda 2018-05-08

Om huvud- och halscancer: Incidensen uppdaterad.

Misstanke: Ordningen mellan symtomen har ändrats för att lyfta fram de vanligaste. Ordet *knöl* utbytt mot *knuta*.

Filterfunktion och välgrundad misstanke: texten har kortats ner utan att innebörden har förändrats.

Ledtider för nationell uppföljning: Tid för palliativ behandling inlagd i ledtidstabellen samt i flödesschemat: 18 kalenderdagar

Hantering av återfall: Nationell standardtext tillagd med följande förtydligande: *Observera att detta SVF ska omfatta nya primärtumörer, second primaries, som uppkommer under uppföljningen av den första huvud- och halscancerdiagnosen.*

Arbetsgruppens sammansättning: uppdaterad.

Layout, struktur och standardtexter följer 2018 års mall.

### Ändringar fastställda 2015-12-21

Om huvud- och halscancer: Incidensen uppdaterad.

Nationellt vårdprogram för huvud- och halscancer: Uppdaterad information om det nationella vårdprogrammet som nu är publicerat.

Symtom som ska föranleda misstanke: Förtydligande av vilka symtom som väcker misstanke samt hur barn handläggs.

Uppdatering av struktur enligt aktuell mall.

## Om huvud- och halscancer

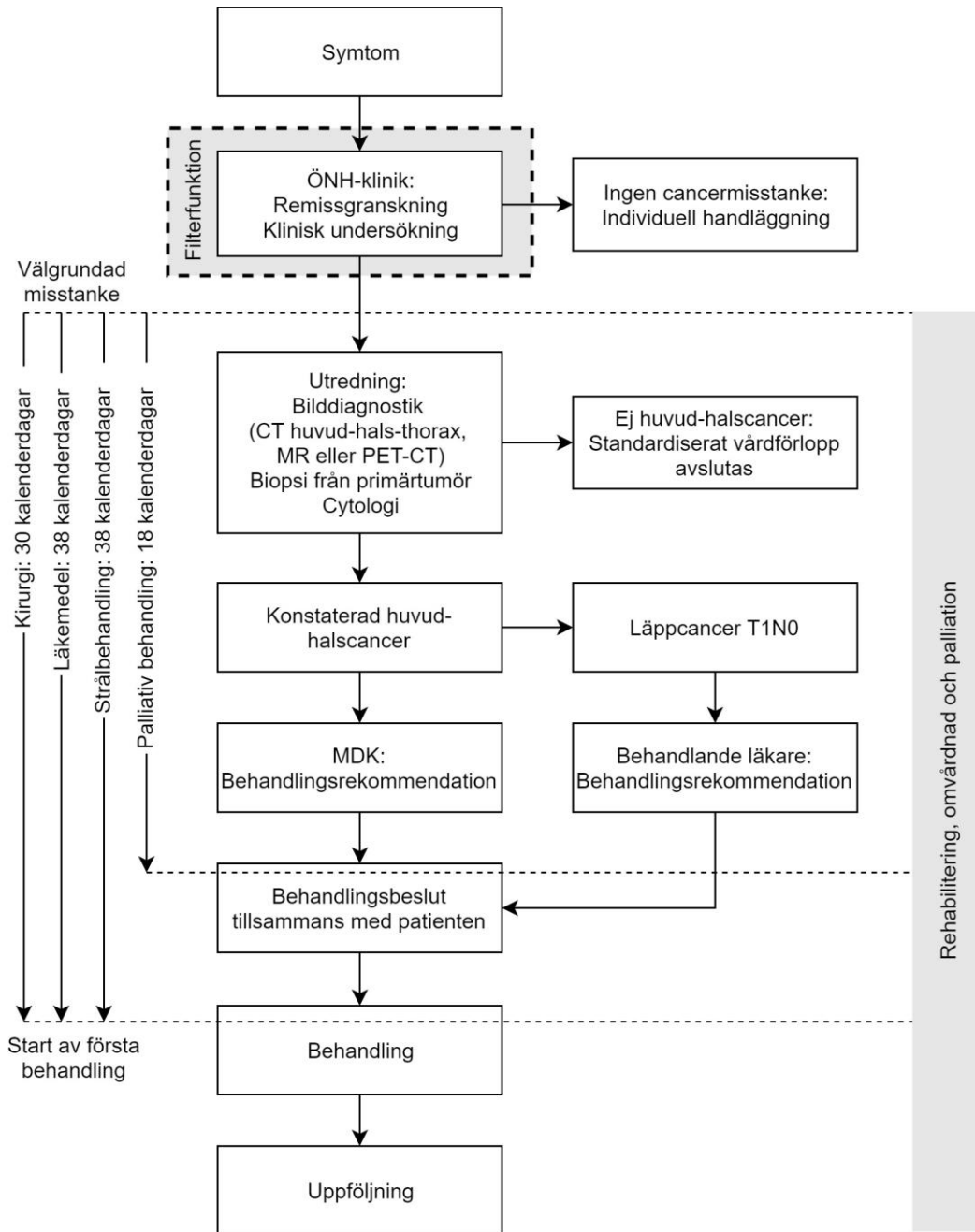
Varje år diagnostiseras cirka 1 600 patienter med huvud- och halscancer. Huvud- och halscancer är ett samlingsbegrepp för tumörer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa och bihålor, spottkörtlar samt lymfkörtelmetastas på halsen med okänd primärtumör (CUP-HH). Inom varje grupp finns det subgrupper som skiljer sig åt i utredning, prognos och behandling.

