

Standardiserade vårdförlopp

Förkortade versioner för primärvården

2025-06-24 Version: 29

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-12-21	Version 1.0
2016-03-09	Version 2.0
2016-05-02	Version 2.1
2016-12-14	Version 3.0
2017-02-02	Version 3.1
2017-03-01	Version 3.2
2017-10-31	Version 4.0
2017-12-07	Version 4.1
2018-02-27	Version 5.0
2018-12-10	Version 6.0
2019-12-13	Version 7.0
2020-03-03	Version 8.0
2021-02-23	Version 9.0
2021-09-21	Version 10.0
2021-12-07	Version 11.0
2022-01-14	Version 12.0
2022-04-26	Version 13.0
2022-06-21	Version 14.0
2023-01-03	Version 15.0
2023-02-07	Version 16.0
2023-11-20	Version 17.0
2023-12-12	Version 18.0
2024-01-23	Version 19.0
2024-04-15	Version 20
2024-04-18	Version 20.1
2024-05-14	Version 21
2024-06-11	Version 22
2024-10-01	Version 23
2024-11-05	Version 24
2024-11-26	Version 25
2025-01-07	Version 26
2025-02-25	Version 27
2025-05-20	Version 28
2025-06-24	Version 29

Se [Förändringar jämfört med tidigare versioner.](#)

Innehållsförteckning

Sammanställning av symtom och fynd.....	4
Akuta leukemier.....	10
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer	11
Analcancer	13
Bröstcancer	15
Buksarkom inkl. GIST	17
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt <i>eller</i> cancer i gallblåsan och perihilar gallgång <i>eller</i> primär levercancer	18
Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna	21
Cancer utan känd primärtumör, CUP	22
Hudmelanom	23
Huvud- och halscancer	25
Livmoderhalscancer (cervix)	27
Livmoderkroppscancer (endometrie) inkl. livmodersarkom	28
Lungcancer	29
Maligna lymfom och KLL	31
Matstrups- och magsäckscancer	33
Myelom	34
Myeloproliferativ neoplas, MPN.....	36
Neuroendokrina buktumörer inkl. binjurecancer	38
Njurcancer	40
Peniscancer	41
Primära maligna hjärntumörer	42
Prostatacancer	43
Skelett- och mjukdelssarkom	45
Sköldkörtelcancer	47
Testikelcancer	49
Tjock- och ändtarmscancer	51
Vulvacancer	53
Äggstockscancer	55
Hur ska de standardiserade vårdförloppen användas?	57
Förändringar jämfört med tidigare versioner	61

Sammanställning av symtom och fynd

Här sammanställs symtom och fynd som finns angivna under misstanke och välgrundad misstanke i de standardiserade vårdförloppen. Observera att symtom och fynd måste ses i sitt sammanhang i respektive vårdförlopp och att symtomen också är vanliga i andra sjukdomstillstånd än cancer. Symtom som uppenbart leder tanken till ett visst vårdförlopp finns inte med i sammanställningen, t.ex. ”nyttillkommet indragen bröstvärta”. Om du har förslag på förbättring av sammanställningen, kontakta gärna info@cancercentrum.se.

Anemi	Anemi kan i första hand ge misstanke i tre vårdförlopp. Utgå från det som du bedömer är mest relevant. Se myelom , matstrups- och magsäckscancer och tjock- och ändtarmscancer . Se även allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer.
	Anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni ger välgrundad misstanke om akut leukemi .
Anala symtom	Se analcancer .
Aptitlöshet, mättnadskänsla, vikttnedgång	Aptitlöshet kan i första hand ge misstanke i två vårdförlopp. Utgå från det som du bedömer är mest relevant. Se äggstockscancer och allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer .
	Tidig mättnadskänsla kan ge misstanke i två vårdförlopp. Utgå från det som du bedömer är mest relevant. Se matstrups- och magsäckscancer och äggstockscancer .
	Nyttillkomna kräkningar kan ge misstanke om matstrups- och magsäckscancer
	Oavsiktlig vikttnedgång kan i första hand ge misstanke i tre vårdförlopp. Utgå från det som du bedömer är mest relevant. Se maligna lymfom/KLL , matstrups- och magsäckscancer samt allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
Attacksymtom	Oförklarliga attacker av hjärtklappning, ångest och hypertoni (misstänkt feokromocytom) kan ge misstanke om neuroendokrin buktumör .
Buksymtom	Bäcken- eller buksmärta (frekvent återkommande) kan ge misstanke om äggstockscancer
	Nydiagnostiserad IBS hos kvinnor över 50 år kan ge misstanke om äggstockscancer
	Ändrade avföringsvanor i mer än 4 veckor hos patienter över 40 år i kombination med positivt FHB ger välgrundad misstanke om tjock- och ändtarmscancer .
	Ändrade avföringsmönster hos kvinnor kan också ge misstanke om äggstockscancer
	Smärta i övre delen av buken och/eller ryggen tillsammans med ofrivillig vikttnedgång, kan ge misstanke om cancer i bukspottkörteln , särskilt i samband med relativt nydebuterad diabetes och/eller steatorré
	Bestående diarréer, mer än 3 månader, utan annan uppenbar orsak kan ge misstanke om neuroendokrin buktumör
	Ökat bukomfång och/eller trycksymtom från buken kan ge misstanke om äggstockscancer

Bukfynd	Ascites kan ge misstanke om äggstockscancer
	Bäcken- eller bukeexpansivitet kan ge misstanke om äggstockscancer
	Knöl i buken kan ge misstanke i fyra vårdförlopp, med remiss till filterfunktion. Filterfunktionen är densamma oavsett vilket vårdförlopp du väljer. För övre delen av buken, se cancer i bukspottkörtel, gallblåsa eller lever samt buksarkom . För övriga buken, se buksarkom .
	Palpabel mjälte kan ge misstanke om maligna lymfom/KLL
	Pyometra/hematometra kan ge misstanke om livmoderkroppscancer
	Återkommande HP-negativa magsår utan annan uppenbar orsak kan ge misstanke om neuroendokrin buktumör .
Blödning	Blod i avföringen kan ge misstanke i tre vårdförlopp. Utgå från det som du bedömer är mest relevant, se matstrups- och magsäckscancer , tjock- och ändtarmscancer och analcancer .
	Blod i urinen kan ge välgrundad misstanke om cancer i urinblåsan och övre urinvägarna . Det kan även ge misstanke om njurcancer .
	Blödningstendens och blåmärken kan ge misstanke om akut leukemi
	Blodig sekretion från näsan (ensidig, återkommande) kan ge misstanke om huvud-halscancer
	Nyttillkomna menorragier/metrorragier hos pre-/perimenopausal kvinna kan ge misstanke om livmoderkroppscancer .
	Vaginal blödning som kontaktblödningar (t ex blödning vid samlag), postmenopausal blödning, upprepade blödningar under graviditet utan obstetrisk orsak kan ge misstanke om livmoderhalscancer . Postmenopausal blödning kan även ge misstanke om livmoderkroppscancer, men åtgärden är densamma (remiss till gynekolog – filterfunktion).
Bröstsymtom	Se bröstcancer
	Nyttillkommen bröstkörtelförstoring hos män utan annan uppenbar förklaring kan ge misstanke om testikelcancer .
Feber och infektioner	Feber, se i första hand maligna lymfom/KLL och i andra hand allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
	Infektioner, återkommande eller under lång tid (mer än 2 veckor), kan ge misstanke om akut leukemi
	Återkommande bakteriella luftvägsinfektioner kan ge misstanke om myelom
Flush	Flush utan annan uppenbar orsak kan ge misstanke om neuroendokrin buktumör .
Gulsot och gallstas	Gulsot ger misstanke i två vårdförlopp, med remiss till filterfunktion. Filterfunktionen är densamma oavsett vilket vårdförlopp du väljer och beskrivningen i primärvårdsversionen är en sammanslagning av tre vårdförlopp. Se cancer i bukspottkörtel, gallblåsa och lever .
	Gallstas kan ge välgrundad misstanke i två vårdförlopp. Remittera till det vårdförlopp som du bedömer är mest relevant. Se cancer i bukspottkörtel, gallblåsa och lever .

Hjärta	Misstänkt carcinoid hjärtsjukdom (högersidig klaffsjukdom) kan ge misstanke om neuroendokrin buktumör (remittera direkt till mottagning med neuroendokrin kompetens (filterfunktion) utan provtagning).
Hud	Hudförändring kan ge misstanke om hudmelanom .
Huvud- och halssymtom	Huvudvärk kan under vissa omständigheter ge välgrundad misstanke om hjärntumör
	Recurrensparet ger välgrundad misstanke om lungcancer . Hos patienter med struma, även misstanke om sköldkörtelcancer .
	Heshet, stämbandspares eller röstförändring hos patienter med struma kan ge misstanke om sköldkörtelcancer
	Sväljsvårigheter kan ge misstanke enligt två vårdförlopp. Utgå från det som du bedömer är mest relevant. Se huvud- och halscancer och matstrups- och magsäckscancer
	Obstruktion av vena cava superior ger välgrundad misstanke om lungcancer .
	Övriga symtom och fynd i huvud-halsregionen, se huvud- och halscancer .
	Se även Luftvägssymtom
Knöl	Huvud-halsregionen, se huvud-halscancer
	Sköldkörteln, se sköldkörtelcancer
	Bröst eller armhåla, se bröstcancer
	Förstorad lymfkörtel, se maligna lymfom/KLL
	Mjälte: Palpabel mjälte kan ge misstanke om maligna lymfom/KLL .
	Buken: Knöl i buken kan ge misstanke i fyra vårdförlopp, med remiss till filterfunktion. Filterfunktionen är densamma oavsett vilket vårdförlopp du väljer. För övre delen av buken, se cancer i bukspottkörtel, gallblåsa eller lever samt buxsarkom . För övriga buken, se buxsarkom .
	Flanken, se njurcancer
	Ljumsken, se peniscancer resp. vulvacancer .
	Resistens större än 5 cm ger välgrundad misstanke om mjukdelssarkom .
	Under muskelfascian (ej ruckbar vid spänd muskulatur), ger välgrundad misstanke om mjukdelssarkom oavsett storlek
	Skelettet, se skelettsarkom
	Prostata, se prostatacancer
	Testikel, se testikelcancer
Laborationsavvikelser	AFP: Förhöjt värde som inte förklaras av leversjukdom ger välgrundad misstanke om testikelcancer
	Beta-hCG: Förhöjt värde ger välgrundad misstanke om testikelcancer
	Järnbristanemi utan annan uppenbar orsak ger välgrundad misstanke om tjock- och ändtarmscancer
	Cyto- eller histopatologiska fynd utgör nästan alltid välgrundad misstanke om aktuell diagnos. Se respektive diagnosområde.

