



PAKKEFORLØB FOR  
KRÆFT I TYK- &  
ENDETARM

2009

## **Pakkeforløb for kræft i tyk- & endetarm**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Emneord: kræftbehandling; Cancer; Tumor

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,1

Versionsdato: 28. september 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-944-4

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2009

# Forord

Kræft skal, efter aftale mellem regeringen og danske regioner, udredes og behandles 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

<b>1</b>	<b>Om pakkeforløb på kræftområdet</b>	<b>8</b>
1.1	Om pakkeforløb	8
1.1.1	Forløbstid	9
1.2	Udvikling af pakkeforløb på kræftområdet	10
1.3	Læsevejledning	10
<b>2</b>	<b>Arbejdsgruppens sammensætning</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Introduktion til pakkeforløb for kræft i tyk- &amp; endetarm</b>	<b>13</b>
3.1	Generelt om kræft i tyk- & endetarm	13
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	13
3.3	Det multidisciplinære team	13
3.4	Flowchart for kræft i tyktarm & kræft i endetarm	14
<b>4</b>	<b>Indgang til pakkeforløb for kræft i tyk- &amp; endetarm</b>	<b>15</b>
4.1	Klinisk indhold	15
4.1.1	Risikogrupper	15
4.1.2	Mistanke	15
4.1.2.1	Filterfunktion	16
4.1.3	Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb	17
4.1.4	Henvisning til pakkeforløb	17
4.2	Information vedrørende henvisning til pakkeforløb	18
4.3	Beslutning	18
4.4	Ansvarlig	18
4.5	Forløbstid	18
<b>5</b>	<b>Udredning for kræft i tyk- &amp; endetarm</b>	<b>19</b>
5.1	Sundhedsfagligt indhold	19
5.1.1	Fastlæggelse af diagnose og stadietildeling	19
5.2	Information til patienten	19
5.3	Beslutning	19
5.4	Ansvarlig	19
5.5	Forløbstid	19
<b>6</b>	<b>Behandling kræft i tyk- &amp; endetarm</b>	<b>21</b>
6.1	Sundhedsfagligt indhold	21
6.1.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	21
6.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	21
	Pakkeforløb for kræft i tyk- & endetarm	6

6.2	Information til patienten	21
6.3	Beslutning	21
6.4	Ansvarlig	21
6.5	Forløbstid	22
<b>7</b>	<b>Efterbehandling 23</b>	
7.1	Sundhedsfagligt indhold	23
7.2	Information til patienten	23
7.3	Beslutning	23
7.4	Ansvarlig	23
7.5	Forløbstid	24
<b>8</b>	<b>Afslutning på pakkeforløb</b>	<b>25</b>
8.1	Kontrol	25
	8.1.1 Klinisk indhold	25
	8.1.2 Faglig begrundet forløbstid	25
8.2	Rehabilitering	25
	8.2.1 Klinisk indhold	25
8.3	Palliation	25
	8.3.1 Klinisk indhold	25
<b>9</b>	<b>Oversigtsskemaer for pakkeforløb for kræft i endetarmen og tyktarmen</b>	<b>26</b>
	9.1.1.1 Oversigtsskema for pakkeforløb for <b>kræft i endetarmen</b>	26
	9.1.1.2 Oversigtsskema over pakkeforløb for <b>kræft i tyktarmen</b>	28
<b>10</b>	<b>Mere om pakkeforløb</b>	<b>32</b>
10.1	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	32
	10.1.1 Mistanke og begrundet mistanke	32
	10.1.2 Multidisciplinære teamkonferencer	32
	10.1.3 Kommunikation og patientinformation	33
	10.1.4 Ko-morbiditet	33
	10.1.5 Psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation	34
	10.1.6 Metastaser	35
	10.1.7 Recidiv	35
10.2	Implementering af pakkeforløb	35
	10.2.1 Henvvisning	36
	10.2.2 Almen praksis	36
10.3	Monitorering	36
	I notatet <i>monitorering af pakkeforløb</i> for kræftpatienter beskrives området mere detaljeret.	37
<b>11</b>	<b>Bilagsliste</b>	<b>38</b>

# 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 komorbiditet. 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, referenceprogrammer og protokoller.

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

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

Pakkeforløbene bør som hovedregel revideres senest 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 Steffen Bülow Formand	Danish Colorectal Cancer Group Gastroenheden, Hvidovre Hospital
Ledende overlæge Henrik Harling	Region Hovedstaden Bispebjerg Hospital
Overlæge Anders Glenthøj	Danish Colorectal Cancer Group Patologisk Anatomisk Institut, Bispebjerg Hospital
Overlæge Eva Fallentin	Danish Colorectal Cancer Group Radiologisk afdeling, Glostrup Hospital
Overlæge Lone Nørgaard Petersen	Danish Colorectal Cancer Group Finsencentret, Rigshospitalet
Ledende overlæge Per Gandrup	Danish Colorectal Cancer Group FBE Kirurgi, Aalborg Sygehus
Overlæge Torben Palshof	Dansk Multidisciplinære Cancer Gruppe Onkologisk afdeling, Århus Sygehus
Praktiserende læge Flemming Skovsgaard	Dansk Selskab for Almen Medicin Nørrebro København
Speciallæge Jan Struckmann	Repræsentant for speciallægepraksis
Sygehusdirektør Bjarne Normark	Region Syddanmark Sydvestjysk Sygehus
Ledende overlæge Knud Thygesen Nielsen	Region Midtjylland Organkirurgisk afdeling, Regionshospital Randers
Specialeansvarlig overlæge Frank Svendsen Jensen	Region Nordjylland Kirurgisk gastroenterologisk afd A, Aalborg Sygehus
Ledende overlæge Karsten Bech	Region Sjælland Kirurgisk afdeling, Roskilde Sygehus

## 3 Introduktion til pakkeforløb for kræft i tyk- & endetarm

### 3.1 Generelt om kræft i tyk- & endetarm

Dette pakkeforløb omhandler patienter med kræft i tyktarmen og kræft i endetarmen. Der diagnosticeres årligt ca. 4.200 nye tilfælde og ca. 2.000 dør årligt af de to sygdomme.

