



PAKKEFORLØB FOR
LIVMODERKRÆFT

2009

Pakkeforløb for livmoderkræft

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Emneord: Kræftbehandling; Cancer; Tumor; Corporis Uteri

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,1

Versionsdato: 22. oktober 2009

Format: Pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-920-8

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, oktober 2009.

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	6
1.1	Om pakkeforløb	6
1.1.1	Forløbstid	7
1.2	Udvikling af pakkeforløb på kræftområdet	8
1.3	Læsevejledning	8
2	Arbejdsgruppens sammensætning	10
3	Introduktion til pakkeforløb for livmoderkræft	11
3.1	Generelt om livmoderkræft	11
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	11
3.3	Det multidisciplinære team	12
3.4	Flowchart over pakkeforløb for livmoderkræft	13
4	Indgang til pakkeforløb for livmoderkræft	14
4.1	Klinisk indhold	14
4.1.1	Risikogrupper	14
4.1.2	Mistanke	14
4.1.2.1	Filterfunktion	14
4.1.3	Begrundet mistanke – Kriterier for henvisning til pakkeforløb	14
4.1.4	Henvisning til pakkeforløb	15
4.2	Information vedrørende henvisning til pakkeforløb	15
4.3	Beslutning	15
4.4	Ansvarlig	15
4.5	Forløbstid	15
5	Udredning af livmoderkræft	16
5.1	Sundhedsfagligt indhold	16
5.1.1	Undersøgelsesforløbet	16
5.1.2	Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling	16
5.2	Information til patienten	17
5.3	Beslutning	17
5.4	Ansvarlig	17
5.5	Forløbstid	17
6	Behandling af livmoderkræft	18
6.1	Sundhedsfagligt indhold	18
6.1.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	18
6.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	18
6.2	Information til patienten	18
6.3	Beslutning	19
6.4	Ansvarlig	19

6.5	Forløbstid	19
7	Efterbehandling	21
7.1	Sundhedsfagligt indhold	21
7.1.1	Medicinsk behandling og stråleterapi	21
7.2	Information til patienten	21
7.3	Beslutning	21
7.4	Ansvarlig	21
7.5	Forløbstid	21
8	Afslutning på pakkeforløb	22
8.1	Kontrol	22
8.1.1	Klinisk indhold	22
8.1.2	Information til patienten	22
8.1.3	Ansvarlig	22
8.1.4	Forløbstid	22
9	Oversigtsskema	23
10	Mere om pakkeforløb	26
10.1	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	26
10.1.1	Mistanke og begrundet mistanke	26
10.1.2	Multidisciplinære teamkonferencer	26
10.1.3	Kommunikation og patientinformation	27
10.1.4	Ko-morbiditet	27
10.1.5	Psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation	28
10.1.6	Metastaser	29
10.1.7	Recidiv	29
10.2	Implementering af pakkeforløb	29
10.2.1	Henvisning	30
10.2.2	Almen praksis	30
10.3	Monitorering	30

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 *standardpatientforløb*, 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 standardpatientforløb 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 til patienten, samt tid, som er nødvendig for patienten til at træffe beslutning om samtykke til eksempelvis operation og tid til nødvendig stabilisering af evt. komorbiditet hos patienten.

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

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 standardpatientforløb 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 med hver sin 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 dette forløb, der monitoreres. 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 samt regionerne har via nedsatte arbejdsgrupper bidraget til udvikling af konceptet for pakkeforløbet, udarbejdelse 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, referenciprogrammer 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 2 år efter udgivelsen, så eventuel ny viden og organisatorisk erfaringer kan inkluderes. Indholdet bør revideres tidligere, hvis der fremkommer 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 pakkeforløbsbeskrivelser 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 kan 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. Et rehabiliteringsforløb kan eventuelt allerede indledes i denne fase, specielt med hensyn til ændring af livsstil.