Laborations- avvikelser, forts	Hematokrit (EFV): Förhöjt värde kan ge välgrundad misstanke om myeloproliferativ neoplasi, MPN
	Hemoglobin (Hb): Förhöjt värde kan ge välgrundad misstanke om myeloproliferativ neoplasi, MPN
	Hyperkalcemi kan ge misstanke om myelom . Se också allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer .
	Hypogammaglobulinemi kan ge välgrundad misstanke om myelom tillsammans med symtom som tyder på myelom
	Hypoglykemi hos icke-diabetiker utan annan uppenbar orsak kan ge misstanke om neuroendokrin buktumör .
	Koagulationsprover: Avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus ger välgrundad misstanke om akut leukemi
	Lymfocytos i differentialräkning ($> 10 \times 10^9/L$) ger välgrundad misstanke om maligna lymfom/KLL .
	M-komponent kan ge välgrundad misstanke om myelom eller lymfom/KLL .
	Monoklonala lätta kedjor i urinen > 500 mg/dygn ger välgrundad misstanke om myelom
	Omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter) ger välgrundad misstanke om akut leukemi
	PSA: Förhöjt PSA ger i vissa fall välgrundad misstanke om prostatacancer .
	S-FLC kvot > 100 ger välgrundad misstanke om myelom
	SR: Hög SR kan ge misstanke om myelom . Se också allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer .
	Trombocyter (TPK): Förhöjt värde kan ge välgrundad misstanke om myeloproliferativ neoplasi, MPN
	Se även Anemi
Luftvägarna, symtom och fynd	Återkommande bakteriella luftvägsinfektioner kan ge misstanke om myelom
	Pleuravätska utan annan uppenbar orsak kan ge misstanke om äggstockscancer
	Övriga luftvägssymtom, se lungcancer
Lymfkörtel, förstorad	Se maligna lymfom/KLL .
	Förstorad lymfkörtel i huvud-halsregionen, se även huvud- och halscancer .
	Förstorade lymfkörtlar i ljumskarna i kombination med vissa symtom från penis kan ge välgrundad misstanke om peniscancer .
	Knöl i ljumskan hos kvinnor över 40 år och hos immundefekta kvinnor oavsett ålder kan ge misstanke om vulvacancer .
Metastasfynd	”Metastasfynd som ger misstanke om lungcancer” ger välgrundad misstanke om lungcancer
	Skelettmetastaser utan känd primärtumör ska hos män ge misstanke om prostatacancer

Metastasfynd, forts	Övriga metastaser utan känd primärtumör ger välgrundad misstanke om CUP
Nattsvettningar	Se maligna lymfom/KLL
Neurologiska symtom	Polyneuropati eller rizopati kan ge misstanke om myelom Övriga neurologiska symtom, se hjärntumörer
Skelettfynd	Osteoporos hos män och premenopausala kvinnor kan ge misstanke om myelom Palpabel resistens i skelettet kan ge misstanke om skelettsarkom . Patologiska frakturer kan ge välgrundad misstanke om skelettsarkom, men även misstanke om myelom . Skelettmetastaser utan känd primärtumör ska hos män ge misstanke om prostatacancer
Skelettsymtom	Bäckensmärta (frekvent återkommande) kan ge misstanke om äggstockscancer Ensidig svullnad eller vilovärk som kan härledas till skelettet kan ge misstanke om skelettsarkom . Skelettsmärta kan ge misstanke om prostatacancer men även om myelom , särskilt skelettsmärta i rygg eller bröstorg/revben.
Smärta	Bröst- eller skuldersmärta utan annan förklaring kan ge misstanke om lungcancer Bäcken- eller buksmärta (frekvent återkommande) kan ge misstanke om äggstockscancer Ensidiga obehag eller smärtor i huvud-halsregionen kan ge misstanke om huvud- och halscancer Huvudvärk kan under vissa omständigheter ge välgrundad misstanke om hjärntumör Skelettsmärta kan ge misstanke om prostatacancer men även om myelom , särskilt skelettsmärta i rygg eller bröstorg/revben. Ensidig smärta eller vilovärk som kan härledas till skelettet kan ge misstanke om skelettsarkom . Smärta i övre delen av buken och/eller ryggen tillsammans med ofrivillig vikttnedgång, kan ge misstanke om cancer i bukspottkörteln , särskilt i samband med relativt nydebuterad diabetes och/eller steatorré Smärta i flanken kan ge misstanke om njurcancer Övrig smärta, se Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
Sår som inte läker	Sår i huvud-halsregionen kan ge misstanke om huvud- och halscancer Sår på bröstet kan ge misstanke om bröstcancer Sår på penis kan ge misstanke om peniscancer
Trötthet och sjukdomskänsla	Nyttillkommen trötthet och allmän sjukdomskänsla kan ge misstanke om akut leukemi Se även Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
Underlivs-fynd/symtom, kvinnor	Ihållande, vattniga eller avvikande flytningar kan ge misstanke om livmoderhalscancer eller livmoderkroppscancer . Åtgärden är densamma i bägge fallen (remiss till gynekolog – filterfunktion).

	Vaginal blödning i form av kontaktblödningar (t ex blödning vid samlag), postmenopausal blödning, upprepade blödningar under graviditet utan obstetrisk orsak kan ge misstanke om livmoderhalscancer. Postmenopausal blödning kan även ge misstanke om livmoderkroppscancer. Åtgärden är densamma i bägge fallen (remiss till gynekolog – filterfunktion). Nyttillkomna menorragier/metrorragier hos pre-/perimenopausal kvinna kan ge misstanke om livmoderkroppscancer. Symtom eller fynd i vulva kan ge misstanke om vulvacancer: sår som inte läker, knöl, långvarig sveda eller klåda som inte svarar på behandling, misstanke om malignt melanom vid undersökning.
Underlivs-fynd/symtom, män	Vissa symtom från penis kan ge misstanke om peniscancer. Symtom i kombination med förstörade lymfkörtlar i ljumskarna kan ge välgrundad misstanke om peniscancer. Förändring, smärta, obehag och liknande i testikel kan ge misstanke om testikelcancer. Knöl i testikel ger välgrundad misstanke om testikelcancer. Misstänkt bitestikelinflammation där symtomen kvarstår efter tre veckor trots behandling kan ge misstanke om testikelcancer. Nydebuterat varikocel som ej tömmer sig i liggande kan ge misstanke om njurcancer.
Urinvägarna	Blod i urinen kan ge välgrundad misstanke om cancer i urinblåsan och övre urinvägarna. Det kan även ge misstanke om njurcancer. Njursvikt kan ge misstanke om myelom Uni- eller bilateral hydronefros utan annan rimlig förklaring kan ge misstanke om livmoderhalscancer Vattenkastningsbesvär hos män kan ge misstanke om prostatacancer. Ökade urinträngningar (frekvent återkommande) hos kvinnor kan ge misstanke om äggstockscancer.
Ventrombos	Djup ventrombos i nedre extremiteterna utan annan uppenbar förklaring kan bl.a. ge misstanke om äggstockscancer.



Akuta leukemier

Följande fynd utan rimlig förklaring ska föranleda **misstanke** (enskilt eller tillsammans):

- nytilkommen trötthet och allmän sjukdomskänsla
- blåmärken eller blödningstendens
- infektioner, med eller utan feber, återkommande eller under lång tid (mer än 2 veckor).

Misstanke ska föranleda snar kontroll av

- blodstatus och differentialräkning av vita blodkroppar
- fysikalisk status, särskilt lymfkörtel- och bukpalpation
- om patienten har blödningssymtom: koagulationsprover.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter)
- anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni utan annan förklaring
- avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Observera: Vid påverkat allmäntillstånd eller alarmerande provsvar ska hematologjour eller motsvarande kontaktas omedelbart för akut bedömning.

Remiss för utredning vid välgrundad misstanke

Den mottagande enheten ska kontaktas per telefon i samband med att välgrundad misstanke uppstår. Vid påverkat allmäntillstånd och alarmerande provsvar ska hematologjour eller motsvarande kontaktas även utanför kontorstid för akut bedömning.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för AML eller ALL 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.

Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer

Vad som väcker **misstanke** är varierande och kan utgöras av läkarens intryck av att patienten är allvarligt sjuk. Ofta ingår dock ett eller flera av följande symtom eller fynd, **nyttillkomna och utan rimlig förklaring**:

- allmän sjukdomskänsla
- uttalad trötthet
- aptitlöshet
- större oavsiktlig viktnedgång, särskilt i kombination med andra symtom
- långvarig feber
- smärtor
- patologiska laboratorievärden, t.ex. lågt blodvärde, förhöjt alkaliskt fosfatas, förhöjd sänka eller förhöjt kalcium (vid järnbristanemi, se SVF tjock- och ändtarmscancer respektive matstrups- och magsäckscancer)
- markant ökning av antalet kontakter med hälso- och sjukvården
- markant ökning av läkemedelskonsumtionen.

Där misstanken har väckts ska nedanstående utföras:

- Fördjupad anamnes som särskilt omfattar
 - ärftlighet
 - tidigare cancersjukdom
 - alkohol- och tobaksanamnes.
- Status, särskilt
 - inspektion av munhåla (särskilt tandstatus) och hud
 - palpation av buk, leder, lymfkörtlar, bröstkörtlar, testiklar, rektum
 - hjärt- och lungstatus.
- Temperatur, vikt, längd.
- Provtagning:

- Hb, LPK, TPK	- korrigerat kalcium	- glukos
- B12	/joniserat kalcium	- urinsticka
- folat	- ALAT	- CRP
- ferritin	- alkaliskt fosfatas	- SR
- kalium	- bilirubin	- S-Proteinprofil (S-Elektrofores)
- natrium	- LD	- S-Kappakedja, fri och Lambdakedja, fri
- kreatinin (eGFR)	- PSA	eller U-Proteinprofil (U-Elektrofores)
- albumin	- TSH	
- Eventuellt riktad undersökning, t.ex. lungröntgen eller gynekologisk undersökning, om det inte fördröjer förloppet.

Syftet med undersökningarna är att identifiera bakomliggande orsak för att kunna genomföra sjukdomsspecifik utredning eller behandling, eller att skapa underlag till remiss till utredning.

Välgrundad misstanke för standardiserat vårdförlopp för allvarliga ospecifika symtom föreligger *om cancermisstanke kvarstår* och undersökningarna enligt ovan inte pekat mot en specifik diagnos.

- Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.
- För att patienten ska kunna remitteras enligt det standardiserade vårdförloppet ska samtliga undersökningar och provtagningar enligt ovan vara utförda, svar föreligga och vara bedömda.

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 allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer ska innehålla svar på samtliga undersökningar enligt ovan samt eventuella övriga utredningar.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Följande har angivits som optimala ledtider i det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Beslut om att utföra undersökningar enligt ovan	Beslut välgrundad misstanke	5 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag

Analcancer

Följande ska föranleda misstanke oavsett ålder:

- nytillkommen knöl/förändring analt
- anal smärta
- anala sår och fissurer
- atypiska eller tätt återkommande perianala abscesser
- blod i avföringen
- nytillkomna trängningar till avföring eller läckage.

Vid misstanke ska följande utföras:

- anamnes
- inspektion av analregionen
- rektalpalpation
- palpation av ljumskar
- om möjligt rektoskopi.

Om undersökningarna leder till förmodat godartat fynd ska patienten informeras om att oförändrade symtom efter fyra veckor bör föranleda ny kontakt med primärvården.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- stark malignitetsmisstanke vid klinisk undersökning
- initialt förmodad godartad anal eller perianal förändring som kvarstår oförändrad efter fyra veckor trots riktad behandling
- nytillkomna eller förändrade anala symtom utan annan uppenbar förklaring hos följande riskgrupper:
 - HIV-positiva
 - män som har sex med män
 - immunsupprimerade personer
 - personer som har eller har haft HPV-relaterad genital in situ eller invasiv neoplasi
- histopatologiskt fynd talande för analcancer
- bilddiagnostiskt fynd talande för analcancer.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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.

Remissen ska 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.



Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för analcancer 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.

Bröstcancer

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd vid klinisk undersökning. Välgrundad misstanke föreligger också efter samtal mellan patienten och läkare eller sjuksköterska med kompetens inom bröstcancervården:

- malignitetssuspekt knöl* i bröstet
- malignitetssuspekt knöl* i armhålan hos kvinnor
- ändrad kontur på bröstet, utan annan uppenbar orsak
- nytillkommet indragen bröstvårta
- rodnad eller svullnad på huden över bröstet utan annan förklaring
- blodig sekretion från enstaka mjölkgång
- ensidigt eksem på bröstvårtan
- sårbildning på bröstvårtan eller i anslutning till bröstkörtlarna
- nytillkommen apelsinskalsliknande hud
- fynd vid bilddiagnostik talande för bröstcancer
- histopatologiskt fynd talande för bröstcancer

* Ett palpationsfynd (knöl) som inte uppenbart har en annan naturlig orsak ska betraktas som malignitetssuspekt. Med tanke på den låga incidensen av bröstcancer hos kvinnor under 30 års ålder bör man i denna bedömning särskilt väga in differentialdiagnoser.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

I sällsynta fall kan smärta förekomma vid bröstcancer, men smärta och ömhet är oftast associerat med ofarliga knölar, hormonella förändringar i bröstet eller med ömhet i bröstmuskulaturen. Dessa patienter ska också remitteras för en radiologisk bröstdiagnostisk utredning, men inte inom standardiserat vårdförlopp.

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.

När patienter remitteras från en annan vårdgivare till en bröstenhets på grund av ovanstående fynd bör remissen särskilt innehålla

- tidigare sjukdomar och behandlingar, särskilt bröstcancer eller äggstockscancer
- ärftlighet, t.ex. känt mutationsbärarskap eller bröstcancer eller äggstockscancer hos nära släktingar
- lokalstatus bröst.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för bröstcancer och får återfall (recidiv) under pågående uppföljning ska utredas utanför SVF. Däremot ska ett nytt SVF startas för de patienter som får en ny primärtumör under pågående uppföljning eller insjuknar igen efter att ha avslutat uppföljningskontroller enligt nationellt vårdprogram.

Buksarkom inkl. GIST

Följande ska föranleda **misstanke**:

- Palpabel knöl i buken.

Vid misstanke ska patienten remitteras till en DT eller MRT (filterfunktion).

Välgrundad misstanke föreligger vid fynd som ger misstanke om intraabdominella (t.ex. GIST) eller retroperitoneala sarkom vid

- bilddiagnostik eller endoskopi
- vävnadsbunden diagnostik (histopatologi eller cytologi).

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

Vid misstanke om malignitet hos barn under 18 år, kontakta omgående närmaste sarkomcentrum och/eller barnonkologiska klinik för skyndsamt vidare utredning (utanför SVF).

Patienter som behandlats för buksarkom, GIST eller retroperitoneala sarkom 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.

Cancer i bukspottkörteln och periampullärt *eller* cancer i gallblåsan och perihilär gallgång *eller* primär levercancer

Följande kan föranleda **misstanke**. Vid misstanke, ta relevanta prover och skriv samtidig remiss till diagnostisk undersökning (filterfunktion). Om patienten är ikterisk ska man överväga remiss för akut omhändertagande. Det är viktigt att DT pankreas utförs innan ev. stentning av gallvägarna. Om möjligt bör DT beställas redan av primärvård.

Symtom/fynd som kan ge misstanke:	Remittera till:
gulsot eller gallstas	Akut (inom 24 timmar) ultraljud av lever, gallvägar och pankreas Vid nydiagnostiserad diabetes: DT buk (MRT om DT inte finns att tillgå)
smärta i övre delen av buken och/eller ryggen tillsammans med ofrivillig viktnedgång, särskilt i samband med relativt nydebuterad diabetes och/eller steatorré	Gastroskopi Vid nydiagnostiserad diabetes: DT buk (MRT om DT inte finns att tillgå)
palpabel knöl i övre delen av buken	DT buk eller MRT
fynd vid utredning av leversjukdom eller hastig försämring av kronisk leversjukdom	
bilddiagnostiskt fynd där cancermisstanke finns, t.ex. vid surveillance av högriskgrupper (enligt nationella vårdprogrammet) eller vid överraskningsfynd vid annan utredning.	
Kvarvarande malignitetsmisstänkta besvär som inte förklarats av ultraljud/gastroskopi	
Vid stark malignitetsmisstanke kan utredningsprocessen förkortas om en DT pankreas/buk resp. fyrfas DT lever/buk eller MRT utförs redan i denna situation.	

Se även [Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom](#).

Svaret från den diagnostiska undersökningen ska skyndsamt tas om hand. Om undersökningen ger välgrundad misstanke ska patienten remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:	Remittera till standardiserat vårdförlopp för (vart remissen ska skickas beslutas lokalt):
Gallstas ej kopplad till gallstens- eller leversjukdom	Bukspottkörteln och periampullärt <i>eller</i> Gallblåsan och perihilär gallgång.
Kronisk leversjukdom i kombination med nytillkommen fokal leverlesion > 1 cm, oavsett bilddiagnostisk metod	Primär levercancer

Bilddiagnostiskt fynd talande för malignitet i levern, gallblåsa eller perihilar gallgång eller bukspottkörteln (inklusive huvudgångs-IPMN eller vidgad pankreasgång) utan annan känd aktuell malign sjukdom, oavsett bilddiagnostisk metod	Aktuellt diagnosområde (Vid annan känd malign sjukdom, överväg att utreda leverförändringar som metastas och inte inom vårdförloppet för primär levercancer.)
MR-fynd talande för sidogångs-IPMN som uppfyller absoluta eller relativa kriterier för kirurgi enligt nationellt vårdprogram	Aktuellt diagnosområde
Cyto- eller histopatologiskt fynd talande för malignitet (levercancer: endast histopatologiskt fynd)	Aktuellt diagnosområde
Misstanke om malignitet vid bukoperation.	Aktuellt diagnosområde

Se även [Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom](#).

Utredningen för de tre standardiserade vårdförloppen inleds på liknande sätt och patienter som remitterats till ”fel” utredning kommer att tas om hand utan att återremitteras.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för bukspottkörtelcancer, cancer i gallblåsan, perihilar gallgång eller primär levercancer och får återfall under pågående uppföljning ska utredas utanför SVF. Däremot ska ett nytt SVF startas för de patienter som får återfall efter avslutad uppföljning.

För patienter med IPMN som under pågående uppföljning övergår i cancer ska ett nytt SVF startas.



Följande har angivits som optimala ledtider i det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst bilddiagnostik (filterfunktion)	1 kalenderdag
Remissankomst bilddiagnostik (filterfunktion)	Svar till remittenten	10 kalenderdagar
Svar till remittenten	Information till patienten samt beslut välgrundad misstanke	3 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag

Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer 50 år eller äldre, undantaget
 - patienter som utretts enligt detta SVF de senaste 3 åren
 - patienter där urinvägsblödningen uppkommit direkt efter traumatisk katetersättning
 - patienter som bedöms vara för sköra för att genomgå utredning eller eventuell behandling.
- misstanke om urinblåsecancer eller tumör i övre urinvägarna vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Observera att bakteriuri eller blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med makroskopisk hematuri enligt definitionerna ovan har en bakomliggande urinblåsecancer.

Ordinarie remissrutiner (utanför SVF) ska tillämpas för individer med makroskopisk hematuri under 50 års ålder, liksom för patienter som utretts enligt SVF inom de senaste tre åren, eftersom risken för bakomliggande cancer är mindre. Ordinarie remissrutiner ska också tillämpas för blod på pappret efter miktion utan samtidig makrohematuri hos peri- och postmenopausala patienter.

Vid osäkerhet om patienten klarar utredning eller behandling vid tumörfynd kan urolog konsulteras.

Kvinnor 40 år och yngre med förstagångs hemorrhagisk cystit som blir symtomfria på behandling behöver inte utredas för tumör i urinkanalen, då mer än varannan förstagångsurinvägsinfektion har samtidig makrohematuri.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för cancer i urinblåsan eller övre urinvägarna 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.



Cancer utan känd primärtumör, CUP

Välgrundad misstanke om CUP föreligger vid fynd av en eller flera metastasmisstänkta 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.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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.

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 cancer utan känd primärtumör ska innehålla tidigare sjukdomar (särskilt malignitet) och vilken information patienten har fått om misstanken.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Hudmelanom

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 % av de melanom som diagnostiseras påträffats på en annan del av huden än den lesion patienten söker för, se nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning som inger stark misstanke* om invasivt hudmelanom (ICD-10: C43.0–9)
- histopatologiskt fynd av primärt invasivt melanom eller melanommetastas
- undersökningsfynd talande för nyttillkommen melanommetastas (dvs. ej vid recidiv av melanom som redan är under behandling).

*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 patologi för bedömning, men inte inom ramen för det standardiserade vårdförloppet.