Siden 2001 har man på baggrund af MTV rapporten (se 3.2) anvendt nedenstående diagnostiske strategi. Det er dog væsentligt, at den terapeutiske konsekvens af en påtænkt undersøgelse nøje overvejes især ved en samtidig svær, komplicerende lidelse. Endelig indgår hensynet til patientens ønsker og livskvalitet i overvejelserne om planlagte undersøgelser.

### 3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Det sundhedsfaglige indhold baserer sig på drøftelser i arbejdsgruppen og evt link

Steffen Bülow: **Link:** Retningslinier for diagnostik og behandling af kolorektal cancer. Danish Colorectal Cancer Group. 4 udgave 2009 og [www.dccg.dk](http://www.dccg.dk).

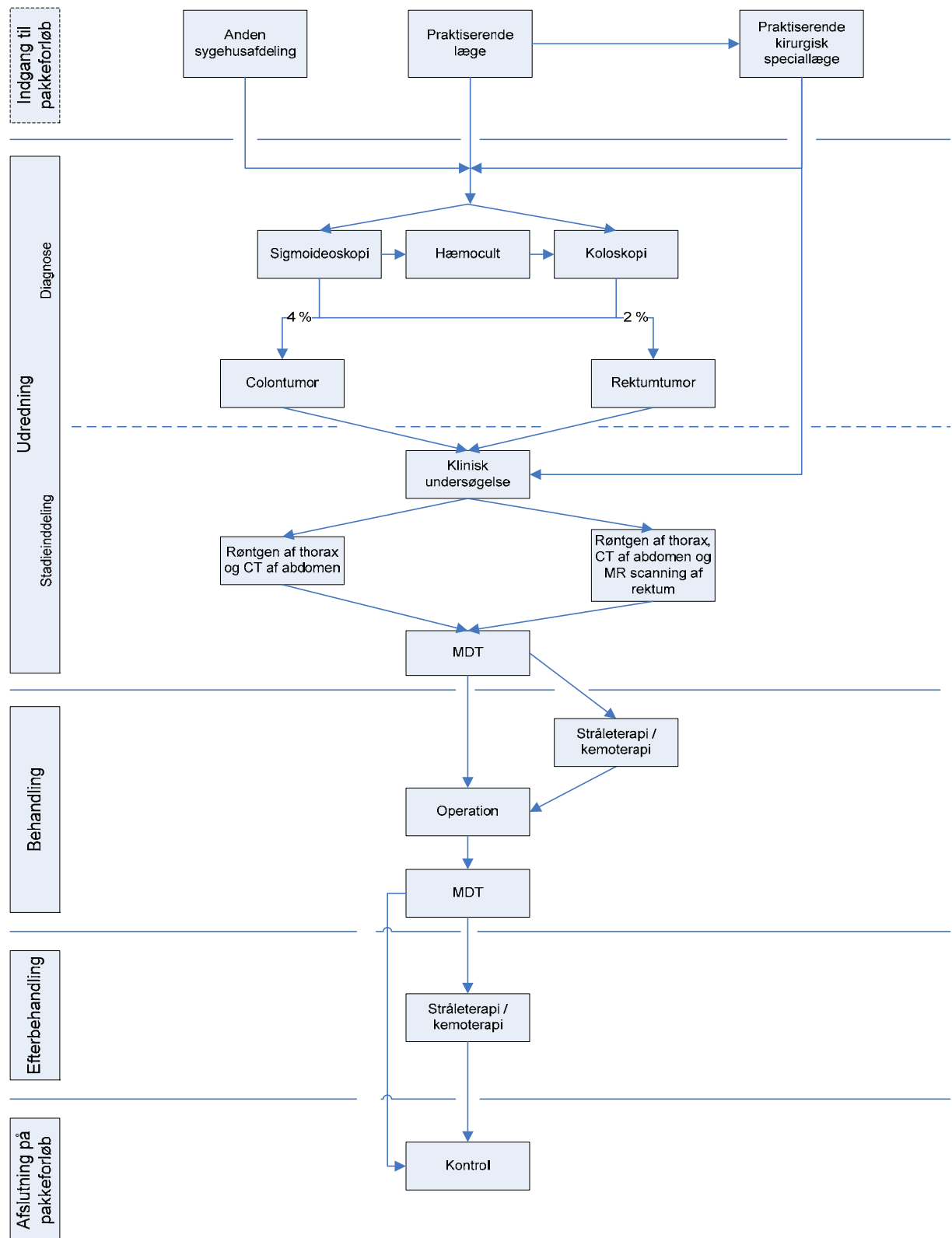
Kræft i tyktarm og endetarm. Diagnostik og screening. Sundhedsstyrelsen 2001. (MTV-rapport, kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside)

### 3.3 Det multidisciplinære team

Ved den ugentlige MDT konference drøftes 1) alle nyhenviste patienter med endetarmskræft, 2) udvalgte patienter med tyktarmskræft samt 3) alle patienter med endetarmskræft postoperativt.

Der er behov for en landsdækkende uddannelse og løbende efteruddannelse for alle deltagere i de multidisciplinære behandlingskonferencer inden for de fire specialer: kolorektalkirurgi, billeddiagnostik, onkologi og patoanatomi. En sådan undervisning er igangsat i 4 ud af 5 regioner og bør snarest iværksættes i den sidste region. Der er tidligere afsat statslige puljemidler til dette formål.

### 3.4 Flowchart for kræft i tyktarm & kræft i endetarm



## 4 Indgang til pakkeforløb for kræft i tyk- & endetarm

### 4.1 Klinisk indhold

Pakkeforløbet beskriver mistanke, filterfunktion og begrundet mistanke om kræft i tyk- og endetarm – og dermed henvisning til pakkeforløb. Pakkeforløbet er opdelt efter patientens risiko status.