4. Behandling

Her beskrives hovedgrupperne inden for 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, eventuelt fortsat 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

Overlæge Erik Søgaard (formand)	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk afdeling Ålborg Sygehus
Overlæge, dr.med. Jan Blaakær	Region Midtjylland Gynækologisk afdeling Skejby Sygehus
Overlæge Marianne Lidang	Region Hovedstaden Patologisk afdeling Herlev Hospital
Ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen	Region Sjælland Gynækologisk/obstetrisk afdeling Roskilde Sygehus
Ledende overlæge Hans Madsen	Region Nordjylland Gynækologisk/obstetrisk afdeling Ålborg Sygehus
Professor Ole Mogensen	Region Syddanmark Gynækologisk/obstetrisk afdeling Odense Universitetshospital
Overlæge Claus Høgdall	Dansk Gynækologisk Cancer Database Gynækologisk afdeling Rigshospitalet
Overlæge Berit Hølund	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Patologisk Institut Odense Universitetshospital
Professor Jørn Herrstedt	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Onkologisk afdeling Odense Universitetshospital
Overlæge Lone Keld Petersen	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk afdeling Skejby Sygehus
Overlæge Berit Jul Moesgaard	Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi Gynækologisk/obstetrisk afdeling Herlev Hospital
Praktiserende læge Flemming Skovsgaard	Dansk Selskab for Almen Medicin København
Overlæge dr.med. Hans Madsen	Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Ålborg Sygehus
Overlæge Mansoor Mirza	Onkologisk afdeling Odense Universitetshospital
Overlæge Poul Geertsen	Onkologisk afdeling Herlev Hospital

3 Introduktion til pakkeforløb for livmoderkræft

3.1 Generelt om livmoderkræft

Denne beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for livmoderkræft dækker følgende diagnosekoder (DC 549, DC 559 og DD 070). Cirka 30 % af kvinder med diagnosen DD 070 (endometrie, hyperplasi med atypi) har endometriekræft ved den endelige mikroskopi og skal derfor behandles som om, de havde livmoderkræft.

Livmoderkræft er den sjettehyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark og den hyppigste gynækologiske kræftform. Fra 1943 til 1980 er det årlige antal diagnosticerede tilfælde af endometriekræft mere end tredoblet og incidensen næsten fordoblet. Den aldersstandardiserede incidensrate pr. 100.000 er i Danmark nu ca. 13, som dog dækker over en rate på $< \frac{1}{2}$ hos kvinder < 40 år, < 1 hos kvinder < 45 år og 65 blandt kvinder > 55 år. Incidensen har været konstant de sidste 20 år med ca. 600 nye tilfælde pr. år.

Livmoderkræft inkluderer ondartede tumorer i livmoderslimhinden (endometriekræft) og forskellige, meget sjældne former for kræft, der opstår fra livmoderens muskel og bindevæv (sarkomer). Alle typer er omfattet af pakkeforløbet.

Man taler om mindst to hovedtyper af endometriekræft:

- En østrogenafhængig endometriekræft (endometrioidt adenocarcinom), som udvikler sig fra et atypisk hyperplastisk endometrium, og som har en god prognose
- Den anden type er sjælden, ikke østrogenafhængig, opstår fra et atrofisk endometrium og udvikler sig til clearcell carcinomer, serøse adenocarcinomer og andre mere sjældne typer. Disse østrogenafhængige kræfttyper har en dårlig prognose

Danske kvinder har en livstidsrisiko på 2 % for at få livmoderkræft, og aldersmaksimum for sygdommen er omkring 70-års alderen. Cirka 1/3 af kvinderne dør af deres livmoderkræft. Endometriekræft i stadium I har en god prognose med en overlevelse, der efter operation ikke er væsentligt forskellig fra baggrundsbefolkningens. Det er derfor vigtigt at diagnosticere endometriekræft, mens sygdommen er lokaliseret til livmoderen, hvilket er tilfældet for lidt mere end 70 % af patienterne.

