

Pakkeforløb for Brystkræft

Pakkeforløb for brystkræft

Redaktion

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Emneord: Kræftbehandling; Cancer; Tumor; Mamma

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1,1

Versionsdato: 12. maj 2009

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-913-0

Format: Pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen

Forord

Kræft skal, efter aftale mellem regeringen og danske regioner, ske i et forløb med akut handling og klar besked, for at kræftpatienter undgår unødigt ventetid. Derfor er der med udgangen af 2008 indført pakkeforløb for alle kræftsygdomme. Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb.

Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræft gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger samt de samlede forløbstider. Ligeledes beskriver pakkeforløbene den information, der skal gives til patienterne undervejs, og de målepunkter, der skal gøre det muligt at følge op på, om pakkeforløbene fungerer efter hensigten. Med den politiske aftale sker en fuld udbredelse af pakkeforløb for alle kræftsygdomme i hele landet.

Pakkeforløbene er unikke, fordi ledende klinikere på kræftområdet, administratorer og ledere i regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen er gået sammen om at skabe det bedste forløb med patienten i centrum. Alle har været optaget af at skabe de bedste rammer for kræftbehandlingen, og det har været tydeligt, at det fælles mål har været vigtigere end særinteresser. Tak for det konstruktive samarbejde.

Mange faktorer er afgørende for, at vi får en bedre kræftbehandling. Der er brug for et stort ledelsesmæssigt fokus på opgaven, for at sikre en omhyggelig prioritering af ressourcerne. Information til patienterne har en central plads i pakkeforløbene, og det bliver interessant at følge erfaringerne og udviklingen på det område.

Pakkeforløbene skal nu ud og stå deres prøve. Det er afgørende, at vi samler erfaringerne og udvikler kræftbehandlingen, så den hele tiden inkluderer nye teknologiske muligheder, nye behandlingsformer og nye måder at organisere arbejdet på. Der er brug for at være åbne over for hurtigt at lære af hinandens erfaringer.

Vi vil helt sikkert møde en række uforudsete udfordringer, når pakkeforløbene implementeres og videreudvikles, men jeg håber, vi kan holde dialogen og samarbejdet levende, bevare engagementet, den konstruktive tone og fokus på det fælles mål: At give den bedste kræftbehandling til patienterne.

Jesper Fisker

Administrerende direktør, Sundhedsstyrelsen

Formand for Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb for Kræft- og Hjertepatienter.

Indhold

1	Om pakkeforløb på kræftområdet	1
1.1	Om pakkeforløb	1
1.1.1	Forløbstid	2
1.2	Udvikling af pakkeforløb på kræftområdet	3
1.3	Læsevejledning	3
2	Arbejdsgruppens sammensætning	6
3	Introduktion til pakkeforløb for brystkræft	7
3.1	Generelt om brystkræft	7
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	7
3.3	Det multidisciplinære team	7
3.4	Flowchart over pakkeforløb for brystkræft	8
4	Indgang til pakkeforløb for brystkræft	9
4.1	Klinisk indhold	9
4.1.1	Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb	9
4.1.2	Henvisning til pakkeforløb	9
4.2	Information vedrørende henvisning til pakkeforløb	10
4.3	Beslutning	10
4.4	Ansvarlig	10
4.5	Forløbstid	10
5	Udredning	11
5.1	Sundhedsfagligt indhold	11
5.1.1	Undersøgelsesforløbet	11
5.1.2	Fastlæggelse af diagnose og stadietildeling	11
5.2	Information af patienten	11
5.3	Beslutning	12
5.4	Ansvarlig	12
5.5	Forløbstid	12
6	Behandling	13
6.1	Sundhedsfagligt indhold	13
6.1.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	13
6.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	13
6.2	Information af patienten	14
6.3	Beslutning	14
6.4	Ansvarlig	15
6.5	Forløbstid	15
7	Efterbehandling	16

7.1	Sundhedsfagligt indhold	16
7.1.1	Medicinsk behandling og stråleterapi	16
7.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	17
7.2	Information af patienten	17
7.3	Beslutning	17
7.4	Ansvarlig	17
7.5	Forløbstid	17
8	Afslutning på pakkeforløb	18
8.1	Kontrol	18
8.1.1	Klinisk indhold	18
8.1.2	Information af patienten	19
8.1.3	Ansvarlig	19
8.1.4	Forløbstid	20
8.2	Rehabilitering	20
8.2.1	Klinisk indhold	20
8.2.2	Information af patienten	21
8.2.3	Ansvarlig	21
8.3	Palliation	21
9	Oversigtsskema	22
10	Mere om pakkeforløb	25
10.1	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	25
10.1.1	Mistanke og begrundet mistanke	25
10.1.2	Multidisciplinære teamkonferencer	25
10.1.3	Kommunikation og patientinformation	26
10.1.4	Ko-morbiditet	26
10.1.5	Psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation	27
10.1.6	Metastaser	28
10.1.7	Recidiv	28
10.2	Implementering af pakkeforløb	28
10.2.1	Henvisning	29
10.2.2	Almen praksis	29
10.3	Monitorering	29

1 Om pakkeforløb på kræftområdet

1.1 Om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløb er, at alle patienter skal opleve et veltilrettelagt fagligt forløb under udredning og behandling, med det formål at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne.

Et pakkeforløb er et standard patientforløb, som beskriver det sundhedsfaglige forløb, information til patienten, den organisatoriske tilrettelæggelse og forløbstiderne. Pakkeforløbet monitoreres med henblik på at stille relevant klinisk ledelsesmæssig information til rådighed for den kliniske ledelse.

Alle patienter skal have et individuelt tilrettelagt forløb, der tager udgangspunkt i det beskrevne standard patientforløb og eventuelle individuelle faktorer som eksempelvis ko-morbiditet.

Et pakkeforløb involverer alle de specialer/afdelinger/enheder i primærsektor og på hospitaler (både på hovedfunktion og på specialiseret niveau), der hver for sig eller sammen varetager dele af patientforløbet. Pakkeforløbet er dermed såkaldt multidisciplinært organiseret.

Pakkeforløbet starter ved såkaldt begrundet mistanke og afsluttes, når behandling og efterbehandling er slut. Patienten fortsætter derefter med kontrol, rehabilitering eller palliation, dette vil sjældent følge et standard patientforløb og beskrives derfor ikke i relation til selve pakkeforløbet.

Pakkeforløbene kan implementeres på forskellig vis, men følger som udgangspunkt de anførte forløbstider og tilrettelægges som udgangspunkt med forudreserverede tider. Pakkeforløb kan dog, afhængig af patientvolumen og sundhedsfaglige begrundelser tilrettelægges uden forudreserverede tider. Alle patienter skal opleve et veltilrettelagt forløb uden unødigt ventetid.

Forskellige kræftsygdomme udvikler sig med forskellig hastighed. Af hensyn til nødvendig prioritering bør det derfor vurderes, hvilke kræftformer eller patienter der skal behandles umiddelbart, så de forskellige pakkeforløb - samt forløb for patienter med andre sygdomme uden for et pakkeforløb - kan blive afviklet ud fra en sundhedsfaglig forsvarlig prioritering.

Beskrivelserne af pakkeforløb for de enkelte kræftformer har en bred målgruppe. Målgruppen består af *sundhedsfagligt personale, administratorer og beslutningstagere*. Pakkeforløbet er således skrevet med henblik på disse forskellige gruppers forskellige indfaldsvinkler. Til brug for *patienterne* er der udviklet en patientinformations pjece for hver kræftform, disse pjecer vil være tilgængelige på sundhed.dk.

Følgende centrale sundhedsfaglige emner er vigtige i arbejdet med pakkeforløb på kræftområdet:

- Mistanke og begrundet mistanke
- Multidisciplinære teamkonferencer
- Kommunikation og patientinformation
- Ko-morbiditet

- Psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation
- Metastaser
- Håndtering af afsluttede kræftpatienter ved mistanke om recidiv

Disse områder beskrives nærmere sidst i dette dokument i kapitel 10 *Mere om pakkeforløb*. I dette kapitel findes desuden en beskrivelse af implementeringen og monitoreringen af pakkeforløb.

1.1.1 Forløbstid

Forløbstiderne i et pakkeforløb beskriver den tid de enkelte undersøgelser, procedurer og behandlinger i forløbet tager, tiden mellem de enkelte elementer i forløbet, der eksempelvis benyttes til vurdering af svar og information af patienten, samt tid som er nødvendig for patienten til at træffe beslutning om samtykke til eksempelvis operation og tid til nødvendig stabilisering af eventuel ko-morbiditet hos patienten.

Forløbstiderne er således ikke passiv ventetid, men derimod aktiv udrednings-, planlægnings- og informationstid.

