

## Regional medicinsk riktlinje

# Huvud- och halscancer

## Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

### Innehållsförteckning

Vårdsnivå och samverkan.....	3
Utredning.....	3
Behandling .....	3
Uppföljning .....	3
Bakgrund .....	3
Processmål.....	4
Förändringar sedan föregående version .....	4
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet.....	4
LÄPPCANCER.....	4
Utredning.....	4
Behandling .....	4
Uppföljning .....	5
MUNHÅLECANCER.....	5
Utredning.....	5
Behandling .....	5
Uppföljning .....	6
OROFARYNXCANCER.....	7
Utredning.....	7
Behandling .....	7
Uppföljning .....	8
NASOFARYNXCANCER .....	8

Utredning.....	8
Behandling .....	8
Uppföljning .....	9
<b>HYPOFARYNXCANCER .....</b>	<b>9</b>
Utredning.....	9
Behandling .....	9
Uppföljning .....	10
<b>LARYNXCANCER .....</b>	<b>10</b>
Utredning.....	10
Behandling .....	11
Behandlingsutvärdering .....	11
Uppföljning .....	11
<b>SPOTTKÖRTELCANCER.....</b>	<b>12</b>
Utredning.....	12
Behandling .....	12
Uppföljning .....	12
<b>NÄS- BIHÅLECANCER.....</b>	<b>13</b>
Utredning.....	13
Behandling .....	13
Uppföljning .....	13
<b>LYMFKÖRTELMETASTAS PÅ HALSEN MED OKÄND PRIMÄRTUMÖR - CUP-HH.....</b>	<b>14</b>
Utredning.....	14
Behandling .....	14
Uppföljning .....	14
Remissrutiner .....	15
Kvalitetsuppföljning.....	15
Patientmedverkan och kommunikation .....	15
Referenser .....	15

# Vårdnivå och samverkan

*Vårdprocess – vårdnivå – vårdstruktur*

## Flödesschema

### Utredning

Utredning ska ske enligt Standardiserat Vårdförlopp (SVF) på enhet som har kompetens och resurser att genomföra hela utredningen.

Kontaktsjuksköterska och koordinator ska finnas. Alla patienter diskuteras på MDK med undantag för T1 läppcancer.

[SVF för huvud- och halscancer](#)

[Mall för anmälan MDK](#) (regionalt tillgänglig)

[Remiss till MDC Innehåll och förfarande](#) (regionalt tillgänglig)

### Behandling

Behandling sker på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU/S) om inte annat beslutas på MDK. Palliativ behandling bör kunna ges på länsjukhusen. Ansvar för rehabilitering ligger på hemortskliniken när man har fått remiss/meddelande om att patienten är färdigbehandlad. Det ska finnas tillgång till kurator, dietist, smärtenhet, sjukhustandvård, logoped, psykolog och sjukgymnast.

### Uppföljning

För alla diagnoser gäller att hemortskliniken och kontaktsjuksköterskan ska informeras när patienten är färdigbehandlad. Uppföljning ska ske enligt riktlinjerna ovan. Det första året efter avslutad behandling sker tumörkontroller på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och därefter på hemortssjukhuset.

Vid misstanke om recidiv sker utredning på den klinik som ansvarar för de uppföljande kontrollerna. Patienter med loko-regionala recidiv återremitteras till MDK för ställningstagande till ytterligare behandling medan patienter med generaliserad sjukdom kan remitteras direkt till Onkologen SU för bedömning.

## Bakgrund

Baserat på [Nationellt vårdprogram för Huvud- och halscancer](#) (HH-cancer) 2019. Mindre revideringar är gjorda i NVP 2020, 2021 och 2023.

## Processmål

- Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut. Mål: medianvärde 23 dagar
- Ledtid från behandlingsbeslut till kirurgisk beh. Mål: medianvärde 12 dagar
- Ledtid från behandlingsbeslut till onkologisk beh. Mål: medianvärde 20 dagar
- Behandlingsbeslut på MDK Mål: 95 %
- Relativ 5-årsöverlevnad. Mål: 70 %

## Förändringar sedan föregående version

Några förtydliganden gällande utredning för ett par diagnoser har gjorts.

## Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

Observera att endast undantag från det nationella vårdprogrammet (NVP) beskrivs, och där vårdprogrammet anger flera behandlingsalternativ ges mer detaljerade anvisningar. Riktlinjer och regional tillämpning för de nio diagnosgrupperna beskrivs per diagnos nedan.

