Prostatacancer

Standardiserat vårdförlopp

2024-11-26 Version: 6.2

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Kapitel 1
Introduktion....3

Förändringar jämfört med tidigare version....4

Kapitel 2
Ingång till standardiserat vårdförlopp....8

Misstanke....8
Undersökning av män utan symtom....8
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp....9
Remiss för utredning vid välgrundad misstanke....9
Ingång efter diagnos inom OPT....10
Hantering av återfall (recidiv)....10

Kapitel 3
Utredning och beslut om behandling....11

Flödesschema för vårdförloppet....11
Utredningsförlopp....12
Beslut om behandling....15

Kapitel 4
Uppföljning av standardiserat vårdförlopp....16

Ledtider för nationell uppföljning....16
Beräkning av ledtider....18
Övrig uppföljning....19

Kapitel 5
Arbetsgruppens sammansättning....20

Bilaga 1
Kodningsvägledning....21

Obligatorisk kod: Start av SVF....21
Obligatorisk kod vid överflyttning mellan regioner....21
Obligatorisk kod vid utökad utredning....22
Obligatorisk kod för avslut....22
Frivilliga koder för lokal uppföljning....24
Förändringar i kodningsvägledningen....25

KAPITEL 1

Introduktion

Det standardiserade vårdförloppet gäller prostatacancer, C61.9.

Pilotprojekt med organiserad prostatacancertestning (OPT) pågår i majoriteten av Sveriges regioner. Eftersom projekten sker inom ramen för forskning och utvecklig, omfattas de inte av det standardiserade vårdförloppet.

Syftet med standardiserade vårdförlopp (SVF) 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 hur många dagar som krävs för att genomföra ingående utredningar fram till start av behandling, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Respektive region ansvarar för att organisation och resurser möjliggör genomförandet. Vårdförloppet bygger på det nationella vårdprogrammet för diagnosen och de nationella vårdprogrammen för cancerrehabilitering och palliativ vård samt i relevanta fall bäckencancerrehabilitering. Se även vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor. Vårdprogramgruppen ansvarar för att se över vårdprogrammet och vårdförloppet årligen.

Vid misstanke om malignitet hos barn och ungdomar under 18 år ska inte ett SVF startas. I dessa fall ska närmaste barnklinik och/eller barnonkologiska klinik kontaktas redan samma dag för skyndsam vidare utredning.

Förändringar jämfört med tidigare version

Datum	Beskrivning av förändring
2014-12-17	Slutlig version
2015-12-21	Uppdateringar fastställda av SKL:s beslutsgrupp
2016-10-24	Reviderad version fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2016-12-14	Små ändringar i samband med korrekturläsning
2020-03-03	Reviderad version fastställd av RCC i samverkan
2020-03-30	Korrigering
2021-04-13	Reviderad version fastställd av RCC i samverkan
2023-09-19	Reviderad version fastställd av RCC i samverkan
2023-10-12	Korrigering
2023-12-08	Korrigering
2024-10-01	Reviderad version fastställd av RCC i samverkan
2024-11-05	Uppdatering fastställd av RCC i samverkan
2024-11-26	Korrigering

2024-11-26

Remiss för utredning vid välgrundad misstanke: PSA-värde ska finnas med i remissen. Det är nu tillagt i texten.

2024-11-05

Strukturella ändringar, samma för alla vårdförlopp:

- Förenklade texter: Kapitlet Generellt om standardiserade vårdförlopp är borttagen. Generiska texter nedkortade och kontaktsjuksköterska har lyfts in i utredningsblocken med länk till nationell uppdragsbeskrivning.
- Avsnitt om t.ex. MDK, klassifikation och kvalitetsindikatorer är borttagna för att undvika upprepning av information som finns i vårdprogrammen.
- Diagnosspecifik remissinformation: Generiskt remissinnehåll borttaget för att fokusera på det som är diagnosspecifikt.

Revidering 2024-10-01

I denna revidering har följande ändrats:

- Kapitel 2, Ingång till standardiserat vårdförlopp:
  - Remiss till urolog för utredning vid välgrundad misstanke ska innehålla palpationsfynd.

- Förtydligande att män som diagnostiserats med prostatacancer inom OPT ingår i SVF från och med diagnosbesked (utredningsblock F).

Korrigering 2023-12-08

Ledtider för nationell uppföljning: Ett förtydligande är infört kring vad som gäller när beslut tas om enbart palliativ symtomlindrande behandling.

Korrigering 2023-10-12

Flödesschema: Koder är tillagda. Beskrivningen av Utökad utredning är uppdaterad. ”Lågriskcancer eller ej cancer” är ändrat till ”Ej cancer eller PIN” efter utredningsblock F.