Der udarbejdes for hvert pakkeforløb detaljerede forløbstider med det formål at redegøre for de processer og handlinger, der tager tid i et udrednings- og behandlingsforløb. De detaljerede forløbstider vil fremgå af de enkelte afsnit i pakkeforløbet.

Tiderne er udarbejdet ud fra standard patientforløb og uden hensyntagen, til eksisterende kapacitets – og ressourceforhold.

Forløbstiderne vil i fremtiden kunne ændres, hvis der eksempelvis kommer nye teknologiske muligheder.

Et pakkeforløb er delt op i faser, der har en forløbstid. De enkelte fasers forløbstid er til sidst lagt sammen i *en samlet forløbstid* fra henvisning er modtaget til primær behandling er startet. Det er det forløb, der måles på, og intervallerne findes i en skematisk oversigt til sidst i hvert pakkeforløb.

Den enkelte region er ansvarlig for at planlægge således, at tiden fra begrundet mistanke til start på behandling bliver uden unødigt ventetid. Det er de samlede forløbstider, som de enkelte regioner skal have som målsætning. Den enkelte region har således en vis fleksibilitet i forhold til at kunne planlægge udrednings- og behandlingsforløb.

Nogle patienter vil gennemgå et forløb, der er hurtigere end de angivne forløbstider, mens andre vil have et længere forløb. Den faktiske forløbstid vil blandt andet være afhængig af patientens almentilstand og omfanget af ko-morbiditet. Reglerne om maksimale ventetider gælder stadig for kræftpatienterne, så forløbstiderne er ikke en ny rettighed, men de kan af patienter og patientvejledere bruges som rettesnor for tidsforløbet, fra henvisning til pakkeforløb til behandlingen påbegyndes.

Som hovedregel anvendes hele hverdage i beskrivelsen af forløbstiderne. Fem hverdage er lig med 1 uge.

1.2 Udvikling af pakkeforløb på kræftområdet

De videnskabelige selskaber og sammenslutninger og regionerne har via nedsatte arbejdsgrupper bidraget til udviklingen af konceptet for pakkeforløbet, udarbejdelsen af de enkelte pakkeforløb og udvikling af monitoreringen. De har ydet et meget stort og væsentligt bidrag til udviklingen af pakkeforløb på kræftområdet.

De lægelige specialer har en lang tradition for evidensbaseret tilgang til faget og udarbejdelse af landsdækkende kliniske retningslinjer, klaringsrapporter, referenceprogrammer og protokoller.

Allerede eksisterende kliniske retningslinjer på kræftområdet har som udgangspunkt dannet baggrunden for udarbejdelsen af pakkeforløb.

For de områder hvor der ikke er udarbejdet kliniske retningslinjer, er pakkeforløbene baseret på internationalt anerkendte retningslinjer, protokoller eller konsensus i arbejdsgruppen.

Pakkeforløbene bør som hovedregel revideres senest to år efter udgivelsen, så eventuel ny viden og organisatorisk erfaringer kan inkluderes. Indholdet bør revideres tidligere, hvis der foreligger væsentlig ny viden eller udvikling i diagnostik og/eller behandling på området, ligesom revision vil kunne udsættes, hvis man bør afvente resultater af igangværende undersøgelser. Sundhedsstyrelsen sikrer revisionen i samarbejde med den relevante kliniske arbejdsgruppe.

1.3 Læsevejledning

Samtlige pakkeforløbsbeskrivelse er opbygget med følgende kapitler og dermed samme ramme for indholdet:

1. Introduktion til pakkeforløb for [...]

Kapitlet beskriver kræftformen og det faglige grundlag herunder kliniske retningslinjer, der ligger til grund for pakkeforløbsbeskrivelsen. I underafsnit om multidisciplinære teamkonferencer (MDT) beskrives specifikke krav til MDT i det enkelte pakkeforløb. Til sidst i dette kapitel findes et **flowchart**, der giver overblik over det samlede forløb. Formålet med flowchartet er at visualisere patientens vej gennem forløbet. Ved hjælp af indsatte pile mellem de kliniske handlinger illustreres de mulige forgreninger af patientforløbet. Det er i nogle pakkeforløb relevant at angive procentsatser i flowchartet for, hvor patienterne henvises til.

2. Indgang til pakkeforløb

Kapitlet beskriver, hvilke kriterier der skal være opfyldt for, at patienten skal henvises til pakkeforløbet. Der skelnes mellem *mistanke*, *filterfunktion* og *begrundet mistanke*, hvor det er den begrundede mistanke, der initierer pakkeforløbet. Der lægges vægt på patientinformation, hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger, og hvor lang tid der må gå fra,

der opstår mistanke – ofte i almen praksis – til, at mistanken kan blive begrundet, og patienten kan indgå i pakkeforløb. Specifikke krav til henvisning til pakkeforløb er også i nogle tilfælde beskrevet.

3. Udredning

Kapitlet beskriver, hvilken udredning en patient skal gennemgå i pakkeforløbet. For nogle kræftformer er det hensigtsmæssigt at gruppere flere undersøgelser i diagnostiske blokke, hvilket angiver, at undersøgelserne finder sted i samme afgrænsede tidsperiode. De enkelte undersøgelser i en diagnostisk blok kan foregå i varieret rækkefølge. Der lægges vægt på information til patienten, hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger om udredningsforløbet, og hvor lang tid der må gå fra patientens indtræden i pakkeforløbet til endt udredning.

4. Behandling

Her beskrives hovedgrupperne indenfor de forskellige behandlingsforløb samt de hyppigst opståede komplikationer. Der lægges vægt på patientinformation, hvem der er ansvarlig for at træffe beslutning om behandlingstilbud, og hvor lang tid der må gå, fra patienten er færdigudredt, til patienten starter i behandling.

5. Efterbehandling

I dette kapitel beskrives den relevante efterbehandling (kemoterapi og/eller stråleterapi) og håndtering af hyppigt opståede komplikationer. I nogle pakkeforløb er behandling og efterbehandling slået sammen, og i nogle pakkeforløb findes der ikke egentlig efterbehandling. Ligesom for de øvrige kapitler angives, hvilken information, patienten skal modtage, hvem der er ansvarlig for efterbehandlingen, samt hvad forløbstiden for efterbehandlingsforløbet må være.

6. Afslutning på pakkeforløbet

I dette kapitel er der underafsnit for kontrol, rehabilitering og palliation. Pakken afsluttes, når behandling og efterbehandling er slut og patienten fortsætter i et forløb med kontrol, rehabilitering eller palliation. Hvis et pakkeforløb indeholder fortsat behandling i en kontrolfase, fremhæves dette specielt i det konkrete pakkeforløb.

7. Oversigtsskema

Formålet med oversigtsskemaet er at give et overblik over hele pakkeforløbet. I kolonnen for *de kliniske handlinger* beskrives i stikord kliniske beslutninger om patientens videre forløb, der er markeret i skemaet, ligesom relevante muligheder på det givne tidspunkt i forløbet er angivet.

I kolonnen *logistisk handling* beskrives de administrative og organisatoriske handlinger, eksempelvis at den praktiserende læge finder begrundet mistanke om kræft og derfor skal sende en henvisning til sygehusafdeling eller praktiserende speciallæge. I kolonnen *information til patienten* angives den information, som patienten skal have i forbindelse med de kliniske og logistiske handlinger eksempelvis svar på prøver og undersøgelser, samt information om det videre forløb. I kolonnen *speciale* er angivet de involverede lægefaglige specialer, der har ansvaret for de enkelte dele af pakkeforløbet.

I kolonnen *registrering og monitorering* er angivet de registreringer, der skal foretages i de patientadministrative systemer i forbindelse med de relevante kliniske handlinger.

2 Arbejdsgruppens sammensætning

Cheflæge Peter Frandsen	Region Syddanmark Odense Universitetshospital
Koordinerende overlæge Lisbeth Kallestrup	Region Midtjylland Mammografiscreeningsprojektet
Overlæge Jens Peter Garne	Region Nordjylland Mammakirurgisk afdeling, Aalborg Sygehus
Overlæge Anne Pedersen	Region Sjælland Ringsted Sygehus
Patolog Eva Balslev	Region Hovedstaden Herlev Hospital
Overlæge Birgitte Bruun Rasmussen	DBCG Patologiafdelingen, Herlev Sygehus
Overlæge Henning Mouridsen	DBCG Onkologisk klinik, Rigshospitalet
Overlæge Ilse Vejborg	DBCG Radiologisk afdeling, Rigshospitalet
Overlæge Marie Overgaard	DBCG Onkologisk afdeling, Århus Sygehus
Overlæge Peer Christiansen Formand for arbejdsgruppen	DBCG Kirurgisk afdeling, Århus Sygehus
Overlæge Torben Palshof	DMCG Onkologisk afdeling, Århus Sygehus
Praksiskoordinator Per Grindsted	DSAM Region Syd

3 Introduktion til pakkeforløb for brystkræft

3.1 Generelt om brystkræft

Denne beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for brystkræft omfatter alle patienter, hvor der på baggrund af symptomer eller fund ved screeningsmammografi er rejst mistanke om brystkræft.