## LÄPPCANCER

### Utredning

T1 tumör utan kliniska palpationsfynd submentalt eller på halsen kräver ingen radiologisk utredning. T2–T4 tumör ska utredas med CT huvud-hals-thorax inför multidisciplinär konferens (MDK). Finnålspunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Vid T3-T4 tumörer kan man överväga PET-CT med diagnostisk CT hals.

### Behandling

Vid T2-T4 N0M0 tumörer ska profylaktisk halskörtelutrymning (nivå I, II, III) göras på samma sida. För tumörer som växer vid/över medellinjen skall även area Ia kontralateralt utrymmas. Postoperativ strålbehandling ges till stadium III-IV.

## Uppföljning

### *T1N0M0 tumörer*

Följs på behandlande klinik var 3:e månad första två åren och sedan två gånger per år upp till tre år efter diagnos.

### *Tumörer större än T1*

Vid stadium III-IV ska CT-huvud-hals utföras 3 månader efter avslutad behandling.

Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen hos patienter som har fått strålbehandling.

### *T1*

Kontrolleras under det första året var 3:e månad på det behandlande sjukhuset.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

### *T2-T4*

Kontrolleras under det första året var 3:e månad på det behandlande sjukhuset. År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

## MUNHÅLECANCER

### Utredning

Radiologisk utredning: CT-Huvud-hals-thorax och MR munhåla. Vid behov kompletteras utredningen med CBCT och/eller PET-CT (t.ex. vid misstanke om kontralateral lymfkörtelmetastas eller lungmetastaser). Vid T1-T2N0 tungcancer kan sentinel node scintigrafi utföras efter beslut på MDK.

Klinisk utredning: Finnålspunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Observera att tumörens infiltrationsdjup påverkar T-klassificeringen varför det är viktigt med djupa biopsier.

### Behandling

Tumörer i stadium I och II behandlas enbart med kirurgi medan kombinationsbehandling rekommenderas vid stadium III och IV.

#### *Kirurgisk behandling*

Primärtumörer i munhålan exstirperas kirurgiskt, när ingreppet bedöms kunna göras med bevarande av rimligt god funktion och kosmetik. Vid omfattande

kirurgi kan rekonstruktion bli aktuellt. Vid skelettengagemang utförs partiell/hemimandibel/hemimaxillektomi. Vid skelettingrepp inopereras titanfixturer för senare infästning av tandprotes eller gomplatta. Vid tveksam eller bristfällig radikalitet måste man i första hand överväga utvidgad resektion alternativt postoperativ strålbehandling. Om tumören inte är kirurgiskt resektabel rekommenderas kurativt syftande strålbehandling eventuellt med tillägg av medicinsk tumörbehandling.

Kirurgi på halsen görs endast om primärtumören opereras. Vid säkerställd eller stark misstänkt halslymfkörtelmetastas utförs modifierad radikal halskörtelutrymning ipsilateralt (nivå I-V samt eventuellt v. jugularis interna och m. sternocleidomastoideus).

Då regionala lymfkörtelmetastaser inte föreligger utförs en diagnostisk supraomohyoidal halskörtelutrymning (nivå I-III) ipsilateralt utom vid gingivomaxillär cancer, då man avstår från kirurgi på halsen. Vid tungcancer T1-T2 kan sentinel node scintigrafi vara ett alternativ.

Om primärtumören växer nära eller över medellinjen, medtas även nivå Ia (submentalt) kontralateralt vid en körtelutrymning.

#### *Strålbehandling*

Vid stadium III och IV rekommenderas en kombinationsbehandling med primär kirurgi följt av strålbehandling. Vid T3-T4N0 ges postoperativt fulldos strålbehandling mot primärtumören (68 Gy) och profylaktisk dos (52,7 Gy) mot halsen. Vid N+ hals ges fulldos strålbehandling mot halsen (68 Gy). Vid inoperabel tumör ges strålbehandling primärt till doser enligt ovan.

#### *Medicinsk tumörbehandling*

Konkomitant cisplatin (40 mg/m<sup>2</sup>) kan ges veckovis som tillägg till strålbehandlingen till patienter med WHO ”performance status” 0–1, om radikalitet inte uppnås vid primäroperationen och/eller vid regional metastasering med periglandulär växt.

