



PAKKEFORLØB FOR
KRÆFT I SPISERØRET, MAVE-
MUNDEN OG MAVESÆKKEN

2009

Pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Emneord: Kræftbehandling; Cancer; Tumor; Esophagus; Cardia; Ventrikel

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,1

Versionsdato: 8. oktober 2009

Format: Pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-939-0

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

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 kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	12
3.1	Generelt om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	12
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	13
3.3	Det multidisciplinære team	13
3.4	Flowchart over pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	14
4	Indgang til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	15
4.1	Klinisk indhold	15
4.1.1	Risikogrupper	15
4.1.2	Mistanke	15
4.1.2.1	Filterfunktion	15
4.1.3	Begrundet mistanke – Kriterier for henvisning til pakkeforløb	15
4.1.4	Henvisning til pakkeforløb	16
4.2	Information vedrørende henvisning til pakkeforløb	16
4.3	Beslutning	16
4.4	Ansvarlig	17
4.5	Forløbstid	17
5	Udredning	18
5.1	Sundhedsfagligt indhold	18
5.1.1	Undersøgelsesforløbet	18
5.1.2	Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling	19
5.2	Information til patienten	20
5.3	Beslutning	20
5.4	Ansvarlig	20
5.5	Forløbstid	20
6	Behandling	22
6.1	Sundhedsfagligt indhold	22
6.1.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	22
6.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	23
6.2	Information til patienten	23

6.3	Beslutning	23
6.4	Ansvarlig	23
6.5	Forløbstid	24
7	Efterbehandling	25
7.1	Sundhedsfagligt indhold	25
7.1.1	Medicinsk behandling og stråleterapi	25
7.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	25
7.2	Information til patienten	25
7.3	Beslutning	25
7.4	Ansvarlig	25
7.5	Forløbstid	25
8	Afslutning på pakkeforløb	27
8.1	Kontrol	27
8.1.1	Klinisk indhold	27
8.1.2	Information til patienten	27
8.1.3	Ansvarlig	27
8.1.4	Forløbstid	27
8.2	Rehabilitering	27
8.2.1	Klinisk indhold	27
8.3	Palliation	28
8.3.1	Klinisk indhold	28
9	Oversigtsskema	29
10	Mere om pakkeforløb	33
10.1	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	33
10.1.1	Mistanke og begrundet mistanke	33
10.1.2	Multidisciplinære teamkonferencer	33
10.1.3	Kommunikation og patientinformation	34
10.1.4	Ko-morbiditet	34
10.1.5	Psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation	35
10.1.6	Metastaser	36
10.1.7	Recidiv	36
10.2	Implementering af pakkeforløb	36
10.2.1	Henvisning	37
10.2.2	Almen praksis	37
10.3	Monitorering	37

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, ph.d. Michael Bau Mortensen	Region Syddanmark, Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe Kirurgisk afdeling Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med. Ole Olsen	Region Sjælland Kirurgisk afdeling Næstved sygehus
Ledende overlæge, dr.med. Lone S. Jensen	Region Midtjylland Gastroenterologisk afdeling Århus Universitetshospital
Overlæge, dr. med. Carsten Palmæs Hansen	Region Hovedstaden, Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Esophagus- Cardia- og Ventrikel Cancer Gastroenterologisk klinik Rigshospitalet
Overlæge Michael Seiersen	Region Sjælland Kirurgisk afdeling Roskilde og Køge Sygehuse
Overlæge Peter Brøndum Mortensen	Dansk Esophagus- Cardia- og Ventrikel Cancer Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling Aalborg Sygehus Aarhus Universitetshospital
Sygeplejerske Birgitte Østergaard	Danske Sygepleje Selskab Kirurgisk afdeling Roskilde og Køge sygehuse
Overlæge, dr.med. Lars Bo Svendsen	Dansk Kirurgisk Selskab Gastroenterologisk klinik C-Tx Rigshospitalet
Speciallæge i alm. medicin Gerner Fly	Dansk Selskab for Almen Medicin
Overlæge, ph.d. Per Pfeiffer	Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe Onkologisk afdeling Odense Universitetshospital
Professor, dr. med. Claus Hovendal	Dansk Esophagus- Cardia- og Ventrikel Cancer Kirurgisk afdeling Odense Universitetshospital
Overlæge, ph.d. Marianne Norsmark	Dansk Esophagus- Cardia- og Ventrikel Cancer Onkologisk afdeling Århus Universitetshospital
Overlæge Mogens Sall	Danske Multidisciplinære Cancer Gruppe-Levergruppen Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling Aalborg Sygehus Aarhus Universitetshospital
Overlæge, dr. med. Frank Viborg Mortensen	Danske Multidisciplinære Cancer Gruppe -Levergruppen Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling L Århus Universitetshospital
Overlæge	Formand for Levergruppen under DMCG

Peter Nørgaard Larsen	Mave-tarm Kirurgisk afdeling Rigshospitalet
-----------------------	---

3 Introduktion til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

3.1 Generelt om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

Dette pakkeforløb vedrører patienter med begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden, mavesækken (esophagus, cardia, ventrikel også forkortet ECV).

I Danmark diagnosticeres hvert år omkring 900 nye tilfælde af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Igennem de sidste 10-15 år er der sket en lille, men reel stigning i antallet af kræfttilfælde overvejende på grund af en stigning i antallet af adenokarcinomer i distale del af spiserøret. Antallet af kræfttilfælde i spiserøret er således steget med 39 % fra 1995-2004 (305 i 1995 til 423 i 2004). I samme periode faldt antallet af kræfttilfælde i mavesækken fra 556 til 504, hvilket er et fald på 10 %. Desværre er den overvejende del af tilfælde af kræft i øvre mave-tarmkanal inoperable på diagnosetidspunktet.

