

Cancer utan känd primärtumör – CUP

Standardiserat vårdförlopp

2021-03-23 Version: 2.0

Versionshantering

Datum	Förändring
2015-10-20	Fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2015-12-21	Uppdatering av texter som är gemensamma i samtliga standardiserade vårdförlopp framtagna under 2015.
2021-03-23	Version 2.0 fastställd av RCC i samverkan

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2021-03-23.

Innehållsförteckning

Kapitel 1	1
Introduktion	1
1.1 Syfte med standardiserade vårdförlopp.....	1
1.2 Förändringar jämfört med föregående version	1
1.3 Om cancer utan känd primärtumör – CUP	1
1.4 Flödesschema för vårdförloppet.....	2
Kapitel 2	3
Ingång till standardiserat vårdförlopp	3
2.1 Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	3
2.2 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke.....	3
2.3 Kommunikation och delaktighet	3
Kapitel 3	5
Utredning och beslut om behandling	5
3.1 Utredningsförlopp	5
3.2 Multidisciplinär konferens (MDK).....	6
3.3 Klassifikation och beslut om behandling.....	7
3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	7
3.5 Kommunikation och delaktighet	7
Kapitel 4	8
Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	8
4.1 Ledtider för nationell uppföljning	8
4.2 Ingående ledtider	9
4.3 Indikatorer för nationell uppföljning	9
4.4 Indikatorer för kvalitet.....	10
Kapitel 5	11
Generellt om standardiserade vårdförlopp	11
5.1 Nationellt vårdprogram.....	11
5.2 Inklusion i standardiserat vårdförlopp.....	11
5.3 Utredningsförloppet.....	11
5.4 Inklusion i kliniska studier	12
5.5 Ledtider.....	12
5.6 Koordinatorsfunktion	12
5.7 Samarbete över regiongränser	12
Kapitel 6	13
Arbetsgruppens sammansättning	13

KAPITEL 1

Introduktion

1.1 Syfte med standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att patienten 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.

1.2 Förändringar jämfört med föregående version

- Om CUP: Incidens uppdaterad. Tillägg: barn ska inte utredas inom SVF.
- Utredning:
 - Förtydligande av hur SVF CUP ska avslutas om patienten får en organspecifik diagnos.
- Justering från ska till bör för deltagare i MDK.
- Indikatorer för uppföljning:
 - Palliativ symtomlindrande behandling: mätpunkten för behandlingsstart har flyttats till behandlingsbeslutet och ledtiden är justerad utifrån detta.
 - Ledtid för avslutskoden Annan cancer är tillagd i ledtidstabellen, att använda när patienten får en organspecifik diagnos. Detta innebär inte någon ändring i handläggning eller kodning av patienter eftersom koden redan är i bruk. Den har dock saknat definierad ledtid. Ledtiden (22 kalenderdagar) är synkroniserad med SVF Allvarliga organspecifika symtom.
 - Ingående ledtider är justerade för att synkronisera utredningen med SVF Allvarliga organspecifika symtom. Justeringen innebär inga ändringar i de totala ledtiderna.
- Arbetsgruppen uppdaterad
- Flödesschemat uppdaterat utifrån ovanstående ändringar.
- Layout och standardtexter följer senaste mallen.