De ICD-koder som ingår är C00-C14, C30-C32 samt C77.0. Kirurgi och onkologisk behandling eller kombinationer av dessa är de behandlingsmetoder som används. Cirka 90 procent av patienterna får kurativt inriktad behandling.

Den relativa 5-årsöverlevnaden för hela gruppen är enligt SweHNCR 67 procent men varierar mellan 29 och 92 procent beroende på diagnosgrupp.



## Flödesschema för vårdförloppet



## KAPITEL 2

# Ingång till standardiserat vårdförlopp

## Misstanke

Nedanstående symtom hos vuxna individer ska föranleda *misstanke*, om inte anamnes eller status ger annan förklaring, t.ex. pågående infektion.

- Nyttillkommen förstörd lymfkörtel eller knuta på halsen som inte varierar i storlek
- Synlig eller palpabel tumör i näsa, munhåla eller svalg
- Sår i munhåla, på tunga eller läppar som inte läker (> 3 veckor)
- Knuta i spottkörtel
- Heshet i mer än 3 veckor utan förbättring
- Sväljbesvär eller klumpkänsla med smärta upp mot öronen
- Ensidig nyttillkommen nästäppa som inte växlar sida
- Ensidig återkommande blodig sekretion från näsan
- Ensidig serös mediaotit (otosalpingit)

Vid misstanke ska patienten remitteras till ÖNH-klinik (filterfunktion) med mottagande redan samma dag. Välgrundad misstanke (start av SVF) uppstår först i samband med undersökning vid ÖNH-klinik.

Vid osäkerhet ska ÖNH-kliniken kontaktas för konsultation.

Huvud och halscancer förekommer hos barn under 10 år i spottkörtel och hos tonåringar i nasofarynx. Knuta i spottkörtel hos barn och ensidig serös mediaotit hos tonåringar utan kronisk öronsjukdom ska därför föranleda misstanke om cancer och remitteras på sedvanligt sätt, utanför det standardiserade vårdförloppet.

## Remiss till ÖNH-klinik (filterfunktion)

Remissen till ÖNH-kliniken ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - symtom och fynd som ligger till grund för misstanke och tidigare utredningar av dem
  - samsjuklighet
  - tidigare sjukdomar och behandlingar
  - läkemedel
  - rökning
  - social situation samt eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).



## Filterfunktion

Patienter med symtom enligt ovan ska utredas vid en ÖNH-klinik.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till en klinisk undersökning utförd av ÖNH-läkare.

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

Välgrundad misstanke föreligger när klinisk undersökning vid ÖNH-klinik ger malignitetsmisstanke.

## Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar patienten till ÖNH-klinik ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- 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 startar utredningen enligt det standardiserade vårdförloppet ska informera patienten om

- att det finns anledning att utreda cancermisstanke
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen.

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

Utredningen ska utföras på ett sådant sätt att den utgör tillräckligt underlag för beslut om behandlingsrekommendation vid MDK.

När den välgrundade misstanken bekräftats, vid första undersökningen på ÖNH-klinik, beställs fler undersökningar. Undersökningsförloppet ska vara slutfört **inom 14 dagar** från första besöket på ÖNH-kliniken, vilket innebär att alla utredningssvar då ska föreligga.

Tabellen visar inom hur många kalenderdagar från första besöket på ÖNH-kliniken de enskilda undersökningarna ska kunna erbjudas.

Undersökning	Kalenderdagar
Biopsi (om ej i narkos)	0
CT huvud-hals-thorax	6
Cytologi	0
Labbdata (kreatinin)	0
MR	6
PET-CT	6
Bedömning av tandstatus	14
UL-FNAC	7
Utredning i narkos (inkl. optimering av patienten vid samsjuklighet)	7

Definitivt svar på PAD ska finnas tillgängligt inom 3 arbetsdagar.

Om utredningen resulterar i att cancersjukdom inte bekräftas ska det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten handläggas individuellt.



