

Vårdprogrammet

Annika Sjövall

Docent, överläkare

Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Vårdprogram

”Nationella vårdprogram inom cancervården ska bidra till en jämlik och god vård till alla patienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status”

Regionala Cancercentrum i Samverkan

Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer

- 1 Sammanfattning
- 2 Inledning
- 3 Mål med vårdprogrammet
- 4 Bakgrund och orsaker
- 5 Screening
- 6 Ärftlighet
- 7 Symtom och tidig utredning
- 8 Bilddiagnostik och endoskopi
- 9 Histo- och molekylärpatologi
- 10 Multidisciplinär konferens

- 11 Neoadjuvant (preoperativ) behandling
- 12 Kirurgisk behandling
- 13 Adjuvant behandling efter kurativt syftande kirurgi av primärtumör
- 14 Behandling vid metastaserad sjukdom
- 15 Omvårdnad, egenvård och rehabilitering
- 16 Palliativ vård och insatser
- 17 Uppföljning
- 18 Nivåstrukturering
- 19 Kvalitetsuppföljning
- 20 Kvalitetsindikatorer och målnivåer

- 21 Vårdprogramgruppen
- 22 Referenser

Bilagor

-  Bilaga 1 Strålbehandling rektalcancer
-  Bilaga 2 Behandlingslinjer vid metastaserad kolorektal cancer
-  Bilaga 3 Beslutsstöd för preterapeutisk MDK vid diagnos av metastaserad tjock- och ändtarmscancer
-  Bilaga 4 Nationella rekommendationer för levertransplantation vid kolorektala levermetastaser

Vårdprogram

- Författades från början av entusiaster från professionen, enligt eget tycke om struktur och innehåll
- Växande omfång, alltmer tidskrävande, stor administrativ apparat

Nationella riktlinjer vs Vårdprogram

- Den första versionen av vårdprogrammet skrevs med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2014
- Riktlinjerna kommer inte att uppdateras utan Vårdprogrammet utgör nu riktlinjerna

Vårdprogram – hur tas det fram?

- ”Regionala cancercentrums samverkansgrupp utser ordförande och regionala representanter till arbetsgruppen och fungerar som styrgrupp under arbetet
- Till gruppen knyts experter samt minst en patientrepresentant. I arbetsgruppen ingår representanter för de olika vårdnivåer som är engagerade i patientens vård och gruppen ska eftersträva multiprofessionalitet
- Till varje arbetsgrupp knyts ett regionalt cancercentrum som administrativ stödjande part
- Vårdprogrammet skrivs i enlighet med mall och styrdokument.”

Regionala Cancercentrum i Samverkan

Fastställande och publicering

- ”De nationella vårdprogrammen fastställs av Regionala cancercentrums samverkansgrupp som också ansvarar för publicering.
- Samtliga Regionala cancercentrum verkar för att beslut om implementering tas i respektive region i enlighet med beslutade rutiner.”
- ”Kunskapsbanken är ett verktyg på RCCs webbplats som innehåller alla nationella vårdprogram, vägledningar och standardiserade vårdförlopp (SVF) samt regimbiblioteket.”

Regionala Cancercentrum i Samverkan

Vårdprogramgruppen idag

- Ordförande
 - Regionala processledare/processägare
 - Patientrepresentanter
-
- Ett antal ämnesansvariga
 - Ett antal kapitelansvariga (kir, onk, rad, pat, ssk)
 - Ett antal författare för resp kapitel

Styrdokument finns på:

<https://cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varprogram/>

Arbetsuppgifter

- Revision
- Besvara remisser
- Bevaka ny kunskap inklusive nya indikationer (EMA respektive NT-rådet)

Hur går det till?

Framtagande och revidering av nationella vårdprogram

Vårdprogrammen inom cancervården ses över årligen för eventuell revision. Vid större revideringar skickas de ut på remiss. Att ta fram nya vårdprogram och revidera de befintliga sker enligt följande process.

1. Framtagande



2. Remissrunda



Remissrundan riktar sig till professionen och patientföreningarna samt till regionerna.

Profession och patienter får genom remissrundan tillfälle att kommentera och ge synpunkter på det medicinska innehållet i vårdprogrammet.