Nedenstående beskrivelse af patientforløb forudsætter, at patienten gennemgår et standard udrednings- og behandlingsforløb. Specifikke krav til behandlingen, som for eksempel at indgrebet skal udføres med plastikkirurgisk assistance, kan medføre, at tidsfristerne ændres.

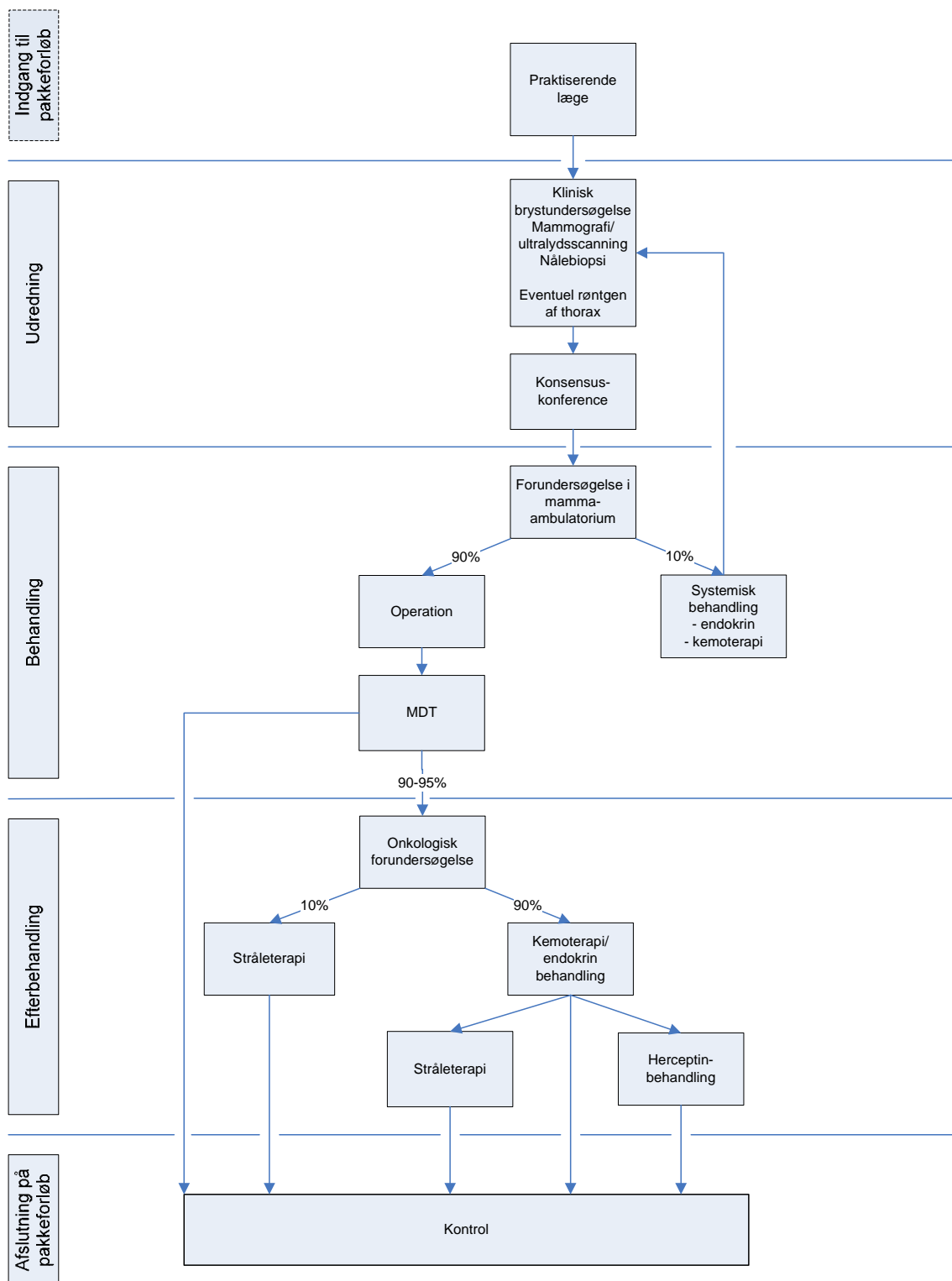
3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG) har på deres hjemmeside (www.dbcg.dk) et sæt kliniske retningslinjer, der omfatter diagnostik, behandling af primær brystkræft og behandling af lokalt recidiv. Disse evidensbaserede retningslinjer bliver løbende opdateret efter en fast skabelon, der også er tilgængelig på hjemmesiden. I det følgende vil referencer til DBCG's retningslinjer blive markeret med kapitelhenvisning i en parentes.

3.3 Det multidisciplinære team

Teams i den diagnostiske udredning ved mistanke om brystkræft er organiseret efter de retningslinjer, der er udstukket i Sundhedsstyrelsens redegørelser fra 1994 og 1999 for "Det integrerede diagnostiske system". Det er kendetegnet ved et tværfagligt samarbejde mellem primærsektor (almen praksis og speciallægepraksis) på den ene side og radiolog, kirurg og patolog på den anden side. Dette er også udførligt beskrevet i DBCG's retningslinjer (kap. 2.1).

3.4 Flowchart over pakkeforløb for brystkræft



4 Indgang til pakkeforløb for brystkræft

4.1 Klinisk indhold

4.1.1 Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb

I nedenstående er der beskrevet symptomer, der leder til begrundet mistanke om brystkræft. Såfremt et eller flere af disse symptomer er til stede, skal patienten kunne henvises til udredning og behandling i pakkeforløb:

- Palpatorisk suspekt tumor
- Nytilkommen papilretraktion
- Nytilkommen hudindtrækning
- Papil-areolaeksem/ulceration (obs.Mb. Paget)
- Klinisk suspekter aksillære lymfeknuder
- Billeddiagnostisk suspekt forandring eksempelvis fundet ved mammografiscreening eller ved undersøgelse hos privat praktiserende radiolog.
- Søgen efter ukendt primær tumor (aksilmetastaser påvist)

Patienter i DBCGs prioriteringsgruppe 2 med palpatorisk godartet eller blodig/serøs sekretion vil *ikke* blive tilbudt udredning i pakkeforløb, men hører ind under behandlingsgarantien på 1 måned.

Brystkræft hos unge kvinder under 30 år og hos mænd er en sjælden diagnose, og størsteparten af de henviste vil kunne afsluttes uden billeddiagnostik i kirurgisk regi. Ved opsporing af subklinisk kræft hos kvinder over 75 år skal der tages hensyn til patientens forventede middellevetid og patientens almen tilstand. Billeddiagnostik er derfor mindre afgørende, og sikker diagnose kan ofte opnås ved palpationsvejledt biopsi.

4.1.2 Henvisning til pakkeforløb

En forudsætning for et hurtigt forløb er, at henvisningen fra den praktiserende læge eller anden henvisende instans indeholder oplysninger om tilstedeværelse af et eller flere af ovenstående fund og symptomer, hvor der er begrundet mistanke om brystkræft

Ved mistanke om brystkræft henvises patienten til udredning jævnfør retningslinjerne for ”Det integrerede diagnostiske system”. Udredning foretages her af et team bestående af radiolog, patolog og kirurg med fagområdekompetencer indenfor mammadiagnostik og behandling.

I hvert brystcenter er der en central bookingsansvarlig person i den radiologiske eller kirurgiske afdeling, som henvendelse skal rettes til. Den bookingsansvarlige skal ved den telefoniske henvendelse umiddelbart booke patienten til primær billeddiagnostik eller klinisk vurdering hos kirurg afhængig af lokale aftaler i brystcentret.

4.2 Information vedrørende henvisning til pakkeforløb

Patienten må af egen læge være orienteret om mistanken om brystkræft forud for påbegyndelsen af pakkeforløb. I forbindelse hermed udleveres relevant informationsmateriale stillet til rådighed fra brystcentret og spørgeskema til patienten.

4.3 Beslutning

Henvisning til udredning og eventuel behandling i pakkeforløbet kan foretages, hvis et af ovennævnte syv symptomer er til stede.

4.4 Ansvarlig

Egen læge eller anden henvisende instans.

4.5 Forløbstid

Forløbstid er 3 hverdage.

Patienten henvises med begrundet mistanke om brystkræft umiddelbart til radiologisk afdeling. Derefter må der gå 3 hverdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne, booke relevante undersøgelser og samtaler. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb på 4. hverdag.