Tal fra DECV-database årsrapport 2007 viser:

- Patienter med tidlige stadier, der kunne behandles med kirurgi alene: 5 %
- Patienter med mere fremskredne stadier, der kunne behandles med kirurgi og efterfølgende onkologisk kurativ behandling: 25 %
- Patienter med så fremskredne stadier, at kirurgi ikke var mulig, eller patienter der var inoperable af medicinske årsager (ko-morbiditet), således at der ikke kunne foretages kirurgi: 70 %

Tallene kan være behæftet med en vis usikkerhed, da antallet af inoperable kræfttilfælde kan være højere. En betydelig del af kræfttilfælde i øvre mave-tarm kanal (85 %) anmeldes til DECV databasen, men der er fortsat en del patienter, som gives palliativ behandling udenfor de afdelinger med højt specialiseret funktion.

Antallet af patienter, der behandles med kurativ sigte udenfor de afdelinger med højt specialiseret funktion, har været stærkt faldende gennem nogle år, og en opgørelse i 2007 viste, at ingen patienter opereres med kurativ sigte udenfor de højt specialiserede afdelinger.

Diagnoserne kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken opnås alene ved gastroskopi med biopsi. Tidlig opsporing af patienter mistænkt for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken er afgørende for prognosen, da kun ca. 30 % af patienterne med de nuværende behandlingsmodaliteter er kandidater til kurativ interderet resektion på diagnosetidspunktet.

Man må påregne et øget antal gastroskopier på mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken i forbindelse med implementering af det aktuelle pakkeforløb (skønnet 5.000 gastroskopier på landsplan, svarende til en stigning i antal-

let af gastrokopier på 5-7 %), idet symptomerne ved denne sygdom kan være beskedne og forveksles med en lang række godartede tilstande i mavesækken.

Patient forløbene for kræft i mavesækken, mavemunden og spiserøret efter henvisning fra den praktiserende læge er typisk organiseret på kirurgiske og medicinske afdelinger med endoskopisk funktion eller i speciallæge praksis. Der bør lokalt indgås aftaler om, hvordan denne evaluering bedst sikres i et samarbejde mellem de lokale behandlende afdelinger og den afdeling med højt specialiseret funktion.

3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Esophagus Cardia Ventrikel Cancer Gruppe (DECV) opdaterer aktuelt den eksisterende ECV Klaringsrapport fra 2003. Klaringsrapporten omfatter diagnostik, udredning, behandling og opfølgning af patienter med kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Klaringsrapporten vil løbende blive opdateret af udvalg under DMCG-DECV og danner baggrund for anbefalingerne i dette pakkeforløb. Den færdig-reviderede version vil kunne findes på <http://www.gicancer.dk/>.

3.3 Det multidisciplinære team

I det multidisciplinære team på den afdeling med højt specialiseret funktion træffes endelig beslutning om udredning og behandlingstilbud. Et multidisciplinært team, som evaluerer patienter med kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, er en højt specialiseret funktion, og der bør som minimum være repræsentation af følgende specialer:

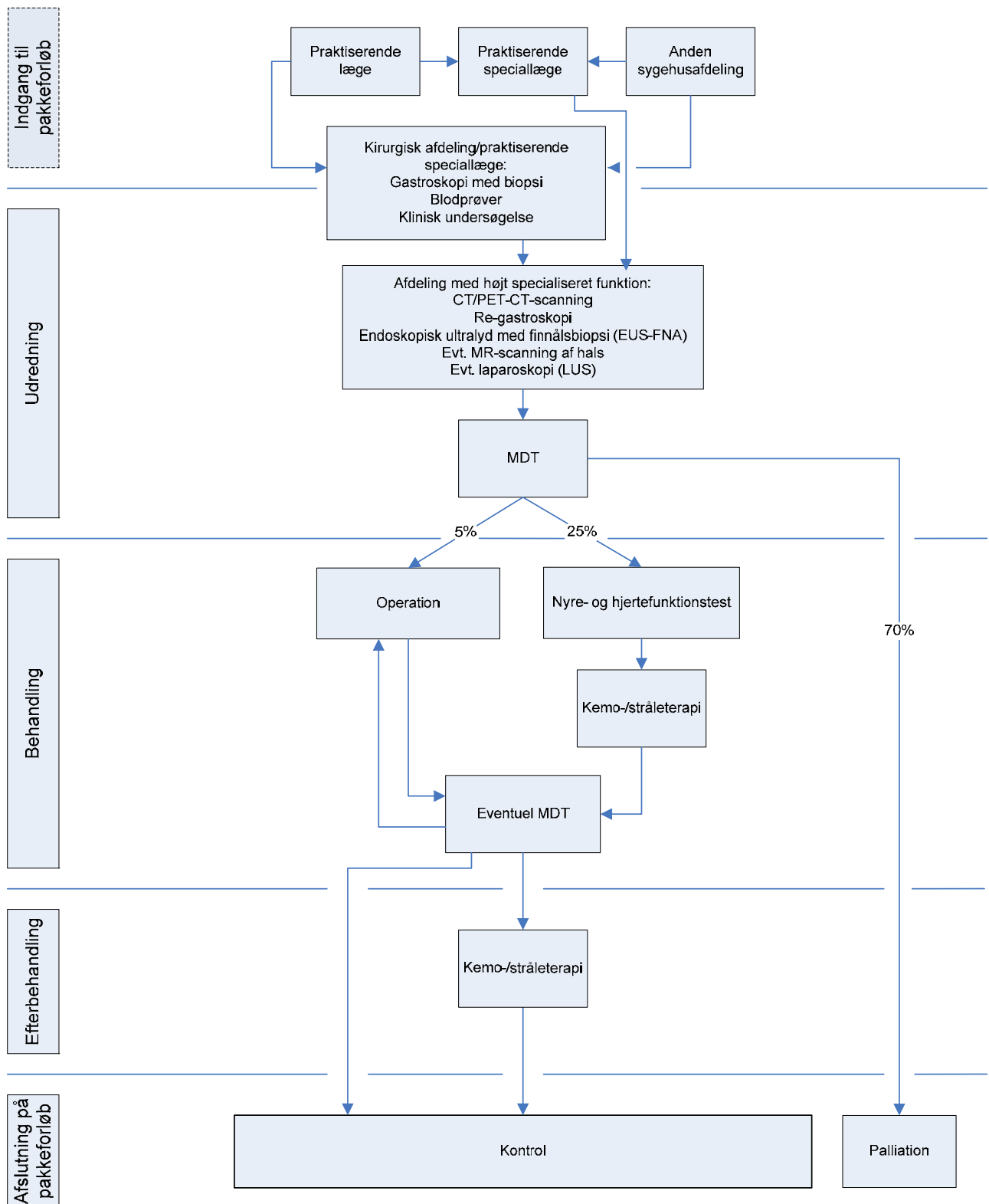
- Kirurgisk gastroenterologi
- Thoraxkirurgi
- Onkologi
- Radiologi
- Patologi