Regionernas linjeorganisationer och huvudmän får möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av vårdprogrammet och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom det. Varje region har olika rutiner för hur förankringen med linjeorganisationen sker.

Remissrundan är två månader lång.

Det stödjande RCC ansvarar för att samla in svar. Vårdprogramgruppen värderar inkomna svar och reviderar vårdprogrammet.

3. Fastställande och publicering



4. Revidering



Kontakt



Helena Brändström

nationell samordnare vårdprogram
och SVF

☎ 072-730 34 04

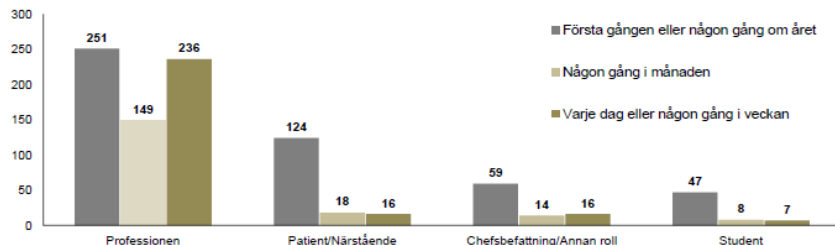
@ helena.brandstrom@skr.se

[Framtagande och revidering av nationella vårdprogram - RCC Stockholm Gotland \(cancercentrum.se\)](https://cancercentrum.se)

Utvärdering av nationella vårdprogram inom cancerområdet publicerad mars 2024

Konklusioner

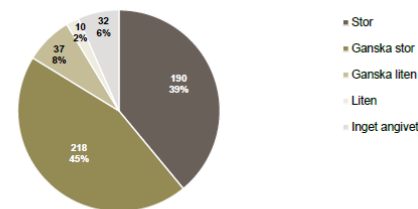
- vårdprogrammen används, de uppfattas som tillgängliga och de genererar nytta
- kan bli än mer tillgängliga och innehållet kan förändras för att bättre stödja prioriteringar



Figur 2. "Hur ofta besöker du webbsidan för vårdprogram i Kunskapsbanken?" (n = 945)

Källa: Pop-up-enkät 2023.

Not: Läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal grupperade som professionen; n = 945 speglar antalet svar på denna fråga, medan totala svar på pop-up-enkäten var 1 133, som angivet ovan.



Figur 10. "I vilken utsträckning upplever du vårdprogrammen som användbara i ditt arbete?" (N = 493)
Källa: Enkätundersökning 2023.

[Utvärdering av nationella vårdprogram inom cancerområdet - Regionala cancercentrum i samverkan](#)

Rekommendationer för jämlik implementering

- Målgruppsanpassa vårdprogrammen för ökad användning
- Tillhandahåll och sprid information för att förbättra vårdprogrammets tillgänglighet
- Se över och uppdatera delar av vårdprogrammets innehåll i syfte att öka deras relevans
- Upprätta rutiner för uppföljning, ansvar och informationsspridning för att främja jämlik implementering

[Utvärdering av nationella vårdprogram inom cancerområdet - Regionala cancercentrum i samverkan](#)

”Korrekt, kongruent och användbart innehåll”

- Vårdprogram
- SVF
- Kvalitetsregister

Kvalitetsregister

- Ska kunna mäta viktiga kvalitetsindikatorer ur NVP
- Betänk att det som är inmatat presenteras som "sanning"
- Betänk vilka indikatorer som har kvalitetsvärde
- Pågående satsning på automatiserad dataöverföring

Revision av vårdprogrammet

- Har historiskt skett var 3:e till 5:e år
- Stor apparat, tar enormt lång tid att få in texter
- Remissrundor enligt fastställd struktur (4ggr/år)
- När det väl publiceras riskerar det att vara inaktuellt.....
- I dagsläget anger RCCs reglemente att revision sker årligen

Uppdatering av revisionsprocessen

- Vid behov samt översyn 1 gång per år
- Kapitelansvariga (och ordförande) bevakar
- Kapitelansvariga adjungerar lämpliga författare
- Alla (nästan) revisioner på remissrunda. DOCK behöver inte all text revideras bara för att vissa uppdateras
- Nya rekommendationer från NT rådet kan införas i VP utan remissrunda

Utmaningar

- TID!
- Kontinuerlig bevakning
- Väga viljan att skriva en lärobok mot viljan att ha ett användbart vårdprogram som man orkar läsa
- Implementering av riktlinjer i 21 regioner

Vad var nytt i NVP som publicerades maj 2025?