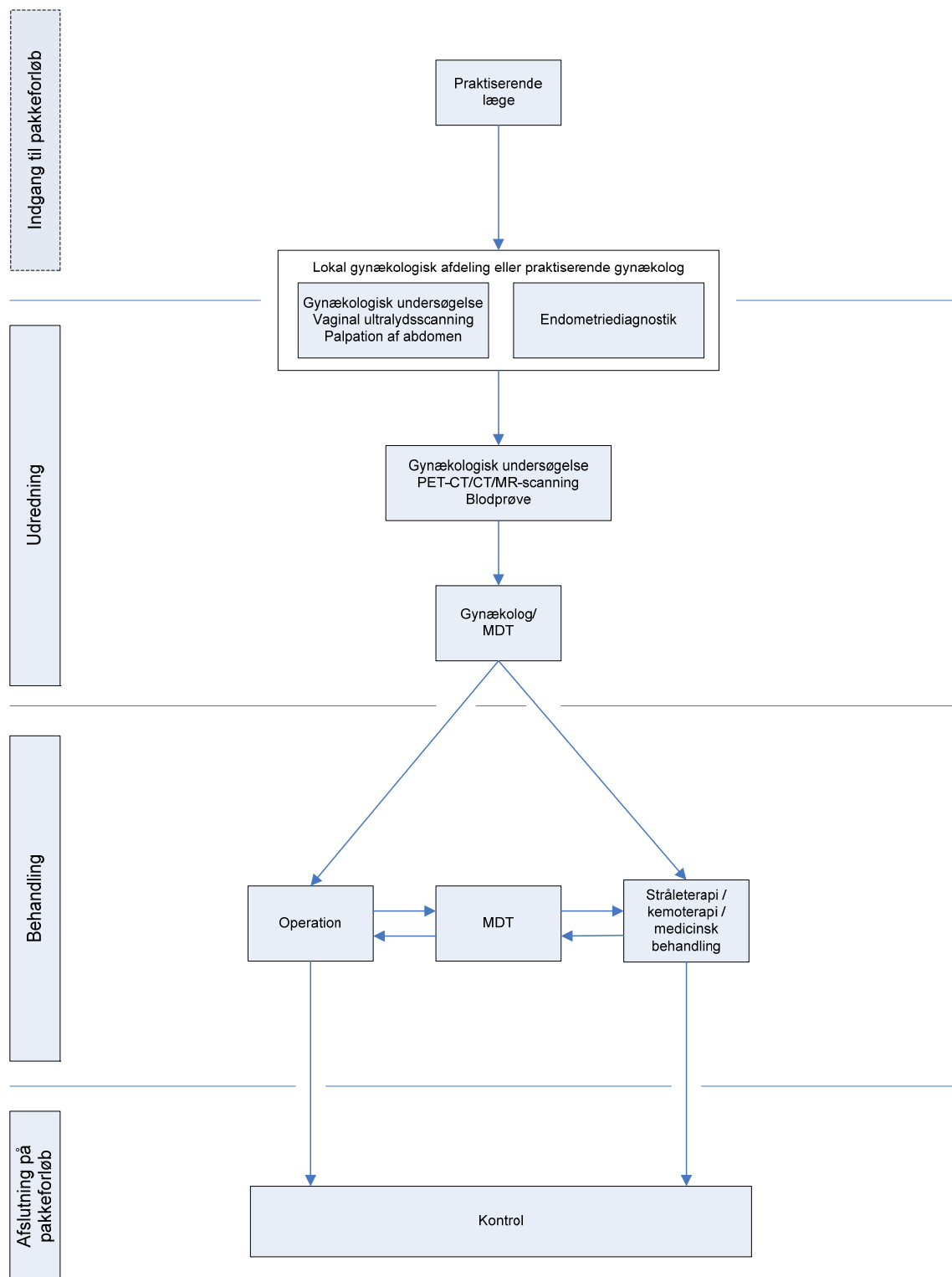
3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Gynækologisk Cancer (DGC) har på hjemmesiden (<http://dgc.eu.com/>) et sæt kliniske retningslinjer, som omfatter diagnostik og behandling af livmoderkræft. Retningslinjerne bliver løbende opdateret, og de danner baggrund for anbefalingerne i dette pakkeforløb.

3.3 Det multidisciplinære team

Speciallæge i gynækologi, onkolog samt patolog. I mange forløb bør der kunne træffes en afgørelse sammen med onkologerne vedrørende en eventuel primær onkologisk terapi (typisk kemoterapi eller hormonterapi).

3.4 Flowchart over pakkeforløb for livmoderkræft



4 Indgang til pakkeforløb for livmoderkræft

4.1 Klinisk indhold

4.1.1 Risikogrupper

Kvinder med hereditær non-polyposis kræft i tyk- og endetarm har en øget livstidsrisiko for at udvikle endometriekræft på op mod 40 %. Risikoen for endometriekræft er derudover især relateret til et højt eksogent eller endogent betinget østrogenniveau. Overvægtige kvinder, kvinder med polycystisk ovariesyndrom, kvinder i længerevarende behandling med østrogen uden gestagentilskud, kvinder i behandling med tamoxifen og diabetikere har således en øget risiko for at udvikle sygdommen.

