



DIAGNOSTISK PAKKEFORLØB
for patienter med uspecifikke
symptomer på alvorlig sygdom,
der kunne være kræft

2011

Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Emneord: Pakkeforløb, diagnostisk, uspecifikke symptomer, tidlig opsporing, alvorlig sygdom, kræft, Kræftplan III

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.1

Versionsdato: 7. december 2011

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-279-5

Forsidefoto: Hans Trier

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2011

Kontakt for spørgsmål til publikationens indhold:

Enhed for Sygehusbehandling og beredskab
syb@sst.dk

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen
Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft
København: Sundhedsstyrelsen, 2011

Forord

Efter implementeringen af pakkeforløb for kræft i 2009 er det blevet klart, at der er et behov for en målrettet indsats for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom herunder kræft.

Patienterne med uspecifikke symptomer kan ikke henvises til et sygdomsspecifikt pakkeforløb, da der ikke er begrundet mistanke om en bestemt sygdom i et bestemt organ. Dette pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, har derfor til formål at sikre, at også disse patienter får et udredningsforløb uden ikke-fagligt begrundet ventetid.

Pakkeforløbet omfatter forløbet fra mistanke om alvorlig sygdom til afslutning af den primære udredning. Det beskriver de nødvendige undersøgelser, kravene til information og samarbejde samt de samlede forløbstider. Med 'Aftale om Kræftplan III' sikres national indførelse af pakkeforløbet fra 2012.

Pakkeforløbene er unikke, fordi ledende klinikere, administratorer og ledere i regionerne, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen sammen har beskrevet det bedste forløb med patienten i centrum. Alle har været optaget af at skabe de bedste rammer for denne patientgruppe, 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 patienter oplever veltilrettelagte udredningsforløb. Der er derfor brug for stort ledelsesmæssigt fokus på opgaven og målrettet anvendelse af ressourcerne. Etablering af det multidisciplinære samarbejde både på tværs af sektorerne og internt på sygehusene har en central plads i dette pakkeforløb. Det bliver interessant at følge erfaringerne og udviklingen på det område.

Det er afgørende, at vi samler erfaringerne, når pakkeforløbet er implementeret, med henblik på at forbedre indsatsen, da der hele tiden viser sig nye teknologiske muligheder 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, men jeg håber, vi kan holde dialogen og samarbejdet levende, bevare engagementet, den konstruktive tone og fokus på det fælles mål: At give patienterne optimal udredning uden ikke-fagligt begrundet ventetid.

Else Smith

Direktør, Sundhedsstyrelsen

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

Indhold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Om pakkeforløb | 6 |
| 1.1 | Forløbstid | 6 |
| 1.2 | Mistanke og begrundet mistanke | 7 |
| 1.3 | Det multidisciplinære team | 7 |
| 1.4 | Forløbskoordinatorfunktion | 8 |
| 1.5 | Patient- og pårørendeinddragelse og kommunikation | 8 |
| 1.6 | Komorbiditet | 9 |
| 1.7 | Implementering af pakkeforløb | 9 |
| 1.8 | Almen praksis' rolle | 9 |
| 1.9 | Henvisning | 10 |
| 1.10 | Kvalitetssikring og -udvikling | 10 |
| 1.11 | Pakkeforløbets udvikling | 10 |
| 1.12 | Læsevejledning | 10 |
| 2 | Arbejdsgruppens sammensætning | 12 |
| 3 | Introduktion til diagnostisk pakkeforløb | 13 |
| 3.1 | Generelt om uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom | 13 |
| 3.2 | Kliniske retningslinjer | 14 |
| 3.3 | Det multidisciplinære team | 14 |
| 3.4 | Flowchart | 16 |
| 4 | Indledende udredning af patienter med uspecifikke symptomer | 17 |
| 4.1 | Klinisk indhold | 17 |
| 4.1.1 | Mistanke om alvorlig sygdom | 17 |
| 4.1.2 | Undersøgelser | 18 |
| 4.2 | Henvisning | 19 |
| 4.3 | Læge-patient kommunikation | 19 |
| 4.4 | Beslutning | 20 |
| 4.5 | Ansvarlig | 20 |
| 4.6 | Forløbstid | 20 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | Fortsat udredning på sygehusniveau | 21 |
| 5.1 | Undersøgelsesforløbet | 21 |
| 5.2 | Beslutning | 21 |
| 5.3 | Læge-patientkommunikation | 22 |
| 5.4 | Forløbskoordination | 22 |
| 5.5 | Ansvarlig | 22 |
| 5.6 | Forløbstid | 22 |
| 6 | Afslutning på pakkeforløbet | 24 |
| 6.1 | Videre udredning eller behandling på specialafdeling | 24 |
| 6.2 | Henvisning til sygdomsspecifikt pakkeforløb | 24 |
| 6.3 | Henvisning til pakkeforløb for metastaser uden organspecifik type | 24 |
| 6.4 | Videre behandling hos egen læge | 24 |
| 6.5 | Kontrol hos egen læge | 24 |
| 7 | Oversigtsskema | 25 |
| 7.1 | Samlede forløbstider | 26 |