- MMR-status ska utföras rutinmässigt på alla biopsier av kolorektalt adenocarcinom
- Uppdaterade rekommendationer om genetisk utredning
- Förtydligat om kirurgi generellt
- Rekommendation om att överväga lokal resektion vid T1-cancer
- Neoadjuvant cytostatika kan övervägas vid resektabel koloncancer enl FOxTROT
- Uppdaterade riktlinjer avseende cytostatikabehandling, antikroppar och immunterapi
- Länkar till sånt som finns på andra ställen (ex screening, rehabilitering, palliativ vård)

Supersnabb uppdatering efter publicering av ALASCCA-studien: Vad är nytt i NVP som publicerades januari 2026?

- Genetisk analys avseende *PIK3CA*, *PIK3R1* och *PTEN* ska genomföras vid diagnos eller på operationspreparat vid koloncancer med patologiskt stadium II-III och rektalcancer patologiskt stadium I-III som underlag för eventuell adjuvantbehandling med acetylsalicylsyra .
- Patienter upp till 80 års ålder med koloncancer pTNM stadie II eller III och rektalcancer pTNM stadie I – III med genförändringar i PI3K-signalvägen bör i frånvaro av kontraindikationer erbjudas 3 års adjuvantbehandling med Trombyl 160 mg per dag. Behandlingen bör inledas inom 12 veckor efter operation.

Global spaning – det finns en massa guidelines tillgängliga, exempelvis:

- **NICE** National Institute for Health and Care Excellence (UK, stark hälsoekonomisk profil)
- **ESMO** European Society for Medical Oncology (Europa, stark evidensbas, mkt molekyllärpatologi, finns *cost-benefit*-analyser)
- **NCCN** National Comprehensive Cancer Network (USA, flödesscheman, snabb uppdatering, detaljerad)

Guidance

[Download guidance \(PDF\)](#)

☒ Quality standard - Colorectal cancer

This guideline covers managing colorectal (bowel) cancer in people aged 18 and over. It aims to improve quality of life and survival for adults with colorectal cancer through management of local disease and secondary tumours (metastatic disease).

The recommendations in this guideline were developed before the COVID-19 pandemic.

In **December 2021**, we updated guidance on transanal total mesorectal excision to recommend that it is used only in research, in line with [NICE's interventional procedures guidance on transanal total mesorectal excision for rectal cancer](#).

Recommendations

This guideline includes recommendations on:

- [prevention of colorectal cancer in people with Lynch syndrome](#)
- [information for people with colorectal cancer](#)
- [management of local disease](#)
- [molecular biomarkers to guide systemic anti-cancer therapy](#)
- [management of metastatic disease](#)
- [ongoing care and support](#)

Next >

☐ Guidance (92)

☐ Indicators (2)

☐ News (10)

☐ NICE advice (11)

☐ Quality standards (1)

☐ Research recommendations (6)

Status

☐ Awaiting development (2)

☐ Discontinued (8)

☐ In consultation (1)

☐ In development (4)

☐ Published (82)

Last updated

☐ Last 3 months (11)

☐ Last 6 months (15)

☐ Last year (21)

☐ Last 3 years (40)

NICE guidance | Last updated 12 September 2021

[View recommendations](#)

Show all sections ▾

Colorectal cancer (QS20)

This quality standard covers the management of colorectal (bowel) cancer in adults. It includes managing local disease and secondary tumours (metastatic disease). It describes high-quality care in priority areas for improvement.