Det fordres, at alle deltagerne er involveret i den daglige udredning og behandling af patienter med kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Hver konference afsluttes med, at der er en af de tilstedeværende læger, der påtager sig ansvaret for den videre information herunder sikring af, at alle notater får konsekvens.

Ved behov inddrages tillige repræsentanter fra tilgrænsende specialer ad hoc (øre-næse-hals anæstesi, nuklearmedicin, genetik, medicinsk gastroenterologi, plastik kirurgi med flere)

De multidisciplinære teams mødes to gange ugentlig for at opretholde et kontinuerligt flow i patientevalueringen, overholdelse af aftalerne i pakkeforløbet og for at sikre, at alle patienter får tilbudt det bedst mulige forløb. Multidisciplinær teamfunktion findes på afdelinger med højt specialiseret funktion inden for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken.

3.4 Flowchart over pakkeforløb for kræft i spiserøret, mave- munden og mavesækken



4 Indgang til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

4.1 Klinisk indhold

4.1.1 Risikogrupper

Arvelighed

Patienter med familiær overrepræsentation af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken og familiemedlemmer til patienter med for eksempel mutation i E-Cadherin har en signifikant øget risiko for at udvikle kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Raske personer tilhørende disse kategorier bør følges og undersøges på afdelinger med højt specialiseret funktion med henblik på tidlig opsporing af kræftudvikling.

Prædisponering

Patienter med kendt Barretts esophagus og histologisk verificeret dysplasi udgør en risikogruppe for allerede at have eller kunne udvikle kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Patienterne anbefales derfor vurderet i de afdelinger med højt specialiseret funktion uden for et pakkeforløb.

4.1.2 Mistanke

En stor gruppe af de patienter, hos hvem der kan være mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken, og som ses i primærsektoren vil have uspecifikke symptomer. De fleste vil klage over abdominalsmerter, vægttab, nedsat appetit, kvalme og træthed.

4.1.2.1 Filterfunktion

I fravær af oplagt forklaring på disse symptomer (for eksempel kendt ulcus ventriculi, peptisk striktur) skal symptomet føre til gastrokopisk undersøgelse hos speciallæge eller på lokalt sygehus, men uden for pakkeforløbet. Gastroskopi er den bedste måde til at diagnosticere kræft samt andre tilstande i øvre-mave-tarm kanal.

4.1.3 Begrundet mistanke – Kriterier for henvisning til pakkeforløb

Følgende fem alarmsymptomer bør enkeltstående eller kombineret medføre begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken:

- Synkebesvær/synkesmerter af over to ugers varighed
- Vedvarende opkastninger uden anden forklaring
- Nyopståede og vedvarende dyspepsi eller reflux symptomer hos personer over 45 år
- Gastrointestinal blødning
- Abdominal udfyldning

Ved begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, henvises direkte til start på pakkeforløbet på lokal afdeling eller praktiserende speciallæge med gastroskopifunktion. Herved kan den videre udredning foregå hurtigt og effektivt. Diagnoserne kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken opnås alene ved gastroskopi med biopsi samt påvist tumor ved skopi.

4.1.4 Henvisning til pakkeforløb

Henvisning sker fra praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller anden hospitalsskoleafdeling. Uanset om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken mistænkes på baggrund af alarmsymptomer, gastroskopi, CT eller PET-CT-scanning, skal diagnosen ” begrundet mistanke om kræft i esophagus, cardia eller ventrikel” fremgå, af henvisningen, og patienten skal være informeret herom.

I de tilfælde, hvor den begrundede mistanke rejses eller bekræftes på et sygehus uden højt specialiseret multidisciplinær teamfunktion vedrørende udredning og behandling af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, skal patienten henvises eller konfereres med en afdeling med højt specialiseret multidisciplinær teamfunktion. Højt specialiseret multidisciplinær teamfunktion findes i afdelingen med højt specialiseret funktion.