Revidering 2023-09-19

I denna revidering har följande ändrats:

- Kapitel 3, avsnittet Utredningsförlopp:
  - Block B: Utökat med information om när ett nytt PSA ska tas.
  - Resultat av block A (remissgranskning): En ny rad har lagts till för när det är endast ett PSA över gränsvärde men under 10 µg/l.
- Kapitel 4, avsnittet Ledtider för nationell uppföljning:
  - Ledtiderna har justerats till ett spann för att ge utrymme för de patienter där ett nytt PSA behöver efter 14–21 dagar.
  - Tillägg av information om ledtid vid experimentella behandlingar.
- Kapitel 4, avsnittet Ingående ledtider:
  - Den inledande gruppen alla har delats upp i tre grupper med justerade ledtider.
- Kapitel 4, avsnittet Indikatorer för kvalitet:
  - En ny indikator har lagts till, MR före diagnostisk biopsi.
  - Indikatorn Ej allvarlig urininkontinens efter RP har kompletterats med målvärdet 80 %.
- Flödesschemat har uppdaterats i enlighet med ändringarna samt förtydligats gällande var patienter som ingår i organiserad prostatacancertestning kommer in i SVF.

Revidering 2020-04-13

I denna revidering har följande ändrats:

- Utredningsförlopp:

  - Block C: Justering av när MRT bör omfatta de regionala lymfkörtlarna
  - Riskgruppsindelningen justerad i enlighet med det nationella vårdprogrammet.
- Tabellen med ledtider justerad för att harmonisera med kodningsvägledningen. Ingen ändring i rekommenderad handläggning.
- Indikatorer för kvalitet uppdaterade i enlighet med Koll på läget.
- Arbetsgruppen uppdaterad.

Korrigering 2020-03-30

Utredningsförlopp: Korrigering av felaktig PSA-nivå i definitionen av högriskcancer.

Revidering 2020-03-03

I denna revidering har följande ändrats:

- Om prostatacancer: Statistik över antal cancerfall är uppdaterad.
- Misstanke: Kriteriet för ärftlighet är borttaget, kriteriet för vattenkastningsbesvär är justerat.
- Undersökning av män utan symtom: Kommentar införd om att den organiserade prostatacancertestningen kan medföra särskilda rutiner.
- Välgrundad misstanke: Ett förtydligande är infört kring vilka värden som gäller för män som tidigare har utretts för prostatacancer samt för män som behandlas med 5-alfareduktashämmare.
- Remiss till urolog: tillägg kring bl.a. anamnes, läkemedel och kontraindikationer mot MRT.
- Utredningsförlopp:
  - Utredningen inleds med remissgranskning. Män som har utretts tidigare kan planeras för individualiserad utredning.
  - MRT bör genomföras före besök hos urolog, med undantag för män med PSA ≥ 100 µg/l och/eller förväntad kvarvarande livstid under omkring 10 år.
  - Om kapaciteten för MRT prostata är otillräcklig kan besök på urologimottagning erbjudas utan föregående MRT. Man kan då med anamnes (samsjuklighet, ärftlighet), palpation, ultraljud och beräkning av PSA-densitet avgränsa en grupp med så låg risk för behandlingskrävande prostatacancer att vare sig MRT eller prostatabiopsi är motiverad (se det nationella vårdprogrammet).

  - Vid remissgranskningen bör individualiserad utredning utanför SVF väljas om mannen nyligen har utretts för misstanke om prostatacancer, nyligen har haft urinvägsinfektion eller om han har en komplicerande sjukdom som gör utredning enligt SVF olämplig.
- Ledtiderna är förlängda med 7 kalenderdagar för att möjliggöra MRT före urologbesök.
- Vid fynd lågriskcancer avslutas SVF när patienten har fått sitt cancerbesked på mottagningen. Processen fram till ett definitivt beslut om aktiv monitorering eller behandling sker alltså utanför ramen för SVF. Nytt avslutsalternativ infört: ”PAD-besked vid lågrisk. Kodas som Start av första behandling, annan.”
- Förtydliganden av vilka patienter som ska avslutas med koden ”Misstanke om cancer avskrivs”
- Indikatorer för kvalitet uppdaterade.
- Standardtext om hantering av återfall införd.
- Arbetsgruppen uppdaterad.

Revidering 2016-10-24

Vid revideringen hösten 2016 gjordes följande större ändringar:

- Ärftlighet lagdes till vid misstanke, hematospermi togs bort och kriterierna för vattenkastningsbesvär förenklades.
- Beskrivningen av initial handläggning av män utan symtom ersattes av en hänvisning till vårdprogrammet.
- Ett förhöjt PSA enligt tabell definierades som välgrundad misstanke efter första provet och skulle inte som tidigare leda till omprov.
- Gränsvärdena för PSA började gälla samtliga män och inte bara män med symtom.
- Utredningen inleddes med förnyat PSA-prov. Blocken omfördelades för att bättre spegla patientens process. Multidisciplinär mottagning infördes som ett alternativ till MDK. Beskrivningen av vilka patienter som ska genomgå bilddiagnostik förenklades.
- Beskrivningen av MDK ersattes av en hänvisning till vårdprogrammet.
- Beskrivningen av beslut om behandling vid låg- och mellanriskcancer ändrades.
- Ledtiderna för nationell uppföljning delades på behandlingsmetod och inte patientgrupp. Fler tidsintervall infördes.
- De ingående ledtiderna räknades om och delades upp på intervall som beskriver hela processen.

KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

Hos män över 40 år ska följande föranleda misstanke om prostatacancer:

- tilltagande skelettsmärtor
- skelettmetastaser utan känd primärtumör
- snabbt ökande, påtagliga urineringsbesvär (senaste halvåret)
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd i prostatakörteln, innebär alltid välgrundad misstanke.

Vid misstanke bör följande utföras:

- riktad anamnes avseende ärftlighet, vattenkastningsbesvär och skelettsymtom
- prostatapalpation
- PSA-prov (PSA-prov bör inte tas i samband med symtom som skulle kunna bero på infektion i urinvägar eller genitalia, annat än vid stark klinisk misstanke om prostatacancer).

Undersökning av män utan symtom

Symtomfria män som själva efterfrågar en prostatakontroll eller ett PSA-test ska få ta del av broschyren om PSA-prov utgiven av 1177 och RCC i samverkan och därefter handläggas enligt nationellt vårdprogram. I regioner med organiserad prostatacancertestning gäller särskilda rutiner.

Om undersökningen ger välgrundad misstanke om prostatacancer ska patienten remitteras till utredning enligt det standardiserade vårdförloppet.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- PSA över gränsvärdet (se tabell).
- Män som tidigare utretts för prostatacancer i enlighet med gällande vårdprogram kan ha ett individuellt definierat värde som ska föranleda förnyad utredning; detta värde gäller då istället för värdet i tabellen. För män som behandlas med 5-alfareduktashämmare (dutasterid och finasterid) ska gränsvärdena i tabellen halveras.
- Malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln).
- Urolog bedömer att det finns indikation för diagnostisk prostatabiopsi.

Ålder	Gränsvärden för PSA
< 70 år	≥ 3 µg/l
70–80 år	≥ 5 µg/l
> 80 år	≥ 7 µg/l

Remiss för utredning vid välgrundad misstanke

Innan SVF-remiss skickas, beakta att patienten önskar, har nytta av och klarar av utredningen. Beslutet ska fattas i samråd med patienten och eventuellt närstående om patienten önskar det.

Remiss vid välgrundad misstanke om prostatacancer ska innehålla

- PSA-värde
- palpationsfynd vid rektalpalpation
- allmäntillstånd och samsjuklighet, särskilt om patienten på grund av ålder eller samsjuklighet kan behöva en individualiserad utredning
- tidigare sjukdomar och behandlingar, särskilt om patienten nyligen haft en urinvägsinfektion eller tidigare har utretts för prostatacancer.

Remissen ska även innehålla kontaktuppgifter (telefonnummer) till patienten och inremitterande för att möjliggöra snabb kontakt.

Den som remitterar till utredning ska informera patienten om att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer och att utredningen sker enligt standardiserat vårdförlopp.

Ingång efter diagnos inom OPT

Den som fått prostatacancerdiagnos inom OPT ingår i SVF från och med PAD-besked (utredningsblock F).