Cisplatin kan även ges i de fall där tumören initialt bedöms vara icke-resektabel. Om det finns kontraindikationer för cisplatin kan man i stället ge karboplatin.

Innan påbörjad behandling ska audiogram och njurclearance utföras.

## Uppföljning

Uppföljning med MR eller CT munhåla-hals rekommenderas 3 månader efter avslutad behandling.

Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen hos patienter som har fått strålbehandling.

Patienterna kontrolleras var 3:e månad under första året på behandlande sjukhus.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

## OROFARYNXCANCER

### Utredning

Klinisk utredning: Om möjligt tas biopsi i lokalbedövning. P16 analys skall alltid göras primärt och HPV-typning är önskvärt för alla orofaryngeala tumörer. Finnålspunktion från metastasmissänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd.

Radiologisk utredning: CT huvud-hals-thorax och MR huvud-hals. PET-CT är värdefull vid kartläggning av regionala lymfkörtlar inkluderande retropharyngeala lymfkörtlar samt för att upptäcka fjärrmetastaser och synkron primärtumör.

### Behandling

#### *Strålbehandling*

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar).

#### *Medicinsk tumörbehandling*

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 med p16 negativ cancer stadium III- IV och för patienter med performance status 0-1 med p16 positiv cancer och lymfkörtelmetastaser eller T3-T4-tumörer.

Innan påbörjad behandling ska audiogram och njurclearance utföras.

Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Vid kontraindikation för cisplatin ges i stället veckovis karboplatin

#### *Kirurgisk behandling*

Primärtumören opereras endast i undantagsfall (t.ex. spottkörtelcancer).

## Uppföljning

Radiologisk utvärdering med i första hand MR utförs 3 månader efter avslutad behandling. I utvalda fall görs PET-CT, tidigast 12 veckor efter avslutad behandling.

Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

## NASOFARYNXCANCER

### Utredning

Klinisk utredning: biopsi från primärtumören för PAD och EBV- analys, finnålspunktion för cytologi, eventuellt ultraljudsledd, alternativt mellannål för vävnadsbiopsi från misstänkta lymfkörtelfynd.

Om tumören är EBV-positiv bör man överväga serologi för EBV-DNA, som ett baslinjesvärde för behandlingsbedömning och uppföljning.

Radiologisk utredning: CT av huvud, hals och thorax och MR av primärtumörområdet. PET med diagnostisk CT hals oavsett primärtumörens storlek. Vid nasofarynxcancer baseras T-stadium inte på tumörstorlek utan på lokal utbredning och engagemang av närliggande strukturer. Därför krävs både CT och MR för att bedöma tumörens utbredning och spridning.

### Behandling

#### *Strålbehandling*

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar).

#### *Medicinsk tumörbehandling*

Innan påbörjad behandling ska audiogram och njurclearance utföras.

Är aktuell för patienter i performance status 0-1.

**Stadium II:** Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen.



**Stadium III-IV:** Induktionskemoterapi med 2 cykler cisplatin 75 mg/m<sup>2</sup> samt 5FU 750 mg/m<sup>2</sup> dag 1-5 följt av veckovis cisplatin 50 mg fix dos (CVK, audiogram och njurclearance innan behandlingsstart). Det finns nya studier på alternativ cytostatikabehandling som kan övervägas. För detta hänvisas till NVP.

## Uppföljning

Radiologisk utvärdering med MR bör utföras årligen, med första undersökning 3 månader efter avslutad behandling. Vid svårtolkad undersökning kompletteras den radiologiska uppföljningen med PET-CT.

Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen. Hypofysfunktionen bör kontrolleras årligen när den har ingått i strålområdet. För kvinnor ingår S-kortisol, IGF-1 samt vid fertil ålder S-östradiol, FSH samt LH. För män kontrolleras S-kortisol, IGF-1 samt S-testosteron/SHBG-kvot. Vid EBV-positiv sjukdom bör EBV i serum följas.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

# HYPOFARYNXCANCER

## Utredning

Endoskopi omfattar hypofarynx, larynx, trakea och övre esofagus för att kartlägga tumörutbredningen och biopsier för PAD. Finnålspunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Vid skopi, inför MDK, ska resektabiliteten, dvs tumörutbredning bedömas och dokumenteras.

Radiologisk utredning: CT av huvud, hals och thorax, och ev. med MR av primärtumörområdet. Vid avancerad sjukdom och då kurativt syftande behandling ev. PET-CT.