Handläggningen vid välgrundad misstanke kan ske enligt två alternativ, se nedan:

A: Primärvården utför diagnostisk excision och ger diagnosbesked

B: Patienten remitteras direkt till specialiserad vård

Observera att vissa regioner har beslutat att all handläggning (diagnostisk excision och diagnosbesked) ska ske enligt alternativ B. I dessa bör primärvården bortse från informationen under alternativ A. Vänligen informera er om vilka rutiner som ska gälla i er region.



Handläggning vid välgrundad misstanke – alternativ A

Primärvården utför diagnostisk excision och ger diagnosbesked.

Diagnostisk excision ska ske enligt riktlinjer i nationellt vårdprogram och preparatet ska skickas till patolog med följande **remissinnehåll**:

- frågeställning: melanom? samt märkt med SVF enligt lokala rutiner
- typ av preparat
- hudförändringens lokalisation
- hudförändringens storlek, utseende (t.ex. färg, ulceration, krusta, avgränsning)
- klinisk resektionsmargin
- 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).

Vid PAD-bekräftat hudmelanom ska patienten remitteras till specialiserad vård för nästa steg i utredningen: ställningstagande till utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik.

Handläggning vid välgrundad misstanke – alternativ B

Patienten remitteras till specialiserad vård (när regionen beslutat att all excision ska ske i specialiserad vård eller när excisionen kräver särskild kompetens).

Remissen till utredning ska innehålla:

- lokalisation och storlek
- ev. foto
- när patienten sökte för symtomen eller fynden första gången
- tidigare hudcancer
- ärftlighet för hudmelanom eller melanom i familjen.

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.

Följande har angivits som optimala ledtider i det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Diagnostisk excision	10 kalenderdagar
Diagnostisk excision	Diagnosbesked	18 kalenderdagar
Diagnosbesked	Besök för ställningstagande till utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik.	5 kalenderdagar

Huvud- och halscancer

I detta vårdförlopp kan inte välgrundad misstanke fastställas i primärvården.

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

- Förstorad lymfkörtel eller knuta på halsen utan infektion eller annan förklaring
- 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 sedan mer än 3 veckor utan förbättring eller annan förklaring
- Sväljbesvär eller klumpkänsla med smärta upp mot öronen
- Ensidig nytillkommen nästäppa som inte växlar sida
- Återkommande blodig sekretion från näsan utan infektion eller annan förklaring
- Ensidiga obehag eller smärta i halsen utan infektion eller annan förklaring
- Ensidig serös mediaotit (otosalpingit) utan infektion eller annan förklaring

Vid misstanke ska patienten remitteras till en ÖNH-klinik (filterfunktion) med mottagande redan samma dag. Välgrundad misstanke (start av SVF) kan uppstå 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. Knöl 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.

Detta händer i filterfunktionen

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till en klinisk undersökning utförd av ÖNH-läkare. Denna undersökning avgör om malignitetsmisstanken är så stark (välgrundad misstanke) att det är motiverat att utreda patienten enligt standardiserat vårdförlopp. I dessa fall ska utredningen starta omedelbart.

Remiss för utredning

Innan remiss skickas till ÖNH-klinik för utredning, 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.

Remissen ska 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.



Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

Patienter som behandlats för huvud- och halscancer 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 eller som får nya primärtumörer, second primaries, som uppkommer under uppföljningen av den första huvud- och halscancerdiagnosen.

Livmoderhalscancer (cervix)

I detta vårdförlopp kan inte välgrundad misstanke fastställas i primärvården.

Följande ska föranleda *misstanke*:

- upprepade kontaktblödningar där annan orsak uteslutits (t.ex. mellanblödning vid preventivmedel eller infektion)
- postmenopausal blödning
- upprepade blödningar under graviditet utan obstetrisk orsak
- ihållande, vattniga flytningar
- uni- eller bilateral hydronefros utan annan rimlig förklaring
- bilddiagnostiskt fynd talande för livmoderhalscancer
- synliga förändringar på livmoderhalsen som föranleder misstanke om cancer.

Vid misstanke ska patienten remitteras till gynekologisk undersökning (filterfunktion).

Remiss för utredning

Innan remiss skickas till gynekolog för utredning, 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.

Remissen ska innehålla screeninghistorik (om tillgängligt).

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för livmoderhalscancer 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.

Detta händer i filterfunktionen

Filterfunktionen utförs av gynekolog och omfattar gynekologisk undersökning, ev. kolposkopi, vaginalt ultraljud, cellprov med dubbelanalys samt biopsi vid synlig förändring.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- stark klinisk misstanke om livmoderhalscancer vid gynekologisk undersökning, t.ex. synlig tumör på livmoderhalsen
- histopatologiskt fynd av livmoderhalscancer.

Om välgrundad misstanke föreligger ska gynekologen omedelbart remittera patienten till utredning enligt standardiserat vårdförlopp.



Livmoderkroppscancer (endometrie) inkl. livmodersarkom

Ett eller flera av följande ska föranleda **misstanke**:

- postmenopausal blödning
- nytillkomna menorragier/metrorragier hos pre-/perimenopausal kvinna, som inte svarar på sedvanlig behandling
- pyometra/hematometra
- avvikande flytningar utan annan uppenbar orsak hos peri-/postmenopausal kvinna
- tillväxt av livmodern hos postmenopausal kvinna.

Vid misstanke ska patienten remitteras till gynekolog (filterfunktion).

Detta händer i filterfunktionen

Gynekologen utför en gynekologisk undersökning med transvaginalt ultraljud, ev. även endometriebiopsi.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- förtjockad slemhinna ≥ 5 mm eller omätbar slemhinna hos postmenopausal kvinna med blödning eller avvikande flytning
- kliniskt eller bilddiagnostiskt fynd tydligt talande för gynekologisk cancer
- histopatologiskt fynd visande livmoderkroppscancer eller ingivande misstanke om livmoderkroppscancer (inklusive EIN, endometrial intraepitelial neoplasia) eller livmodersarkom.

Välgrundad misstanke kan fastställas i primärvården vid bilddiagnostiskt fynd tydligt talande för gynekologisk cancer ("översraskningsfynd"). Patienten ska då omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för livmoderkroppscancer eller livmodersarkom 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.

Lungcancer

Följande ska föranleda **misstanke**:

- nytillkomna luftvägssymtom (t.ex. hosta eller andnöd) med en varaktighet av 6 veckor hos rökare eller före detta rökare över 40 år
- bröst- eller skuldersmärta utan annan förklaring
- blodig hosta.

Vid **misstanke** ska patienten remitteras till lungröntgen eller DT (filterfunktion).

Svaret ska skyndsamt tas om hand.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- fynd vid bilddiagnostik som ger misstanke om lungcancer
- metastasfynd som ger misstanke om lungcancer
- upprepad blodig hosta utan annan uppenbar orsak, även vid normal röntgen
- obstruktion av vena cava superior
- recurrenspar.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Oklart fynd vid lungröntgen och låg malignitetsmisstanke ska inte betraktas som välgrundad misstanke. Inremitterande bör remittera patienten till DT. Detta kan också ske på initiativ av röntgenavdelningen. Vid DT kan välgrundad misstanke uppstå eller misstanken avskrivas. Radiologisvar ska besvara frågeställningen om välgrundad misstanke eller ej.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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.

Patienter som behandlats för lungcancer 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.



Följande har angivits som optimala ledtider i det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Remissankomst (filterfunktion)	1 kalenderdag
Remissankomst (filterfunktion)	Lungröntgen/DT (filterfunktion)	5 kalenderdagar
Lungröntgen/DT (filterfunktion)	Svar till remittenten	1 kalenderdag
Svar till remittenten	Beslut om välgrundad misstanke eller inte	3 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag

Maligna lymfom och KLL

Följande kan föranleda **misstanke**:

- en eller flera förstorade lymfkörtlar, minst 1,5 cm i största diameter vid klinisk undersökning*
- palpabel mjälte
- feber mer än 38 grader utan annan förklaring, t.ex. infektion
- oavsiktlig viktnedgång
- uttalade nattsvevningar.

* Lymfkörtelförstoring inom huvud-halsområdet ska handläggas inom standardiserat vårdförlopp för huvud-halscancer om inte patienten samtidigt har lymfocytos $> 10 \times 10^9/L$.

Kontrollera följande vid klinisk misstanke om lymfom eller KLL, t.ex. vid ovanstående symtom:

- blodstatus (hemoglobin, vita blodkroppar med differentialräkning, trombocyter)
- fysikaliskt status, särskilt lymfkörtel- och bukpalpation
- vid förstorade lymfkörtlar: bedömning av om det finns annan förklaring, t.ex. infektion, vaccination, genomgången operation, sår.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- en eller flera förstorade lymfkörtlar, minst 1,5 cm i största diameter vid klinisk undersökning, utan annan förklaring*
- palpabel mjälte, utan annan förklaring
- lymfocytos i differentialräkning ($> 10 \times 10^9/L$)
- M-komponent IgM $> 10 \text{ g/l}$
- misstanke om lymfom vid bildiagnostik i samband med annan utredning
- misstanke om lymfom vid biopsi i samband med annan utredning.

* Lymfkörtelförstoring inom huvud-halsområdet ska handläggas inom standardiserat vårdförlopp för huvud-halscancer om inte patienten samtidigt har lymfocytos $> 10 \times 10^9/L$.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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 ska innehålla symtomduration.

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.



Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Matstrups- och magsäckscancer

I detta vårdförlopp kan inte välgrundad misstanke fastställas i primärvården.

Nytillkomna sväljsvårigheter ska föranleda misstanke och patienten ska remitteras till utredning med gastroskopi (filterfunktion) utan andra föregående undersökningar. Remissen ska skickas inom 24 timmar.

Följande *kan föranleda* utredning med gastroskopi (filterfunktion):

- järnbristanemi
- kraftig oförklarad viktnedgång
- nytillkommen tidig mättnadskänsla sedan minst 3 veckor
- gastrointestinal blödning
- nytillkomna kräkningar sedan minst 3 veckor
- bilddiagnostiskt fynd talande för matstrups- eller magsäckscancer.

Remiss för utredning

Innan remiss skickas till utredning, 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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 kontaktas redan samma dag för skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för matstrups- eller magsäckscancer 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.

Detta händer i filterfunktionen

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Om gastroskopin visar misstanke om cancer ska biopsier tas, men patienten ska remitteras till utredning utan att PAD-svaret inväntats.

Om undersökningen inte ger misstanke om matstrups- eller magsäckscancer men biopsier har tagits ansvarar endoskopisten för att bevaka PAD-svaret och remittera patienten till utredning om svaret ger välgrundad misstanke eller återremittera patienten om misstanken avskrivits.