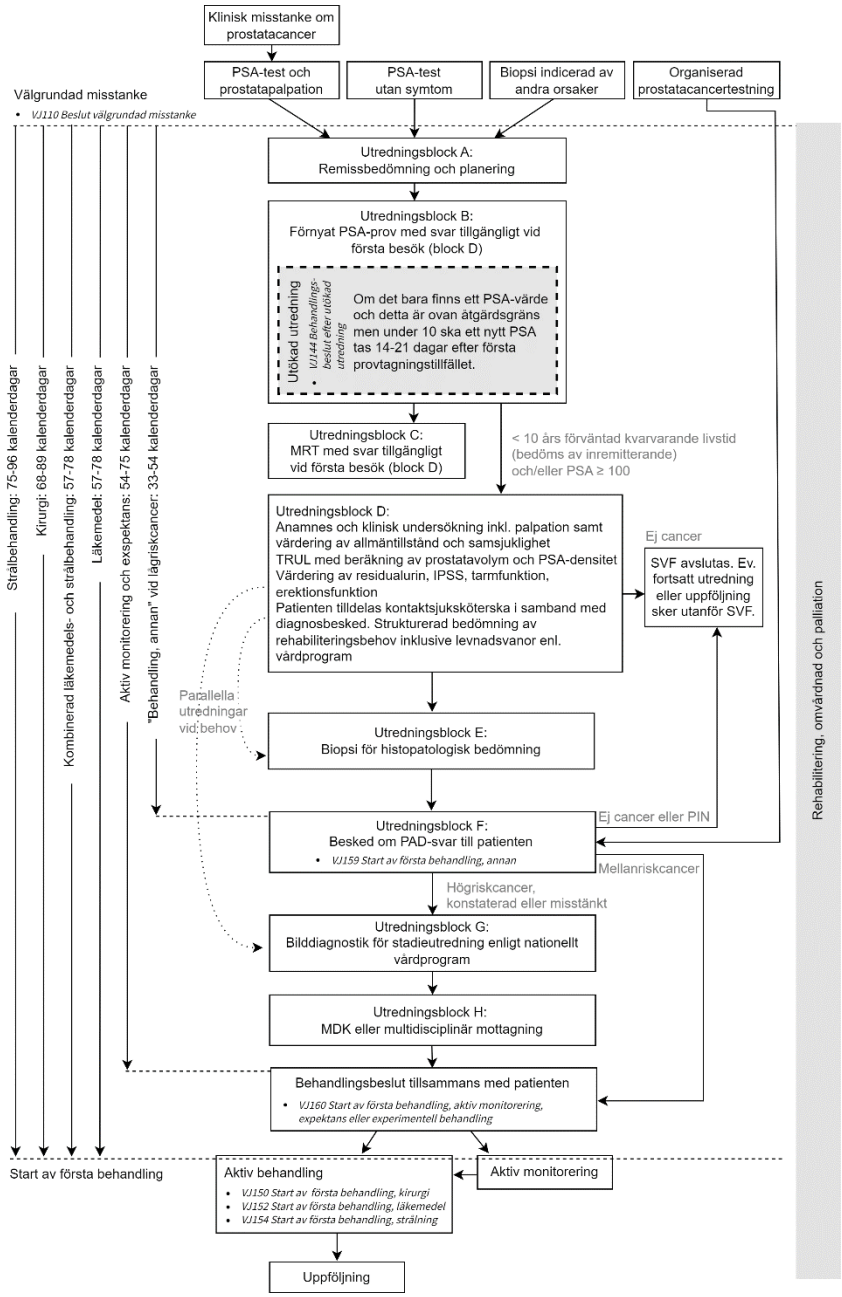
Hantering av återfall (recidiv)

Patienter som behandlats för prostatacancer och får återfall (recidiv) under pågående uppföljning ska utredas utanför SVF. Däremot ska ett nytt SVF startas för de patienter som får återfall efter avslutad uppföljning.

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Flödesschema för vårdförloppet



Utredningsförlopp

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns, även om det påverkar utredningen eller ledtiderna.

Utredningen ska planeras i samråd med patienten och närstående om patienten önskar det. Uppmärksamma särskilt om patienten har minderåriga barn. Alla patienter i reproduktiv ålder ska få information om hur behandlingen kommer att påverka fertiliteten, och vid behov erbjudas kontakt med en fertilitetsenhet för rådgivning och eventuell behandling. SVF kan avslutas om patienten inte önskar, har nytta av eller klarar av utredning eller potentiell behandling.

Block A , vid urologienhet	
Remissbedömning och planering av fortsatt utredning (inklusive ev. remittering till MRT) Besök bör erbjudas på urologimottagning utan föregående MRT om: – Mannen har så allvarlig samsjuklighet eller hög ålder att kurativt syftande behandling inte skulle vara aktuell om en lokaliserad prostatacancer skulle påvisas. – Kapaciteten för MRT prostata är otillräcklig. Man kan då med anamnes (samsjuklighet, ärftlighet), palpation, ultraljud och beräkning av PSA-densitet avgränsa en grupp med så låg risk för behandlingskrävande prostatacancer att vare sig MRT eller prostatabiopsi är motiverad (se det nationella vårdprogrammet). Utredningen ska i samtliga ovanstående fall genomföras med registrering enligt SVF. Individualiserad utredning utanför SVF bör väljas om mannen har haft urinvägsinfektion eller om han har en komplicerande sjukdom som gör utredning enligt SVF olämplig. Om mannen nyligen har utretts och friats från misstanke om prostatacancer måste det vägas in i bedömningen om man ska gå vidare med SVF eller om misstanken kan avskrivas. Om man väljer att gå vidare med utredning sker den inom SVF.	
Block B	**Block C**
Förnyat PSA-prov Om det bara finns ett PSA-värde och detta är ovan åtgärdsgräns men under 10 ska ett nytt PSA tas mellan dag 14 och 21 efter första provtagningstillfället (kodas som utökad utredning) Övrig provtagning: hemoglobin, kreatinin och ALP Svar ska vara tillgängliga vid block D	MRT med svar tillgängligt i block D Vid PSA > 50 µg/l eller palpatorisk misstanke om lokalt avancerad cancer bör MRT omfatta de regionala lymfkörtlarna