## Multidisciplinär konferens (MDK)

Multidisciplinär konferens ska genomföras för alla patienter med nyupptäckt cancer förutom läppcancer T1N0. En universitetsklinik ska ansvara för MDK. Syftet med konferensen är att gå igenom utredning och ta ställning till behandling.

Följande personalkategorier ska medverka vid MDK:

- öron-, näs- och halsspecialist (ÖNH-specialist) med tumörkirurgisk inriktning
- onkolog med huvud- och halsinriktning
- radiolog
- patolog
- sjukhustandläkare
- kontaktsjuksköterska.

Vid behov även:

- andra inbjudna specialister (t.ex. käkkirurg, plastikkirurg, neurokirurg, käkprotetiker, logoped, dietist)
- koordinatorsfunktion.

MDK ska diskutera patienten inför beslut om primär behandling.

## Klassifikation och beslut om behandling

TNM-klassifikation och stadiindelning ska göras enligt senaste UICC (International Union Against Cancer), TNM-classification of malignant tumours.

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK undantaget läppcancer T1N0. Behandlingsbeslut fattas av den behandlande läkaren tillsammans med patienten och de närstående.

## Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med att utredningen påbörjas.

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.

- psykolog
- strukturerad rökavvänjning
- nutritionsstöd
- smärtbehandling
- tandvård
- logoped.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se det nationella vårdprogrammet för [rehabilitering](#) 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. Patienter ska vid behov erbjudas professionell tolk.

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 mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade 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, kirurgi med initialt kurativ intention	30 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, onkologisk (strålbehandling eller läkemedel) med initialt kurativ intention	38 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, palliativ*	18 kalenderdagar

\*Behandlingsbeslutet tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt vid all palliativ behandling (samma dag som MDK). De symtomlindrande insatserna bör dock inledas redan under utredningen.

## Ingående ledtider

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

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst	0 kalenderdagar
Remissankomst	Första besök, beslut välgrundad misstanke	5 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	MDK	18 kalenderdagar
MDK	Behandlingsstart, kirurgi	12 kalenderdagar
MDK	Behandlingsstart, onkologi	20 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 huvud- och halscancer"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen huvud- och halscancer
Andel patienter av de som fått diagnosen huvud- och halscancer som anmälts 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
Behandlingsbeslut tas på MDK	90 procent
Följsamhet mot behandlingsbeslut	80 procent
Relativ 5-årsöverlevnad	70 procent

## KAPITEL 5

# Generellt om standardiserade vårdförlopp

## Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet för huvud- och halscancer, som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar 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 landsting ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av välgrundad misstanke kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

## 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. Observera att detta SVF *ska* omfatta nya primärtumörer, second primaries, som uppkommer under uppföljningen av den första huvud- och halscancerdiagnosen.

## 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 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 till nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfritt landsting.

## Uppdatering

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

## KAPITEL 6

# Arbetsgruppens sammansättning

Eva Hammerlid, adj professor, ÖNH-specialist, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Annika Axelsson, patientrepresentant, Mun- och halscancerförbundet

Martin Beran, ordförande, med.dr, ÖNH-specialist, Norra Älvsborgs Länssjukhus, Trollhättan, RCC väst

Eva Brun, docent, onkolog, Skånes Universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Tomas Ekberg, med.dr, ÖNH-specialist, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Lovisa Farnebo, docent, ÖNH-specialist, Linköpings Universitetssjukhus, Linköping, RCC Sydöst

Pedro Farrajota Neves da Silva, bitr. öl., Klinisk Patologi och cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.

Lennart Flygare, odont. dr, tandläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Anna Hafström, med dr, ÖNH-specialist, Skånes Universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Hedda Haugen Cange, med.dr, onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Viveca Henriksson Rahm, radiolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Anders Högmo, med.dr, ÖNH-specialist, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Christer Jensen, radiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Ulf Jönson, patientrepresentant, Mun- och halscancerförbundet

Bea Kovacsovics, radiolog, Universitetssjukhuset, Linköping

Göran Laurell, professor, ÖNH-specialist, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Margareta Nilsson, med.dr, radiolog, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Magnus Niklasson, med.dr, ÖNH-specialist, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Inger Nilsson, radiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Lena Norberg Spaak, docent, ÖNH-specialist, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC norr

Jan Nyman, docent, onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Anders Näsman, ST-läkare, Klinisk Patologi och cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Mattias Olin, onkolog, onkolog, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Johan Reizenstein, onkolog, Universitetssjukhuset, Örebro



Helena Sjödin, onkolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Karin Söderström, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Anders Westerborn, ÖNH-specialist, Universitetssjukhuset, Örebro, RCC Uppsala Örebro



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)