Det anbefales, at den enkelte region laver enkle indgangsveje til dette pakkeforløb. Der er stærkt varierende undersøgelseslogistik i de enkelte regioner med praktiserende speciallæger i front i nogle regioner og open-access på sygehusene i andre regioner. Det anbefales derfor, at der forhåndsreserveres tider hos de endoskoperende enheder (sygehuse, speciallæger), således at undersøgelsen kan foregå uden forsinkende ventetid.

4.2 Information vedrørende henvisning til pakkeforløb

Hos den praktiserende læge eller anden henvisende instans skal patienten informeres om:

1. At kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken skal udelukkes
2. At patienten på den baggrund henvises til gastroskopi
3. At svar på gastroskopien inklusiv resultatet af biopsi gives af den afdeling/speciallæge, hvor gastroskopien er foretaget
4. At yderligere information vedrørende det videre forløb gives af den afdeling med højt specialiseret funktion

Efter gastroskopi skal patienten informeres om det endoskopiske fund, konsekvenserne fx, at det er nødvendigt at henvise til afdeling med højt specialiseret funktion for en nøjere vurdering, idet der fortsat er begrundet mistanke om kræft.

4.3 Beslutning

Patienten med begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken henvises umiddelbart til lokal afdeling eller praktiserende speciallæge med gastroskopifunktion.

4.4 Ansvarlig

Egen læge eller anden henvisende læge er ansvarlig for kontakten til gastroskoperende afdeling eller speciallæge. Den praktiserende speciallæge eller den behandlende speciallæge på den lokale afdeling er ansvarlig for at patienten viderehenvises til afdeling med højt specialiseret funktion

4.5 Forløbstid

Forløbstiden er 3 hverdage.

Patienten med begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken henvises umiddelbart til lokalafdeling eller praktiserende speciallæge med gastroskopifunktion. Derefter må der gå 3 hverdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne, booke gastroskopi og øvrige relevante undersøgelser. Patienten skal indkaldes per telefon/brev og skal møde på op fastende gennem mindst 6 timer på 4. hverdag til gastroskopi.

5 Udredning

5.1 Sundhedsfagligt indhold

5.1.1 Undersøgelserforløbet

Tabel 3.1.1

Blok A (Lokal enhed/speciallæge)	Blok B (Afdeling med højt specialiseret funktion)	Blok C (Afdeling med højt specialiseret funktion)
<ul style="list-style-type: none">• Gastroskopi med biopsi• Blodprøver• Klinisk undersøgelse	<ul style="list-style-type: none">• CT/PET-CT-scanning• Endoskopisk ultralyd og finnålsbiopsi (EUS-FNA)• Ultralydsscanning af hals med biopsi (UL)• Eventuelt MR-scanning af hals• Eventuelt laparoskopisk ultralydsscanning (LUS)	<ul style="list-style-type: none">• MDT

Ved begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken tilstræber udredningsprogrammet at fastlægge følgende parametre så nøjagtigt som muligt:

1. Operabilitet ("Kan patienten tåle kirurgisk/medicinsk behandling?")
2. Diagnose (inklusive biopsi)
3. Resektabilitet ("Kan tumor resecceres?")
4. TNM-stadium ("Prognosen")

Ad 1

Ved første kontakt med en patient i pakkeforløb bedømmes patientens almentilstand, medicinering og ko-morbiditet ("operabilitet"). En vurdering af patientens operabilitet foretages ved første personlige kontakt mellem patienten og modtagende hospitalsafdeling. Patienter med betydelig ko-morbiditet kan have et individuelt pakkeforløb med henvisning til andre afdelinger. Det multidisciplinære team skal samtidig underrettes om diagnose, udredningsplan og eventuelt konsekvenser, for så vidt angår ko-morbiditeten.

Ad 2

Svartiderne på biopsier følger de af Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi opsatte grænser.

Hvis patienten ved den multidisciplinære teamkonference på afdeling med højt specialiseret funktion vurderes at have en resektabel tumor i spiserøret, mavemun-

den eller mavesækken uden tegn til fjernmetastasering, sættes patienten afhængigt af sygdomsstadiet enten direkte til operation eller til supplerende undersøgelser af hjerte og nyrefunktion med henblik på præoperativ kemoterapi/stråleterapi.

Ad 3 og 4

Alle undersøgelsesmodaliteter (UL/CT/EUS/LUS/PET-CT-scanning med mere), som foretages i udredningsøjemed på mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, skal afsluttes med en konklusion vedrørende TNM stadium.

Beslutningen om at klassificere en patient som havende *en ikke-resektabel tumor* er vanskelig og skal dokumenteres hos hver enkelt patient ud fra strikte, prædefinerede og validerede kriterier (<http://www.gicancer.dk/>). Opfyldes disse kriterier ikke, skal udredningen fortsætte, indtil de er opfyldte, eller patienten kan klassificeres som havende en resektabel tumor.

Den samlede vurdering af resektabilitet skal ske i multidisciplinært team på afdeling med højt specialiseret funktion og her fastlægges endvidere behandlingsmodaliteter. Følgende blodprøver tages i forbindelse med udredningen (Hb, væsketal, trombocytter, PP/INR, APTT, ALAT, basisk fosfatase, bilirubin).