Block D (första besök vid urologienhet)	**Block E**
Anamnes och klinisk undersökning inkl. palpation samt värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet TRUL för mätning av prostatavolym (om inte MRT har utförts). Beräkning av PSA-densitet Värdering av residualurin, IPSS, tarmfunktion, erektionsfunktion Patienten tilldelas kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbesked Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov inklusive levnadsvanor enl. vårdprogram	Biopsi för histopatologisk bedömning
Block F	**Block G**
Besked om PAD-svar till patienten	Bilddiagnostik för stadieutredning enligt nationellt vårdprogram
Block H	
MDK eller multidisciplinär mottagning	

Resultat av block A (remissgranskning)	**Åtgärd**
PSA ≥ 100 µg/l eller < 10 års förväntad kvarvarande livstid	Block B och D utförs (första besök utan föregående MRT)
Endast ett PSA över gränsvärde men under 10 µg/l	Nytt PSA mellan 14 och 21 dagar efter senaste provtagningstillfälle (kodas som utökad utredning VJ144) och därefter block B, C och D om misstanken kvarstår, övriga avslutas med kod VJ178 när patienten får besked
Övriga	Block B, C och D utförs (MRT före första besök)
Resultat av block A-D	**Åtgärd**
Cancermisstanken kvarstår	Biopsi utförs i samband med första besök (block D). Besök för PAD-besked och ev. bilddiagnostik bokas

Cancermisstanken är tillräckligt låg för att prostatabiopsi inte ska vara motiverad eller beslut har fattats tillsammans med patienten att inte genomföra prostatabiopsi	Det standardiserade vårdförloppet avslutas när patienten har fått besked. En urologläkare planerar uppföljningen och definierar vid vilken PSA-nivå ett nytt SVF ska påbörjas, samt inom vilket tidsspann denna nivå gäller. SVF ska avslutas med kod VJ178. Koden kallas ”Misstanke om cancer avskrivs” men kan i detta fall snarare tolkas som ”Misstanke är ej bekräftad”.
Resultat av block F (PAD-besked)	**Åtgärd**
Cancer med hög eller mycket hög risk eller spridd prostatacancer* konstateras eller misstänks	Bilddiagnostik och MDK utförs (block G-H)
Mellanriskcancer konstateras*	Behandlingsdiskussion inleds utan vidare undersökningar
Lågriskcancer konstateras*	Det standardiserade vårdförloppet avslutas vid PAD-beskedet. Beslutet kodas som Start av behandling, annan.
Ingen cancer påvisas	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och ev. uppföljning planeras. SVF ska avslutas med kod VJ178. Koden kallas ”Misstanke om cancer avskrivs” bör tolkas som ”Misstanke är ej bekräftad”. Gäller även vid histologisk misstanke om cancer eller fynd av prostatisk inraepitelial neoplasi (PIN).

* Definitioner ur vårdprogrammet:

- Mycket låg risk: T1c, Gleasonsumma 6, ≤ 8 mm cancer totalt i 1–4 av 8–12 systematiska biopsikolvar, PSA < 10 µg/l och PSA-densitet < 0,15 µg/l/cm3
- Övrig lågrisk: T1–T2a, Gleasonsumma 6 och PSA < 10 µg/l som inte uppfyller kriterierna för mycket låg risk
- Mellanrisk: T2b-T2c och/eller Gleasonsumma 7 och/eller PSA 10–19 µg/l
- Högrisk: En av följande högriskfaktorer: T3, Gleasonsumma 8, Gleasonsumma 4 + 3 = 7 i mer än hälften av systematiska biopsier, Gleasonsumma 4 + 3 i riktade biopsier från PI- RADS 5, PSA 20 - 49 µg/l

- Mycket hög risk: Två eller fler av ovanstående högriskfaktorer, eller minst en av följande: T4, Gleasonsumma 9–10, PSA ≥ 50 µg/l.

Beslut om behandling

Beslut om behandling ska fattas av den behandlande läkaren i samråd med patienten, och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

Beslutet om behandling vid låg- och mellanriskcancer bör inte fattas i samband med diagnosbeskedet, eftersom det vanligen finns flera olika behandlingsmöjligheter som patienten behöver sätta sig in i. Processen som leder fram till behandlingsbeslutet ska anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål.

Om en patient med mellanriskcancer vill skjuta på sitt behandlingsbeslut längre än 21 dagar från cancerbeskedet ska detta registreras som patientvald väntan.

KAPITEL 4

Uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen (SVF) med målet att 80 % av de patienter som utreds i ett SVF ska utredas inom ledtiderna.