1.3 Om cancer utan känd primärtumör – CUP

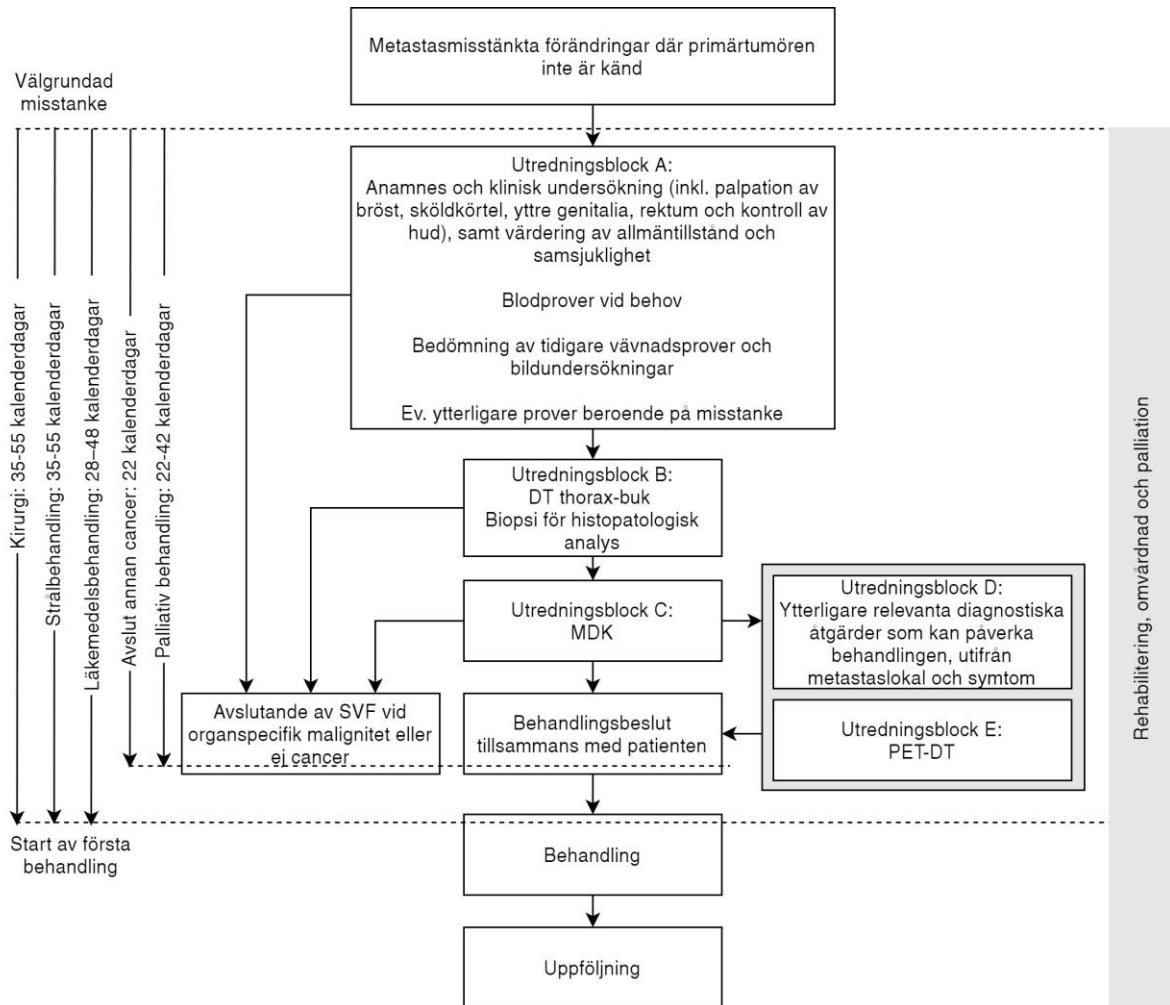
Vid misstanke om malignitet hos barn och ungdomar under 18 år ska inte ett SVF startas. Kontakta i stället närmaste barnklinik och/eller barnonkologiska klinik redan samma dag för skyndsamt vidare utredning.

I diagnostiseringen av cancer utan känd primärtumör, CUP, eftersträvas cytologisk eller histopatologisk verifikation, men diagnosen C80.0 kan sättas då utredningen enligt detta standardiserade vårdförlopp inte har påvisat en organspecifik tumör oavsett om patienten har en cytologiskt eller histopatologiskt verifierad cancer eller inte.

CUP är förhållandevis vanligt med ca 800 nya fall per år i Sverige. Medianåldern vid diagnos är ca 60–70 år. Sjukdomen är marginellt vanligare bland kvinnor.

Prognosen är överlag dålig, men det finns undergrupper som har möjlighet till lång överlevnad, och några patienter kan till och med botas. Om patienterna inte tillhör dessa undergrupper bör utredning samt behandling ställas i relation till möjlig patientnytta.

1.4 Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

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

Välgrundad misstanke om CUP föreligger vid fynd av en eller flera metastasmissänkta förändringar där primärtumören inte är känd och där det inte finns kliniska symtom eller fynd som tyder på organspecifik cancertyp. Biopsi krävs inte för välgrundad misstanke.

2.2 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Innan remiss skrivs ska man överväga om patienten har nytta av vidare utredning och av en potentiell behandling. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och med närstående om patienten önskar det.