Välgrundad misstanke kan väckas genom undersökningsfynd vid gastroskopi eller i samband med PAD-svar.

Myelom

Följande fynd ska föranleda **misstanke** om myelom, förutsatt att primär utredning inte ger annan förklaring:

- skelettsmärter (ofta rygg eller bröstcorg/revben)
- patologiska frakturer, t.ex. kotkompressionsfrakturer, hotande tvärsnittslesion
- anemi
- hyperkalcemi
- polyneuropati eller rizopati
- njursvikt
- hög SR
- osteoporos hos män och premenopausala kvinnor
- återkommande bakteriella luftvägsinfektioner.

Vid misstanke ska följande prover tas:

- Blodstatus (Hb, LPK, TPK).
- Elektrolytstatus inklusive P-albumin, P-kalcium (eller joniserat Ca) och P-kreatinin.
- Fraktionerade proteiner i serum och urin (t.ex. U-elektrofores och S-elektrofores). Fria lätta kedjor i serum (S-FLC) kan ersätta fraktionerade proteiner i urinen.

Observera: Vid symtomgivande hyperkalcemi, akut njursvikt och hotande tvärsnittslesion ska specialistvården omgående kontaktas på telefon.

Välgrundad misstanke föreligger vid något av följande, **oavsett symtom:**

- M-komponent IgG eller IgA i serum > 15 g/l
- M-komponent IgD eller IgE i serum oavsett storlek
- monoklonala lätta kedjor i urinen > 500 mg/dygn
- S-FLC kvot (involverad lätt kedja/icke-involverad lätt kedja) > 100 (involverad lätt kedja måste vara > 100 mg/l)
- histopatologiskt eller cytologiskt fynd talande för plasmacellsmalignitet
- fynd vid bilddiagnostik talande för plasmacellsmalignitet.

Välgrundad misstanke föreligger även vid

- minst ett av följande provsvar:
 - hypogammaglobulinemi
 - M-komponent i serum eller urin (ej IgM)
 - patologisk S-FLC-kvot
- **tillsammans med** minst ett av följande symtom förutsatt att primär utredning inte ger annan förklaring:
 - anemi
 - njursvikt
 - hyperkalcemi
 - skelettengagemang enligt ovan (misstanke om myelom)

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Patienter med M-komponent som inte uppfyller kriterierna för välgrundad misstanke ska utredas enligt ordinarie rutiner.

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.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

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

Myeloproliferativ neoplasi, MPN

Följande värden kan utgöra underlag för **misstanke**, om bestående förhöjda (> 3 månader) och vid samtidig frånvaro av annan rimlig förklaring:

- Hematokrit (EVF) $> 0,48$ för kvinnor och $> 0,49$ för män
- Hemoglobin (Hb) > 160 g/L för kvinnor, > 165 g/L för män
- Trombocyter (TPK) $> 450 \times 10^9/L$

Vid **misstanke** ska följande kontrolleras i syfte att utröna om kriterier för välgrundad misstanke föreligger alternativt talar för annan rimlig förklaring.

- Tidigare eller aktuell tromboembolisk händelse, framför allt upprepade tromboser eller enskild ovanlig trombos
 - Lokal för och typ av trombos
 - Tidpunkt för trombos
- Fysikaliskt status; särskilt hjärt- och lungauskultation, bukpalpation och saturation.
- Blodstatus; erytrocytvolymfraction, hemoglobin, vita blodkroppar med differentialräkning, trombocyter, blodkroppskonstanter (t.ex. MCV)
- CRP
- Ferritin
- S-erytropoetin
- Uppgift om rökvanor, läkemedel och ev. annat substansintag (t.ex. alkohol, anabola steroider)

För ytterligare information om tidig utredning och differentialdiagnostik hänvisas till det nationella vårdprogrammet för MPN, kapitel [6 Symtom och tidig utredning](#).

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- Hemoglobin (Hb) > 190 g/L
- Hematokrit (EVF) $> 0,55$ för män, $> 0,52$ för kvinnor *som ensamt fynd*
- Hematokrit (EVF) $> 0,48$ för kvinnor och $> 0,49$ för män *tillsammans med* minst ett av följande:
 - Tromboembolisk händelse inom det senaste året
 - LPK $> 12,5 \times 10^9/L$ och/eller TPK $> 450 \times 10^9/L$
 - S-erytropoetin nedom eller i det lägre normalintervallet
 - Lågt ferritin
- Trombocyter (TPK) $> 1000 \times 10^9/L$ *som ensamt fynd*
- Trombocyter (TPK) $> 450 \times 10^9/L$ *tillsammans med* minst ett av följande:
 - Tromboembolisk händelse inom det senaste året
 - LPK $> 12,5 \times 10^9/L$ utan annan uppenbar orsak
 - Bestående förhöjt värde (> 3 månader) utan hållpunkter för reaktiv trombocytos.

Om **välgrundad misstanke föreligger** ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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 MPN ska särskilt innehålla provsvar för blodstatus, CRP, ferritin och S-erytopoetin samt uppgift om hjärt-/lungsjukdom, rökvanor och användning av testosteron och SGLT2-hämmare.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.



Neuroendokrina buktumörer inkl. binjurecancer

Följande utan annan uppenbar orsak ska föranleda **misstanke**:

- Flush
- Bestående diarréer, mer än 3 månader
- Återkommande HP-negativa magsår
- Hypoglykemi hos icke-diabetiker
- Oförklarliga attacker av hjärtklappning, ångest och hypertoni (misstänkt feokromocytom)
- Misstänkt carcinoid hjärtsjukdom (högersidig klaffsjukdom) (remittera direkt till filterfunktionen utan nedanstående provtagning)
- Bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om neuroendokrin buktumör eller binjurebarkscancer (remittera till filterfunktionen utan nedanstående provtagning).

Vid misstanke ska följande prover tas:

- Kromogranin A (observera att bl.a. protonpumpshämmare kan höja kromograninnivåerna och bör vara utsatt minst två veckor före provtagning).
 - Vid förhöjt Kromogranin A, remittera till mottagning med neuroendokrin kompetens (filterfunktion).
 - Normalt Kromogranin A utesluter inte neuroendokrin tumör. Om stark klinisk misstanke kvarstår bör patienten diskuteras med specialist med neuroendokrin kompetens.
- Vid anamnes på attacksymtom med misstanke om hypoglykemi eller feokromocytom (se ovan), ta även glukos och p-metoxikatekolaminer (metanefriner).
 - Vid patologiska värden, remittera till endokrinologmottagning.

För symtom, se även [det nationella vårdprogrammet för neuroendokrina buktumörer](#).

Detta händer i filterfunktionen

Filterfunktionen sker på mottagning med neuroendokrin kompetens, med granskning av remiss och sjukhistoria samt kompletterande provtagning utifrån misstanke, se nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- bilddiagnostiskt fynd i kombination med hormonella förändringar som inger misstanke om neuroendokrin buktumör
- stark klinisk misstanke i kombination med hormonella förändringar som inger misstanke om neuroendokrin buktumör (endast på mottagning med neuroendokrin kompetens)
- histopatologiskt fynd talande för neuroendokrin buktumör
- verifierad hypoglykemi i samband med 72-timmarsfasta.

Vid histopatologiskt fynd av NEC eller binjurebarkscancer ska kontakt tas skyndsamt (telefonkontakt) med endokrinonkolog/endokrinkirurg vid mottagning med neuroendokrin kompetens.

Remiss för utredning

Innan 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 till mottagning med neuroendokrin kompetens eller remiss vid välgrundad misstanke ska särskilt innehålla

- företagen utredning inkl. kreatinin (datum för radiologi gjord, länkning av bilder samt PAD-nummer)
- tidigare sjukdomar och behandlingar, särskilt pernicios anemi/atrofisk gastrit
- läkemedel (särskilt trombocythämmare, antikoagulantia, protonpumpshämmare, metformin).

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för neuroendokrina buktumörer 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.



Njurcancer

Den vanligaste presentationen av njurcancer är ett incidentellt bilddiagnostiskt fynd (välgrundad misstanke) vid utredning av annan anledning än misstanke om njurcancer, antingen i primärvården eller i slutenvården på sjukhus.

Följande symtom ska föranleda **misstanke**:

- makroskopisk hematuri utan annan verifierad diagnos (följ [SVF för cancer i urinblåsan eller övre urinvägarna](#))
- palpabel resistens i flanken
- smärta i flanken utan annan uppenbar orsak
- nydebuterat varikocel som inte tömmer sig i liggande.

Vid misstanke ska patienten remitteras till en bilddiagnostik undersökning (filterfunktion), i första hand en DT-undersökning, utan och med kontrastmedel. Vid reducerad njurfunktion kan MRT eller ultraljud med kontrast vara alternativ.

Svaret ska skyndsamt tas om hand. Om den diagnostiska undersökningen ger välgrundad misstanke ska patienten remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp.

Observera att patienter som har utretts med SVF för urinblåse- och urinvägscancer redan har genomgått DT-urografi som en del i utredningen och inte behöver genomgå SVF njurcancer om DT-urografen inte visat misstanke om expansivitet i njuren.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- bilddiagnostiskt fynd talande för njurcancer
- njurcystor klassade som Bosniak III–IV (se vägledning i [nationellt vårdprogram för njurcancer](#)).

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Remiss till 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. Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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.

Patienter som behandlats för njurcancer 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.

Peniscancer

Följande kvarstående symtom (2–4 veckor) från penis ska föranleda **misstanke**:

- ett svårläkt sår
- röda områden som kvarstår efter 2–4 veckors daglig behandling med lokal grupp III-steroid
- en förhårdnad
- illaluktande flytningar från en trång förhud
- återkommande blödningar
- smärta

Observera: ett eller flera av ovanstående symtom i kombination med förstörade lymfkörtlar i ljumskarna ger välgrundad misstanke, se nedan.

Vid misstanke utan annan uppenbar orsak ska patienten remitteras till urolog eller dermatolog (filterfunktion).

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- klinisk misstanke om peniscancer vid bedömning av urolog eller dermatolog
- histopatologiskt fynd talande för invasiv peniscancer
- ett symtom enligt ovan i kombination med förstörade lymfkörtlar i ljumskarna.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Remiss för utredning

Remissen till urolog eller dermatolog (filterfunktion) ska innehålla inguinalt lymfkörtelstatus och bör innehålla fotodokumentation vid synliga förändringar.

Remissen till utredning vid välgrundad misstanke ska innehålla PAD-svar, inguinalt lymfkörtelstatus och fotodokumentation.

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.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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.

Patienter som behandlats för peniscancer 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.