Från (start av SVF)	**Till (avslut av SVF)**	**Tid**
Basutredning		
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi	68 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling	75 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel (samma ledtid gäller för kombinerad läkemedels- och strålbehandling)	57 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av aktiv monitorering eller exspektans (behandlingsbeslut)*	54 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Besked till patienten vid lågriskcancer (PAD-besked). Kodas som Start av första behandling, annan	33 kalenderdagar
Utökad utredning**		
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi	89 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling	96 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel (samma ledtid gäller för kombinerad läkemedels- och strålbehandling)	78 kalenderdagar

Beslut välgrundad misstanke	Start av aktiv monitorering eller exspektans (behandlingsbeslut)*	75 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Besked till patienten vid lågriskcancer (PAD-besked). Kodas som Start av första behandling, annan	54 kalenderdagar

* Experimentella behandlingar avslutas i samband med behandlingsbeslut. Koden som används vid behandlingsbeslutet är VJ160 Start av första behandling, beslut om exspektans. Dessa patienter kommer därför få samma ledtid som patienter med exspektans och aktiv monitorering.

** Patienter med enbart ett PSA över gränsvärde men under 10 behöver ta ett nytt PSA 14–21 dagar efter senaste provtagningstillfället. Dessa får en utökad ledtid på 21 dagar och ska kodas som VJ144 Behandlingsbeslut efter utökad utredning.

Tiderna för tumörspecifik behandling (kirurgi, läkemedelsbehandling och strålbehandling) gäller vid såväl kurativ som icke kurativ intention.

Patienter inom OPT kommer få en kortare ledtid eftersom de utreds separat fram till bekräftad diagnos. Eftersom det i dagsläget gäller få patienter görs ingen särskild redovisning av dessa tider.

När beslut tas om att inte ge tumörspecifik behandling utan enbart palliativ symtomlindrande behandling (mot t.ex. illamående, smärta) avslutas det standardiserade vårdförloppet med koden VJ158 Start av första behandling, palliativ. Datum för behandlingsbeslut tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt. De symtomlindrande insatserna har ofta startat redan under utredningen. Koden har ingen angiven ledtid.

När en patient ingår i kliniska studier kan ledtiderna påverkas.
Se kodningsvägledningen för riktlinjer om hur detta ska rapporteras.

Beräkning av ledtider

Rekommenderade ledtider för de delar av utredningen som ingår i SVF.

Grupp	Från	Till	Tid
Patienter med PSA över gränsvärde men under 10 vid två tillfällen eller med PSA över 10	Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block D inkl. MRT med bedömning	21 kalenderdagar
Patienter med ett PSA över gränsvärde men under 10	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block D inkl. MRT med bedömning	42 kalenderdagar
Alla	Block D	Block F (möte med patienten för PAD-besked)	11 kalenderdagar
Cancer med hög eller mycket hög risk, samt metastaserad cancer	Block F (PAD-besked)	Block H (MDK) inkl. genomförd bilddiagnostik)	14 kalenderdagar
	Block H (MDK)	Behandlingsbeslut med patienten	7 kalenderdagar
Mellanrisk	Block F (PAD-besked)	Behandlingsbeslut med patienten	21 kalenderdagar
Alla	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kirurgi	14 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, strålbehandling	21 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, läkemedel*	3 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kombinerad läkemedels- och strålbehandling	3 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, aktiv monitorering eller exspektans	0 kalenderdagar (sammanfaller med behandlings-beslutet)

* För män som påbörjar behandling med bikalutamid blir tiden till start av läkemedelsbehandling ett par veckor längre, eftersom de bör få bröstbestrålning före behandlingsstart.

Om patienten önskar en ny medicinsk bedömning (second opinion) ska denna erbjudas inom 14 kalenderdagar. Detta kan registreras som patientvald väntan.

Som datum för behandlingsbeslut räknas den dag då man i samråd med patienten avgör vilken behandling som ska ges.

Övrig uppföljning

Utöver ledtider följs även inklusion i SVF med målet att 70 % av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp. Patienternas upplevelse följs genom PREM-enkäter. Vårdens kvalitet följs via kvalitetsregister för respektive diagnos.

Statistik redovisas på cancercentrum.se.

KAPITEL 5

Arbetsgruppens sammansättning

Vårdprogramgruppen ansvarar för att uppdatera det standardiserade vårdförloppet. Se lista med gruppens medlemmar i nationellt vårdprogram för prostatacancer.

BILAGA 1

Kodningsvägledning

Senast uppdaterad: 2024-11-05

En diagnosövergripande kodningsvägledning finns på sidan Mätning och kodning, cancercentrum.se.

Obligatorisk kod: Start av SVF

VJ110 – Beslut välgrundad misstanke
Datum då **beslut** fattas om att välgrundad misstanke föreligger, i enlighet med kriterierna i vårdförloppsbeskrivningen.

Hantering av recidiv (återfall)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången. Patienter som får recidiv i prostatacancer inkluderas inte i SVF.