#### 4.1.1 Risikogrupper

Patienter over 40 år med blødning fra tarmen, ændret afføringsmønster, blødningsanæmi eller uspecifikke almene symptomer udgør en gruppe med **øget risiko** for udvikling af tyk- og endetarmskræft. Hos disse patienter er der mistanke om kræft i tyk- og endetarm (se nedenfor)

En mindre del af disse patienter med nedennævnte risikofaktorer udgør en **højrisikogruppe** for udvikling af tyk- og endetarmskræft:

- kræft i tyktarm eller endetarm, tarmpolypper eller kronisk inflammatorisk tarmsygdom i anamnesen
- forekomst før 50 års alderen af tyk- & endetarm, polypper eller endometrie-cancer hos 1. grads slægtninge, dvs. forældre, søskende og børn.

#### 4.1.2 Mistanke

Hovedprincippet er, at der er mistanke om kræft i tyk- og endetarm hos alle patienter over 40 år med

- Blødning fra tarmen
- Ændring af afføringsmønsteret i over 4 uger
- Blødningsanæmi eller
- Betydelige almensymptomer (fx vægttab, abdominalsmerter)

Disse udgør en gruppe med mistanke om kræft i tyk- og endetarm. I gruppen vil omkring 5 % have cancer, og yderligere mindst 10 % vil have forstadier til kræft i form af adenomer (polypper), hvoraf nogle i fremtiden vil udvikles til kræft.

Disse patienter henvises til filterfunktion med henblik på skopi.

Den praktiserende læges opgaver bliver derfor:

- Udfyldelse af henvisning på grundlag af anamnese og objektive fund

- Fremsendelse af henvisningen via edifact / fax efter lokale aftaler
- Orientering af patienten om sigmoideoskopi/koloskopi og udlevering af informationsbrochure
- Udlevering af rekvisition på materialer til tarmudrensning, som afhentes på apoteket
- Henvisning til filterfunktion

Henvisningen fra den praktiserende læge til hospitalsafdeling eller praktiserende kirurgisk speciallæge skal indeholde oplysninger om evt. øget risiko for kræft i tyk- & endetarm (KRC), detaljerede symptomer samt objektiv undersøgelse (klinisk undersøgelse inkl. abdominal palpation, rektaleksploration samt gynækologisk undersøgelse hos kvinder) og måling af hæmoglobin.

Arbejdsgruppen har formuleret et henvisningsskema, på hvilket disse oplysninger kan gives i afkrydsningsform (bilag 1). Arbejdsgruppen foreslår, at skemaet lægges på sundhed.dk. Fremover skal det være *obligatorisk*, at henvisningen indeholder disse oplysninger, idet de er afgørende for en korrekt visitation til henholdsvis sigmoideoskopi og koloskopi.

En direkte booking ved den praktiserende læge af den første undersøgelse i hospital eller hos praktiserende speciallæge i kirurgi findes endnu ikke praktisk anvendelig, men kan overvejes i fremtiden.

Materialer til tarmudrensning (fx klyx til sigmoideoskopi og fosforal til koloskopi) betales aktuelt ved undersøgelse i speciallægepraksis af Sygesikringen via rekvisition udstedt af den undersøgende speciallæge, mens patienten selv må købe materialerne ved undersøgelse i hospitalsregi. Alle patienter bør efter arbejdsgruppens opfattelse fremover kunne få udleveret rekvisitionen hos egen læge og derefter uden udgift kunne afhente udrensningsmaterialerne på ethvert apotek.

#### 4.1.2.1 Filterfunktion

Patienten henvises til praktiserende speciallæge eller hospitalsambulatorium med henblik på endoskopi. Den praktiserende speciallæge iværksætter et primært udredningsprogram omfattende:

- Basale undersøgelser hos alle
  - Vurdering af almentilstand
  - Abdominal palpation
  - Gynækologisk undersøgelse hos kvinder
  - Hæmoglobin måling

Der foretages sigmoideoskopi eller koloskopi afhængigt af risikogruppe og detaljerede symptomer:

1. *Højrisikopatienter* med tidligere tyk- eller endetarms kræft, polypper og inflammatorisk tarmsygdom og/eller forekomst af tyk- eller endetarms kræft, polypper og endometriecancer hos 1. grads slægtninge < 50 år:

- Koloskopi
  - I familier med familiær adenomatøs polypose (FAP) dog sigmoideoskopi

2. *Alle andre patienter* som har samme risiko som gennemsnitsbefolkningen:

- Sigmoideoskopi

Ved normal sigmoideoskopi foretages derefter afhængigt af symptomer:

- Frisk blødning som eneste symptom : intet yderligere
- Ikke-frisk blødning +/- ændret afføringsmønster: koloskopi
- Afføringsændring i > 1 måned som eneste symptom: afføring for blod, (Hemoccult-Sensa®)
  - ved positiv afføringsprøve: koloskopi
  - ved negativ afføringsprøve: klinisk revurdering efter 3 måneder
  - ved fortsatte symptomer efter 3 måneder: koloskopi
- Blødningsanæmi (lav hemoglobin og lavt s-ferritin) som eneste symptom: Gastroskopi og koloskopi

#### 4.1.3 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb

Begrundet mistanke opstår, når der påvises en tumor ved en af ovenstående undersøgelser, og i speciallægepraksis henvises disse patienter umiddelbart til start på pakkeforløb på en kirurgisk afdeling, der behandler kolorektal kræft.

#### 4.1.4 Henvisning til pakkeforløb

Henvisning skal ske direkte til en kirurgisk afdeling, der varetager behandling af kolorektal kræft.

Efter modtaget henvisning skal patienten efterfølgende kontaktes telefonisk fra afdelingen / den praktiserende speciallæge med et tidspunkt for sigmoideoskopi eller koloskopi, og der skal sendes en kvittering til den henvisende læge.