4.1.2 Mistanke

Mistanke om livmoderkræft opstår hos en kvinde med vaginal blødning, som ikke kan forklares af andre årsager, opstået >1 år efter sidste menstruationsblødning (postmenopausal blødning). Andre årsager til postmenopausal blødning kan være:

- Atrofi svarende til genitale slimhinder
- Polyp i cervix
- Blødning fra urinvejene
- Blødning fra analkanal

4.1.2.1 Filterfunktion

Kvinden bør ses af egen læge enten samme dag eller dagen efter henvendelsen.

Der bør:

- Optages sygehistorie for blødning
- Udføres en gynækologisk undersøgelse
- Foretages palpation af abdomen

4.1.3 Begrundet mistanke – Kriterier for henvisning til pakkeforløb

Begrundet mistanke om livmoderkræft opstår hos en kvinde med postmenopausal blødning, hvor man efter at have udført ovenstående ikke har fundet anden, godartet årsag til blødningen.

4.1.4 Henvisning til pakkeforløb

Ved begrundet mistanke om malignitet i corpus uteri henviser egen læge samme dag kvinden til en gynækologisk speciallæge (praktiserende speciallæge eller speciallæge på et sygehus).

4.2 Information vedrørende henvisning til pakkeforløb

Patienten skal af egen læge være orienteret om begrundet mistanke om livmoderkræft.

4.3 Beslutning

Der henvises til speciallæge i gynækologi ved begrundet mistanke om livmoderkræft.

4.4 Ansvarlig

Egen læge eller anden henvisende instans.

4.5 Forløbstid

Forløbstiden er 3 hverdage.

Patienten henvises med begrundet mistanke om livmoderkræft umiddelbart til gynækologisk afdeling/gynækologisk speciallæge. 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 af livmoderkræft

5.1 Sundhedsfagligt indhold

5.1.1 Undersøgelserforløbet

Undersøgelserforløb foregår på gynækologisk afdeling eller hos gynækologisk speciallæge. Der udføres gynækologisk undersøgelse med vaginal ultralydsscanning samt en palpation af abdomen. Såfremt ultralydsundersøgelsen viser endometrietykkelse >4mm eller uskarpt afgrænset endometrium, foretages endometriediagnostik (typisk vabra, eventuelt fraktioneret abrasio). Det diagnostiske materiale fra livmoderen sendes samme dag, undersøgelsen udføres til hastemikroskopi, og det aftales med patienten, hvorvidt der kan gives telefonisk mikroskopisvar.

5.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

Ved diagnoserne atypisk hyperplasi af simpel eller kompleks type (DD 070) samt neoplasma malignum uteri (DC 549, DC 559) underrettes patienten samme dag, speciallægen modtager beskrivelsen fra Patologisk Institut. Ligeledes samme dag foretages en vurdering af hvorvidt patienten er operabel.

Operabel patient

- Patienten henvises til afdeling med højt specialiseret funktion (jfr. de landsdækkende retningslinjer på DGC's hjemmeside)
- En kopi af samtlige journalnotater samt parakliniske undersøgelser på patienten sendes med henvisningen
- Henvisning til røntgen af thorax. Beskrivelsen fremsendes til den modtagende afdeling

Ikke-operabel patient

- En patient, der ikke kan få foretaget primær operation enten på grund af alder, almentilstand, konkurrerende sygdomme eller tumors art og/eller udbredelse, konfereres der med onkologisk afdeling med henblik på det videre forløb, der typisk vil inkludere kemoterapi eller hormonterapi.
- Der sendes henvisning til onkologisk afdeling

Hos et ukendt (men forholdsvis ringe) antal kvinder er der behov for immunhistokemiske undersøgelser til at supplere diagnostikken af vabradatet eller hysterektomi præparatet. Korrekt visitation kan være umulig, før resultatet af disse undersøgelser foreligger.

5.2 Information til patienten

Patienten informeres om resultaterne af samtlige undersøgelser og om behandlingsplanen herunder evt. henvisning til højt specialiseret afdeling eller onkologisk afdeling.

5.3 Beslutning

Når diagnosen er fastlagt tages beslutning om behandlingsplan.