1 Om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløbene er, at alle patienter skal opleve veltilrettelagte faglige forløb uden ikke-fagligt begrundet ventetid og med klar besked i alle pakkeforløbets faser. Målet er derved at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne.

Beskrivelserne af pakkeforløbene har en bred målgruppe. Målgruppen er *sundhedsfagligt personale, administratorer og beslutningstagere*.

Et pakkeforløb omfatter indsatsen i både primær- og sekundærsektoren, herunder i almen praksis og i de enheder på sygehusniveau, der varetager dele af patientforløbet. Pakkeforløbet er dermed organiseret multidisciplinært.

Der skal med udgangspunkt i pakkeforløbet tilrettelægges et individuelt forløb for hver enkelt patient, der tager hensyn til patientens behov.

Pakkeforløbene er tilrettelagt med udgangspunkt i forudreserverede tider. Pakkeforløb med lavt volumen kan dog tilrettelægges uden forudreserverede tider - så længe alle patienter oplever et veltilrettelagt forløb uden ikke-fagligt begrundet ventetid.

Følgende centrale sundhedsfaglige begreber er vigtige i arbejdet med dette pakkeforløb:

- Forløbstid
- Mistanke og begrundet mistanke
- Det multidisciplinære team
- Forløbskoordinatorfunktion
- Patient- og pårørendeinddragelse og kommunikation
- Komorbiditet
- Implementering
- Almen praksis' rolle
- Henvi sning
- Kvalitetssikring og -udvikling
- Pakkeforløbets udvikling

Disse områder beskrives nærmere herunder.

1.1 Forløbstid

Forløbstiderne i et pakkeforløb beskriver den tid, de enkelte trin i forløbet tager samt tiden mellem de enkelte elementer til fx vurdering af resultater og patientinformation. Forløbstiderne er således ikke passiv ventetid, men derimod aktiv tid til udredning, planlægning og information. Detaljerne omkring forløbstiderne fremgår af de enkelte afsnit i pakkeforløbet. De enkelte fasers forløbstid er til sidst lagt sammen i *en samlet forløbstid* – i dette tilfælde fra mistanken opstår til patienten er udredt.

Forløbstiderne findes i en skematisk oversigt til sidst i pakkeforløbet.

Tiderne er udarbejdet ud fra standardpatientforløb og tager ikke hensyn til eksisterende kapacitets- og ressourceforhold ligesom de ikke rummer tid til udredning og stabilisering af svær komorbiditet eller komplikationer.

Forløbstiderne vil i fremtiden kunne ændres i takt med fremkomsten af ny teknologi, viden og organisationsstrukturer.

Den enkelte region er ansvarlig for at planlægge implementeringen af pakkeforløbet. Regionen har en vis fleksibilitet i forhold til forløbstiden af de enkelte elementer i pakkeforløbet, men det er hensigten, at den samlede forløbstid skal overholdes. Forløb, der omfatter indsatser på både hovedfunktions-, regions- og evt. et højt specialiseret niveau og flere sygehuse, kræver særlig omhu, hvis lange forløb skal undgås.

Reglerne om maksimale ventetider for livstruende sygdom gælder stadig for kræftpatienter. Forløbstiderne er ikke en rettighed, men kan af patienter, almen praksis, speciallægepraksis, sygehuse, beslutningstagere og patientvejledere bruges som rettesnor for tidsforløbet fra mistanke til afsluttet udredning.

Der anvendes hele hverdage i beskrivelsen af forløbstiderne. Fem hverdage er lig med en uge. Det betyder fx, at såfremt en henvisning modtages mandag, er tirsdag 1. hverdag, onsdag 2. hverdag etc. Hvis patienten skal ses første gang på 4. hverdag, er dette således fredag.