5 Udredning

5.1 Sundhedsfagligt indhold

5.1.1 Undersøgelserforløbet

Det bærende princip i den diagnostiske udredning ved mistanke om brystkræft er tripletesten, der består af:

- Klinisk undersøgelse
- Mammografi og/eller ultralydsscanning af brystet
- Nålebiopsi (finnåls- og/eller grovnålsbiopsi)

Udredningen må foretages/superviseres af speciallæger med fagområdekompetence indenfor diagnostik og behandling af brystkræft.

Undersøgelserprogrammet omfatter (kap. 2.2 i kliniske retningslinjer):

- Billeddiagnostik
 - Hos kvinder over 30 år: mammografi og ultralydsscanning af bryst og armhule
 - Hos kvinder op til 30 år: ultralydsscanning af bryst og armhule eventuel kombineret med mammografi
- Biopsi: finnål og/eller grovnål jævnfør centrets retningslinjer. Udføres ultralyd- eller stereotaktisk vejledt eller i forbindelse med palpation
- Klinisk brystundersøgelse inklusiv problemorienteret sygehistorie

I hovedparten af tilfælde, hvor den primære undersøgelse af patienten foretages i radiologisk regi, udføres billeddiagnostik og biopsitagning i samme seance, og den kliniske undersøgelse foretages af radiologen forud for en eventuel biopsitagning. I de tilfælde hvor billeddiagnostik ikke definitivt afkræfter mistanken om ondartet tumor følges undersøgelsen op med vurdering i det mammakirurgiske ambulatorium.

5.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling

Det integrerede diagnostiske team afholder dagligt konsensuskonferencer med henblik på endelig tolkning af udfaldet af tripletesten og behov for eventuel supplerende undersøgelser.

5.2 Information af patienten

Information til patienten om den endelige diagnose og mulige behandlingsforslag gives af kirurgen i det mammakirurgiske ambulatorium. Patienten opfordres til at have en ledsager med ved samtalen.

Patienter, der uden biopsitagning kan afsluttes i radiologisk regi, informeres om diagnosen i radiologisk afdeling.

5.3 Beslutning

Såfremt der er konsensus om ondartet udfald af tripletesten, er der i de fleste tilfælde det fornødne grundlag for at træffe beslutning om valg af behandlingstype, og patienten kan derfor umiddelbart informeres.

5.4 Ansvarlig

Forløbsansvaret ligger hos radiologen, indtil kvinden er udredt på radiologisk afdeling. Såfremt det ved den billeddiagnostiske udredning er klart, at der er tale om godartede forandringer kan kvinden afsluttes i radiologisk regi.

Patienter, hvor der efter den billeddiagnostiske udredning, fortsat er begrundet mistanke om brystkræft, henvises til brystkirurgisk afdeling. Forløbsansvaret for patienten overgår herefter til kirurgisk afdeling. Det vil ofte være hensigtsmæssigt, at kvinder, der som led i tripletesten har fået foretaget biopsi i radiologisk regi, også overgår til kirurgisk afdeling, selvom mistanken om ondartet tumor er beskeden efter den foretagne udredning. Ved triple-konsensus for en godartet forandring kan asymptomatiske kvinder (for eksempel fra screeningspopulationen) eventuelt afsluttes i radiologisk regi.

Den specialeansvarlige kirurg eller en substitut herfor fungerer som teamleder i det integrerede diagnostiske team. Hver af de samarbejdende afdelinger (radiologisk, kirurgisk og patologisk) udpeger en speciallæge, der er ansvarlig for afdelingens involvering i teamet. I hvert team udpeges en sekretær som officiel kontaktperson til teamet. Dette vil som regel være en sekretær, der er knyttet til det mamma-kirurgiske ambulatorium. Tilsvarende er der i den mammaradiologiske enhed en sekretær, der fungerer som primær kontaktperson og bookingansvarlig vedrørende forløbene forud for den første billeddiagnostiske undersøgelse og for de tilfælde, hvor mistanken om brystkræft kan afkræftes ved den billeddiagnostiske undersøgelse.

5.5 Forløbstid

Forløbstiden er 6 hverdage

Tiden består af:

- Klinisk brystundersøgelse, billeddiagnostik mammografi og ultralydsscanning samt finnål- og/eller grovnålsbiopsi (1 hverdag)
- Analyse af biopsi (4 hverdag)
- Konsensuskonference (1 hverdag)

6 Behandling

6.1 Sundhedsfagligt indhold

6.1.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Efter udredning vil patientpopulationen kunne opdeles i en stor gruppe omfattende 85-90 % af alle tilfælde, som er tilgængelig for helbredende behandling ved operation. De resterende patienter vil enten have lokal fremskreden eller dissemineret sygdom og vil derfor ikke kunne opereres primært.

Operation for brystkræft omfatter et indgreb i brystet i form af operation med fjernelse af brystet eller brystbevarende operation og operation af aksillen med sentinel node biopsi og/eller aksilrømning (kap. 4 i kliniske retningslinjer).

I nogle tilfælde udføres såkaldt onkoplastisk indgreb eller operation med fjernelse af brystet og umiddelbar rekonstruktion. Ved disse operationer medvirker som regel en plastikkirurg. Som regel kan den samlede kirurgiske behandling udføres i samme seance.

For primært operable patienter er der følgende behandlingsmuligheder:

Primær operation efterfulgt af systemisk behandling og strålebehandling

Det er dog ikke alle patienter, der skal igennem alle behandlingsmodaliteterne. Lavrisikogruppen (kap. 8.4.2 i de kliniske retningslinjer) der udgøres af de patienter, der ikke har nogen form for spredning og har tumorer ≤ 2 cm med favorable tumor karakteristika i øvrigt (hormonreceptor positive, HER-2 negative, malignitetsgrad 1 og som er 35 år eller ældre), tilbydes ikke systemisk behandling og kun strålebehandling, hvis der er foretaget brystbevarende operation. Lavrisikogruppen udgør knapt 20 %.

Primær systemisk behandling efterfulgt af operation og strålebehandling

Der gives i disse tilfælde 3-4 måneders behandling med kemoterapi eller antiøstrogen terapi med henblik på at begrænse tumorens udbredning og dermed blandt andet at øge muligheden for brystbevarende behandling.

For primært inoperable patienter med lokalavanceret brystkræft behandles sædvanligvis først systemisk med kemoterapi eventuelt antiøstrogen terapi. Bliver patienten under denne behandling operabel, udføres operation efter de sædvanlige principper.

6.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

De umiddelbare komplikationer til det kirurgiske indgreb omfatter:

- Blødning (1- 4 %), som kræver re-operation med mulig forlængelse af forløbet, forekommer hos 1- 4 %.
- Infektion (ca. 1-5 %) i et omfang, som potentielt forlænger forløbet, forekommer hos ca. 1-5 %.

- Seromdannelse. Her foreligger ikke data, som tillader nærmere angivelse af, hvor ofte langvarig seromdannelse forårsager forsinkelse af igangsætning af adjuverende terapi.

Optræder sådanne komplikationer vil det som regel medføre, at patienten ikke kan følge det standardiserede pakkeforløb, og monitoreringsmæssigt skal der derfor være mulighed for at markere, at forløbet afviger fra ”pakken”.

De sene komplikationer efter operation og anden behandling herunder specielt strålebehandling udgøres af:

- Bevægeindskrænkning
- Smerter
- Føleforstyrrelser
- Lymfødem.

Sene komplikationer har ikke umiddelbar indflydelse på det primære pakkeforløb og omtales derfor ikke yderligere i denne sammenhæng.

6.2 Information af patienten

Ved afslutning af det kirurgiske forløb, når den endelige vurdering fra patologen foreligger, modtager patienten i det mammakirurgiske ambulatorium besked om det samlede resultat ved en samtale med kirurgen (statussamtale). Der opfordres til, at patienten har en ledsager med ved samtalen. Her skitseres den efterfølgende behandling i de tilfælde, hvor det er aktuelt, og hvis ikke aftales det fremtidige kontrolprogram. Der bookes tid til samtale i onkologisk afdeling.

6.3 Beslutning

Beslutning om primær behandlingstype træffes ved afslutningen af den diagnostiske udredning.

Ved afslutningen af det primære behandlingsforløb, der vedrører patienter, der er primært opereret, gennemgås det samlede resultat ved MDT med deltagelse af specialister med fagområdekompetence indenfor mammaradiologi, mammapatologi, mammakirurgi og mammaonkologi. På baggrund af de histologiske parametre og de øvrige patientdata kan prognosen estimeres, og afhængig af sygdomsstadium fastlægges hvilken behandling, der skal tilbydes jævnfør de gældende retningslinjer (kap. 8 i kliniske retningslinjer). Patienten informeres efterfølgende om dette ved statussamtalet og informeres samtidig om det efterfølgende behandlingsforløb.