Der tages beslutning om henvisning til højt specialiseret afdeling med henblik på operation eller onkologisk afdeling med henblik på kemoterapi

5.4 Ansvarlig

Speciallæge i gynækologi samt patolog. Hvis der henvises til et andet hospital, er henvisende gynækologisk speciallæge ansvarlig for, at alle undersøgelsesresultater inkl. røntgen af thorax medsendes, og at de histologiske præparater fremsendes til hospitalets afdeling for patologisk anatomi samtidig med henvisningen med henblik på revision.

5.5 Forløbstid

Forløbstiden er 11 hverdage

Den initiale udredning består af:

- Gynækologisk undersøgelse, vaginal ultralydsscanning og endometriediagnostik (vabra eller fraktioneret abrasio) (1 hverdag)
- Analyse af biopsi (4 hverdage)
- Svarafgivelse (1 hverdag)

Den specialiserede udredning består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser (2 hverdage)
- Billeddiagnostiske undersøgelser, forundersøgelse inklusiv gynækologisk undersøgelse med vaginal ultralyd (3 hverdage)

Det vurderes, at supplerende undersøgelser på sjældne former for livmoderkræft kan bevirke et udredningsprogram, der varer op til yderligere 5 hverdage.

6 Behandling af livmoderkræft

6.1 Sundhedsfagligt indhold

6.1.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Behandlingen kan være primær operation eller primær onkologisk behandling.

Hos langt de fleste patienter vil behandlingen være total hysterektomi med bilateral salpingo-oophorectomi. Behandlingen (og evt. nødvendig supplerende udredning) foregår på en afdeling med højt specialiseret funktion.

Det er yderst sjældent, at der er indikation for primær onkologisk behandling, og i givet fald vil behandlingen meget ofte skulle tilrettelægges individuelt. Kvinder, der henvises med henblik på primær onkologisk behandling, udgår derfor af det videre pakkeforløb.

I sjældne tilfælde (skønsmæssigt <5-10 % af alle kræfttilfælde i livmoderen) vil der være behov for yderligere undersøgelser til at supplere røntgen af thorax. Her tænkes specielt på CT-scanning af thorax samt en CT-scanning eller MR-scanning af abdomen og det lille bækken. Ofte vil den behandlende speciallæge kunne vurdere om, der er et behov for dette ud fra patologisvaret eventuelt suppleret med resultatet af den kliniske undersøgelse.

Såfremt patologiundersøgelsen eller ultralydundersøgelsen tyder på en af de sjældne former for livmoderkræft for eksempel sarkomer, som kræver yderligere undersøgelser, bør disse naturligvis bestilles samme dag, som patologisvaret foreligger for at undgå forsinkelser.

6.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

De hyppigst opståede komplikationer er i henhold til DGC's opgørelse:

- Fascieruptur (1,9 %)
- Blødning (1,1 %)
- Infektion (0,5 %)

Komplikationer opstår i gennemsnit opstår hos 10 % og kan medføre forlængelse af det standardiserede pakkeforløb.

6.2 Information til patienten

Patienten informeres dagen efter operationen om de umiddelbare operationsfund, og når histologisvaret foreligger, informeres der om det videre forløb. Det kan dreje sig om kontrol i gynækologisk ambulatorium eller efterbehandling på onkologisk afdeling.

6.3 Beslutning

Beslutning om efterbehandling træffes af den gynækologiske speciallæge i samarbejde med patolog og eventuelt onkolog.

6.4 Ansvarlig

Speciallæge i gynækologi.

6.5 Forløbstid

Kirurgi

Forløbstiden, fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage behandling, er 6 hverdage

Tiden består af:

- Indlæggelse, blodprøver og information, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn og blodprøve (3 hverdage)

Desuden afsættes 2 hverdage til

- Vurdering og eventuel stabilisering af ko-morbiditet

Behandling

- Operation (1 hverdag)

Primær stråleterapi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret til patienten skal modtage primær stråleterapi er 11 hverdage

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT (3 hverdage)
- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke (2 hverdage)
- Teknisk forberedelse af patienten (5 hverdage)

Behandling

- Stråleterapi

Primær kemoterapi

Forløbstiden, fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage primær kemoterapi, er 8 hverdage

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT (3 hverdage)

- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke (2 hverdage)
- Forberedelse af patienten til kemoterapi (2 hverdage)