1.2 Mistanke og begrundet mistanke

I modsætning til de øvrige sygdomsspecifikke pakkeforløb skal dette pakkeforløb indledes blot på *mistanke* om alvorlig sygdom, der kunne være kræft.

Opstår der undervejs i forløbet *begrundet mistanke* om en specifik kræftsygdom, skal patienten henvises til et specifikt pakkeforløb – uafhængigt af hvilken læge, der etablerer den begrundede mistanke.

I notatet *Indgang til pakkeforløb: mistanke, filterfunktion og begrundet mistanke* beskrives begreberne i detaljer.

1.3 Det multidisciplinære team

Forankring af udredning i et multidisciplinært team ('MDT') er en central del af pakkeforløbene og har vist sin værdi ved at sikre korte, veltilrettelagte patientforløb.

Formålet med etablering af MDT er, at lægelige specialer og andre sundhedsprofessionelle, der medvirker i bl.a. udredning og behandling, indgår i et forpligtende, kontinuert samarbejde.

Afvikling af effektive pakkeforløb kræver, at MDT træffer beslutning om udredning og behandling, og at den enkelte patient vurderes med inddragelse af alle relevante sundhedsprofessionelle, så beslutninger vedrørende bl.a. diagnostik og behandling ikke skal revideres efterfølgende med forsinkelse til følge.

Ligeledes er formålet at sikre samarbejdet på tværs af afdelinger og sektorer, således at tidsfrister og fagligt grundlag for beslutninger respekteres. Samarbejdet i teamet skal tilrettelægges, så den nødvendige faglige kvalitet og beslutningskompetence sikres kontinuerligt inkl. i ferieperioder og i forbindelse med sygdom.

Teamet skal have alle de sundhedsfaglige kompetencer, der er nødvendige for at sikre en standardpatient det mest hensigtsmæssige forløb, fx læger inden for forskellige specialer, forløbskoordinatorer, sygeplejersker mv. Ad hoc-medlemmer af teamet kan være fysioterapeuter, socialrådgivere og behandlere af betydende komorbiditet. Opgaver og ansvarsfordeling mellem teammedlemmer beskrives i lokale retningslinjer.

Forløbskoordinationsfunktionen bør integreres i MDT. Hensigten er at sikre den bedste koordination og kommunikation mellem de involverede aktører med henblik på et veltilrettelagt forløb for den enkelte patient.

Det aftales, hvilke teammedlemmer, der skal deltage i den enkelte konference og hvor mange MDT-konferencer, der skal afholdes i et pakkeforløb. Konferencernes formål bør beskrives, fx 'at træffe beslutninger om patientens videre forløb' eller 'at evaluere tidligere beslutninger'.

MDT-konferencer kan foregå ved, at de relevante medlemmer af teamet er fysisk samlet til en konference, men der kan også være tale om telefon- eller videokonferencer. MDT kan uddelegere beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer aftalt mellem de relevante aktører.

1.4 Forløbskoordinatorfunktion

Etableringen af en velfungerende forløbskoordinatorfunktion har vist sig nødvendig for et effektivt pakkeforløb. Forløbskoordinationen bør omfatte dels koordination internt i sygehuset og med andre sygehuse, dels koordination mellem sektorer. Patientforløbets effektivitet kan fremmes, såfremt koordinatoren tildeles kompetencer til at rekvirere undersøgelser og booke tider på alle involverede afdelinger, der indgår i pakkeforløbet. Kontaktpersonordningen kan evt. indtænkes i forløbskoordinatorfunktionen.

1.5 Patient- og pårørendeinddragelse og kommunikation

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 og giver sit samtykke dertil.

Det er vigtigt, at alle relevante fagprofessionelle i praksissektoren og på sygehusafdelinger kender til de relevante pakkeforløb, således at der gives opdateret og ensartet information til patienten. Informationen skal gives såvel skriftligt som mundtligt.

Reglerne på området er beskrevet i Sundhedsloven (kapitel 5) og er uddybet i bekendtgørelse om information, og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (nr. 665 af 14. september 1998) samt 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 og skal gives på en forståelig måde og tilpasses patientens behov
- skal omfatte andre mulige undersøgelser mv.
- skal oplyse om konsekvenserne af ikke at undersøge mv.