## 4.2 Information vedrørende henvisning til pakkeforløb

De fleste patienter vil have et naturligt stort behov for betænkningstid vedrørende oplysninger om kræft, stor operation, mulig stomi, stråleterapi og kemoterapi, og det vil hos de fleste kræve nogen tid eftertanke og accept. Det betyder, at hastigheden i forløbet nok er en vigtig parameter, men at pakkeforløbene også bør tage vidtgående hensyn til psykologiske faktorer.

## 4.3 Beslutning

Patienter med mistanke om tyk- og endetarms kræft henvises til filterfunktion. Ved fund af tumor ved skopi henviser filterfunktionen til start på pakkeforløb.

## 4.4 Ansvarlig

Den praktiserende læge er ansvarlig for henvisning til filterfunktion, der er ansvarlig for afslutning af patienten eller henvisning til pakkeforløb på sygehus.

## 4.5 Forløbstid

Forløbstiden er 6 hverdage.

Patienten med begrundet mistanke om kræft i tyk- og endetarm henvises umiddelbart til sigmoideoskopi eller koloskopi. Derefter må der gå 3 hverdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne, booke relevante undersøgelser.

Desuden afsættes yderligere 3 hverdage til:

- Evt. udrensning af tarm inden koloskopi
- evt. pause med blodfortyndende medicin inden skopi

Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb på 7. hverdag på kirurgisk afdeling.

## 5 | Udredning for kræft i tyk- & endetarm

### 5.1 Sundhedsfagligt indhold

#### 5.1.1 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

Patienter, der starter udredning i pakkeforløbet, har alle fået påvist en tumor som led i filterfunktionen umiddelbart før henvisning til pakkeforløbet. Udredningen har derfor til formål at vurdere sygdommens stadium og patientens almenstilstand.

Alle patienter med kræft i tyk- og endetarms skal have foretaget undersøgelser for fjernspredning med enten CT scanning af thorax + ultralydscanning af leveren eller thoraco-abdominal CT scanning.

Patienter med kræft i endetarmen skal endvidere have foretaget MR scanning af endetarmen.

Desuden vurderes patientens almentilstand med særlig vægt på evt. ko-morbiditet.

### 5.2 Information til patienten

Patienten informeres om de præoperative fund, den planlagte operation eller kemoradioterapi med efterfølgende operation, risici ved behandlingen samt om muligheden for adjuverende postoperativ kemoterapi.

### 5.3 Beslutning

På basis af fundene besluttet det ved MTD konference, om en patient med kræft i endetarmen kan tilbydes behandling med kurativt sigte, og om der kan foretages præmær operation eller alternativt stråle- og kemoterapi med henblik på downstaging og senere operation.

### 5.4 Ansvarlig

*Personlig læge:* I hele det diagnostiske og terapeutiske forløb (forundersøgelse, stuegang, operation, kontrol) spiller princippet om den ”personlige læge” og teamdannelse en stor rolle både kvantitativt og kvalitativt for planlægningen.

### 5.5 Forløbstid

Forløbstiden for udredning er 14 hverdage. Hvis tumor ikke findes ved sigmoideoskopi, forlænges udredningsforløbet med yderligere 17 hverdage.

**Den initiale udredning frem til fund af tumor består af:**

Udredningstiden ved sigmoideoskopi eller koloskopi består af:

- Sigmoideoskopi, koloskopi og information om skopifund (1 hverdag)

Den specialiserede udredning ved fund af tumor består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser (2 hverdage)
- Klinisk undersøgelse (1 hverdag)
- Billeddiagnostik (CT scanning, UL scanning, MR scanning) (1 hverdag)
- Svar på radiologiske undersøgelser og evt. biopsi efterfulgt af MDT konference (4 hverdage)
- Information af patienten (1 hverdag)

Der afsættes 4 hverdage til

- Vurdering og evt. stabilisering af ko-morbiditet
- Tid til indlæggelse af patienter med nedsat funktionsevne
- Patient/pårørende samtale med sygeplejerske om blandt andet stomi og rehabiliteringsforløb
- Betænkningstid

## 6 | Behandling kræft i tyk- & endetarm

### 6.1 Sundhedsfagligt indhold

#### 6.1.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

**Kræft i tyktarmen:** Alle patienter, der skønnes at kunne tåle operation, tilbydes en sådan. Patienter med cancer i stadium III tilbydes efterfølgende adjuverende kemoterapi, og ved manglende radikalitet af operationen kan palliativ kemoterapi iværksættes.

**Kræft i endetarm:** Patienter, der på baggrund af den præoperative stadiainddeling skønnes at kunne radikalt opereres, tilbydes kirurgisk behandling. Ved mere avanceret lokalt tumorstadium tilbydes præoperativ kemoradioterapi med henblik på down-staging og efterfølgende operation.

#### 6.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

Komplikationer er de almindelige komplikationer til operative indgreb: Infektioner, blødning, hvortil kommer lækage af anastomosen og komplikationer til en evt. kolostomi.

Komplikationer til kemoterapien er de almindelige bivirkninger.

### 6.2 Information til patienten

Patienten informeres om forløbet af operationen og den efterfølgende plan.

### 6.3 Beslutning

**Kræft i tyktarmen:** Det besluttes, om der skal henvises til onkologisk afdeling (i udvalgte tilfælde beslutning ved MDT konference).

**Kræft i endetarm:** Patienter, der har modtaget onkologisk behandling, vil efterfølgende modtage kirurgisk behandling. Patienter, der har modtaget kirurgisk behandling, vil efterfølgende evt. modtage onkologisk efterbehandling.

### 6.4 Ansvarlig

Kirurg samt onkolog.

## 6.5 Forløbstid

Patienten kan behandles med enten kirurgi (kræft i tyk- og endetarm) eller primær kemoradioterapi inden operation.

### **Kirurgi**

Den ideelle forløbstid fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage behandling er 7 hverdage. Operation for tarmkræft udføres i et accelereret forløb, som tilstræbes udført på de første tre hverdage i ugen for at undgå nyopererede patienter i weekenden med mindre plejepersonale.