Det primære formål med MDT er kvalitetskontrol af udredning og kirurgisk behandling og planlægning af den efterfølgende behandlingsstrategi. Samtidig fungerer konferencerne som en meget vigtig brik i uddannelsen indenfor de relevante fagområder. MDT afholdes mindst to gange ugentligt.

6.4 Ansvarlig

I det kirurgiske behandlingsforløb er det kirurgen, der er forløbsleder/teamleder, og ansvarsfordelingen er i øvrigt som beskrevet under den diagnostiske fase. Under dette behandlingsforløb er der udpeget en kontaktsygeplejerske, der sammen med kirurgen fungerer som kontaktperson.

6.5 Forløbstid

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret til patienten skal modtage behandling er 9 hverdage

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booke samtaler og undersøgelser (3 hverdage)
- Forundersøgelse med klinisk undersøgelse, patientinformation, samtale med sygeplejerske, fysioterapeut, anæstesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik (2 hverdage)

Desuden afsættes 3 hverdage til

- Patienttid til refleksion
- Vurdering og eventuel stabilisering af ko-morbiditet

Behandling

- Operation (1 hverdag)

7 Efterbehandling

7.1 Sundhedsfagligt indhold

7.1.1 Medicinsk behandling og stråleterapi

Alle patienter i DBCG's højrisikogruppe (kap. 8.4.3) tilbydes adjuverende medicinsk behandling.

Som hovedregel gives dette efter operationen, men der er forventning om, at en stigende andel fremover vil blive behandlet primært medicinsk (neoadjuverende).

Kemoterapi

Den medicinske efterbehandling til kvinder under 60 år er primært kemoterapi, og standard behandlingen er 3 serier antracyclin baseret kemoterapi (epirubicin og cyclofosfamid) efterfulgt af 3 serier taxan (docetaxel). For patienter i aldersgruppen 60-69 år tilbydes kemoterapi kun til den hormonreceptor negative gruppe. Kemoterapien gives intravenøst med tre ugers interval.

Endokrin behandling

Endokrin behandling tilbydes alle patienter i højrisikogruppen, der er hormonreceptor positive uanset om der også anbefales kemoterapi. For postmenopausale anbefales 5 års behandling med aromatasehæmmer. Hos præmenopausale gives tamoxifen i 5 år. Den antiøstrogene behandling indledes umiddelbart efter operationen hos de patienter, der ikke skal have kemoterapi. Gives der også kemoterapi, indledes den endokrine behandling først en uge efter afsluttet behandling. Endokrin behandling gives som tabletter.

Herceptin

Herceptin anbefales til HER-2 positive patienter, hvor der som led i den medicinske behandling er givet kemoterapi. Gives intravenøst 17 gange med 3 ugers intervaller efter afsluttet kemoterapi.

Stråleterapi

Efter brystbevarende operation gives således strålebehandling til alle. Standard behandlingen er 48-50 Gy givet i fraktioner af 2 Gy dagligt. Hos kvinder yngre end 50 år gives i tillæg boost mod tumorlejet dagligt i 1-2 uger (10-16 Gy). Hos patienter med lymfeknudemetastaser gives også behandling mod de regionale lymfeknudestationer, som beskrevet nedenfor.

Efter operation med fjernelse af brystet er indikationerne for stråleterapi tumorstørrelse > 5cm, tilstedeværelse af lymfeknudemetastaser (> 2mm), uradikal operation. Behandlingen er rettet mod brystvæggen og de regionale lymfeknuder infra- og supraklavikulært samt parasternalt på højre side. Der gives ikke behandling mod aksillen med mindre der er efterladt metastaser her, og på venstre side bestråles de parasternale lymfeknuder ikke, idet det indebærer en stor risiko for at beskadige hjertet. Dosis er 50 Gy over 25 daglige fraktioner (5 dage per uge).

Skal der både gives kemoterapi og stråleterapi, gives kemoterapien først, og stråleterapien gives ikke før 2 uger efter sidste serie. Er indikationen for stråleterapi uradikal operation, gives stråleterapien dog efter 1. eller 2. serie kemoterapi.

7.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

Den væsentligste komplikation til kemoterapi er knoglemarvsdepression med behandlingskrævende febril neutropeni.

7.2 Information af patienten

Patienten er allerede ved afslutning i den kirurgiske afdeling informeret om hovedtrækkene i efterbehandlingen jævnfør det beslutningsgrundlag, der foreligger fra MDT. Ved den første samtale i onkologisk ambulatorium gives en mere udførlig information om detaljerne i behandlingen, og der aftales tidspunkter for første behandling.

7.3 Beslutning

Baggrunden for beslutning om efterbehandling er den konferencebeslutning, der foreligger efter MDT. Patientens holdning skal dog nødvendigvis også tages med, og derfor kan den endelige beslutning blive modificeret i forbindelse med den første samtale i onkologisk ambulatorium.

Beslutninger om ændringer i behandlingsforløbet foretages løbende på baggrund af respons og komplikationer i forbindelse med de obligatoriske kontakter i behandlingsforløb og som led i kontrolprogrammet.

7.4 Ansvarlig

I efterbehandlingsforløbet er det den specialeansvarlige onkolog, der varetager funktionen som teamansvarlig. Såfremt der er behov for supplerende udredning på mistanke om recidiv aktiveres "det integrerede diagnostiske team", og ved mistanke om lokoregionært recidiv skal patienten vurderes i mammakirurgisk ambulatorium.

7.5 Forløbstid

Når den kirurgiske behandlingen er afsluttet, og der er ved MDT konference truffet beslutning om efterbehandling, skal der gå 15-20 hverdage, inden patienten kan påbegynde stråleterapi eller kemoterapi. Dette er afhængigt af sårheling og patientens tilstand.

Mellemprioden bruges udover sårheling til at afklare histologisk diagnose for at afklare om patienten skal efterbehandles. De resterende dage bruges til ambulante forundersøgelser, patientsamtykke og planlægning af stråleterapi.

8 Afslutning på pakkeforløb

8.1 Kontrol

8.1.1 Klinisk indhold

Formålet med rutine opfølgning efter primær behandling for brystkræft er (kap. 9 kliniske retningslinjer):

- Forbedring af overlevelsen
 - Screening for ny primær tumor
 - Opsporing af recidiv i ipsilaterale bryst (efter brystbevarende operation)
 - Tidlig påvisning af recidiv
- Evaluering af primær behandling
 - Kvalitetskontrol/sikring
 - Diagnostik og behandling af følger af sygdommen
 - Rehabilitering
 - Psykosocial støtte og rådgivning

Anbefalingerne fra DBCG omfatter (kap 9.1 kliniske retningslinjer):

- Kontrol hver 3-6. måned i 5 år og herefter en gang årligt for patienter, der indgår i behandlingsprotokol eller kvalitetssikringsprogram
- Kontrollen omfatter sygehistorie og klinisk undersøgelse suppleret med mammografi hvert 2. år for patienter mellem 50 og 70 år og hvert 1½ år for yngre patienter
- Kvinder i DBCG's lavrisikogruppe (kap.8.3 i kliniske retningslinjer) i screeningsalderen fra 50 til og med 69 år kan overgå til "kontrol" i screeningspopulationen⁴.

Beslutning om kontrolprogrammet ligger implicit i beslutning om behandlingsprotokollen (efterbehandling). Beslutning om ikke at følge de gængse behandlingsprotokoller for eksempel på grund af ko-morbiditet eller alder vil som regel lede til, at man afstår fra kontrolprogram i sygehusregi, men overlader det til primærsektoren.

I de tilfælde, hvor patienten har afsluttet sit kontrolprogram i hospitalsregi, er det den praktiserende læge, der er ansvarlig for at henvise patienten til udredning i det integrerede diagnostiske system.

Er patienten fortsat inkluderet i et kontrolprogram i hospitalsregi, er det det pågældende team (onkologisk eller mammakirurgisk), der er ansvarlig for at iværksætte udredningsprogram med reference til MDT.