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

1.6 Komorbiditet

En stor del af de patienter, der indgår i et pakkeforløb, har betydende komorbiditet. Komorbiditet spiller en stor rolle for patientens mulighed dels for at gennemgå det planlagte udredningsforløb, dels for hvilken behandling der kan tilbydes samt 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. komorbiditet til den udredende afdeling, så udredningsforløbet kan individualiseres ved behov derfor. Regionen er ansvarlig for at sikre mulighed for udredning og stabilisering og behandling af betydende komorbiditet ved adgang til relevante specialer fx kardiologi eller nefrologi. Dette skal ske uden ikke-fagligt begrundet ventetid, således at patienten så vidt muligt kan følge pakkeforløbet.

I notatet *'Håndtering af komorbiditet i forbindelse med pakkeforløb for kræft'* beskrives området mere detaljeret.

1.7 Implementering af pakkeforløb

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

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

Kræftstyregruppen rådgiver Sundhedsstyrelsen omkring sundhedsfaglige indhold i pakkeforløb for kræft, mens pakkeforløbene for kræft godkendes i *Task Force* for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet forud for implementeringen. Denne proces er beskrevet på

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Pakkeforloeb/Task_Force_for_Kraeftomraadet.aspx

1.8 Almen praksis' rolle

Mistanke om alvorlig sygdom opstår ofte i almen praksis, der samtidig har et godt forhåndskendskab til hele patientens situation. Det gælder sociale, familie-, erhvervs- og helbredsforhold før det aktuelle sygdomsforløb. Disse forudsætninger giver den alment praktiserende læge mulighed for at vurdere patientens symptomer og være tovholder under den indledende del af udredningen. Samtidig giver det mulighed for at vurdere patientens psykosociale behov i udredningsperioden.

Behovet for videre udredning på specialistniveau gør det imidlertid hensigtsmæssigt at overlade ansvaret for og koordinationen af den videre udredning til en udredningsenhed på sygehusniveau.

Den alment praktiserende læge har en særlig informationspligt ved henvisning til pakkeforløb, idet patienten både skal informeres om, at der er mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, og om hvad pakkeforløbet omfatter.

1.9 Henvisning

Det er vigtigt, at henvisning til pakkeforløb sker mest hensigtsmæssigt. Der er behov for at sikre hurtig og fyldestgørende informationsudveksling ved henvisning til pakkeforløb, hvad 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 er i overensstemmelse med de gældende standarder (<http://www.medcom.dk/wm11906>), dvs. indeholder nødvendige oplysninger om patienten herunder beskrivelse af, hvilke kriterier der ligger til grund for mistanken om alvorlig sygdom, evt. komorbiditet og medicinforbrug. Især er oplysninger om eventuel antikoagulationsbehandling vigtige.

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.

1.10 Kvalitetssikring og -udvikling

Erfaringerne viser, at det er muligt systematisk at opsamle erfaringer med udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom.

Det bør overvejes at etablere kliniske databaser, der på landsplan kan følge udredningen af denne patientgruppe mhp. en evaluering af de sundhedsmæssige konsekvenser samt målretning af blodprøver og billeddiagnostik.

Der kan være behov for at revidere pakken under hensyntagen til de indhøstede erfaringer og udviklingen.

Af hensyn til monitoreringen bør det af bl.a. henvisningen fremgå at patienten indgår i dette pakkeforløb (jf. kapitel 4).

1.11 Pakkeforløbets udvikling

Dette pakkeforløb er udviklet i et samarbejde med de videnskabelige selskaber og regionerne.

I modsætning til de øvrige pakkeforløb foreligger der ikke kliniske retningslinjer fra de videnskabelige selskaber på dette område. Pakkeforløbet er derfor baseret på en drøftelse af 'best practice' i arbejdsgruppen på grundlag af den foreliggende evidens, de regionale erfaringer, instrukser og organisatoriske retningslinjer.

Pakkeforløbene bør som hovedregel revideres senest to år efter udgivelsen med inddragelse af erfaringer og ny viden. Revisionen skal ske tidligere eller senere, hvis særlige behov gør sig gældende. Sundhedsstyrelsen sikrer revisionen i samarbejde med en tværfagligt sammensat arbejdsgruppe.