## Behandling

Profylaktisk behandling med PEG bör övervägas till alla patienter inför behandlingsstart.

### *Kirurgisk behandling*

Vid begränsad, resektabel tumör kan man överväga kirurgi (transoral videoendoskopisk kirurgi).

### *Strålbehandling*

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym bilateralt.

### *Medicinsk tumörbehandling*

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Vid kontraindikation för cisplatin kan karboplatin veckovis övervägas. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njureclearance undersökning utföras.

## Uppföljning

I första hand rekommenderas radiologisk utvärdering med CT hals-thorax 3 månader efter avslutad behandling, i svårtolkade fall kan PET-CT övervägas.

Kontroll av tyreoidfunktion ska göras årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

## LARYNXCANCER

### Utredning

Klinisk utredning: Stämbandens rörlighet ska anges och videodokumenteras. Tumörutbredning bedöms genom mikrolaryngoskopi med biopsi under narkos. Stämband, subglottiska och det supraglottiska rummet bedöms. Misstänkta lymfkörtelmetastaser bör finnålpunkteras, eventuellt ultraljudsledd.

Radiologisk utredning: CT hals-thorax skall göras och kompletteras ev. med MR av primärtumörområdet.

## Behandling

### *Kirurgisk behandling*

Glottiskt larynxcancer T1a behandlas i första hand kirurgiskt, eventuellt med CO2-laser. Vid supraglottisk larynxcancer stadium I, kan kirurgisk extirpation övervägas. T4 tumörer behandlas i första hand med laryngektomi och kirurgisk behandling kan även övervägas för glottiska T3-tumörer i vissa fall. Postoperativ strålbehandling bör ges efter laryngektomi.

### *Strålbehandling*

68 Gy ges mot larynx. Vid tumörstadium  $\geq T2$  ges även profylaktisk körtelbestrålning till 52,7 Gy. Supraglottisk larynxcancer T1-T3 strålbehandlas till kurativ dos mot larynx (68 Gy) samt profylaktisk dos mot halsen bilateralt (52,7 Gy).

### *Medicinsk behandling*

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Vid kontraindikation för cisplatin kan karboplatin veckovis övervägas. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njurclearance undersökning utföras.

## Behandlingsutvärdering

Efter kirurgisk behandling av T1-tumörer görs laryngoskopi, eventuellt i narkos, efter 3 månader. Radiologisk uppföljning efter kirurgi bedöms individuellt.

Efter strålbehandling, klinisk kontroll efter 6 veckor. CT- larynx görs 3 månader efter avslutad behandling och därefter laryngoskopi, eventuellt i narkos. I svårvärderade fall görs PET-CT.

## Uppföljning

Tyreoidaefunktionen skall kontrolleras årligen hos strålbehandlade patienter.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

# SPOTTKÖRTELNCANCER

## Utredning

Klinisk utredning: Finnålspunktion ska utföras av primärtumören. Vid oklar cytologi rekommenderas ompunktion eller mellannålsbiopsi. Finnålspunktion från metastasmissstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd.

Radiologisk utredning: CT av huvud, hals och thorax och MR av primärtumörområdet. Vid avancerad spottkörtelcancer och högmaligna tumörer, stadium III och IV, rekommenderas PET/CT för detektion av körtelmetastaser och fjärrspridning.

## Behandling

Behandling av primärtumören sker enligt NVP. Vid primärtumör utan kända regionala lymfkörtelmetastaser utryms lymfkörtlarna i nivå I-III i specifika fall, annars nivå II. Vid säkerställd eller mycket stark misstanke om halslymfkörtelmetastaser utförs modifierad radikal halslymfkörtelutrymning ipsilateralt.

Tumörer i stadium I-II ges postoperativ strålbehandling vid högmalign histologi och liten kirurgisk marginal. Stadium III-IV-tumörer ska alltid strålbehandlas postoperativt. Postoperativ strålbehandling rekommenderas för alla maligna tumörer i glandula submandibularis, förutom små låggradiga tumörer som exciderats med god marginal.

## Uppföljning

Radiologisk uppföljning sker individuellt efter kirurgi. MR är att föredra och kan övervägas efter kirurgi för att ha som utgångsläge inför framtida kontroller. För patienter med kombinationsbehandling görs en MR spottkörtlar och hals 3 månader efter avslutad strålbehandling. Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen hos strålbehandlade patienter. Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

I vissa fall, t.ex. vid adenoidcystisk cancer, kan man överväga att följa patienten längre.