Primära maligna hjärntumörer

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- Förstagångs epileptiskt anfall (fokalt eller generaliserat).
- Debut av fokalt neurologiskt bortfallssymtom (t.ex. halvsidig förlamning, koordinations-/balanssvårigheter, känselnedsättning, synfältsbortfall eller dysfasi/talpåverkan) progredierande över dagar eller veckor utan andra sannolika förklaringar (t.ex. känd multipel skleros eller känd metastaserad cancersjukdom).
- Nyttillkommen personlighetsförändring eller kognitiv nedsättning, progredierande över veckor eller ett fåtal månader.
- Nyttillkommen huvudvärk eller markant förändring i tidigare huvudvärksmönster (särskilt vid förekomst av illamående, kräkningar, staspapill eller andra symtom/fynd talande för ökat intrakraniellt tryck) som progredierar över veckor och där grundlig sjukhistoria och klinisk neurologisk undersökning inte har påvisat andra sannolika förklaringar.
- DT- eller MRT-undersökning (utförd på andra indikationer) som föranleder misstanke om primär malign hjärntumör. Om radiologiska fynd talar för meningiom, hypofysadenom eller schwannom ska patienten dock utredas enligt ordinarie rutiner och inte remitteras till standardiserat vårdförlopp.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Observera: Vid misstänkt begynnande inklämning med eller utan medvetandepåverkan ska neurokirurgjouren kontaktas omedelbart för akut bedömning.

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 misstanke om primära maligna hjärntumörer ska innehålla neurologisk status utöver standardinnehåll för remiss.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för primära maligna hjärntumörer 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.

Prostatacancer

Följande ska föranleda misstanke hos män över 40 år:

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

Vid misstanke ska 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).

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- PSA över gränsvärdet (se nedan).
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 nedan halveras.
- Malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln).
- Urolog bedömer att det finns indikation för diagnostisk prostatabiopsi.

Ålder Gränsvärden för PSA hos män med benigt palpationsfynd

< 70 år	≥ 3 µg/l
70–80 år	≥ 5 µg/l
> 80 år	≥ 7 µg/l

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Om undersökningen inte resulterar i välgrundad misstanke om prostatacancer ska patienten följas, antingen vid en urologienhet eller i primärvården, se det nationella vårdprogrammet för prostatacancer.

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 prostatapalpation
- 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

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.

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.

Skelett- och mjukdelssarkom

Barn och unga under 18 år: Vid misstanke om mjukdels- eller skelettumör (oavsett lokalisation), kontakta närmaste sarkomcentrum och/eller barnonkologiska klinik redan samma dag för skyndsamt vidare utredning.

Följande kan föranleda *misstanke* om skelettsarkom (för symtom på mjukdelssarkom, se välgrundad misstanke nedan):

- ensidig svullnad, smärta eller vilovärk som kan härledas till skelettet och utan annan uppenbar förklaring
- palpabel resistens i skelettet.

Vid misstanke ska patienten remitteras till konventionell röntgenundersökning. Svaret ska skyndsamt tas om hand.

Om undersökningen ger välgrundad misstanke ska patienten remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. **Om den är invändningsfri** ska patienten informeras om att oförändrade symtom efter 1–2 månader bör föranleda en ny bedömning.

Välgrundad misstanke om *mjukdelssarkom* föreligger vid ett eller flera av följande:

- en resistens som uppvisar ett av följande två kliniska fynd:
 - storlek över 5 cm*
 - lokalisering under muskelfascian (ej ruckbar vid spänd muskulatur), oavsett storlek
- fynd vid bilddiagnostik som ger misstanke om mjukdelssarkom
- vävnadsbundet diagnostiskt fynd (histopatologiskt, cytologiskt eller molekyllärpatologiskt) som ger misstanke om malign mesenkymal tumör.

* Observera att en resistens över 5 cm som funnits oförändrad utan tillväxt i mer än 2 år kan utredas enligt rutin och ska inte skickas som en SVF-remiss.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Patienten remitteras till MRT enligt kort protokoll, som utförs innan eventuell remiss till sarkomcentrum. Utifrån MRT-svar kan misstanken om mjukdelssarkom avskrivas.

Handläggning vid MRT-svar:

- Vid tydligt svar som talar för benign orsak – informera patienten om svaret. SVF avslutas.
- Vid svårtolkat svar eller svar som talar för malignitet – skicka omgående SVF-remiss.

Sarkomcentrum kan ta beslut vid remissbedömning att **avskriva välgrundad misstanke** och rekommendera remittenten att utreda enligt förslag. **Inremitterande ansvarar då** för vidare utredning enligt rekommendation från sarkomcentrum.

Observera att vid fortsatt misstanke om mjukdelssarkom efter MRT ska tumören endast biopsas i samråd med sarkomcentrum.

Välgrundad misstanke om *skelettsarkom* föreligger vid ett eller flera av följande:

- fynd vid bilddiagnostik som ger misstanke om skelettsarkom
- misstanke om patologisk fraktur utan uppenbar orsak

- vävnadsbundet diagnostiskt fynd (histopatologiskt, cytologiskt eller molekylärpatologiskt) som ger misstanke om malign mesenkymal tumör.

Observera att misstänkta sarkom enligt ovan endast ska biopseras i samråd med sarkomcentrum.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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 skelett- och mjukdelssarkom ska innehålla uppgifter om resistensens storlek, läge och tillväxt.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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

Patienter som behandlats för skelett- och mjukdelssarkom 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.

Sköldkörtelcancer

Följande ska föranleda **misstanke**:

- nyttillkommen eller växande fast knöl i sköldkörteln
- knöl i sköldkörteln
 - med förekomst av sköldkörtelcancer i släkten
 - med anamnes på joniserande strålning mot halsen
 - hos patienter < 20 eller > 60 år, speciellt hos män
 - med förstörade, malignitetsmisstänkta lymfkörtlar på halsen
- oförklarlig heshet, stämbandspares utan annan förklaring eller röstförändring hos en patient med struma
- PET-positivt fynd i sköldkörteln.

Vid misstanke ska patienten remitteras till ultraljud och finnålspunktion (filterfunktion).

Observera: Vid klinisk misstanke om odifferentierad (anaplastisk) sköldkörtelcancer (snabbt tillväxande, fixerad, hård knöl, eventuellt med andningspåverkan) ska patienten handläggas akut.

Svaret ska skyndsamt tas om hand. Om den diagnostiska undersökningen ger välgrundad misstanke ska patienten remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp.

Välgrundad misstanke föreligger vid minst ett av följande:

- ultraljudsfynd talande för sköldkörtelcancer
- cytologiskt fynd med misstanke om sköldkörtelcancer (Bethesdakategori $\geq$ IV).

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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 sköldkörtelcancer ska innehålla

- Bethesdakategori om det finns angivet på cytologisvar
- tyreoidestatus, inkl. uppgift om stämbandsstatus har bedömts.

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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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.



Patienter som behandlats för sköldkörtelcancer 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.

Följande har angivits som optimala ledtider i det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid misstanke	Beslut välgrundad misstanke eller inte (genomförd filterfunktion)	14 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	3 kalenderdagar

Testikelcancer

Följande ska föranleda **misstanke**:

- palpabel knöl i testikeln
- förändring av storlek eller konsistens på testikel
- smärta, obehag eller tyngdkänsla i testikel utan annan uppenbar förklaring
- misstänkt bitestikelinflammation där symtomen kvarstår efter tre veckor trots behandling
- nytillkommen bröstkörtelförstoring utan annan uppenbar förklaring.

Vid misstanke ska följande utföras:

- klinisk undersökning med grundlig undersökning av testiklarna
- skyndsam ultraljudsundersökning av testiklar
- nytillkommen bröstkörtelförstoring utan annan uppenbar förklaring: ta beta-hCG (humant choriogonadotropin) eller total+beta-hCG.

Observera: Vid radiologiska eller kliniska tecken på omfattande metastasering eller vid mycket höga tumörmarkörnivåer (AFP (alfa-fetoprotein) och hCG) ska regionansvarig onkolog kontaktas omgående och patienten ska handläggas akut.

Svaret ska skyndsamt tas om hand.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- testikeltumör påvisad vid bilddiagnostik
- förhöjt AFP som inte förklaras av leversjukdom
- förhöjt beta-hCG
- histopatologiskt fynd talande för germinalcellscancer

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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 med närstående om patienten önskar det.

Remissen ska utöver standarduppgifter 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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.



Patienter som behandlats för testikelcancer 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.

Följande har angivits som optimala ledtider i det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag

Tjock- och ändtarmscancer

Följande ska föranleda **misstanke**, enskilt eller tillsammans:

- blod i avföringen
- anemi
- ändring av annars stabila avföringsvanor i > 4 veckor utan annan förklaring hos patienter över 40 år.

Där **misstanken** har väckts ska följande utföras inom 10 kalenderdagar:

- anamnes inklusive IBD och ärftlighet
- rektalpalpation
- i första hand rektoskopi och i andra hand proktoskopi
- vid anemi: anemiutredning
- vid ändring av annars stabila avföringsvanor: FHB

Om undersökningarna visar annan blödningskälla ska denna behandlas med uppföljning efter 4 veckor.

Positivt FHB som isolerat fynd ska utredas enligt rutin och inte enligt SVF.

Individer med riskfaktorer bör särskilt uppmärksammas avseende symtom som ger misstanke om tjock- och ändtarmscancer. Det finns också anledning att vara vaksam för kombinationer av symtom, se nationellt vårdprogram.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- synligt blod i avföringen där rektalpalpation och prokto-/rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla (eller där blödningskvarstår efter 4 veckor trots adekvat behandling av annan blödningskälla)
- järnbristanemi utan annan uppenbar orsak
- ändrade avföringsvanor i mer än 4 veckor hos patienter över 40 år i kombination med positivt FHB
- fynd vid prokto-/rektoskopi eller rektalpalpation som inger misstanke om kolorektalcancer
- fynd vid bild- eller vävnadsdiagnostik eller koloskopi som inger misstanke om kolorektalcancer.

Observera att blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med blod i avföringen eller anemi har en bakomliggande kolorektalcancer.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

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 tjock- och ändtarmscancer ska innehålla kommentarer om patientens förutsättningar att genomgå koloskopi, t.ex. behov av ineliggande laxering.



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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för tjock- eller ändtarmscancer och får återfall (recidiv) under pågående uppföljning ska utredas utanför SVF. Däremot ska ett nytt SVF startas för de patienter som får ny primärtumör under pågående uppföljning eller insjuknar igen efter att ha avslutat uppföljningskontroller enligt nationellt vårdprogram.