Behandling

- Kemoterapi

7 Efterbehandling

7.1 Sundhedsfagligt indhold

7.1.1 Medicinsk behandling og stråleterapi

De nuværende kliniske retningslinjer anbefaler følgende

- Adjuverende strålebehandling til lavt differentierede tumorer som invaderer ≥ 50 % ned i myometriet samt til stadium II og III tumorer, såfremt der ikke er foretaget lymfeknudedissektion. Kvinder, der har fået foretaget lymfeknudedissektion, anbefales ikke strålebehandling ved normale lymfeknuder. Stråleterapi anbefales, hvis der er kræftceller i en eller flere lymfeknuder
- Patienter med dissemineret endometriekræft kan behandles med en kombination af taxol og carboplatin i samme regime som til kræft i æggestokkene
- Efterbehandling af sarkomer er individuel og retter sig efter den histologiske diagnose. Der kan blive tale om adjuverende pelvin strålebehandling, lige som behandling med kemoterapi også kan anvendes

7.2 Information til patienten

Ved afslutning af behandlingsforløbet tilbydes patienten samtale. Her skitseres det fremtidige kontrolprogram.

7.3 Beslutning

Kontrol programmet iværksættes efter endt efterbehandling.

7.4 Ansvarlig

Onkolog.

7.5 Forløbstid

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

8 Afslutning på pakkeforløb

8.1 Kontrol

8.1.1 Klinisk indhold

Klinisk kontrol hver 4.-6. måned i 3 år med gynækologisk undersøgelse foretaget af gynækologisk speciallæge.

Ved mistanke om recidiv bør der henvises til en af de højt specialiserede gynækologisk/onkologiske afdelinger. Patienten kan umiddelbart indgå i det allerede beskrevne pakkeforløb. Ved recidiv i vaginaltoppen har behandlingen et kurativt sigte og kan enten bestå af kirurgi, stråleterapi eller en kombination. Ved andre former for recidiv er behandlingen palliativ og derfor individuel. Der kan blive tale om stråleterapi, kemoterapi eller behandling med gestagen.

8.1.2 Information til patienten

Patienten informeres om fund ved kontrol.

8.1.3 Ansvarlig

Foretages af onkolog.

8.1.4 Forløbstid

Hver 3.-6. måned i 2 år og herefter 1 gang årligt over i alt 5 år.

9 Oversigtsskema

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
Indgang til pakkeforløb				
Beslutning: Praktiserende læge finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft	Henvi sning sendes til praktiserende speciallæge i gynækologi eller til sygehus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udelukkelse af kræft ▪ Videre forløb 	Praktiserende læge	
(kan også foretages på sygehus) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gynækologisk undersøgelse ▪ Vaginal ultralydsscanning ▪ Palpation af abdomen ▪ Diagnostik af Endometriet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvi sning modtaget ▪ Diagnostisk materiale sendes til histemikroskopi ▪ Modtagelse af prøvesvar ▪ Henvi sning til gynækologisk afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb 	Praktiserende speciallæge i gynækologi Patolog	
Udredning				
Visitation til pakkeforløb:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvi sning modtaget ▪ Booking: undersøgelsesprogram 	Indkaldelse: undersøgelsesprogram	Gynækologisk speciallæge	A: Monitorering: Henvi sning modtaget Henvi sningsdiagnosekode
Undersøgelsesprogram (hvis ikke allerede foretaget hos praktiserende speciallæge): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gynækologisk undersøgelse ▪ Vaginal ultralydsscanning ▪ Palpation af abdomen ▪ Diagnostik af Endometriet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostisk materiale sendes til histemikroskopi ▪ Modtagelse af prøvesvar ▪ Eventuel henvi sning til gynækologisk afdeling - højt specialiseret ▪ Booking: undersøgelsesprogram 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb ▪ Eventuel indkaldelse: billeddiagnostik 	Gynækologisk speciallæge Patolog	B: Monitorering: Udredning start
Billeddiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Røntgen af thorax ▪ Eventuel CT/MR ▪ 	Eventuel henvi sning modtaget		Gynækologisk speciallæge Radiolog	
Beslutning: Primært behandlingsplan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kirurgi 	Booking: forundersøgelse, operation	Indkaldelse: forundersøgelse, operation	Gynækologisk speciallæge /Multidisciplinært team	C: Monitorering: Udredning slut Diagnose be- eller afkræftet
Behandling				
Gynækologisk forundersøgelse		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb ▪ Informeret samtykke til operation 	Gynækologisk speciallæge	D: Monitorering: Informeret samtykke