1.12 Læsevejledning

Introduktion til diagnostisk pakkeforløb

Kapitlet beskriver de kliniske forhold og det faglige grundlag for pakkeforløbet. I underafsnittet om det multidisciplinære team (MDT) beskrives specifikke krav til MDT i dette pakkeforløb. Til sidst i dette kapitel findes et flowchart, der har til formål at give overblik over det samlede forløb.

Indgang til pakkeforløb

Kapitlet beskriver, hvilke kriterier, der ligger til grund for, for at patienten kan indgå i pakkeforløbet. Der lægges vægt på patientinformation, ansvar og forløbstider.

Indledende udredning af patienter med uspecifikke symptomer

Kapitlet beskriver, hvilken udredning en patient bør gennemgå inden evt. henvisning til videre udredning i en udredningsenhed med vægt på patientinformation, ansvar og forløbstider.

Fortsat udredning på sygehusniveau

Kapitlet beskriver patientforløbet efter den indledende udredning med vægt på læge-patientkommunikation, ansvar og forløbstider.

Afslutning på pakkeforløbet

I dette kapitel beskrives, hvordan pakkeforløbet kan afsluttes. Hvad der skal ske ved afslutningen på pakkeforløbet, afhænger af de fund, der er fremkommet ved udredningen.

Oversigtstabel

Overblikstabellen samler hele pakkeforløbet i stikord under overskrifterne 'Sundhedsfaglig handling', 'Logistisk handling', 'Information til patienten' og 'Ansvarlig'.

2 Arbejdsgruppens sammensætning

| Medlem | Udpeget af |
|--|--|
| Overlæge Per Gandrup | Organisation af Lægevidenskabelige selskaber |
| Overlæge Lone Kjeld Petersen | Organisation af Lægevidenskabelige selskaber |
| Praktiserende læge Roar Maagaard | Dansk Selskab for Almen Medicin |
| Praktiserende læge Jens Rubak | Dansk Selskab for Almen Medicin |
| Overlæge Birgitte Svolgaard | Dansk Radiologisk Selskab |
| Overlæge Hanne Nellemann | Dansk Radiologisk Selskab |
| Overlæge Annika Loft | Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin |
| Overlæge Karsten Nielsen | Dansk Patologiselskab |
| Specialechef Jonna Skov Madsen | Dansk Selskab for Klinisk Biokemi |
| Professor Peter Vedsted | Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet |
| Specialkonsulent Anders Møller Jakobsen | Indenrigs- og Sundhedsministeriet |
| Chefrådgiver Josefina Krausing-Vinther | Danske Regioner |
| Konsulent Mari-Ann Munch | Region Sjælland |
| Vicedirektør Torben Mogensen | Region Hovedstaden |
| Overlæge Karen Kjær Pedersen | Region Syddanmark |
| Ledende overlæge Ulrich Fredberg | Region Midtjylland |
| Centerchef Uffe Niebuhr | Region Nordjylland |
| Overlæge Kirsten Vistisen | De Multidisciplinære CancerGrupper (DMCG) |

3 Introduktion til diagnostisk pakkeforløb

3.1 Generelt om uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom

Alvorlige, ikke-akutte sygdomme starter ofte med få og almindeligt forekommende eller uspecifikke symptomer som træthed, vægttab, smerter eller anæmi. De samme symptomer er i langt de fleste tilfælde selvlimiterende og helt godartede.

I nogle tilfælde fører symptomerne til lægesøgning. For lægen kan det være en stor udfordring at pege på præcist den person, der måtte være alvorlig syg blandt de mange, der ikke er det. Da der ikke er begrundet mistanke om en organspecifik lidelse, kan patienten ikke starte målrettet udredning i fx et kræftpakkeforløb.

Vi ved, at personer, der senere viste sig at have kræft og som præsenterede sig med uspecifikke symptomer, oplever længere udredningstid og har en højere dødelighed sammenlignet med patienter, der præsenterede alarmsymptomer.

Diagnosetidspunktet er afgørende for succesfuld behandling af en række sygdomme, herunder kræft. Vi ved, at fx for tyk- og endetarmskræft er sen diagnosticering en medvirkende årsag til, at danske patienter har ringere overlevelse end patienter i de lande, vi normalt sammenligner os med. Det gælder muligvis også andre kræftformer.

Der er derfor behov for at udvikle effektive og tilgængelige henvisningsmuligheder og udredningsforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Dette pakkeforløb er målrettet disse patienter.