5.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

På baggrund af udredningsprogrammet inklusiv en vurdering af patientens aktuelle fysiske tilstand opdeles patienterne i følgende behandlingsrelaterede grupper:

- Resektabel sygdom og egnet til kurativ intenderet kirurgi alene (T1, N0, M0)
- Resektabel sygdom og egnet til kurativ intenderet kirurgi kombineret med perioperativ kemoterapi (T2-T4, N0-N2, M0) eller kemo/radioterapi
- Lokalavanceret og ikke resektabel sygdom hos patienter i god almentilstand (performance status 0-2). Patienten henvises til palliativ kemoterapi
- Dissemineret sygdom hos patienter i god almentilstand (performance status 0-2) Patienten henvises til palliativ kemoterapi
- Patienter i dårlig almentilstand (performance status 3-4) henvises til symptomatisk behandling (best supportive care)

Den endoskoperende enhed skal henvise patienten til afdelingen med højt specialiseret funktion umiddelbart ved fund af makroskopisk kræft ved endoskopi og telefonisk sikre kontakten, med oplysning om, til hvilken instans biopsier er sendt (biopsier skal sendes også ved makroskopisk oplagt kræft).

Den booking ansvarlige ved afdelingen med højt specialiseret funktion skal ved modtagelse af henvisning med mikroskopisvar foretage booking af og meddele tider til:

- CT- eller PET-CT-scanning af thorax og abdomen på lokalitet med hurtigst mulige tilgængelige, sufficente CT- eller PET-CT-scanningsmulighed eventuelt på den henvisende enhed
- UL af hals

- Endoskopisk ultralydsscanning (EUS) og eventuelt EUS med finnålsbiopsi.
- Blodprøver
- Tid til eventuelt laparoskopisk UL af abdomen (LUS)

5.2 Information til patienten

Ved første kontakt med en patient i pakkeforløb informeres patienten om det planlagte udredningsprogram og herunder eventuelt ubehag og risici. Da antallet af nødvendige undersøgelser for at opnå diagnose, stadium og resektabilitetsvurdering vil variere fra patient til patient, informeres patienten løbende om undersøgelsesresultaterne. Patienten orienteres endeligt om behandlingstilbud, når svar foreligger på samtlige gennemførte undersøgelser.

Med hensyn til resultaterne af gastroskopi, EUS, CT, PET-CT, ultralyd af hals og laparoskopi/laparoskopisk ultralyd skal disse samlet vurderes i et multidisciplinært team på afdeling med højt specialiseret funktion. Der vil blive givet information om behandlingsmuligheder efter konferencen. Information om resultaterne af udredningsprogrammet foretages af de læger, som står for undersøgelserne og/eller har henvist til undersøgelserne.

5.3 Beslutning

Beslutningen om behandlingstilbud til den enkelte patient tages i det multidisciplinære team på en afdeling med højt specialiseret funktion med mindre andet er aftalt mellem henvisende læge/afdeling/hospital og det multidisciplinære team på afdelingen med højt specialiserede funktion.

5.4 Ansvarlig

Når en patient er henvist til det multidisciplinære team, er teamet efterfølgende ansvarlig for det videre forløb. Teamet bør i videst muligt omfang inddrage både primær- og sekundærsektoren for at udnytte ressourcer og kompetencer bedst muligt.

5.5 Forløbstid

Forløbstiden for udredning er 21 hverdage.

Den initiale udredning består af:

- Journaloptagelse og klinisk undersøgelse og blodprøver (1 hverdag)
- Gastroskopi med biopsi (1 hverdag)
- Analyse af biopsi (4 hverdage)
- Patienten informeres (1 hverdag)

Den specialiserede udredning sammensættes individuelt:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser (2 hverdage)
- CT eller PET-CT, EUS, UL af hals, LUS (2 hverdage)
- Analyse af biopsi (4 hverdage)
- Multidisciplinært team (1 hverdag)
- Patienten informeres (1 hverdag)

Desuden afsættes yderligere 4 hverdage til:

- Vurdering og eventuelt stabilisering af ko-morbiditet
- Eventuel pause med blodfortyndende medicin inden gastroskopi
- Eventuel indlæggelse ved supplerende undersøgelser

6 Behandling

6.1 Sundhedsfagligt indhold

6.1.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Hovedparten af patienter med kræft i nederste del af spiserøret, mavemunden eller mavesækken har kræfttypen adenokarcinom. Patienter, som skønnes operable og havende en resektabel tumor, henvises til intenderet kurativ resektion.

Patienter med de mindst udbredte kræftstadier tilbydes operation alene. Patienter med mere udbredte kræftstadier tilbydes perioperativ kemoterapi, det vil sige kemoterapi inden operation og kemoterapi efter operation (adenokarcinomer) eller præoperativ kemo-radioterapi (planocellulære karcinomer i spiserøret). For operative procedurer og eventuelt perioperativ kemoterapi henvises til DECV's klarringsrapport. Patienter, der skal have perioperativ kemoterapi, skal forinden have foretaget nyrefunktionsundersøgelse og hjertefunktionsundersøgelse (MUGA).

Behandling af histologisk verificeret adenokarcinom i spiserøret, mavemunden eller mavesækken	
Stadium 1a (T1N0M0)	Operation alene
Stadium 1b (T1 N1), II og III og potentielt resektabel stadium IV (T4, N1 eller N2, M0), WHO performance status 0-1, medicinsk operabel og organfunktioner, som tillader kemoterapi	Perioperativ kemoterapi

Behandling af histologisk verificeret planocellulært karcinom i spiserøret	
Stadium 1a (T1N0M0)	Operation alene
Stadium 1b (T1 N1), II og III og potentielt resektabel stadium IV (T4, N1 eller N2, M0), WHO performance status 0-1, medicinsk operabel og organfunktioner, som tillader kemoterapi (performance status 0 – 1)	Præoperativ konkommittant kemo-radioterapi (definitiv kemo-radioterapi ved udvalgte patienter)

For behandlingen af patienter med kræfttypen planocellulært karcinom gælder følgende:

- Det tilstræbes kun at foretage resektion, såfremt det er muligt at opnå R0-makroskopisk radikal resektion og mikroskopisk resektion
- I tilfælde af R1- eller R2-resektion (ej mikroskopisk R1 eller hverken mikro eller makroskopisk radikal R2), diskuteres muligheden for kurativ/palliativ behandling i hvert enkelt tilfælde i det multidisciplinære team

- Patienter med udbredt sygdom i god almentilstand (performance status 0-2) henvises til palliativ kemoterapi på den lokale onkologiske afdeling
- Patienter i dårlig almentilstand (performance status 3-4) behandles symptomatisk

Patienten sættes afhængigt af sygdomsstadiet enten direkte til operation eller til supplerende undersøgelse af hjerte og nyrefunktion med henblik på præoperativ kemoterapi/stråleterapi. I tilfælde, hvor patienten er vurderet ved MDT på afdeling med højt specialiseret funktion til at skulle have palliativ behandling, iværksættes umiddelbart kirurgisk palliation (stent, argon beaming med mere). Dette kan eventuelt foregå på anden afdeling efter aftale. Derefter visiteres patienten videre til onkologisk afdeling, såfremt patientens almene tilstand tillader kemoterapi, eller såfremt man vurderer, der er behov for pallierende stråleterapi.

6.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

De hyppigste alvorlige komplikationer til operation er anastomoselækage, postoperative kardio-pulmonale komplikationer og død.

Tidlig diagnostik er vigtig for at kunne behandle komplikationerne så minimalt invasivt som muligt. Hovedparten af fistlerne og anastomoselækage kan klares med perkutan drænage og eventuelt stentanlæggelse.

Komplikationer til kemoterapi: Træthed, kvalme, infektion, blødning, sensibilitetsforstyrrelser, diarre og slimhindeaffektion.

6.2 Information til patienten

Information om operation, de dertil knyttede risici, den postoperative fase og rehabilitering foretages af de læger, som udfører operationerne. Bliver der tale om onkologisk behandling, skal kirurgen informere om baggrunden herfor, inden patienten henvises til onkologisk afdeling.

Information om kemoterapi herunder varighed, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og de dertil knyttede risici gives af de onkologer, som varetager behandlingen. Hvis der tilbydes pallierende kemoterapi, informerer onkologen om baggrund for behandlingen og giver desuden detaljeret information om behandling herunder varighed, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering med mere.

6.3 Beslutning

Det multidisciplinære team træffer beslutning om behandlingstilbud.

6.4 Ansvarlig

Teamleder for det multidisciplinære team uddelegerer ansvaret for det videre forløb og information til henholdsvis kirurgen eller onkologen.

6.5 Forløbstid

Kirurgi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage behandling, er 7 hverdage

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser (3 hverdage)
- Indlæggelse, blodprøver og information, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, blodprøve (3 hverdage)

Behandling

- Operation (1 hverdag)

Primær kemoterapi inden operation

Nogle patienter skal inden operation have kemo- eller stråleterapi. Dette kræver et individuelt tilrettelagt forløb.

Som udgangspunkt er forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage primær kemoterapi, 13 hverdage

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og multidisciplinær teamkonference (3 hverdage)
- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke (2 hverdage)
- Nyre- og hjertefunktionsundersøgelse (5 hverdage)
- Forberedelse af patienten til kemoterapi (2 hverdage)

Behandling

- Primær kemoterapi (gives i 3 x 21 dage)

Af hensyn til operativt resultat skal der gå 2-3 uger fra afsluttet kemoterapi til operation.

7 Efterbehandling

7.1 Sundhedsfagligt indhold

7.1.1 Medicinsk behandling og stråleterapi

Efter R0-resektion (fuldstændig fjernelse af alt synligt og mikroskopisk påviseligt tumorvæv) tilbydes rutinemæssigt adjuverende kemoterapi med 3 serier i henhold til protokollen.

7.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

De hyppigst opståede komplikationer ved efterbehandlingen:

- Kvalme
- Træthed
- Infektion
- Blødning
- Hårtab
- Diarre
- Føleforstyrrelser
- Hørenedsættelse

7.2 Information til patienten

Ved den første samtale i onkologisk ambulatorium gives information om detaljerne i behandlingen og dens bivirkninger.

Når efterbehandlingen er slut, informerer den behandlende læge patienten om:

1. Forløbet af behandlingen og den nye status
2. Videre forløb

7.3 Beslutning

Beslutning om efterbehandling træffes i det multidisciplinære team.

7.4 Ansvarlig

Klinisk onkolog.

7.5 Forløbstid

Når operationen er foretaget, skal der gå 15-20 hverdage, inden patienten kan påbegynde kemoterapi. Dette er afhængigt af sårheling og patientens tilstand.

Mellempærioden bruges udover sårheling til at afklare histologisk diagnose for at afgøre, om patienten skal efterbehandles. De resterende dage bruges til ambulat forundersøgelse, patientsamtykke og planlægning af stråleterapi.

8 Afslutning på pakkeforløb

8.1 Kontrol

8.1.1 Klinisk indhold

Der foreligger ingen evidens for værdien af opfølgning af patienter med kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. De fleste recidiver sker inden for de første 2 år. Der er kun evidens for at tilbyde palliativ kemoterapi ved tilbagefald. Til trods herfor anbefales af psykologiske årsager, at patienter følges i ambulatoriet under hensyntagen til patientens behov.

Patienter, som har gennemgået radikal resektion, følges i kirurgisk regi efter individuelle patientbehov. Hovedformålet er at sikre rehabilitering med hensyn til ernæring og fysisk aktivitetsniveau. Ved tegn på recidiv foretages relevant udredning. Kontrol efter palliation kan eventuelt foregå på lokalt sygehus eller hos egen læge.