Obligatorisk kod vid överflyttning mellan regioner

VJ191 – Patient mottagen från annan region
Den region som avslutar SVF (vid start av behandling eller av annan orsak) ska rapportera hela vårdförloppet till den nationella väntetidsdatabasen, även när SVF har startats i en annan region.

Regionen ska då rapportera

1. datum för välgrundad misstanke (VJ110)
2. datum för remissmottagande (VJ191) samt vilken region som remitterat patienten
3. datum för avslut (VJ150 till VJ178)
4. patientens folkbokföringslänskod.

När en SVF-patient remitteras till en annan region är det därför viktigt att remissen innehåller information om datum för välgrundad misstanke.

Remitterande region kan använda kod VJ190 för intern uppföljning (frivillig kod).

Obligatorisk kod vid utökad utredning

Koderna används för att i ledtidsmätningen skilja på behandlingsstart efter basutredning respektive utökad utredning. Endast kod 44 är obligatorisk. Avsaknad av kod tolkas som basutredning.

Utökad utredning i detta vårdförlopp innebär att det bara finns ett PSA-värde och detta är ovan åtgärdsgräns men under 10. Då ska ett nytt PSA tas mellan dag 14 och 21 efter första provtagningstillfället.

VJ144 – Behandlingsbeslut efter utökad utredning
Koden ska endast användas när patienten har genomgått utökad utredningen enligt ovan. Den ska **inte** användas för att utredningen tar längre tid p.g.a. samsjuklighet eller liknande.

VJ143 – Behandlingsbeslut efter basutredning är en frivillig kod som kan användas för att markera behandlingsbeslutet efter basutredningen, alltså när patienten inte genomgått den utökade utredningen.

Obligatorisk kod för avslut

Det är obligatoriskt att ange EN avslutskod, antingen för start av behandling eller för avslut av annan orsak.

Koder när SVF avslutas vid start av behandling

VJ150 – Start av första behandling, kirurgi
Datum för start av kurativ eller palliativ kirurgisk behandling.

VJ152 – Start av första behandling, läkemedel
Datum för start av kurativ eller palliativ cancerspecifik läkemedelsbehandling. Används även för kombinerad läkemedels- och strålbehandling som startar med läkemedelsbehandling. Dessutom ska orchidektomi kodas på samma sätt som hormonell läkemedelsbehandling, alltså VJ152.

VJ154 – Start av första behandling, strålning
Datum för start av kurativ eller palliativ strålbehandling. Används även för kombinerad läkemedels- och strålbehandling som startar med strålbehandling.

VJ158 – Start av första behandling, palliativ
Avser symtomlindrande behandling. Koden används om ingen tumörspecifik behandling ges. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslutet tillsammans med patienten. Själva behandlingen (mot t.ex. illamående, smärta) har ofta startat redan under utredningen.

VJ159 – Start av första behandling, annan (besked om lågriskcancer)
Datum då patienten får besked om att PAD visar lågriskcancer. Vid fynd av lågriskcancer avslutas SVF när patienten får sitt cancerbesked på mottagningen. Processen fram till ett definitivt beslut om aktiv monitorering eller behandling sker alltså utanför ramen för SVF.

VJ160 – Start av första behandling, beslut om exspektans
Används för både exspektans och aktiv monitorering (för lågriskcancer, se kod VJ159). Koden VJ160 ska sättas vid datum för behandlingsbeslutet och man ska ej ska invänta kompletterande ombiopsi eller MR-undersökning. Koden används även för Experimentella behandlingar och sätts i samband med behandlingsbeslut.

Koder när SVF avslutas av annan orsak

VJ170 – Kriterier för välgrundad misstanke ej uppfyllda
Remissgranskning visar att patienten är anmäld till SVF på felaktig grund; ingen utredning startas.

VJ172 – Annan cancer – utredningen resulterar i annan cancerdiagnos
Utredningen resulterar i att en annan cancerdiagnos ställs. Koden sätts vid datum för det avslutande samtalet. Annat SVF kan startas om sådant finns.

VJ174 – Andra medicinska skäl
Efter läkarbedömning, när annan allvarlig sjukdom eller andra omständigheter behöver behandlas eller åtgärdas först och som *avsevärt* (> 3 veckor) förlänger ledtiden. Kan t.ex. användas

- vid annan samtidig cancer, stroke, akut hjärtinfarkt, svår demens, allvarligt missbruk eller liknande.
- när patienten inkluderas i klinisk studie om det förväntas förlänga ledtiden avsevärt (> 3 veckor).
- när patienten avlider innan start av behandling. Detta gäller oavsett var i vårdförloppet man är.