Vulvacancer

Följande utan annan uppenbar orsak ska föranleda misstanke hos kvinnor över 40 år och hos immunosupprimerade kvinnor oavsett ålder:

- symtom eller fynd i vulva:
 - sår som inte läker
 - knöl
 - långvarig sveda eller klåda som inte svarar på adekvat behandling
 - misstanke om malignt melanom
- knöl i ljumsken.

Vid misstanke ska patienten genomgå gynekologisk undersökning (filterfunktion).

Primärvårdsläkare kan själv utföra undersökningen, eller remittera till gynekolog.

Filterfunktionen ska omfatta

- gynekologisk undersökning
- palpation av ljumskar
- histopatologisk undersökning (stansbiopsi) – om det finns flera malignitetsmisstänkta förändringar ska biopsier tas från samtliga.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- stark klinisk misstanke om vulvacancer vid gynekologisk undersökning
- histopatologiskt fynd av vulvacancer eller malignt melanom i vulva.

Vid stark klinisk misstanke ska patienten remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp utan att PAD-svaret inväntas. Patienten kan i dessa fall också remitteras utan att biopsier tas om det finns medicinska skäl som talar emot biopsier.

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 vulvacancer ska innehålla

- bilddokumentation och skiss över tagna biopsier.
- beskrivning av storlek och lokalisation av tumören samt ev. PAD-svar.

Remissen ska 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.



Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för vulvacancer 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.

Äggstockscancer

Följande *nyttillkomna* besvär eller fynd hos kvinnor ska föranleda **misstanke**:

- bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om cancer med gynekologiskt ursprung (observera att bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om avancerad gynekologisk cancer ger välgrundad misstanke, se nedan)
- bäcken- eller bukexpansivitet
- ascites
- pleuravätska utan annan uppenbar orsak
- bäcken- eller buksmärta (frekvent återkommande)
- ökat bukomfång och/eller trycksymtom från buken
- ökade urinträngningar (frekvent återkommande)
- ändrade avföringsmönster utan annan uppenbar orsak
- tidig mättnadskänsla eller aptitförlust utan annan uppenbar orsak
- nydiagnostiserad IBS hos kvinnor över 50 år
- djup ventrombos i nedre extremiteterna utan annan uppenbar orsak

Vid **misstanke** ska följande utföras:

- allmän anamnes inkl. gynekologisk anamnes och cancerärftlighet
- klinisk status inkl. allmäntillstånd, palpation av ytliga lymfkörtelstationer, bukpalpation, rektalundersökning och auskultation av hjärta och lungor
- kreatinin och tumörmarkör i serum: CA 125 (svaret ska göras tillgängligt för gynekologen men inte inväntas innan remiss skickas)

Om **misstanken kvarstår** ska patienten remitteras till gynekolog.

Detta händer hos gynekologen (filterfunktionen)

Gynekologen utför en gynekologisk undersökning med vaginalt ultraljud samt bedömer CA 125. Utifrån detta görs en samlad bedömning (så kallad RMI - Risk of Malignancy Index). Det är centralt att gynekologen har CA 125 tillgängligt för att kunna göra bedömningen direkt. Om provet tas vid undersökningen måste patienten gå hem och vänta på besked.

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- $RMI \geq 200$ (samlad bedömning av undersökning och CA 125)
- fynd vid vaginalt ultraljud talande för cancer med ursprung i adnex eller peritoneum
- bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om avancerad gynekologisk cancer (t.ex. carcinos, ascites)
- histopatologiskt eller cytologiskt fynd talande för cancer med gynekologiskt ursprung.

Välgrundad misstanke kan fastställas i primärvården vid bilddiagnostiskt fynd som ger misstanke om avancerad gynekologisk cancer, t.ex. carcinos eller ascites ("överraskningsfynd"). Patienten ska då omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp.



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 äggstockscancer ska ställas till utredande gynekologisk enhet/kvinnoklinik eller gynekologiskt tumörkirurgiskt centrum och ska innehålla provsvar med provtagningsdatum för CA 125.

Remissen ska 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.

Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp

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 skyndsam vidare utredning.

Patienter som behandlats för äggstockscancer 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.

Hur ska de standardiserade vårdförloppen användas?

Vem ska remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp?

Välgrundad misstanke är ”kärnan” i vårdförloppen och markeras med en ruta i primärvårdsversionerna.

När en vuxen patient (18 år eller äldre) uppfyller ett kriterium för välgrundad misstanke ska du remittera till utredning enligt standardiserat vårdförlopp, oavsett om de undersökningar som anges under ”misstanke” är genomförda eller inte.

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. Ett sådant beslut ska fattas i samtal med patienten och gärna tillsammans med närstående.

Varje diagnos har flera kriterier för välgrundad misstanke. Några kan verka ”osannolika” ur ett primärvårdsperspektiv, t.ex. ”fynd vid bukoperation”. Syftet med de kriterierna är att patienter ska kunna inkluderas i vårdförloppet även om de upptäcks som ”överraskningsfynd” i samband med andra utredningar.

Vad ska remisserna innehålla?

Flera regioner har egna standardmallar för SVF. Om sådana saknas och inget annat anges ska remisserna innehålla följande:

- att välgrundad misstanke om [aktuell diagnos] föreligger
- anamnes, ange särskilt
 - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
 - företagen utredning
 - allmäntillstånd och samsjuklighet
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer)

Vart ska remisserna skickas?

I de nationella beskrivningarna finns inte angivet vart remisserna ska skickas. Detta beslutas lokalt och regionerna har i uppgift att hålla primärvården informerad om hur organisationen ser ut.

Hur ska patienterna informeras inför remiss till utredning?

Det finns ett antal informationspunkter som det är extra viktigt att patienten tar till sig för att utredningen ska kunna starta på ett bra sätt. Du behöver naturligtvis inte använda de exakta formuleringarna utan avgör själv hur du bäst förmedlar informationen till den enskilda patienten.

Informera 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.

Vid remiss till så kallade filterfunktioner vid misstanke, t.ex. bilddiagnostik, ska patienten få samma information, men det är inte alltid nödvändigt att berätta om det standardiserade vårdförloppet.

Många regioner har tagit fram informationsmaterial. Det finns också [ett nationellt informationsblad som är översatt till flera språk](#).

Hur ska symtomen under "misstanke" användas?

Under "misstanke" anges ofta vilka fynd eller symtom som kan vara tecken på diagnosen och vilka utredningar man då ska göra för att fastställa eller avskriva välgrundad misstanke.

Vid misstanke ska du *inte* remittera till utredning enligt standardiserat vårdförlopp utan genomföra de undersökningar som anges i förloppet, eventuellt med remiss till "filterfunktion", se nedan.

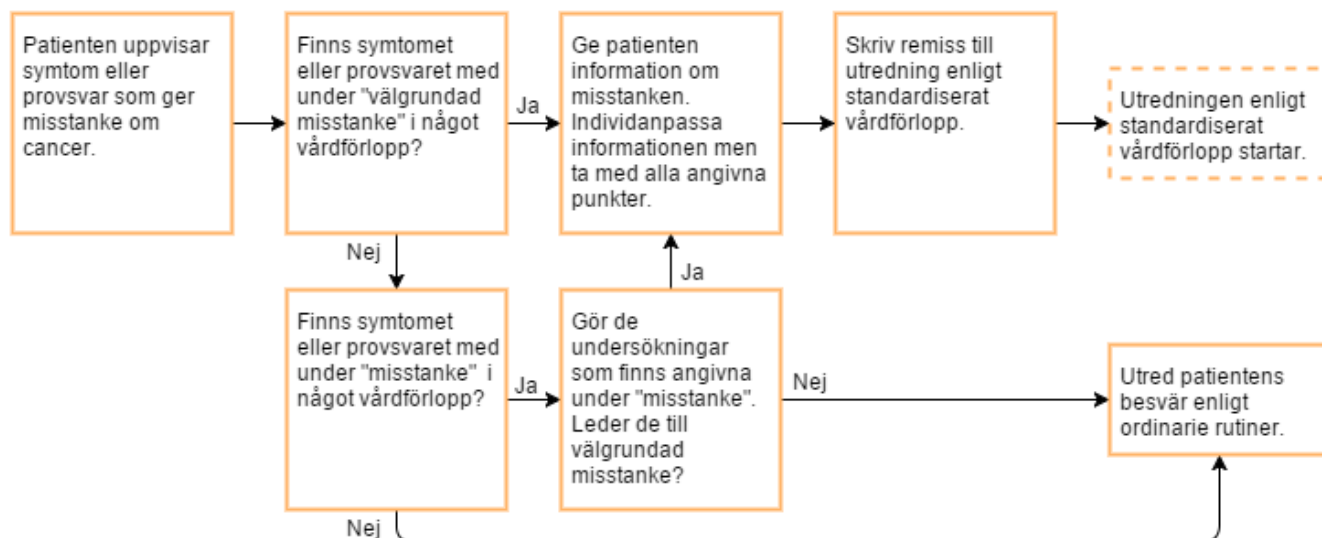
Beskrivningen av "misstanke" är en vägledning som ska användas tillsammans med din övriga kunskap om patienten och om andra troliga förklaringar. Syftet med vägledningen är att patienter med vissa symtom ska fångas upp direkt om läkaren bedömer att det finns grund för cancermisstanke. Undersökningarna bör därför göras snabbt, i första hand samma dag som symtomen upptäcks, i andra hand vid ett nytt besök som bokas direkt.

Om undersökningarna inte resulterar i välgrundad misstanke men du ändå misstänker att patienten har diagnosen ska du remittera enligt ordinarie remissrutiner. Om patientens symtom är ospecifika kan du göra de undersökningar som anges i det standardiserade vårdförloppet "[Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer](#)".