# NÄS- BIHÅLECANCER

## Utredning

Klinisk utredning: Rhinoskopi med rak eller flexibel optik bör utföras och biopsi tas om möjligt direkt vid mottagningsbesöket. Om tumören påverkar orbita bör en ögonkonsult göras. Finnålspunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd.

Radiologisk utredning: CT av huvud, hals och thorax, MR med navigationsprotokoll. Bihåle-CT med låg stråldos utan kontrast är otillräcklig. Vid avancerad tumörsjukdom samt vid malignt slemhinne melanom bör PET-CT göras.

## Behandling

Behandlingen påverkas inte bara av tumörstadium utan även av den histopatologiska diagnosen, se NVP.

Vid T1 tumör rekommenderas primär kirurgi enligt NVP. Vid T2 tumörer rekommenderas i de flesta fall radikal primär kirurgi och postoperativ strålbehandling med vissa undantag, se NVP.

Vid T3-T4 tumörer rekommenderas primär kirurgisk behandling vid resektabel tumör förutom vid vissa histopatologiska diagnoser, se NVP.

Modifierad radikal eller selektiv halslymfkörtelutrymning utförs om det finns regionala metastaser.

Vid icke-resektabel sjukdom rekommenderas fulldos strålbehandling med konkomitant cytostatika. Induktionskemoterapi kan övervägas till patienter med gott allmäntillstånd och cytostatikakänslig histopatologi.

Vid primär och postoperativ strålbehandling ges konventionell fraktionering till 68 Gy lokalt och vid lymfkörtelmetastaser även till halsen.

Val av cytostatika vid induktionskemoterapi och konkomitant kemoterapi kan variera beroende på histopatologisk diagnos, se NVP.

## Uppföljning

Radiologisk undersökning med MR tre månader efter avslutad behandling och sedan årligen eller vid behov. Efter strålbehandling bör hypofysfunktionen, visus och synfält beaktas. Hypofysfunktionen bör kontrolleras årligen. För kvinnor ingår S-kortisol, IGF-1 samt vid fertil ålder S-östradiol, FSH samt LH. För män kontrolleras S-kortisol, IGF-1 samt S-testosteron/SHBG-kvot.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

## LYMFKÖRTELMETASTAS PÅ HALSEN MED OKÄND PRIMÄRTUMÖR - CUP-HH

### Utredning

För patient med patologisk resistens på halsen och invändningsfritt ÖNH status utförs finnåls cytologi av körteln samt PET-CT med diagnostisk CT hals och thorax som förstahandsundersökning och MR munhåla-hals.

Om radiologin ej avslöjar primärtumören görs bilateral tonsillektomi och TOS. P16 analys och EBV-diagnostik bör alltid genomföras på histopatologiskt material om bilden talar för skivepitelcancer. P 16 analys bör, om möjligt, utföras på cytologipreparat om bilden talar för skivepitelcancer om tillräcklig vävnadsmaterial finns.

### Behandling

Vid p16 negativ tumör rekommenderas primär kirurgi med radikal halslymfkörtelutrymning följt av postoperativ strålbehandling till 68 Gy till ipsilateral hals och centrala svalgrummet och adjuvant dos till kontralateral hals tillämpas. Vid bristande radikalitet eller periglandulär växt ges tillägg av kemoterapi. Vid p16 positiv tumör och för patienter med p16 negativ tumör och bilaterala körtlar, eller inoperabel körtel, eller där all körtelvävnad exstirperats för diagnostik ges primär radioterapi eventuellt med tillägg av kemoterapi.

Förberedande undersökningar, fraktionering och medicinsk behandling sker enligt orofarynxcancer.

### Uppföljning

Radiologisk undersökning med samma metod som primärdiagnostiken tre månader efter avslutad behandling och sedan vid behov.

Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortssjukhuset.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortssjukhuset.

## Remissrutiner

Se [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

## Kvalitetsuppföljning

Registrering sker i Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) samt i ELVIS avseende de mätpunkter som angivits i SVF.

## Patientmedverkan och kommunikation

### **Patientinformation:**

[Min vårdplan huvud- och halscancer](#)

## Referenser

[Nationellt vårdprogram huvud- och halscancer](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Eva Sanderoth Hammerlid, (evaha51),  
Universitetssjukhusöverläkare

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN11800-2140136717-311

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2024-10-28

**Giltig till:** 2026-10-28