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
 - fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke och tidigare utredningar av dem
 - allmäntillstånd och samsjuklighet
 - tidigare sjukdomar, särskilt malignitet
 - tidigare relevanta behandlingar
 - rökning
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- vilken information patienten har fått om misstanken
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

2.3 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

3.1 Utredningsförlopp

Utredningen inleds med att remissen granskas av slutenvårdsspecialist. Om remissgranskningen bekräftar den välgrundade misstanken ska patienten utredas enligt nedan. Om utredningen ger välgrundad misstanke om eller bekräftar en organspecifik malignitet avslutas detta SVF och patienten remitteras till relevant enhet för fortsatt utredning och behandling.

Observera: Inför beställning av varje utredningsblock ska man överväga om patienten har nytta av vidare utredning och av en potentiell behandling. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och med närstående om patienten önskar det.

Block A		Block B
Anamnes och klinisk undersökning (inkl. palpation av bröst, sköldkörtel, yttre genitalia, rektum och kontroll av hud), samt värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet Blodprover vid behov Bedömning av tidigare vävnadsprover och avbildningsundersökningar <i>Beroende på misstanke:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Relevanta blodtumörmarkörer • Neuroendokrint ursprung: Chromogranin A • Tumör i medellinjen: HCG och α-fetoprotein • Isolerad levertumör: α-fetoprotein • Skelettmetastas: PSA, kalcium, albumin, fraktionerade proteiner i serum och urin för uteslutning av myelom 		DT thorax-buk Biopsi för histopatologisk analys
Block C	Block D	Block E
MDK	Ytterligare relevanta diagnostiska åtgärder som kan påverka behandlingen, utifrån metastaslokal och symtom	FDG-PET/DT

Resultat av utredning	Åtgärd
Cancermisstanken kvarstår efter block A utan att det finns välgrundad misstanke om organspecifik cancer	Block B och C utförs Observera: Om patienten inte bedöms ha nytta av utredning kan block C utföras direkt
Block B och C bekräftar malignitet utan att det finns välgrundad misstanke om organspecifik cancer	Block D utförs
Block B och C ger fynd av singel- eller oligometastaser	Block E utförs
MDK bedömer att den sammanvägda utredningen har gett tillräcklig information för behandlingsbeslut	Behandlingsbeslut utan vidare utredning
Utredningen ger välgrundad misstanke om eller bekräftar organspecifik malignitet	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras till relevant enhet för utredning. SVF ska avslutas med kod VP972 – Annan cancer
Utredningen ger misstanke om eller bekräftar annan diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet eller ingen diagnos.	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras till relevant enhet för utredning. SVF ska avslutas med kod VP978 – Misstanke om cancer avskrivs

3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

Efter block B ska patienten diskuteras vid MDK. MDK ska fatta beslut om fortsatt utredning eller fastställa diagnosen och fatta beslut om behandlingsrekommendation. Denna MDK kan samordnas med befintliga MDK.

Vid MDK bör följande funktioner närvara:

- utredande läkare
- onkolog
- patolog
- radiolog
- palliativmedicin
- kirurg vid behov
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.



3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Diagnosen C80.0 sätts då ovanstående utredning inte har påvisat en organspecifik tumör oavsett om patienten har en cytologiskt eller histopatologiskt verifierad cancer eller inte.

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 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 kunna förmedla kontakt med

- psykosocialt stöd
- dietist
- palliativt team
- hemsjukvård
- fysioterapeut
- arbetsterapeut.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen.

Primärvården ska informeras om diagnos och planerad behandling samt om betydande förändringar i behandlingen.

3.5 Kommunikation och delaktighet

Patienten ska vid utredningens start informeras om att utredningen kan vara fullständig utan att det finns en bekräftad organspecifik cancerdiagnos.

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](#) (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

4.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen. Observera att avslutskoderna för behandling endast ska användas för patienter som påbörjar behandling utan att ha fått en organspecifik cancerdiagnos. Om det finns välgrundad misstanke om eller bekräftad organspecifik malignitet ska SVF avslutas med kod VP972 – Annan cancer.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Basutredning			
Strålbehandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	35 kalenderdagar
Läkemedelsbehandling*	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	28 kalenderdagar
Kirurgi	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	35 kalenderdagar
Palliativ symtomlindrande behandling**	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (motsvarande start av första behandling)	22 kalenderdagar
Avslut av SVF vid fynd av organspecifik malignitet	Beslut välgrundad misstanke	Besked till patienten om organspecifik malignitet (avslutet kodas som Annan cancer)	22 kalenderdagar
Utökad utredning (inkl. block D och E)			
Strålbehandling	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	55 kalenderdagar
Läkemedelsbehandling*	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	48 kalenderdagar
Kirurgi	Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling	55 kalenderdagar
Palliativ symtomlindrande behandling**	Beslut välgrundad misstanke	Behandlingsbeslut (motsvarande start av första behandling)	42 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

*Cytostatika samt antitumoral medicinsk behandling – hormonell behandling ingår

**När beslut tas om att inte ge tumörspecifik behandling utan enbart palliativ symtomlindrande behandling avslutas det standardiserade vårdförloppet med koden Start av första behandling, palliativ. Behandlingsbeslutet tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt. De symtomlindrande insatserna bör dock inledas redan under utredningen.