Quality standard | Last updated 1 February 2022

[View quality statements](#)

Hide all sections ▲

Sections for QS20

[Quality statements](#)

[Quality statement 1: Testing for Lynch syndrome](#)

[Quality statement 2: Discussion about treatment options for early rectal cancer](#)

[Quality statement 3: Testing to guide systemic anti-cancer treatment](#)

[Quality statement 4: Follow-up for detecting local recurrence and distant metastases](#)

[Update information](#)

[About this quality standard](#)

<https://www.nice.org.uk/>

Content

Tools

Authors and legal information

Screening

Diagnosis

Mgmt. of localised colonic tumours

Pathological report

Risk assessment

Treatment options

Follow-up and long-term implications

Glossary

ESMO

GOOD SCIENCE
BETTER MEDICINE
BEST PRACTICE

Localised Colon Cancer GUIDELINE

Publication Date
2020

Leading Authors
Argiles G, Tabernero J, Labianca R, Hochhauser D, Salazar R, Iveson T, Laurent-Puig P, Quirke P, Yoshino T, Taieb J, Martinelli E and Arnold D

Latest enhanced and revised set of guidelines

ESMO has Clinical Practice Guidelines on the following Gastrointestinal Cancers: Rectal Cancer, Biliary cancer, Gastric cancer, Oesophageal cancer, Pancreatic cancer, Metastatic colorectal cancer, Anal cancer, Early colon cancer, Familial risk colorectal cancer, Hepatocellular carcinoma.

They include information on incidence, diagnosis, staging and risk assessment, treatment and response evaluation and follow-up.

Rectal Cancer

Interactive/Pocket Guideline →

Slide Set (PDF) ⬇

Slide Set (Powerpoint) ⬇

Webcast ↗

The ESMO Clinical Practice Guidelines (CPG) are intended to provide the user with a set of recommendations for the best standards of cancer care, based on the findings of **evidence-based medicine**.

<https://www.esmo.org/guidelines>

NCCN Guidelines

Firewall Policy

Treatment by Cancer Type

Detection, Prevention,
and Risk Reduction

Supportive Care

Specific Populations

NCCN Guidelines
Navigator

Guidelines for Patients

Guidelines With Evidence
Blocks

NCCN Framework For
Resource Stratification

International Adaptations

Clinical Guidelines
Translations

Global Clinical Resources

New! NCCN Guidelines Weekly Updates

Access recently published updates from NCCN and have this information added to your inbox.

[Learn More](#)

Colon Cancer

 **Guidelines**

 NCCN Guidelines Version 2.2026

- Colon Cancer

 **Guidelines Navigator**

 NCCN Guidelines Navigator
NEW! - Interactive Digital

 **NCCN Guidelines in Practice™**

Earn CME/CE and MOC credits for using the NCCN Guidelines to research your patient care decisions and clinical questions by [clicking here](#).



National
Comprehensive
Cancer
Network®

PLEASE NOTE that use of this NCCN Content is governed by the End-User License Agreement, and you MAY NOT distribute this Content or use it with any artificial intelligence model or tool.
Printed by Annika Sjovall on 8/13/2026 4:08:13 AM. Copyright © 2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All Rights Reserved.

NCCN Guidelines Version 2.2026 Rectal Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

[NCCN Rectal Cancer Panel Members](#)
[Summary of the Guidelines Updates](#)

Clinical Presentations and Primary Treatment

- [Pedunculated or Sessile Polyp \(Adenoma\) with Invasive Cancer \(REC-1\)](#)
- [Workup for Rectal Cancer Without Suspected or Proven Distant Metastases \(REC-2\)](#)
- [Workup for Rectal Cancer With Suspected or Proven Distant Metastases \(REC-2A\)](#)
- [Staging and Treatment for Rectal Cancer Without Suspected or Proven Distant Metastases \(REC-3\)](#)
- [Treatment After Transanal Local Excision of T1, N0 \(REC-4\)](#)
- [Treatment After Transabdominal Resection of T1–2, N0 \(REC-5\)](#)

Treatment for pMMR/MSS Rectal Cancer

- [pMMR/MSS: T3, N Any, T1–2, N1–2, T4, N Any or Locally Unresectable or Medically Inoperable \(REC-6\)](#)
- [pMMR/MSS: Suspected or Proven Metastatic Synchronous Adenocarcinoma \(REC-7\)](#)

Surveillance and Recurrence

- [Surveillance Following Operative Management \(REC-10\)](#)
- [Surveillance Following Nonoperative Management \(REC-10A\)](#)
- [Recurrence and Workup \(REC-11\)](#)
- [pMMR/MSS: Metachronous Metastases \(REC-12\)](#)