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
Indlæggelse			Gynækologisk onkologisk speciallæge	E: Monitorering: Behandling start
Operation	Patologisk materiale fremsendes			
Histologisvar	Svar modtages		Patolog	
Beslutning: Efterbehandlingsplan <ul style="list-style-type: none"> Onkologisk behandling 	Booking: konsultation	Indkaldelse: konsultation	Multidisciplinært team	F: Monitorering: Kirurgisk behandling slut
Konsultation	<ul style="list-style-type: none"> Booking: onkologisk forundersøgelse Praktiserende læge: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse 	Gynækologisk onkologisk speciallæge	
Efterbehandling				
Onkologisk forundersøgelse	Booking: stråle-/ kemoterapi	<ul style="list-style-type: none"> Videre forløb Informeret samtykke til onkologisk behandling Indkaldelse: efterbehandling 	Onkolog	
<ul style="list-style-type: none"> Stråleterapi Kemoterapi 		Videre forløb	Onkolog	G: Monitorering: Efterbehandling start
Beslutning: Kontrol	Booking: konsultation	Indkaldelse: Konsultation	Onkolog	
Konsultation ved onkolog	<ul style="list-style-type: none"> Booking: kontrolforløb Praktiserende læge: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Informeret samtykke til kontrol Indkaldelse: kontrol 	Onkolog	H: Monitorering: Behandling slut
Afslutning på pakkeforløb				
<ul style="list-style-type: none"> Kirurgisk behandling: Klinisk kontrol hver 4.-6. måned i 3 år med gynækologisk undersøgelse 		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb 	Gynækologisk onkologisk speciallæge	Monitorering: Kontrol start
<ul style="list-style-type: none"> Onkologisk behandling: Klinisk kontrol hver 3.-6. måned i 2 år, og herefter 1 gang årligt i i alt 5 år 			Onkolog	
Beslutning: Onko-	Praktiserende læge:	Svarafgivelse		Monitorering: Kon-

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
log/gynækolog afslutter kontrol	epikrise			trol slut

Monitoreringsintervaller		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	3 hverdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning	11 hverdage	
Fra afslutning på udredning til start på primær behandling	Operation	6 hverdage
	Stråleterapi	11 hverdage
	Kemoterapi	8 hverdage
Fra henvisning modtaget til start på primær behandling	Operation	20 hverdage
	Stråleterapi	25 hverdage
	Kemoterapi	22 hverdage

10 Mere om pakkeforløb

10.1 Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb

10.1.1 Mistanke og begrundet mistanke

Der er for alle kræftformer 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 (f.eks. billeddiagnostik eller blodprøver), og hvor den praktiserende læge efter svar evt. henviser videre til pakkeforløb. Alternativt kan filterfunktionen være en vurdering ved en relevant speciallæge (i speciallægepraksis eller på hospital), hvor det efterfølgende evt. er speciallægen, der rejser den begrundede mistanke og henviser til pakkeforløb.

En del patienter vil ikke følge et standard pakkeforløb, fx 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 f.eks. 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, og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (nr. 665 af 14. september 1998) samt i vejledning om information, samtykke og videregivelse af helbredsmæssige oplysninger m.v. (nr. 161 af 16. september 1998). Heraf følger bl.a., at information til patienten:

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

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 så 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 fx 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.