VJ176 – Patientens val
Patienten tackar aktivt nej till erbjuden tid eller uteblir vid flera tillfällen vilket *avsevärt* (> 3 veckor) förlänger ledtiden. Används även om patienten tackar aktivt nej till att utredas eller behandlas enligt ett standardiserat vårdförlopp liksom om patienten väljer att behandlas utomlands. När en patient enbart begär ett senare datum för utredning eller behandling ska koden inte användas (eftersom det standardiserade vårdförloppet inte ska avslutas). Se i stället riktlinjer för avvikelseregistrering vid rapportering av standardiserat vårdförlopp. Du hittar dokumentet ”Riktlinjer för avvikelseregistrering vid rapportering av SVF” på cancercentrum.se, under rubriken ”Mer information” på sidan Mätning och kodning.

VJ178 – Misstanke om cancer avskrivs
Utredningen resulterar i att en annan diagnos än cancer ställs, eller att ingen diagnos ställs och fortsatt handläggning sker utanför SVF. Koden kallas ”Misstanke om cancer avskrivs” men bör tolkas som ”Misstanke är ej bekräftad”.

Koden ska användas när cancermisstanken är tillräckligt låg för att prostatabiopsi inte ska vara motiverad eller när beslut har fattats tillsammans med patienten att inte genomföra prostatabiopsi.

Koden ska också användas när prostatabiopsi har genomförts och PAD visar histologisk misstanke om cancer eller fynd av prostatisk inraepitelial neoplasi (PIN).

Frivilliga koder för lokal uppföljning

Koderna kan rapporteras till väntetidsdatabasen men följs inte på nationell nivå.

VJ115 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss mottagen i specialiserad vård
Datum då remiss tas emot.

VJ120 – Välgrundad misstanke om cancer – remiss bedömd av koordinator/läkare i specialiserad vård
Datum då remiss är bedömd.

VJ125 – Första besök i specialiserad vård
Datum för första besök för utredning eller bedömning.

VJ135 – Multidisciplinär konferens (MDK)
Datum för multidisciplinär konferens.

VJ140 – Information om diagnos/utredningsresultat
Datum då patienten informeras om diagnos/utredningsresultat.

VJ143 – Behandlingsbeslut efter basutredning
Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten.

VJ190 – Patient överflyttad till annan region
Datum då patienten remitterats till annan region. Koden ska *inte* rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen (Signe) om patienten även rapporteras in med en avslutskod. Med avslutskod menas kod för start av behandling eller avslut av annan orsak.

Förändringar i kodningsvägledningen

2024-11-05
VJ174 Andra medicinska skäl: inklusion i klinisk studie tillagt som exempel på användning av koden. Samma för alla vårdförlopp.

2023-12-14
VJ190 – Patient överflyttad till annan region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

2023-10-12
Ny rubrik tillagd: Obligatorisk kod vid utökad utredning.

Tillägg av koder:

- VJ144 – Behandlingsbeslut efter utökad utredning
- VJ143 – Behandlingsbeslut efter basutredning (frivillig kod)
- VJ190 – Patient överflyttad till annan region

Förtydligat att kod VJ160 även används för Experimentell behandling.

Förtydligat benämningen av kod VJ172 från ”Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos” till ”Annan cancer – utredningen resulterar i *annan* cancerdiagnos”.

Kompletterat med flödesschema.

2023-03-27
Ny förtydligande text för koderna

- VJ152 – Start av första behandling, läkemedel
- VJ154 – Start av första behandling, strålning
- VJ159 – Start av första behandling, annan (besked om lågriskcancer)
- VJ160 – Start av första behandling, beslut om exspektans
- VJ172 – Annan cancer – utredningen resulterar i cancerdiagnos
- VJ174 – Andra medicinska skäl
- VJ176 – Patientens val
- VJ178 – Misstanke om cancer avskrivs.

Tillägg av inledande text i avsnittet Frivilliga koder för lokal uppföljning.

2022-01-14
VJ174 – Andra medicinska skäl: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

VJ191 – Patient mottagen från annat landsting/region: Ny förtydligande text, samma för alla vårdförlopp.

2020-03-03
Förtydligande om att återfall aldrig ska inkluderas i SVF.

Ny kod: VJ159 – Start av första behandling, annan. Ska användas vid lågriskcancer.

Förtydligande text tillagd: VJ178 – Misstanke om cancer avskrivs.

2017-12-15
Förtydligande av hur recidiv (återfall) ska hanteras.

Förtydligande av att endast en avslutskod ska användas.

Ny layout.

2017-01-30
Borttagen: Kod VJ142 – Diagnosbesked och första behandlingsdiskussion: Har använts som behandlingsstart i SVF prostatacancer. Vårdförloppet är uppdaterat på ett sådant sätt att koden är överflödig. Lämplig kod för diagnosbesked är i stället VVX40 – Information om diagnos/utrednings-resultat.

Borttagen: Kod VJ156 – Start av första behandling kombinerad: Använd i stället koden för strålning (VJ154) eller läkemedel (VJ152) beroende på vilken behandling som ges först. Koden kommer att utgå när Socialstyrelsen uppdaterar koderna.

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

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