Treatment for dMMR/MSI-H Rectal Cancer

- [dMMR/MSI-H or POLE/POLD1 Mutation: T3, N Any, T1–2, N1–2, T4, N Any or Locally Unresectable or Medically Inoperable \(REC-14\)](#)
- [dMMR/MSI-H or POLE/POLD1 Mutation: Suspected or Proven Metastatic Synchronous Adenocarcinoma \(REC-15\)](#)
- [dMMR/MSI-H or POLE/POLD1 Mutation: Resectable Metachronous Metastases \(REC-17\)](#)
- [dMMR/MSI-H or POLE/POLD1 Mutation: Unresectable Metastases \(REC-18\)](#)

Principles of Imaging (REC-A)

[Principles of Pathologic and Molecular Review \(REC-B\)](#)

[Principles of Surgery and Locoregional Therapies \(REC-C\)](#)

[Principles of Perioperative Therapy \(REC-D\)](#)

[Principles of Radiation Therapy \(REC-E\)](#)

[Principles of Systemic Therapy for Advanced or Metastatic Disease \(REC-F\)](#)

[Principles of Survivorship \(REC-G\)](#)

[Principles of Nonoperative Management \(REC-H\)](#)

[Staging \(ST-1\)](#)

[Abbreviations \(ABBR-1\)](#)

The NCCN Guidelines® are a statement of evidence and consensus of the authors regarding their views of currently accepted approaches to treatment. Any clinician seeking to apply or consult the NCCN Guidelines is expected to use independent medical judgment in the context of individual clinical circumstances to determine any patient's care or treatment. The National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) makes no representations or warranties of any kind regarding their content, use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way. The NCCN Guidelines are copyrighted by National Comprehensive Cancer Network®. All rights reserved. The NCCN Guidelines and the illustrations herein may not

<https://www.nccn.org/guidelines/>

Vad gör vi när vi inte håller med NVP eller vill förtydliga regionala processer?

Regional tillämpning för Stockholm-Gotland av Nationellt vårdprogram för Tjock- och ändtarmscancer

2026-02-20 Version: 1



Kapitel 1	
Inledning	4
1.1 Vårdprogrammets giltighetsområde	4
1.2 Förändringar jämfört med nationella vårdprogrammet	4
1.3 Förändringar som medför resursbesparing	4
Kapitel 2	
Mål med den regionala tillämpningen	6
Målen är:	6
Kapitel 3	
Ärftlighet	7
Kapitel 4	
Kategorisering av tumören	9
4.1 Molekylärpatologiska analyser	9
Kapitel 5	
Handläggning av metastaser	10
5.1 Levermetastaser av kolorektalcancer	10
5.2 Lungmetastaser av kolorektalcancer	13
Kapitel 6	
Adjuvant behandling med ASA efter kurativt syftande behandling av primärtumör	16
Kapitel 7	
Nivåstrukturer	20
Kapitel 8	
Postoperativ uppföljning	21
8.1 Mål med uppföljningen	21
8.2 Kontroll av återfall	21
Kapitel 9	
Rehabilitering	23
9.1 Kartläggning och Min Vårdplan	23
9.2 Rehabilitering och basal behandling av symptom	23
9.3 Centrum för Cancerrehabilitering (CCR)	23

Orsak till regional tillämpning

Regional tillämpning för Stockholm-Gotland av Nationellt vårdprogram för Tjock- och ändtarmscancer

2026-02-20 Version: 1

- Stockholm-Gotland har infört bred gensekvensering på biopsier av alla kolorektala adenocarcinom
 - Fördel att ha svar på alla behandlingsprediktiva och prognostiska faktorer redan från början. Dessutom får vi då DPYD-brist och ev ärftlighet "på köpet"
- Struktur för ASA-förskrivning
- Struktur för regional "akut" onkogenetisk utredning
- Stockholm-Gotland accepterar inte uppföljning år 1 och år 3 utan har uppföljning år 1, 2 och 3
- Stockholm-Gotland har viss regional struktur och logistik vid lever- och lungmetastaser
- Viss regional logistik i rehabiliteringsfrågor
- Regionala projekt som föranleder regional logistik

Ett exempel på svar, som egen flik i PAD-svaret

Reflextestning av kolorektaltumör med GMCK-panelen v 2

Somatiska genförändringar av säkerställd prediktiv eller prognostisk betydelse

BRAF: Mutation EJ påvisad.

KRAS: Mutation EJ påvisad.