Ved mistanke om lokalt eller regionalt recidiv udføres følgende *undersøgelser* (kliniske retningslinjer):

- Sygehistorie og klinisk undersøgelse
- Mammografi

- Lokoregional ultralydsundersøgelse (Ved recidiv i regio mammae, foretages ultralydsscanning af samsidige regio mammae, aksil og periklavikulær region)
 - Bioptisk verifikation: finnålsbiopsi, grovnålsbiopsi, incisions-eller excisionsbiopsi
 - Blodprøver: hæmatologi inklusiv diff.tælling, ioniseret calcium, S-kreatinin, elektrolytter, ASAT/ALAT, LDH, basisk fosfatase og bilirubin (Ved forhøjet ASAT/ASAT, basisk fosfatase eller bilirubin, foretages ultralyd af abdomen*)
 - Røntgen af thorax*
 - Knogleskintigrafi* (Abnorme foci ved knogleskintigrafi skal røntgenfotoграфeres og bør suppleres med 3-D billeddiagnostik (MR eller CT-scanning), hvis konventionelle røntgenundersøgelser ikke giver en afklaring)
 - Hormonreceptorstatus, med immunhistokemisk undersøgelse af seneste biopsi
 - HER2 status (Helst på primærtumor, og hvis denne ikke foreligger da på recidivet.)
 - Klinisk foto af eventuel evaluerbar sygdom
- *) Thorakoabdominal CT-scanning med knoglevindue kan erstatte røntgen af thorax, ultralydsscanning af abdomen og røntgen optagelser af det aksiale skelet.

Behandlingsstrategien for patienter med lokoregionært recidiv er følgende (kap. 15.3 i kliniske retningslinjer):

Målområdet for kirurgisk behandling af et lokoregionalt recidiv er hud, bløddel og knogler fra klaviklen til kurvaturen og fra midtlinien til bagerste aksilfold (lateralkanten af med latissimus dorsi). Hvis fjernmetastaser kan udelukkes, tilstræbes kurativ behandling med kirurgi, så radikalt som mulig, efterfulgt af lokoregional strålebehandling, hvis dette ikke er givet tidligere, og eventuel suppleret med antiøstrogenbehandling for patienter med receptorpositive tumorer.

8.1.2 Information af patienten

Patienten skal have information om det kontrolprogram, der tilbydes patienten.

Den behandlende læge giver patienten information om:

1. Hvilke undersøgelser der foretages som led i kontrol af patientens sygdom og hvor ofte
2. Hvornår der afgives svar på undersøgelser

8.1.3 Ansvarlig

Hovedparten af patienterne (højrisikogruppen) følger et kontrolprogram i den onkologiske enhed, og det er derfor denne enheds specialeansvarlige overlæge, der er teamansvarlig. Såfremt der ikke skal gives systemisk behandling, vil kontrollen foregå i mammakirurgisk regi med den specialeansvarlige kirurg som teamleder.

Beslutning om behandling af lokoregionært recidiv træffes ved MDT.

8.1.4 Forløbstid

Patienten kontrolleres første gang 6 måneder efter endt behandling/efterbehandling.

8.2 Rehabilitering

8.2.1 Klinisk indhold

Nedenstående resumerer de anbefalinger, der er kommet fra en arbejdsgruppe under Kræftens Bekæmpelse og med deltagelse af for Patientforeningen De Brystopererede. Der er taget initiativ til, at dette område fremover bliver inkluderet i DBCG's rekommandationer, men indtil videre må det betragtes som et udviklingsområde.

Alle patienter tilbydes perioperativ fysioterapi. Afvigelser herfra besluttet af den ansvarlige fysioterapeut. Behov for supplerende behandling, herunder lymfødembehandling vurderes i det onkologiske team og beslutning herom træffes efter samråd med fysioterapien og ”lymfødemteamet”.

Før operationen er der konsultation med en fysioterapeut, hvor der instrueres i enkelte øvelser samt hvilestillinger, som stimulerer de strukturer, som vil blive belastet ved operationen.

1-4 dage efter operationen tilses den brystopererede af en fysioterapeut med henblik på repetition af det allerede udleverede øvelsesprogram samt instruktion i stimulation af operationsområdet og venepumpeøvelser; desuden information om fremtidig træningsplan (holdtræning). Inden udskrivelse fra sygehuset udleveres en genoptræningsplan med henblik på den kommunale indsats.

2-4 uger efter operationen startes holdtræningen ambulant (5-8 gange én gang ugentligt) med øvelser indeholdende: Holdning, balance, bevægelighed, stræk, venepumpe, arvæv, hvilestillinger, progredieret styrketræning samt information om lymfødem. Mulighed for træning i varmtvandsbassin.

I det ambulante forløb skal der gives mulighed for individuel behandling, hvor det skønnes nødvendigt.

Før strålebehandling gives individuel kontakt med en fysioterapeut med henblik på at sikre god bevægelighed under stråleterapien og fortsat stimulation af operationsområdet. Den brystopererede gives mulighed for telefonisk kontakt med fysioterapeut ved usikkerhed.

To uger og ligeledes otte uger efter strålebehandling gives individuel kontakt for at sikre optimal, smertefri bevægelighed.

Gældende for ovennævnte genoptræningspakke er, at fysioterapeuten er gennemgående, og at tilbuddet gælder alle brystopererede uanset operationsteknik, antallet af fjernede lymfeknuder og efterbehandling.

Genoptræningen skal varetages af særligt kyndige fysioterapeuter med specialviden om, interesse for og indsigt i de brystopereredes særlige problemstillinger og behandling. Det vil sige viden om behandling og efterbehandling af brystkræft, viden om senfølger, viden om og erfaring med at arbejde efter Kirsten Tørsleffs principper, kvalifikationer til varetagelse af målrettet holdtræning.

Lymfødembehandling indgår ikke i pakkeforløb vedrørende primær udredning og behandling, og er derfor ikke nærmere beskrevet her. Det indgår dog i det samlede behandlingsforløb for en ikke ubetydelig andel af patienterne, men opstår typisk først måneder til år efter gennemført primær behandling og efterbehandling.

8.2.2 Information af patienten

Patienten skal have information om det rehabiliteringsprogram, der tilbydes patienten.

8.2.3 Ansvarlig

I den perioperative fase er det den til den mammakirurgiske enhed knyttede fysioterapiafdeling, der varetager behandlingen, og der skal være en fysioterapeut udpeget med ”specialeansvar” som også fungerer som kontaktperson. Tilsvarende er der ved den onkologiske enhed udpeget en specialeansvarlig fysioterapeut, der blandt andet varetager lymfødembehandling.

8.3 Palliation

Palliation er ikke dækket af DBCG’s retningslinjer, men der er i indikatorrapporten for brystkræft fra 20053 en kort omtale af væsentlige problemstillinger og angivet supplerende litteratur (Appendix 4: Brystkræft – palliation og terminal pleje).

9 Oversigtsskema

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
Indgang til pakkeforløb				
Beslutning: Praktiserende læge finder begrundet mistanke om kræft og henviser til tripleddiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes ▪ Eventuel supplerende relevante oplysninger til radiologisk afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udelukkelse af kræft ▪ Videre forløb 	Praktiserende læge	
Udredning				
Visitation til pakkeforløb: Tripleddiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: tripleddiagnostik 	Indkaldelse: tripleddiagnostik	Radiolog	A: Monitorering: Henvisning modtaget Henvisningsdiagnosekode
Tripleddiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinisk brystundersøgelse ▪ Mammografi/ultralyds scanning ▪ Nålebiopsi Eventuel røntgen af thorax		Videre forløb		B: Monitorering: Udredning start
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kirurgi ▪ Onkologi (4 mdr.) 	Booking: forundersøgelse i mammakirurgisk ambulatorium	Indkaldelse: forundersøgelse i mammakirurgisk ambulatorium	Multidisciplinært team	C: Monitorering: Udredning slut Diagnose be- eller afkræftet
Behandling				
Forundersøgelse i mammakirurgisk ambulatorium	Booking: operation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb ▪ Informeret samtykke ▪ Indkaldelse: operation 	Kirurg	D: Monitorering: Informeret samtykke
Indlæggelse			Kirurg	E: Monitorering: Behandling start
Operation				
Histologisvar			Patolog	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kemoterapi, endokrin behandling og strålebehandling ▪ Kemoterapi og endokrin behandling ▪ Kemoterapi/endokrinbehandling/ herceptinbehandling ▪ Strålebehandling 	Booking: konsultation ved mammakirurgisk ambulatorium	Indkaldelse: konsultation ved mammakirurgisk ambulatorium	Multidisciplinært team	

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
Konsultation ved mammakirurgisk ambulatorium	<ul style="list-style-type: none"> Booking: onkologisk forundersøgelse Almen praksis: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse 	Kirurg	F: Monitorering: Kirurgisk behandling slut (primær)
Efterbehandling				
Onkologisk forundersøgelse	Booking: efterbehandling	<ul style="list-style-type: none"> Videre forløb Indkaldelse: efterbehandling 	Onkolog	
<ul style="list-style-type: none"> Kemoterapi (5 mdr), endokrin behandling og stråleterapi (4 uger) Kemoterapi/endokrin behandling Kemoterapi/endokrinbehandling/herceptinbehandling (12 mdr.) Stråleterapi (4 uger) 	Booking: konsultation ved onkolog (ved kemoterapi; efter 18 uger)			G: Monitorering: Efterbehandling start
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> Specialiseret genoptræning Kontrol 	Booking: specialiseret genoptrænings-plan, kontrol	Indkaldelse: Konsultation ved onkolog	Onkolog	
<ul style="list-style-type: none"> Konsultation ved onkolog Eventuel genoptræningsplan 	<ul style="list-style-type: none"> Booking: kontrolforløb Almen praksis: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Indkaldelse: specialiseret genoptræning, kontrol 		H: Monitorering: Behandling slut
Afslutning på pakkeforløb				
Sygehistorie og klinisk undersøgelse hver 3-6 mdr. i 5 år		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb 	Kirurg /Onkolog	Monitorering: Kontrol start
Mammografi for 50-70 årige, hvert 2. år; for under 50 år hvert 1½ år			Radiolog	
Beslutning: Kontrol afsluttes	Almen praksis: epikrise	Svarafgivelse	Kirurg	Monitorering: Kontrol slut