Tiden består af:

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

### *Behandling*

- Operation (1 hverdag).

### **Primær kemoradioterapi**

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage kemoradioterapi er 11 hverdage.

Tiden består af:

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

### *Behandling*

- kemoradioterapi

## 7 | Efterbehandling

### 7.1 Sundhedsfagligt indhold

Patienter, der er radikalt opereret for kræft i tyktarmen, men viser sig at have regionale lymfeknudemetastaser (stadium III) henvises til adjuverende postoperativ kemoterapi. Ved manglende radikalitet tilbydes kemoterapi med palliativt sigte.

Der findes ingen prospektive randomiserede studier, der har undersøgt det optimale tidsinterval fra operation til adjuverende kemoterapi ved kræft i tyktarmen stadium III. Som resultat heraf angiver de europæiske guidelines (ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up of colon cancer) ikke rekommendationer herom. MOSAIC studiet, der ligger til grund for vores aktuelle standard behandling, krævede, at patienterne blev behandlet indenfor 7 uger postoperativt. I et aktuelt europæisk studie (PETACC-8) må patienten tidligst randomiseres og behandles 28 dage postoperativt og senest 56 dage postoperativt.

Patienter med kræft i endetarmen, som viser sig ikke at være radikalt opereret (med eller uden præoperativ kemoradioterapi), tilbydes kemoterapi med palliativt sigte.

Medicinsk behandling og stråleterapi.

I forbindelse med adjuverende kemoterapi gives relativt store doser prednisolon i antiemetisk øjemed. Desuden er der en potentiel risiko for at inducere leukopeni og thrombocytopeni ved kemobehandlingen. Begge dele kan teoretisk forværre situationer med uerkendte postoperative komplikationer.

### 7.2 Information til patienten

Patienten informeres ved første fremmøde på onkologisk afdeling om detaljerne i efterbehandlingen og mulige bivirkninger. Tidspunktet for første behandling aftales.

### 7.3 Beslutning

Der tages beslutning om efterbehandlingen på baggrund af MDT's beslutning og patientens holdning.

### 7.4 Ansvarlig

Kirurgen er ansvarlig for viderehenvisning til onkologisk afdeling. Herefter er onkologen ansvarlig for forløbet.

## 7.5 Forløbstid

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

Mellemprioden bruges udover sårheling til at afklare endelig histologisk diagnose med stadietinddeling, og ved MDT konference at afklare, om patienten skal efterbehandles. De resterende dage bruges til ambulante forundersøgelse, patientsamtykke og planlægning af kemoterapi.

## 8 Afslutning på pakkeforløb

### 8.1 Kontrol

#### 8.1.1 Klinisk indhold

Mhp. **synkron neoplasi** foretages der koloskopi enten præoperativt eller senest 3 mdr. postoperativt – mhp. på ”clean” = polypfri colon, såfremt der ikke i forvejen er foretaget koloskopi.

Mhp. **cancerrecidiv** (metastaser i lever og lunger) tilbydes radikalt opererede patienter thoracoabdominal CT 1 og 3 år postoperativt.

Mhp. **metakron neoplasi** tilbydes radikalt opererede patienter koloskopi med 3-5 års mellemrum indtil 75 års alderen - hyppigst ved synkron neoplasi.

#### 8.1.2 Faglig begrundet forløbstid

Patienten kontrolleres første gang 1-3 måneder efter endt behandling/efterbehandling.

### 8.2 Rehabilitering

#### 8.2.1 Klinisk indhold

Ikke beskrevet i denne udgave.

### 8.3 Palliation

#### 8.3.1 Klinisk indhold

Ikke beskrevet i denne udgave.

## 9 Oversigtsskemaer for pakkeforløb for kræft i endetarmen og tyktarmen

### 9.1.1.1 Oversigtsskema for pakkeforløb for **kræft i endetarmen**

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
<b>Indgang til pakkeforløb</b>				
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Praktiserende læge finder begrundet mistanke om kræft og henviser til kirurgisk afdeling eller praktiserende speciallæge</li> <li>▪ Praktiserende speciallæge påviser kræft i endetarmen endoskopi og henviser til kirurgisk afdeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Henvisning sendes</li> <li>▪ Evt. supplerende relevante oplysninger til kirurgisk afdeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Udelukkelse af kræft</li> <li>▪ Videre forløb</li> </ul>	Praktiserende læge /Praktiserende speciallæge	
<b>Udredning</b>				
Visitation til pakkeforløb: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sigmoideoskopi eller koloskopi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Henvisning modtaget</li> <li>▪ Booking: sigmoideoskopi eller koloskopi og forundersøgelse</li> </ul>	Indkaldelse: sigmoideoskopi eller koloskopi og forundersøgelse	Kirurg	<b>A: Monitorering: Henvisning modtaget</b> Henvisningsdiagnose kode
Sigmoideoskopi eller koloskopi		Videre forløb		<b>B: Monitorering: Udredning start</b>
Forundersøgelse: Rektoskopi, GU mv.				
<b>Beslutning:</b> Videre undersøgelsesforløb ved kræft i endetarmen	Booking: undersøgelsesprogram	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svarafgivelse</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Indkaldelse: undersøgelsesprogram</li> </ul>		
<u>Undersøgelsesprogram:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT af thorax</li> <li>▪ CT eller UL af leveren eller thoracoabdominal CT</li> <li>▪ MR scanning af endetarmen</li> <li>▪ Evt. transrektal ultralyd</li> </ul>		Videre forløb	Radiolog	