NRAS: Mutation EJ påvisad.

PI3K signaleringsvägen: Mutation påvisad (PIK3CA).

ERBB2/HER2: Amplifikation eller mutation EJ påvisad.

MMR-status: MSS

Nedärvda varianter: Misstänkt nedärvd variant i BRCA2 med HRD-fenotyp påvisad, kontakt med Klinisk Genetik rekommenderas.

DPYD: Relevant variant EJ påvisad

För fullständiga resultat vg se bifogad pdf-rapport

DIAGNOS:

Genomisk profilering av kolorektalcancer enligt ovan. Obs! Misstänkt nedärvd variant i BRCA2

Om Reflextestningen visar konstitutionell variant

- Spår för akut onkogenetisk utredning vb
 - Lynch, när utvidgad kolorektalresektion kan vara indicerad
 - Lynch, där hysterektomi + SOE kan vara indicerat
 - Polypos, där proktokolektomi är indicerat
- Reflextestning kan ge svar att mutation är påvisad i BRCA1 eller BRCA2.
Kolorektalkirurg behöver informera om det och remittera till Mott Ärftlig Cancer

Vem sätter in ASA?

- Kolorektalkirurg, på postop åb
- Avstå om pat har kontraindikationer mot ASA
- Trombyl 160 mg x 1 i 3 år

Vem får Trombyl i Stockholm-Gotland?

- Alla patienter som har genomgått potentiellt kurativ behandling för stadium I-IV kolorektalcancer med mutation i PI3K-signalvägen
- För patienter som fått tung onkologisk behandling för stadium IV-sjukdom krävs en individuell medicinsk bedömning kring om ASA är lämpligt eller om pat bedöms ha blödningsrisk
- All övrig onkologisk behandling i enlighet med NVP

FAQ (från patienter och läkare)

- "Kan ni gentesta min tumör som opererades för två år sedan?"
 - Svar: Nej, det är bara studerat att ge ASA med start en kort tid efter operation, så vi testar inte tumörer som är bortopererade för länge sedan.
- "Ska patienten ta ASA, eftersom hens tumör som opererades för ett år sedan hade en PIK3CA-mutation?"
 - Det finns ingen evidens för att det har effekt vid insättning så långt efteråt.
- "Men är det farligt att börja med ASA nu ett år efter canceroperationen?"
 - Det finns en liten risk för biverkningar.
- "Är det ok att jag börjar med ASA fastän jag inte vet om min tumör som opererades för ett år sedan hade relevant mutation?"
 - Det finns inte indikation och jag skriver inte recept.
- Det har tagits bort ett adenom. Ska det reflextestas?
 - Nej, inte om endast adenom.
- Det har tagits bort ett adenom med en tidig cancer i. Ska den cancer reflextestas?
 - Ja

Begrunda ev behov av regional anpassning av NVP

Regional tillämpning för Stockholm-Gotland av Nationellt vårdprogram för Tjock- och ändtarmscancer

2026-02-20 Version: 1



Kapitel 1	
Inledning	4
1.1 Vårdprogrammets giltighetsområde	4
1.2 Förändringar jämfört med nationella vårdprogrammet	4
1.3 Förändringar som medför resursbesparing	4
Kapitel 2	
Mål med den regionala tillämpningen	6
Målen är:	6
Kapitel 3	
Ärftlighet	7
Kapitel 4	
Kategorisering av tumören	9
4.1 Molekylärpatologiska analyser	9
Kapitel 5	
Handläggning av metastaser	10
5.1 Levermetastaser av kolorektalcancer	10
5.2 Lungmetastaser av kolorektalcancer	13
Kapitel 6	
Adjuvant behandling med ASA efter kurativt syftande behandling av primärtumör	16
Kapitel 7	
Nivåstrukturer	20
Kapitel 8	
Postoperativ uppföljning	21
8.1 Mål med uppföljningen	21
8.2 Kontroll av återfall	21
Kapitel 9	
Rehabilitering	23
9.1 Kartläggning och Min Vårdplan	23
9.2 Rehabilitering och basal behandling av symptom	23
9.3 Centrum för Cancerrehabilitering (CCR)	23