Monitoreringsintervaller	
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	3 hverdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning	6 hverdage
Fra afslutning på udredning til start på primær behandling	Operation 9 hverdage
Fra henvisning modtaget til start på primær behandling	Operation 18 hverdage

10 Mere om pakkeforløb

10.1 Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb

10.1.1 Mistanke og begrundet mistanke

Der er for alle kræftsygdomme udarbejdet sundhedsfaglige kriterier for, hvornår der er begrundet mistanke om en bestemt kræftsygdom, hvilket er ensbetydende med, at kriterierne er opfyldte for, at patienten kan påbegynde et pakkeforløb.

I mange pakkeforløb er det også beskrevet, hvornår der bør være mistanke om en bestemt kræftsygdom, og hvilken filterfunktion der skal til for enten at afkræfte eller begrunde mistanken.

Ved en filterfunktion forstås i denne sammenhæng altid en undersøgelse eller samling af undersøgelser, der kan afkræfte eller begrunde mistanken. Filterfunktionen kan være en undersøgelse, der iværksættes af den praktiserende læge selv (for eksempel billeddiagnostik eller blodprøver), og hvor den praktiserende læge efter svar eventuelt henviser videre til pakkeforløb. Alternativt kan filterfunktionen foretages af en relevant speciallæge (i speciallægepraksis eller på hospital), hvor det efterfølgende eventuelt er speciallægen, der rejser den begrundede mistanke og henviser til pakkeforløb.

En del patienter vil ikke følge et standardpakkeforløb, for eksempel fordi de diagnosticeres i anden sammenhæng, og derfor ikke kommer ind i pakkeforløbet via den praktiserende læge. Når en patient opfylder kriterierne for begrundet mistanke, skal patienten umiddelbart henvises til pakkeforløb af den læge, der er i kontakt med patienten. Det vil i nogle tilfælde være en hospitalsafdeling.

I notatet *Indgang til pakkeforløb – mistanke, filterfunktion og begrundet mistanke* beskrives området mere detaljeret.

10.1.2 Multidisciplinære teamkonferencer

Formålet med etablering af multidisciplinære teams er, at lægelige specialer og afdelinger, der medvirker i behandling af kræftpatienter, indgår i et forpligtende kontinuert samarbejde, der sikrer hensigtsmæssige forløb. Teamsamarbejdet skal også kunne fungere i ferieperioder og i forbindelse med sygdom, således at den nødvendige faglige kvalitet og beslutningskompetence sikres. Det multidisciplinære team skal sikre, at den enkelte patient vurderes med inddragelse af alle relevante specialer, så alle beslutninger vedrørende for eksempel vurdering og behandling af den enkelte patient bliver taget på det bedst mulige, tværfaglige grundlag. En sådan fælles tværfaglig vurdering kan foregå ved, at de relevante specialer er fysisk samlet til en konference, men der kan også være tale om telefon- eller videokonferencer eller uddelegerede beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger.

10.1.3 Kommunikation og patientinformation

Kommunikation med patienten er en vigtig del af det sammenhængende patientforløb, således at patienten oplever hele tiden at have kontakt og ikke føler sig efterladt uden klar information eller aftale. Som en del af kommunikationen skal patienten løbende informeres om undersøgelsesresultater og næste trin i pakkeforløbet.

Det er vigtigt, at alle personalegrupper i praksissektoren og på hospitalsafdelinger kender til pakkeforløbet for den pågældende kræftsygdom, således at der gives ensartet information til patienten. Informationen skal gives såvel skriftligt som mundtligt. Informationen skal være opdateret og tilgængelig på internettet.

De retlige regler findes i Sundhedsloven og er uddybet i bekendtgørelse om information, samtykke, videregivelse af helbredsoplysninger med videre (nr. 665 af 14. september 1998), vejledning om information, samtykke og videregivelse af helbredsmæssige oplysninger med videre (nr. 161 af 16. september 1998). Heraf følger blandt andet, at information til patienten:

- Skal gives løbende
- Skal omfatte sygdommen, undersøgelser og den påtænkte behandling, herunder virkninger, bivirkninger samt risici og skal gives på en forståelig måde og tilpasses patientens behov
- Skal omfatte andre mulige undersøgelser, behandlinger med videre
- Skal oplyse om konsekvenserne af ikke at undersøge, behandle med videre

Kommunikationen med kræftpatienten og dennes pårørende bør i alle sammenhænge baseres på respekt og empati. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger som alder, modenhed, erfaring, uddannelsesmæssige baggrund, sociale situation, sprog og udtrykte ønsker. Det er vigtigt, at kommunikationen foregår under forhold, hvor patientens krav på privatliv og ro respekteres, og hvor sundhedspersonalet kompetent og engageret udviser indlevelse i patientens situation og er lydhør overfor patientens behov.

En nødvendig forudsætning for en vellykket patientkommunikation er ikke blot selve kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale, men i ligeså høj grad at der sikres løbende kommunikation internt i det multidisciplinære team, mellem sektorer, sygehuse og sundhedspersonale, så kontinuiteten sikres. Overgange mellem forskellige afdelinger eller sektorer har hidtil været med til at skabe usikkerhed hos patienterne. Der skal derfor være særligt fokus på, at patienten får tilstrækkelig information, når der skiftes fra for eksempel en ansvarlig afdeling til en anden eller fra en sektor til en anden.

10.1.4 Ko-morbiditet

En stor del af de patienter, der indgår i et pakkeforløb, har betydende ko-morbiditet. Ko-morbiditet spiller en stor rolle for patientens mulighed dels for at gennemgå det planlagte udredningsforløb, dels for hvilken behandling der kan tilbydes og på længere sigt for prognosen.

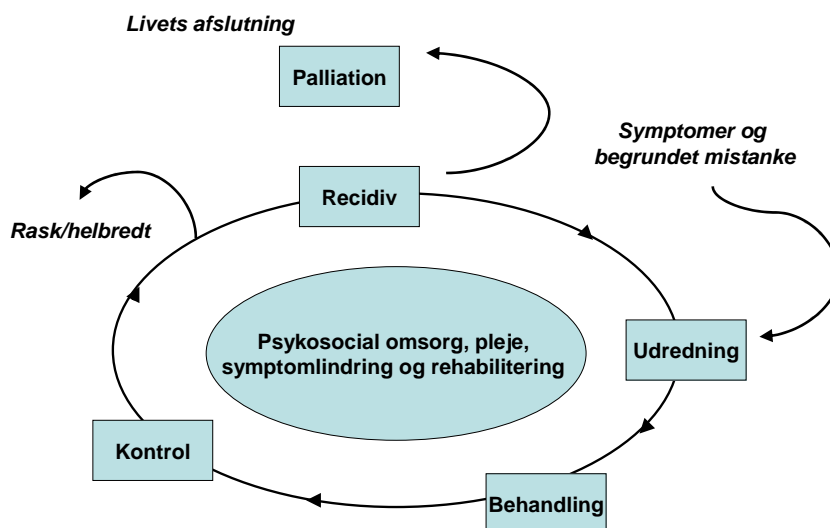
Det er derfor en forudsætning for et godt patientforløb, at den henvisende læge ved starten af pakkeforløbet videregiver sin viden om eventuel ko-morbiditet til den udredende afdeling, så udredningsforløbet kan individualiseres efter behov derfor. Regionen er ansvarlig for at sikre mulighed for udredning og eventuel stabilisering af betydende ko-morbiditet ved adgang til relevante specialer for eksempel kardiologi eller nefrologi. Dette skal ske uden unødigt ventetid, således at patienten så vidt muligt kan følge pakkeforløbet.

I notatet *Strukturering af indsatsen for kræftpatienter med ko-morbiditet* beskrives området mere detaljeret.