4.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ledtider:

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A)	7 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block A)	Block B	5 kalenderdagar
Block B	Första multidisciplinära konferens (block C)	7 kalenderdagar
Block C, inklusive D och/eller E	Beslut om behandling	22 kalenderdagar
Block C, exklusive D och E	Beslut om behandling	2 kalenderdag
Beslut om behandling	Start av första behandling, strålbehandling	13 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, läkemedelsbehandling*	6 kalenderdagar
Beslut om behandling	Start av första behandling, kirurgi	13 kalenderdagar

*cytostatika samt antitumoral medicinsk behandling – hormonell behandling ingår

4.3 Indikatorer för nationell uppföljning

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

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med "standardiserat vårdförlopp för CUP"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp för CUP som fått diagnosen CUP
Andel patienter av de som fått diagnosen CUP som anmälts till standardiserat vårdförlopp för CUP
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp för CUP som fått diagnos inom annan diagnosgrupp
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp för CUP som det senaste året har remitterats till ett annat standardiserat vårdförlopp

4.4 Indikatorer för kvalitet

För närvarande finns inget kvalitetsregister för CUP och indikatorer för kvalitet har därför inte kunnat anges.

KAPITEL 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp

5.1 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 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.

5.2 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 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, 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.

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 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.

5.7 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.

KAPITEL 6

Arbetsgruppens sammansättning

Kristina Arnljots, ordförande, med. dr, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö/Lund, RCC Syd

Petra Andersson, specialistsjuksköterska onkologi, Hallands sjukhus, Halmstad

Eva Darai-Ramqvist, Överläkare, Klinisk Patologi/Cytolog, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Sofia Ekdahl, överläkare, medicin/geriatrik/akutenhet Östra sjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, RCC Väst

David Hallqvist, överläkare Palliativa enheten, Kir kliniken, Östersund

Marie Lagerfelt, sjuksköterska, verksamhetschef enheten för samordnad cancerutredning Universitetssjukhuset Linköping, RCC Sydöst

Anna Näslund, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, RCC Norr

Gunnar Lengstrand, onkolog, Uddevalla sjukhus

Göran Elmberger, med. dr, patolog, Sundsvall/Umeå

Hanna Carstens, onkolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Inga Svensson, lung- och internmedicinare, Centralsjukhuset Kristianstad

Inger Berg, patientrepresentant, patient- och närståenderådet Sydöst

Anders Sundin, professor, radiolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Tibor Tot, docent, patolog, Falu lasarett, Falun

Åke Berglund, docent, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Deltagare vid framtagande av det tidigare SVF för CUP 2015

Kristina Arnljots, ordförande, med.dr, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö/Lund, RCC Syd

Anders Sundin, professor, radiolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Annika Bujukliev, leg. sjuksköterska, Centralsjukhuset Kristianstad

Bertil Axelsson, docent, palliativmedicin, Östersunds sjukhus, Östersund

Gunnar Lengstrand, onkolog, Uddevalla sjukhus, RCC Väst

Göran Elmberger, med.dr, patolog, Universitetssjukhuset Örebro, RCC Uppsala Örebro

Hanna Carstens, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Inga Svensson, internmedicin, Centralsjukhuset Kristianstad

Lena Carlsson, onkolog, Länsjukhuset Sundsvall, RCC Norr

Magnus Rydvall, allmänmedicin, Bjurholms vårdcentral, Umeå

Margareta Randén, med.dr, onkolog, Västmanlands länsjukhus, Västerås, RCC Uppsala Örebro

Matts Järgården, patientrepresentant, RCC Sydöst

Najme Wall, onkolog, Universitetssjukhuset Linköping, RCC Sydöst

Olof Larsson, allmänmedicin, VC Kristinehamn/Nybble, Kristinehamn

Tibor Tot, docent, med.dr, patolog, Falu lasarett, Falun

Åke Berglund, docent, onkolog, 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