Revision av vår regionala anpassning på gång

- Kapitel om nivåstrukturering
- Kapitel om KoloCanMove
 - Införande av fysisk träning efter kolorektalcancer, i enlighet med CHALLENGE-studien
 - Skriftlig och muntlig information
 - Remiss till fysioterapeut i primärvården
 - Träningsapp
 - Enkäter från SCRCR
 - Pågår i tre år

TACK!
FRÅGOR?
SYNPUNKTER?



annika.sjovall@regionstockholm.se

Orsak till regional uppföljning

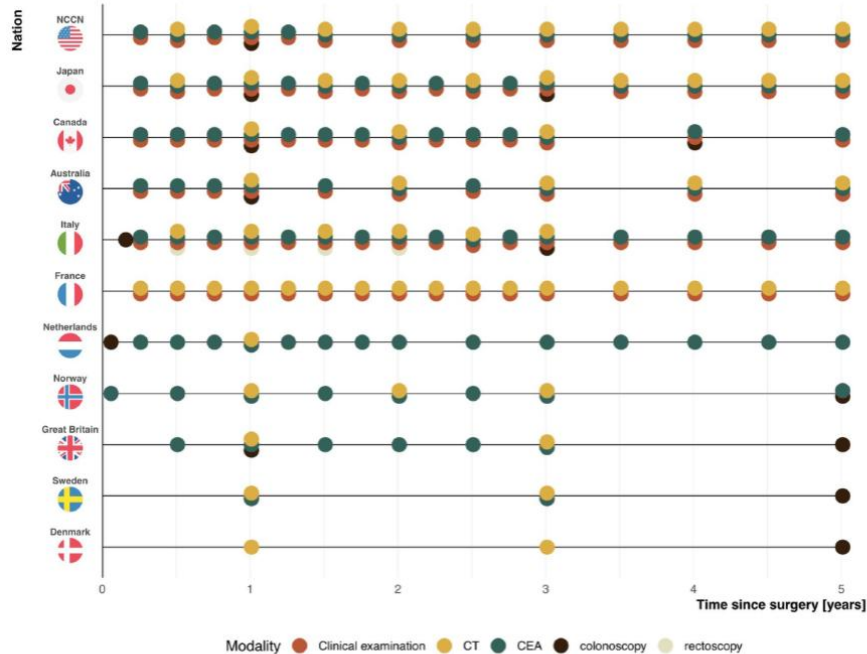
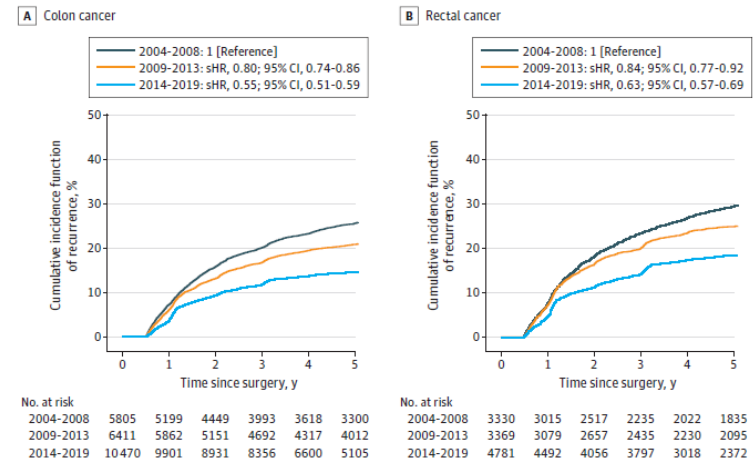


Figure 1: Differences in national CRC recurrence surveillance guidelines.

Sverige utmärker sig tillsammans med Danmark i att vara oerhört defensivt

Avhandling Jesper Berg Nors, Århus, Danmark

Figure 1. Cumulative Incidence Function Curves for Colorectal Cancer Recurrence Stratified by Tumor Site and Compared by Calendar Period of Curative Surgery



JAMA Oncology | Original Investigation

Incidence of Recurrence and Time to Recurrence in Stage I to III Colorectal Cancer A Nationwide Danish Cohort Study

Jesper Nors, MD; Lone Højgaard Jensen, MD; DMSc; Rune Eriksen, MD; PhD; Kåre Andersson Götschalk, MD, PhD; Claus Lindberg Andersen, PhD

JAMA Oncology January 2024 Volume 10, Number 1