8.1.2 Information til patienten

Patienter informeres om kontrolforløbet.

8.1.3 Ansvarlig

Det beslutes, hvor patienten skal kontrolleres og hvor længe. Ved recidiv skal der tages beslutning om eventuelt supplerende udredning og behandling, samt hvem der skal varetage denne.

8.1.4 Forløbstid

Patienten kontrolleres første gang 3 måneder efter endt behandling/efterbehandling.

8.2 Rehabilitering

8.2.1 Klinisk indhold

Der henvises til notat om Psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation for kræftpatienter. Hovedformålet med rehabilitering er at sikre sufficient ernæring og et vis fysisk aktivitetsniveau.

8.3 Palliation

8.3.1 Klinisk indhold

Palliation skal foretages med henblik på at bringe patienten i en tilstand, der tillader indtagelse af føde per os. Der er forskellige midler til dette: Tumornekrotiserende behandling med injektion, radiofrekvens behandling eller Argon Plasma koagulation (elektrocauteriserende behandling) eller selvekspanderende stents (rør i spiserør eller mavesæk). Ingen af behandlingerne har livsforlængende virkning, men bevirker, at der kan indtages føde i den resterende livslængde.

Den lokale behandling af tumorstenosen kan suppleres med kemoterapi og/eller stråleterapi, og der pågår fortsat en evaluering af, hvilke modaliteter der må antages at afhjælpe generne bedst muligt. Disse undersøgelser foregår ofte protokolleret, og derfor bør behandlingsregimerne fastlægges af det multidisciplinære team.

9 Oversigtsskema

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering / Monitorering
Indgang til pakkeforløb				
Beslutning: Praktiserende læge eller praktiserende speciallæge (eller anden sygehusafdeling) finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft.	Henvisning sendes til kirurgisk afdeling (eventuelt afdelingen med højt specialiseret funktion)	<ul style="list-style-type: none"> Udelukkelse af kræft Videre forløb 	Praktiserende læge / Praktiserende speciallæge / Speciallæge	
Udredning				
Visitation til pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> Henvisning modtaget på kirurgisk afdeling (eventuelt afdelingen med højt specialiseret funktion) Booking: undersøgelsesprogram 	Indkaldelse: undersøgelsesprogram	Kirurg	A: Henvisning modtaget
Undersøgellesprogram (hvis ikke allerede foretaget hos praktiserende speciallæge): <ul style="list-style-type: none"> Klinisk undersøgelse Gastroskopi med biopsi Blodprøver 	Forsendelse af materiale til patolog	Videre forløb	Kirurg	B: Udredning start (første fremmøde)
Histologisvar	Svar sendes til behandlende afdeling		Patolog	
Konsultation	<ul style="list-style-type: none"> Eventuel henvisning til afdelingen med højt specialiseret funktion Booking: supplerende undersøgelser 	<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Indkaldelse: supplerende undersøgelser 	Kirurg	
<ul style="list-style-type: none"> Supplerende undersøgelser på afdelingen med højt specialiseret funktion CT eller PET-CT-scanning af thorax og abdomen UL af hals EUS og 	Forsendelse af materiale til patolog		Kirurg Radiolog	

<ul style="list-style-type: none"> eventuelt EUS-FNA Eventuelt laparoskopisk ultralyd af abdomen (LUS) Evt. MR-scanning af hals (kræft i spiserøret) 				
Histologisvar	Svar sendes til behandlede afdeling		Patolog	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> Operation Operation med perioperativ kemoterapi/præoperativ kemostråleterapi Kontrol 	Booking: konsultation	Indkaldelse: konsultation	Multidisciplinære team	C1: Diagnose be- eller afkræftet C2: Udredning slut (klinisk beslutning om behandling foreligger)
Konsultation i kirurgisk afdeling	Booking: forundersøgelse, kemo-/stråleterapi, operation Epikrise til: praktiserende læge /praktiserende speciallæge	<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Informeret samtykke Indkaldelse: forundersøgelse, kemo-/stråleterapi, operation 	Kirurg	D: Informeret samtykke
Behandling				
Konsultation i onkologisk afdeling med højt specialiseret funktion Klinisk undersøgelse <ul style="list-style-type: none"> Nyre-og hjertefunktionstest 		<ul style="list-style-type: none"> Videre forløb Informeret samtykke 	Onkolog	E1: Behandling start, organisatorisk (første fremmøde ved præoperativ kemo-/stråleterapi)
Præoperativ stråle-/kemoterapi			Onkolog	E2: Behandling start, klinisk (ved præoperativ kemo-/stråleterapi)
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> Operation (eventuelt med postoperativ kemo-/stråleterapi) Kontrol 	Booking: forundersøgelse i ambulatorium, operation	Indkaldelse: orundersøgelse i ambulatorium, operation	Multidisciplinære team	
Forundersøgelse i		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse 	Kirurg	E1: Behand-

ambulatorium		<ul style="list-style-type: none"> Videre forløb Informeret samtykke 		ling start, organisatorisk (første fremmøde ved operation uden præoperativ kemo-/stråleterapi)
Indlæggelse			Kirurg	
Operation	Forsendelse af materiale til patolog		Kirurg	E2: Behandling start, klinisk (ved operation uden præoperativ kemo-/stråleterapi)
Histologisvar	Svar sendes til rekvirende afdeling		Patolog	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> Yderligere onkologisk behandling (kemo-/stråleterapi) Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> Booking: onkologisk forundersøgelse, efterbehandling Epikrise til: praktiserende læge/praktiserende speciallæge 	Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse, efterbehandling	Multidisciplinære team	Kommende registrering: Primær behandling slut
Efterbehandling				
Onkologisk forundersøgelse		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb 	Onkolog	
Kemo-/stråleterapi		Videre forløb	Onkolog	Kommende registrering: Efterbehandling start
Beslutning: Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> Booking: kontrolforløb Epikrise til: praktiserende læge /praktiserende speciallæge 	Indkaldelse: kontrol	Multidisciplinære team	
Konsultation ved onkolog		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb 	Onkolog	Kommende registrering: Behandling slut
Afslutning på pakkeforløb				
Afhængig af valg af behandling følges patienter til kontrol i minimum 12 måneder		Videre forløb	Kirurg /Onkolog	Kommende registrering: Kontrol start