Klinisk handling	Logistisk handling	Information patienten til	Speciale	Registrering /Monitorering	
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kirurgisk behandling = <b>A forløb</b></li> <li>Onkologisk-kirurgisk behandling = <b>B forløb</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Booking: konsultation i kirurgisk afdeling</li> <li>Booking: onkologisk forundersøgelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indkaldelse: konsultation i kirurgisk afdeling</li> <li>Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse</li> </ul>	MDT	<b>C: Monitorering: Udredning slut</b> Diagnose be- eller afkræftet	
<b>Behandling</b>					
<b>A forløb</b> Kirurgisk behandling <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultation ved kirurg</li> </ul>	Booking: operation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svarafgivelse</li> <li>Videre forløb</li> <li>Informeret samtykke</li> <li>Indkaldelse: operation</li> </ul>	Kirurg	<b>A forløb</b> <b>D: Monitorering: Informeret samtykke</b>	
<b>A forløb</b> Indlæggelse				<b>A forløb</b> <b>E: Monitorering: Kirurgisk behandling start</b>	
<b>A forløb</b> Operation					
<b>A forløb</b> Histologisvar			Patolog		
<b>A forløb</b> <b>Beslutning:</b> Radikalitetskonklusion, evt. onkologisk efterbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Booking: konsultation i kirurgisk afdeling</li> <li>Almen praksis: epikrise</li> </ul>	Indkaldelse: konsultation i kirurgisk afdeling	MDT	<b>A forløb</b> <b>H: Monitorering: Behandling slut</b>	
<b>B forløb</b> Konsultation i kirurgisk afd.	Booking: onkologisk forundersøgelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svarafgivelse</li> <li>Videre forløb</li> <li>Informeret samtykke</li> <li>Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse</li> </ul>	Kirurg		
<b>B forløb</b> Onkologisk forundersøgelse: <ul style="list-style-type: none"> <li>Primær behandling for patienter henvist til onkologisk-kirurgisk behandling</li> </ul>	Booking: stråle-/kemoterapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videre forløb</li> <li>Indkaldelse: stråle/kemoterapi</li> </ul>		Onkolog	
<b>B forløb</b> Stråle-/kemoterapi					<b>B forløb</b> <b>E: Monitorering: Onkologisk behandling start</b>
				<b>B forløb</b> <b>F: Monitorering: Onkologisk behandling slut</b>	
<b>B forløb</b> For patienter med	Booking: kontrolforløb	Indkaldelse: Kontrolforløb	Kirurg /Onkolog		

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
cancer stadium T4 henvist til onkologisk- kirurgisk behandling: Billeddiagnostisk kontrol 5 uger efter afsluttet stråle- /kemoterapi				
<b>B forløb</b> <b>Beslutning:</b> Patienter der har modtaget onkologisk behandling: ▪ Kirurgisk behandling	Booking: konsultation i kirurgisk afdeling	Indkaldelse: konsultation i kirurgisk afdeling	MDT	
<b>B forløb</b> Konsultation i kirurgisk afdeling	▪ Booking: operation ▪ Almen praksis: epikrise	▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: operation	Kirurg	
<b>B forløb</b> Indlæggelse			Kirurg	<b>B forløb</b> <b>G: Monitorering:</b> <b>Kirurgisk</b> <b>behandling start</b> <b>(efterbehandling)</b>
<b>B forløb</b> Operation				
<b>B forløb</b> <b>Beslutning:</b> Vurdering af radikalitet og behov for supplerende onkologisk behandling	▪ Booking: kontrolkonsultatio n i kirurgisk afdeling ▪ Almen praksis: epikrise	Indkaldelse: kontrolkonsultation i kirurgisk afdeling	MDT	<b>B forløb</b> <b>H: Monitorering:</b> <b>Behandling slut</b>
<b>Afslutning på pakkeforløb</b>				
Kontrol i kirurgisk afdeling		▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb	Kirurg	<b>A + B forløb</b> <b>Monitorering:</b> <b>Kontrol start</b>
<b>Beslutning:</b> Kirurg afgør hvornår kontrol afsluttes	Almen praksis: Epikrise			<b>Monitorering:</b> <b>Kontrol slut</b>

#### 9.1.1.2 Oversigtsskema over pakkeforløb for kræft i tyktarmen

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
<b>Indgang til pakkeforløb</b>				
<b>Beslutning:</b> ▪ Praktiserende læge finder begrundet mistanke om kræft og henviser til kirurgisk afdeling eller praktiserende	▪ Henvisning sendes ▪ Evt. supplerende relevante oplysninger til kirurgisk afdeling	▪ Udelukkelse af kræft ▪ Videre forløb	Praktiserende læge /Praktiserende speciallæge	

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
speciallæge <ul style="list-style-type: none"> <li>Praktiserende speciallæge påviser coloncancer ved endoskopi og henviser til kirurgisk afdeling</li> </ul>				
<b>Udredning</b>				
Visitation til pakkeforløb: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sigmoideoskopi eller koloskopi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Henvisning modtaget</li> <li>Booking: sigmoideoskopi eller koloskopi</li> </ul>	Indkaldelse: sigmoideoskopi eller koloskopi	Kirurg	<b>A: Monitorering:</b> Henvisning modtaget Henvisningsdiagnosekode
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sigmoideoskopi eller koloskopi</li> <li>Evt. hæmocult</li> </ul>		Videre forløb		<b>B: Monitorering:</b> Udredning start
<b>Beslutning:</b> Videre undersøgelsesforløb (A eller B): <ul style="list-style-type: none"> <li>Sigmoideoskopi normal: - Indikation <i>frisk blødning</i>: Afslutte i pakkeforløb. - Indikation <i>ikke-frisk blødning</i>: henvisning til koloskopi</li> <li>Indikation <i>afføringsændring</i>: Undersøgelsesforløb A med hæmocult og evt. koloskopi inden undersøgelsesforløb B.</li> <li>Tumor fundet ved sigmoideoskopi: Undersøgelsesforløb B</li> <li>Tumor fundet ved koloskopi: Undersøgelsesforløb B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Booking: undersøgelsesforløb A, hæmocult</li> <li>Booking: undersøgelsesforløb B, røntgen af thorax og CT af abdomen eller thoracoabdomina l CT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svarafgivelse</li> <li>Videre forløb</li> <li>Indkaldelse: undersøgelsesforløb A eller B</li> </ul>		
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Negativ hæmocult: Tarmkræft udelukket – pakke afsluttes. Opfølgning hos egen læge efter 3 mdr. og da koloskopi ved fortsatte symptomer</li> <li>Positiv hæmocult: Koloskopi udføres</li> </ul>	Booking: koloskopi, forundersøgelse	Indkaldelse: koloskopi, forundersøgelse		
Forundersøgelse, koloskopi	Booking:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svarafgivelse</li> </ul>		