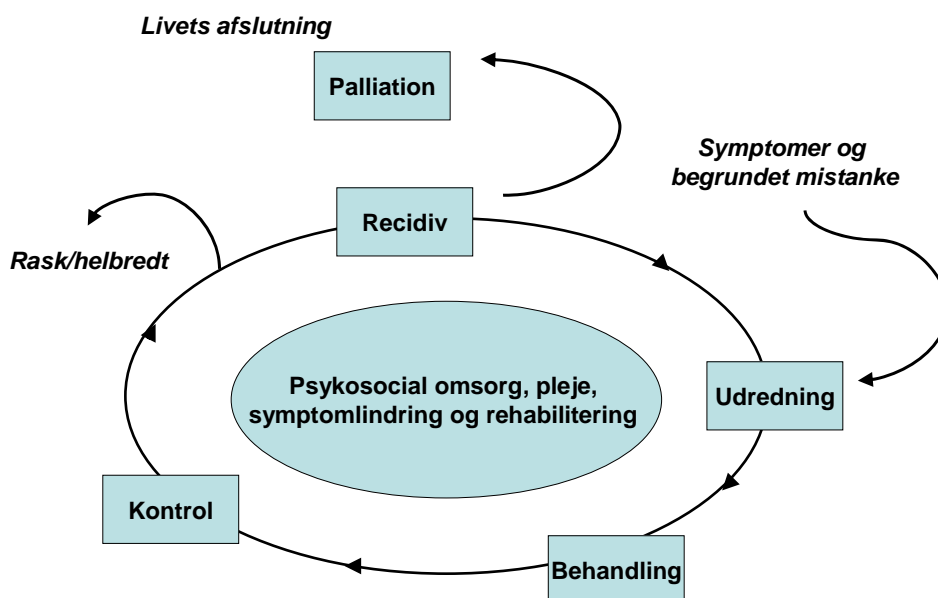
Det er derfor en forudsætning for et godt patientforløb, at den henvisende læge ved starten af pakkeforløbet videregiver sin viden om evt. ko-morbiditet til den udredende afdeling, så udredningsforløbet kan individualiseres ved behov derfor. Regionen er ansvarlig for at sikre mulighed for udredning og evt. stabilisering af betydende ko-morbiditet ved adgang til relevante specialer fx. 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 inden for 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 inden for det psykologiske, sociale og eksistentielle område. Denne indsats er en integreret del af hele den indsats, der bør tilbydes og ydes til patienter med behov i alle faser af sygdomsforløbet.

Behandlingen af kræftsygdomme er ofte barsk, og mange patienter vil have brug for understøttende behandling bl.a. *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 pakkeforløb på ny, uden unødigt ventetid.

10.2 Implementering af pakkeforløb

Ved lokal implementering af et pakkeforløb tages udgangspunkt i det beskrevne standard pakkeforløb. 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, evt. komorbiditet og medicinforbrug. Især er oplysninger om eventuel antikoagulationsbehandling vigtige. Henvisningen skal desuden indeholde telefonnummer, gerne såvel fastnet som mobilnummer, til patienten, oplysninger om kørselsbehov, oplysninger om behov for tolkebistand.

Der arbejdes aktuelt med udvikling af en elektronisk henvisning, som imidlertid ikke forventes implementeret inden for en kort tidshorison. 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.

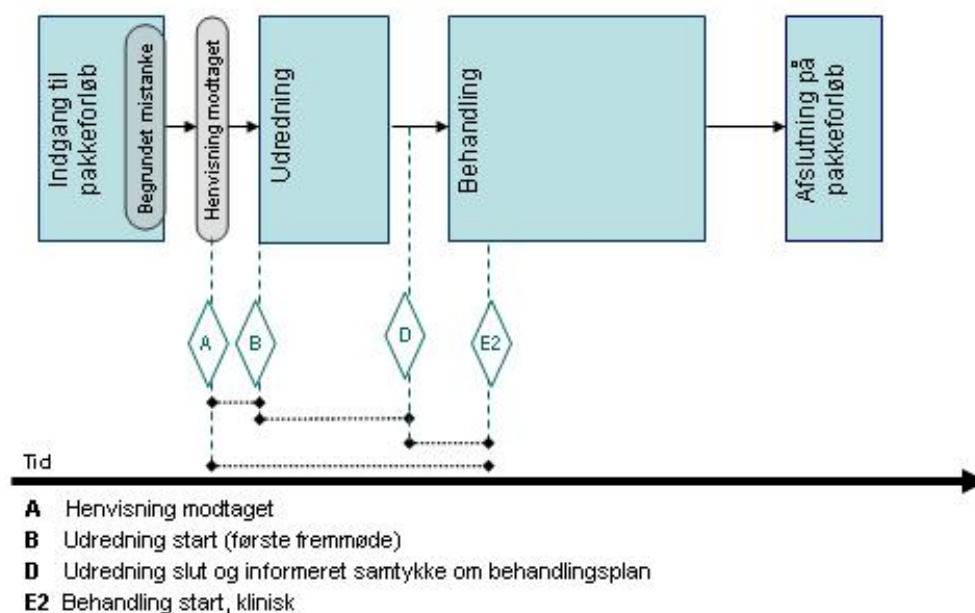
10.3 Monitorering

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 Mo-

monitoreringsinformationssystemet kræft (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.