<p>Patienter som har gennemgået radikal resektion følges i kirurgisk regi efter individuelle patientbehov</p>				
<p>Beslutning: Kontrol afsluttes</p>	<p>Epikrise til: praktiserende læge/praktiserende speciallæge</p>		<p>Kirurg /Onkolog</p>	<p>Kommende registrering: Kontrol slut</p>

Monitoreringsintervaller		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	3 hverdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning	21 hverdage	
Fra afslutning på udredning til start på primær behandling	Operation	7 hverdage
	Kemoterapi	13 hverdage
Fra henvisning modtaget til start på primær behandling	Operation	31 hverdage
	Kemoterapi	37 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.

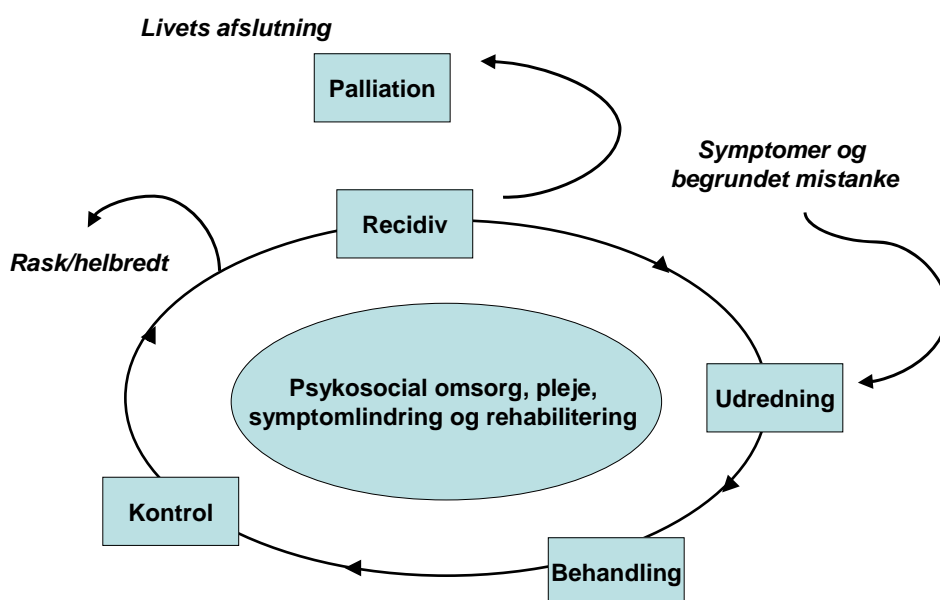
Det er derfor en forudsætning for et godt patientforløb, at den henvisende læge ved starten af pakkeforløbet videregiver sin viden om evt. ko-morbiditet til den udredende afdeling, så udredningsforløbet kan individualiseres ved behov derfor. Regionen er ansvarlig for at sikre mulighed for udredning og 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.

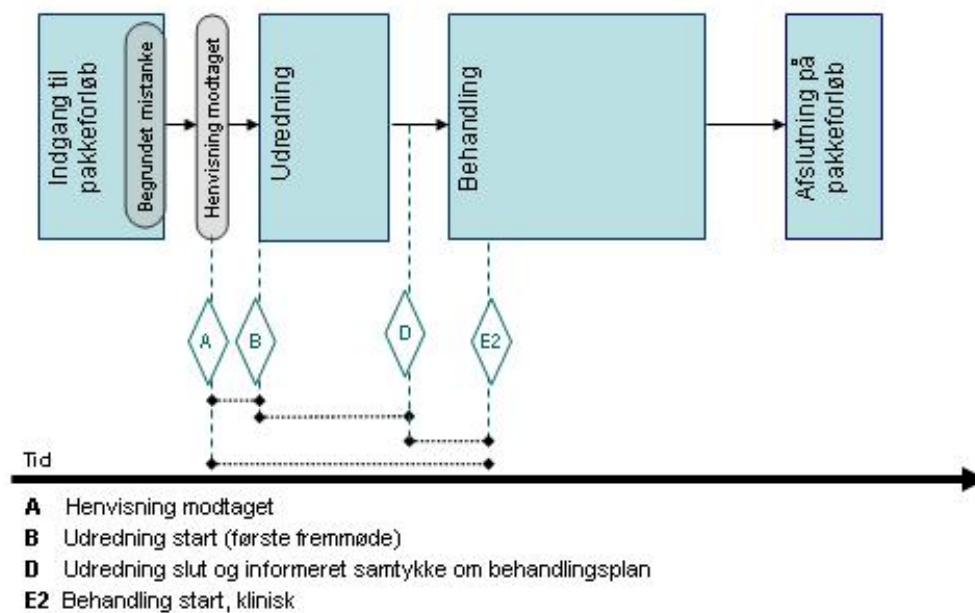
10.3 Monitorering

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.