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
	undersøgelserforløb B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Indkaldelse: undersøgelsesforløb</li> </ul>		
<b>Undersøgelsesforløb B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT af thorax + CT eller UL af leveren <i>eller</i></li> <li>▪ thoracoabdominal CT</li> </ul>	Svar sendes til stamafdeling (kirurgisk afdeling)	Videre forløb	Radiolog	
<b>Beslutning:</b> Kirurgisk behandling	Booking: forundersøgelse kirurgisk afdeling	Indkaldelse: forundersøgelse kirurgisk afdeling	Kirurg	<b>C: Monitorering:</b> <b>Udredning slut</b> Diagnose be- eller afkræftet
<b>Behandling</b>				
Forundersøgelse ved kirurg	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Booking: operation</li> <li>▪ Booking: præoperativ sygeplejesamtale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svarafgivelse</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> <li>▪ Indkaldelse: operation og præoperativ sygeplejesamtale</li> </ul>	Kirurg	<b>D: Monitorering:</b> <b>Informeret samtykke</b>
Indlæggelse			Kirurg	<b>E: Monitorering:</b> <b>Behandling start:</b>
Operation				
Histologisvar			Patolog	
<b>Beslutning:</b> om der skal henvises til onkologisk afdeling (i udvalgte tilfælde beslutning ved MDT konference)	Booking: konsultation ved kirurgisk afdeling	Indkaldelse: konsultation ved kirurgisk afdeling	Kirurg MDT	
Konsultation ved kirurgisk afd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Booking: onkologisk forundersøgelse</li> <li>▪ Almen praksis: epikrise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svarafgivelse</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse</li> </ul>	Kirurg	<b>F: Monitorering:</b> <b>Kirurgisk behandling slut (primær)</b>
<b>Efterbehandling</b>				
Onkologisk forundersøgelse	Booking: kemoterapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svarafgivelse</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Indkaldelse: kemoterapi</li> </ul>	Onkolog	
Kemoterapi				<b>G: Monitorering:</b> <b>Efterbehandling start</b>
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specialiseret genoptræning</li> <li>▪ Kontrol</li> <li>▪ Clean Colon koloskopi</li> </ul>	Booking: konsultation, specialiseret genoptræning, kontrol, Clean Colon koloskopi	Indkaldelse: konsultation ved onkologisk afdeling, specialiseret genoptræning, kontrol, Clean Colon koloskopi	Kirurg /Onkolog	
Konsultation ved onkologisk afdeling	Almen praksis: epikrise	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ idere forløb</li> <li>▪ Svarafgivelse</li> </ul>	Onkolog	<b>H: Monitorering:</b> <b>Behandling slut</b>
Clean Colon koloskopi (3	Almen praksis:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svarafgivelse</li> </ul>	Kirurg	

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering /Monitorering
mdr. postoperativt)	epikrise	▪ Videre forløb		
<b>Afslutning på pakkeforløb</b>				
Kontrol		▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb	Kirurg	<b>Monitorering: Kontrol start</b>
<b>Beslutning:</b> Kirurg afgør hvornår kontrol afsluttes	Almen praksis: epikrise			<b>Monitorering: Kontrol slut</b>

<b>Monitoreringsintervaller</b>		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 hverdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning		14 - 31 hverdage
Fra afslutning på udredning til start på primær behandling	Operation	7 hverdage
	Kemoradioterapi	11 hverdage
Fra henvisning modtaget til start på primær behandling	Operation	27 - 44 hverdage
	Kemoradioterapi	31 - 48 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 helbredsoplysninger 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.

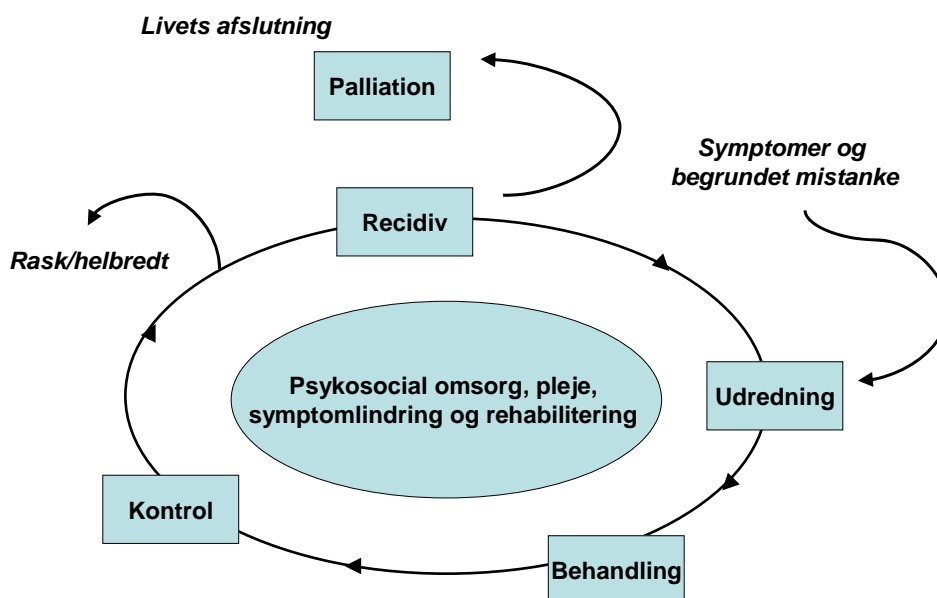
Det er derfor en forudsætning for et godt patientforløb, at den henvisende læge ved starten af pakkeforløbet videregiver sin viden om evt. ko-morbiditet til den udredende afdeling, så udredningsforløbet kan individualiseres ved behov derfor. Regionen er ansvarlig for at sikre mulighed for udredning og evt. stabilisering af betydelige ko-morbiditeter 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. ko-morbiditet 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 tidshorizont. Indtil da må det aftales lokalt, hvordan det sikres, at alle relevante oplysninger videregives ved henvisning. Det bør lokalt aftales, præcis hvor henvisningen skal sendes hen, og eventuelt om patienten allerede på henvisningstidspunktet i konsultationen kan få tid og sted for den første kontakt i pakkeforløbet.