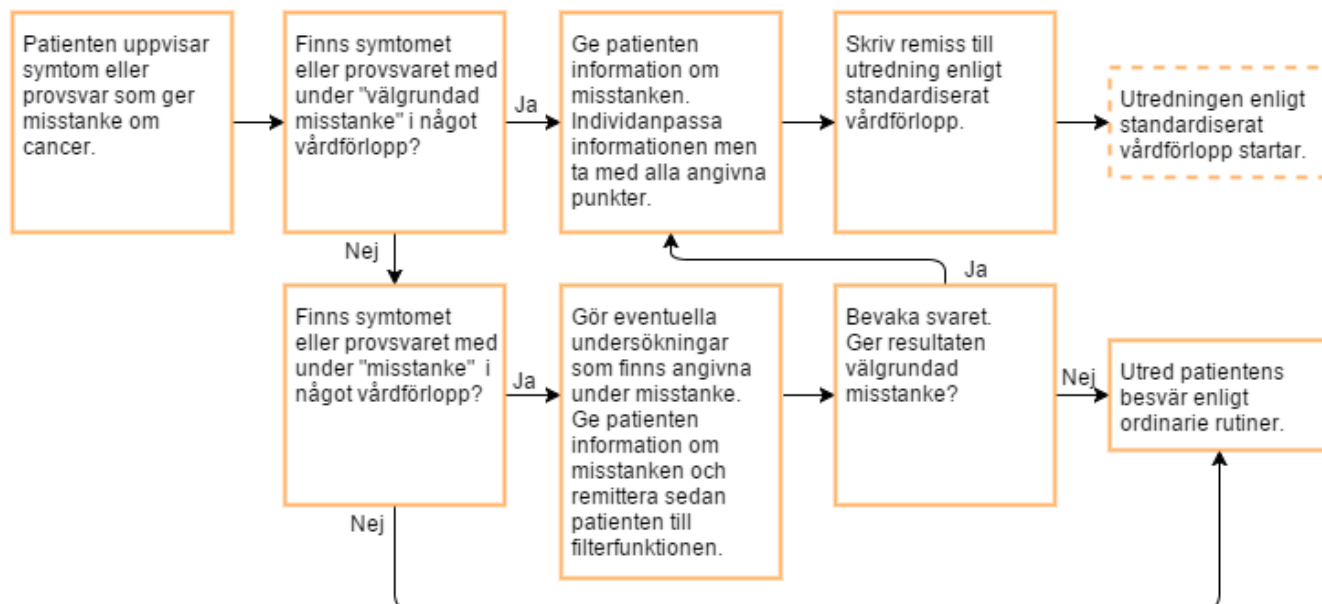
Hur fungerar filterfunktionen?

I vissa förlopp krävs en "filterfunktion" för att fastställa välgrundad misstanke. Filterfunktionen kan vara av två slag. I vissa fall ska patienten remitteras till t.ex. en bildundersökning där du ska ta emot svaret och avgöra om välgrundad misstanke föreligger. I andra fall ska patienten remitteras till en specialistläkare som avgör om välgrundad misstanke föreligger. Då ansvarar specialistläkaren i filterfunktionen för att starta det standardiserade vårdförloppet.

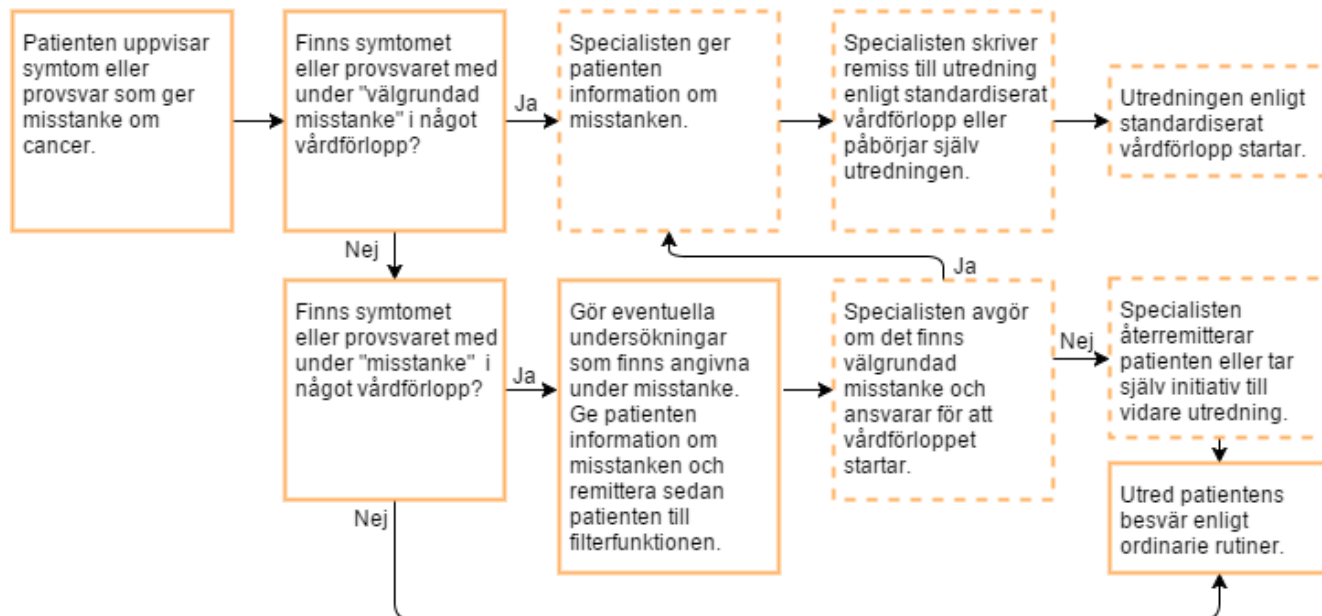
Handläggning av patienter i vårdförlopp utan filterfunktion (t.ex. akuta leukemier och prostatacancer)



Handläggning av patienter i vårdförlopp med filterfunktion av typen bilddiagnostik (t.ex. lungcancer och levercancer)



Handläggning av patienter i vårdförlopp med filterfunktion av typen besök hos specialist (t.ex. huvud-halscancer och äggstockscancer)



Förändringar jämfört med tidigare versioner

Respektive SVF-beskrivning innehåller detaljerad information om vilka ändringar som gjorts, se kunskapsbanken.cancercentrum.se.

2025-06-24: Hudmelanom är uppdaterad.

2025-05-20: Njurcancer och Testikelcancer är uppdaterade.

2025-02-25: Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna är uppdaterad.

2025-01-07: Buksarkom och Livmoderkroppscancer är uppdaterade med anledning av att gynekologiska sarkom (livmodersarkom) har flyttats till vårdförloppet för livmoderkroppscancer.

2024-11-26: Prostatacancer är uppdaterad. PSA-värde tillagt under remissinnehåll.

2024-11-05: Alla kortversioner uppdaterade, förutom hudmelanom, njurcancer och testikelcancer. Ny struktur för remissinformation och ny rubrik Handläggning utanför standardiserat vårdförlopp, för att följa ny struktur för SVF-dokumentet.

Samtidig ändring i vårdförloppet för livmoderhalscancer:

- Misstanke: "kontaktblödningar" ändrat till "upprepade kontaktblödningar där annan orsak utesluts (t.ex. mellanblödning vid preventivmedel eller infektion)"
- Filterfunktion: "cytologi" ändrat till "cellprov med dubbelanalys".

Samtidig ändring i vårdförloppet för livmoderkroppscancer:

- Ändring av begrepp under välgrundad misstanke: "hyperplasi med atypi" ändrat till "EIN, endometrial intraepitelial neoplasia".

2024-10-01: Prostatacancer är uppdaterad.

2024-06-11: Hudmelanom är uppdaterad.

2024-05-14: Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna och Peniscancer är uppdaterade.

2024-04-18: Sammanställning av symtom och fynd: ändrade formuleringar av smärtsymtom som kan ge misstanke om skelettsarkom, i enlighet med ändringar i SVF-beskrivningen.

2024-04-15: Skelett- och mjukdelssarkom och Analcancer är uppdaterade.

2024-01-23: Bröstcancer är uppdaterat.

2023-12-12: Allvarliga ospecifika symtom är uppdaterat.

2023-11-20: Huvud- och halscancer är uppdaterat.

Cancer i bukspottkörteln och periampullärt *eller* cancer i gallblåsan och perihilär gallgång *eller* primär levercancer: kriterier för misstanke respektive välgrundad misstanke för levercancer är korrigerade i detta dokument för att överensstämma med SVF.

2023-09-19: Ändringar har skett i Prostatacancer.

2023-02-07: Ändringar har skett i Matstrups- och magsäckscancer.

2023-01-03: Ändringar har skett i Cancer i bukspottkörteln och periampullärt *eller* cancer i gallblåsan och perihilär gallgång *eller* primär levercancer.

2022-06-21: Ändringar har skett i Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer.

2022-04-26: Ändringar har skett i tjock- och ändtarmscancer.



2022-01-14: Ett nytt vårdförlopp infogat: Myeloproliferativ neoplasi, MPN.

2021-12-07: Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna: Kommentar om handläggning av makroskopisk hemturi hos individer över 50 år och hos kvinnor under 40 år.

2021-09-21: Skelett- och mjukdelssarkom är uppdaterat: Förtydligande av att patienten kan återremitteras efter remissgranskning samt att detta ska kommuniceras.

2021-02-23: Hudmelanom, strykning i ett kriterium för välgrundad misstanke: "histopatologiskt fynd av primärt invasivt malignt melanom [struket: in situ-melanom, inklusive lentigo maligna] eller melanometastas."

2020-03-03: Prostatacancer är uppdaterat.

2019-12-13: Ändringar har skett i följande diagnoser:

- Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
- Livmoderhalscancer
- Lymfom och KLL
- Njurcancer

2018-12-17: Ändringar har skett i följande diagnoser:

- Allvarliga ospecifika symtom
- Bröstcancer
- Bukspottkörtel/gallblåsa/lever
- Huvud- och halscancer
- Livmoderkroppscancer och äggstockscancer: Förtydligande av när välgrundad misstanke kan fastställas i primärvården. Kriterierna är inte uppdaterade.
- Myelom
- Tjock- och ändtarmscancer
- Små justeringar av utseendet i flera diagnoser för ökad konsekvens, t.ex. fetstil och kursiv.

2018-02-27: Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna uppdaterat. Bl.a. är åldersgränsen vid makroskopisk hematuri höjd till 50 år.

2017-12-07: Förtydliganden i välgrundad misstanke för hudmelanom

2017-10-31: Tre nya vårdförlopp infogade: Buksarkom, neuroendokrina buktumörer samt vulvacancer.

2017-03-01

- Matstrups- och magsäckscancer:
 - Tillägg i misstanke: "Nyttillkomna sväljsvårigheter ska föranleda misstanke och patienten ska remitteras till utredning med gastroskopi (filterfunktion) utan andra föregående undersökningar."
 - Följande kan föranleda utredning ... "bilddiagnostiskt fynd talande för matstrups- eller magsäckscancer"
 - Ändring av remissinnehåll och patientinformation i enlighet med mallen för nyare vårdförlopp.

2017-02-02: Tillägg i misstanke om livmoderkroppscancer: ”nyttillkomna menorragier/metrorragier hos pre-/perimenopausal kvinna, som inte svarar på sedvanlig behandling”

2016-12-14: Vårdförlopp fastställda december 2016 infogade

2016-05-02: Förtydligande av hudmelanom utan ändringar av sakinnehållet

2016-03-09: Hudmelanom fastställt 2016-03-08 infogat



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