10.1.5 Psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation

Alle, der diagnosticeres med en kræftsygdom, har – udover behandling af sygdommen – brug for viden, omsorg, støtte og redskaber til at håndtere sygdomsforløbene bedst muligt. Der er stor forskel på de enkelte kræftpatienters situation. Den er blandt andet afhængig af, hvilken kræftsygdom der er tale om, hvilket stadie sygdommen er i, eventuel ko-morbiditet og den pågældendes livssituation i øvrigt. Det er elementer, man bør tage højde for i den støtte- og behandlingsindsats, der tilbydes.

Formålet med indsatsen indenfor disse områder er at sikre patienten og dennes pårørende den nødvendige støtte, så patienten i så vid udstrækning som muligt bevarer sin livskvalitet både fysisk, psykisk, socialt og arbejdsmæssigt undervejs gennem forløbet, og at patienten er i stand til at håndtere hverdagen.



Figuren er udviklet med udgangspunkt i figur i bilag 10.2 om rehabilitering til Kræftplan II.

Patienten med en livstruende sygdom kan have brug for en *psykosocial indsats* med støtte og rådgivning indenfor det psykologiske, sociale og eksistentielle område.

Denne indsats er en integreret del af hele den indsats, der bør tilbydes og ydes til relevante patienter i alle faser af sygdomsforløbet.

Behandlingen af kræftsygdomme er ofte barsk, og mange patienter vil have brug for understøttende behandling blandt andet *pleje og symptomlindring*. Fra starten af sygdomsforløbet kan patienten have behov for en målrettet *rehabiliteringsindsats* for at minimere sygdommens og kræftbehandlingens følger og dens indvirkninger på hverdagslivet.

I de tilfælde, hvor patienten ikke kan helbredes, vil der være brug for en *palliativ indsats* med det formål at lindre lidelse af fysisk, psykosocial og eksistentiel karakter.

Mange indsatser er samtidige og delvist overlappende. Det er derfor vigtigt, at kontinuitet og kvalitet bevares også i overgangene mellem de forskellige indsatsområder. Det er desuden vigtigt at støtte og fremme patientens egne handlemuligheder, så denne gennem egenomsorg kan bevare ansvar for og indflydelse på eget helbred.

I notatet *Generelle indsatser vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til pakkeforløb for kræft* beskrives området mere detaljeret.

10.1.6 Metastaser

I de diagnosespecifikke pakkeforløb er der som hovedregel ikke medtaget forløbet for patienter, der primært diagnosticeres med en metastase, ligesom diagnosen ukendt primær tumor ikke er beskrevet. Der beskrives derfor et selvstændigt pakkeforløb for denne gruppe patienter.

10.1.7 Recidiv

Ved ”recidiv” forstås tilbagefald af eller udvikling af metastaser fra en allerede diagnosticeret og behandlet kræftsygdom. Idet pakkeforløbet afsluttes ved første ambulante kontrol, vil en patient, hos hvem der er begrundet mistanke om recidiv, blive henvist til et nyt pakkeforløb. Patienten vil starte på det relevante sted i forløbet.

I notatet *Håndtering af afsluttede kræftpatienter ved mistanke om recidiv* beskrives området mere detaljeret.

10.2 Implementering af pakkeforløb

Ved lokal implementering af et pakkeforløb tages udgangspunkt i det beskrevne standardpakkeforløb. Det er regionernes ansvar at implementere pakkeforløbene.

Implementeringen af pakkeforløbene skal ske i overensstemmelse med den gældende specialeplanlægning på området.

10.2.1 Henvisning

Det er vigtigt, at henvisning til pakkeforløb sker bedst muligt. Der er behov for at sikre hurtig og fyldestgørende informationsudveksling ved henvisning til pakkeforløb, enten dette sker fra almen praksis, speciallægepraksis eller fra en anden sygehusafdeling. Hurtig udredning forudsætter, at alle relevante oplysninger om patienten er tilgængelige. Henvisende læge er ansvarlig for, at henvisningen til pakkeforløb indeholder sufficente oplysninger om patienten herunder beskrivelse af, hvilke kriterier der ligger til grund for den begrundede mistanke om kræft, eventuel ko-morbiditet og medicinforbrug. Især er oplysninger om eventuel antikoagulationsbehandling vigtige. Henvisningen skal desuden indeholde telefonnummer, gerne såvel fastnet som mobilnummer, på patienten.

Der arbejdes aktuelt med udvikling af en elektronisk henvisning, som imidlertid ikke forventes implementeret indenfor en kort tidshorizont. Indtil da må det aftales lokalt, hvordan det sikres, at alle relevante oplysninger videregives ved henvisning. Det bør lokalt aftales, præcis hvor henvisningen skal sendes hen, og eventuelt om patienten allerede på henvisningstidspunktet i konsultationen kan få tid og sted for den første kontakt i pakkeforløbet.

10.2.2 Almen praksis

Almen praksis er ofte den lægefaglige instans, som finder begrundet mistanke om kræft og informerer patienten om næste trin i udredningen. Almen praksis har ofte et godt forhåndskendskab til hele patientens situation. Det gælder de sociale forhold, familie, erhverv samt de helbredsmæssige forhold før det aktuelle sygdomsforløb. Disse forudsætninger giver almen praksis mulighed for at løfte de opgaver, som indgår i tovholderfunktionen i forbindelse med pakkeforløb for kræftpatienter, og for at almen praksis kan være proaktiv i forhold til kræftpatienten under hele forløbet.

Almen praksis' rolle som tovholder er særligt relevant for kræftpatienter, som er i langstrakte behandlingsforløb, herunder også i en eventuel rehabiliteringsfase. Almen praksis har en særlig informationspligt ved henvisning til pakkeforløb på kræftområdet, idet patienten både skal informeres om, at der er begrundet mistanke om kræft, og om hvad et pakkeforløb omfatter herunder det første trin i udredningsfasen. I notatet *Almen praksis rolle i pakkeforløb* beskrives området nærmere.

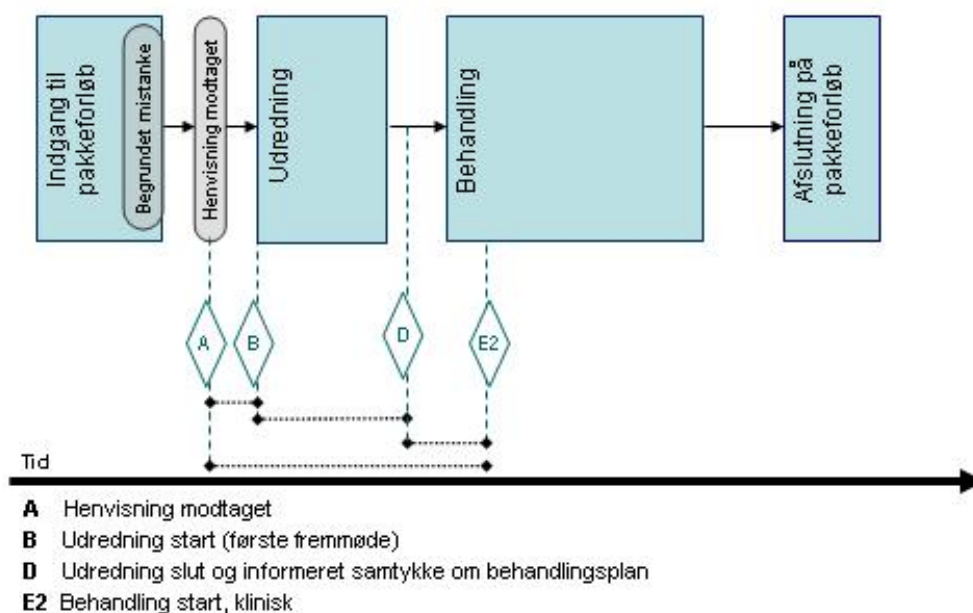
10.3 Monitorering

Hovedformålet med monitorering af pakkeforløbene er at stille relevant klinisk ledelsesmæssig information til rådighed for den kliniske ledelse og derigennem skabe forudsætning for en tæt opfølgning af implementeringen af pakkeforløbene. Monitoreringen gøres endvidere tilgængelig for hospitalsledelser, regioner og centrale sundhedsmyndigheder. Data fra monitoreringen bliver formidlet gennem Monitoreringsinformationssystemet MIS Kræft. Monitoreringen er i videst muligt

omfang baseret på eksisterende data fra Landspatientregistret med et begrænset antal nye registreringer.

For hvert pakkeforløb angives de intervaller, der skal bruges i forhold til monitorering. Nedenstående figur viser de intervaller, der angives for forløbstider. Intervallerne er:

- Fra henvisningen modtaget til første fremmøde på udredende afdeling (Fra A til B)
- Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning (Fra B til D)
- Fra afslutning på udredning til start på primær behandling (Fra D til E2)
- Fra henvisning modtaget til start på primær behandling (Fra A til E2)



I notatet monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter beskrives området mere detaljeret.