### 10.2.2 Almen praksis

Almen praksis er ofte den lægefaglige instans, som finder begrundet mistanke om kræft og informerer patienten om næste trin i udredningen. Almen praksis har ofte et godt forhåndskendskab til hele patientens situation. Det gælder de sociale forhold, familie, erhverv samt de helbredsmæssige forhold før det aktuelle sygdomsforløb. Disse forudsætninger giver almen praksis mulighed for at løfte de opgaver, som indgår i tovholderfunktionen i forbindelse med pakkeforløb for kræftpatienter, og for, at almen praksis kan være proaktiv i forhold til kræftpatienten under hele forløbet. Almen praksis' rolle som tovholder er særligt relevant for kræftpatienter, som er i langstrakte behandlingsforløb herunder også i en eventuel rehabiliteringsfase. Almen praksis har en særlig informationspligt ved henvisning til pakkeforløb på kræftområdet, idet patienten både skal informeres om, at der er begrundet mistanke om kræft, og om hvad et pakkeforløb omfatter herunder det første trin i udredningsfasen. I notatet *Almen praksis rolle i pakkeforløb* beskrives området nærmere.

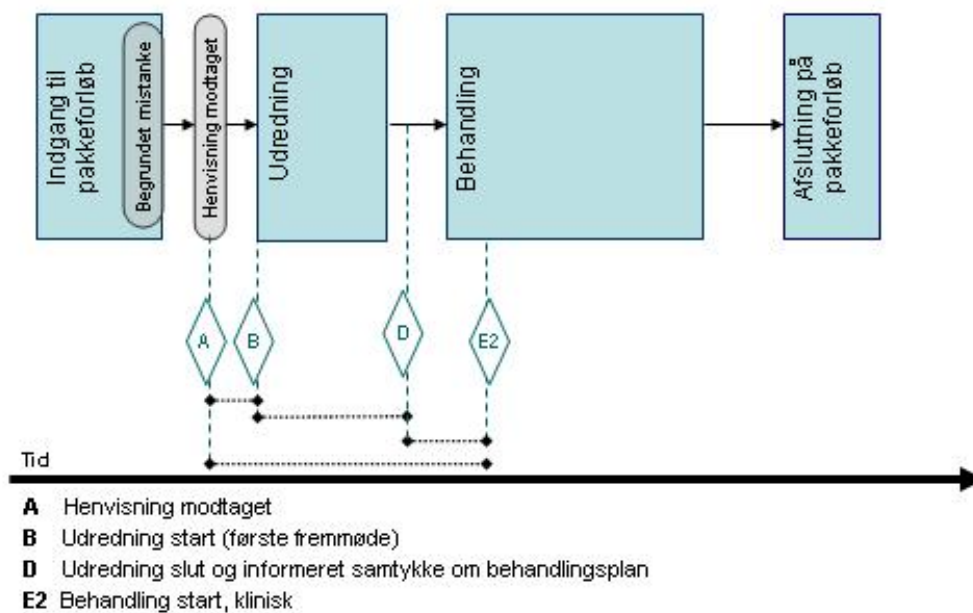
## 10.3 Monitorering

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

Monitoreringsinformationssystemet 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.

## 11 Bilagsliste

# Henvisning til udredning for mulig kolorektalcancer

**Dato:**

**Patient:**

Personnummer:	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

**Henvisende læge:**

Navn:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

**Indikation**

Frisk blødning per rectum (f.eks. hæmorideblødning)	
Ikke frisk blødning (f.eks gamle koagler)	
Ændret afføringsmønster > 1 måned	
Jernmangelanæmi (s-ferritin < 55 µg/l)	
Vægtig anden individuel indikation – angiv denne	

**Udførte undersøgelser:**

	Udført	Ved ikke normale forhold angiv fund
Vurdering af almen tilstand	<input type="checkbox"/>	
Abdominal palpation	<input type="checkbox"/>	
Exploratio rectalis *	<input type="checkbox"/>	
Gynækologisk undersøgelse	<input type="checkbox"/>	
Hb	<input type="checkbox"/>	mmol/l
Se-ferritin	<input type="checkbox"/>	µg/l.
INR hos patienter i AK-behandling	<input type="checkbox"/>	

\* Alle patienter med mistanke om rectumcancer skal henvises direkte til Kir. Afd. A, Aalborg Sygehus Syd.

## Patient

Navn	
CPR	
adresse	
telefon	
mobiltelefon	
email	
behov for tolk	
behov for transport	

## Henvisende afdeling

Læge	
Adresse	
telefon	
email	
Fax	

## Henvisningsårsag

- 1) Adjuverende kemoterapi (colon cancer st. III eller udvalgte tilfælde af rectumcancer)
- 2) Adjuverende kemoradioterapi ved ikke radikalt opereret rectumcancer
- 3) Præoperativ kemoradioterapi for rectumcancer
- 4) Palliativ kemoterapi (dissemineret eller ikke radikalt opereret kolorektal cancer)
- 5) Palliativ stråleterapi (lokale gener fra inoperabel rectumcancer)
- 6) Andet

## Resume:

---

---

---

---

**Planlagte eller udførte undersøgelser:**

Rtg af thorax  dato\_\_\_\_\_

CT  dato\_\_\_\_\_

PET  dato\_\_\_\_\_

MR  dato\_\_\_\_\_

UL af hepar  dato\_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_ (henvisende læge)