På basis af foreløbige tal fra Region Midtjyllands *Centre of Excellence* på Regionshospitalet i Silkeborg antages det, at patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, og som har behov for udredning på sygehusniveau er ca. otte pr. 100.000 indbyggere pr. uge. Det svarer skønsmæssigt til ca. 20.000 udredningsforløb årligt på nationalt niveau. Samtidig ved vi, at alment praktiserende læger har mistanke om alvorlig sygdom herunder kræft i næsten otte pct. af konsultationerne, og at der efter undersøgelse af patienten er begrundet mistanke i ca. fire pct. af konsultationerne. Med ca. 20 mio. konsultationer årligt i Danmark rejses mistanken altså mellem 800.000-1.600.000 gange årligt eller mindst 1-2 gange dagligt for en alment praktiserende læge. I omkring tre pct. af konsultationerne henvises patienten til billeddiagnostik og i en halv procent til endoskopisk undersøgelse.

For den alment praktiserende læge er det den helt store udfordring at være i stand til at fange netop de 8-10 kræfttilfælde, som lægen gennemsnitligt skal diagnosticere i løbet af et år. Det skal ses i forhold til det ret store antal gange kræftmistanken rejses. Vi ved, at i omkring 25 pct. af alle kræfttilfælde anfører de alment praktiserende læger, at patienten præsenterede sig med uspecifikke symptomer. Der findes dog ikke tal for, hvor mange patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der udredes i primærsektoren.

De hidtidige erfaringer på området tyder på, at 10-20 pct. af de patienter, der henvises til målrettet udredning af uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom på en udredningsenhed på sygehusniveau, har en kræftsygdom. Det skal i øvrigt ses i forhold til, at de typiske positive prædiktive værdier for alarmsymptomer på kræft i almen praksis er mellem 2-10 pct. Andre hyppige sygdomskategorier, der ofte

præsenterer sig med uspecifikke symptomer, er reumatologiske sygdomme eller sygdomme i mave-tarmkanalen.

3.2 Kliniske retningslinjer

Diagnostisk pakkeforløb er - udover konsensus i arbejdsgruppen - baseret på nedenstående instrukser og organisatoriske retningslinjer:

Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype, Sundhedsstyrelsen:
http://www.sst.dk/publ/Publ2010/PLAN/Pakke_kraeft/Kraeft_metast_uorgspec.pdf

Praksispakke ved mistanke om occult cancer, Vejle Sygehus:
www.sygehuslillebaelt.dk/wm261748

Dedikeret Medicinsk Udrednings Center, Odense Universitets Sygehus:
www.ouh.dk/wm341077

Guide til den gode henvisning og Guide til den gode epikrise, MedCom:
<http://www.medcom.dk/wm111906>

Kræftpakke for udredning af patienter med alvorlig sygdom, der kunne være kræft/Okkult cancer, Århus Sygehus:
<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=75241.596>

Filterfunktion ved mistanke om alvorlig sygdom, Region Sjælland:
<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=74740.337>

Forløbsbeskrivelse for Okkult cancer, Regionshospitalet, Silkeborg:
[http://www.regionshospitalet-silkeborg.dk/afdelinger/medicinsk/center+of+excellence/tv%c3%a6rfaglig+dagklinik+\(ink-c8-+okkult+cancer\)/okkult+cancer](http://www.regionshospitalet-silkeborg.dk/afdelinger/medicinsk/center+of+excellence/tv%c3%a6rfaglig+dagklinik+(ink-c8-+okkult+cancer)/okkult+cancer)

CT-protokol anbefalet af Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe til "Diagnostisk pakkeforløb for uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft", Dansk Radiologisk Selskab:
http://www.drs.dk/guidelines/obs_alvorlig_sygdom.pdf

3.3 Det multidisciplinære team

Den indledende udredning og behandling finder typisk sted i almen praksis, hvor lægen undersøger patienten og henviser patienten til blodprøver og billeddiagnostisk med svar tilbage til henvisende læge. Lægen beslutter herefter, om undersøgelser og svar danner grundlag for at kunne give patienten en diagnose, eller om patienten skal henvises til fortsat udredning på sygehusniveau.

Jo kortere ventetid og jo større undersøgelsesrepertoire, der er til rådighed for almen praksis i den indledende fase, desto mere af den samlede udredning vil kunne varetages i almen praksis.

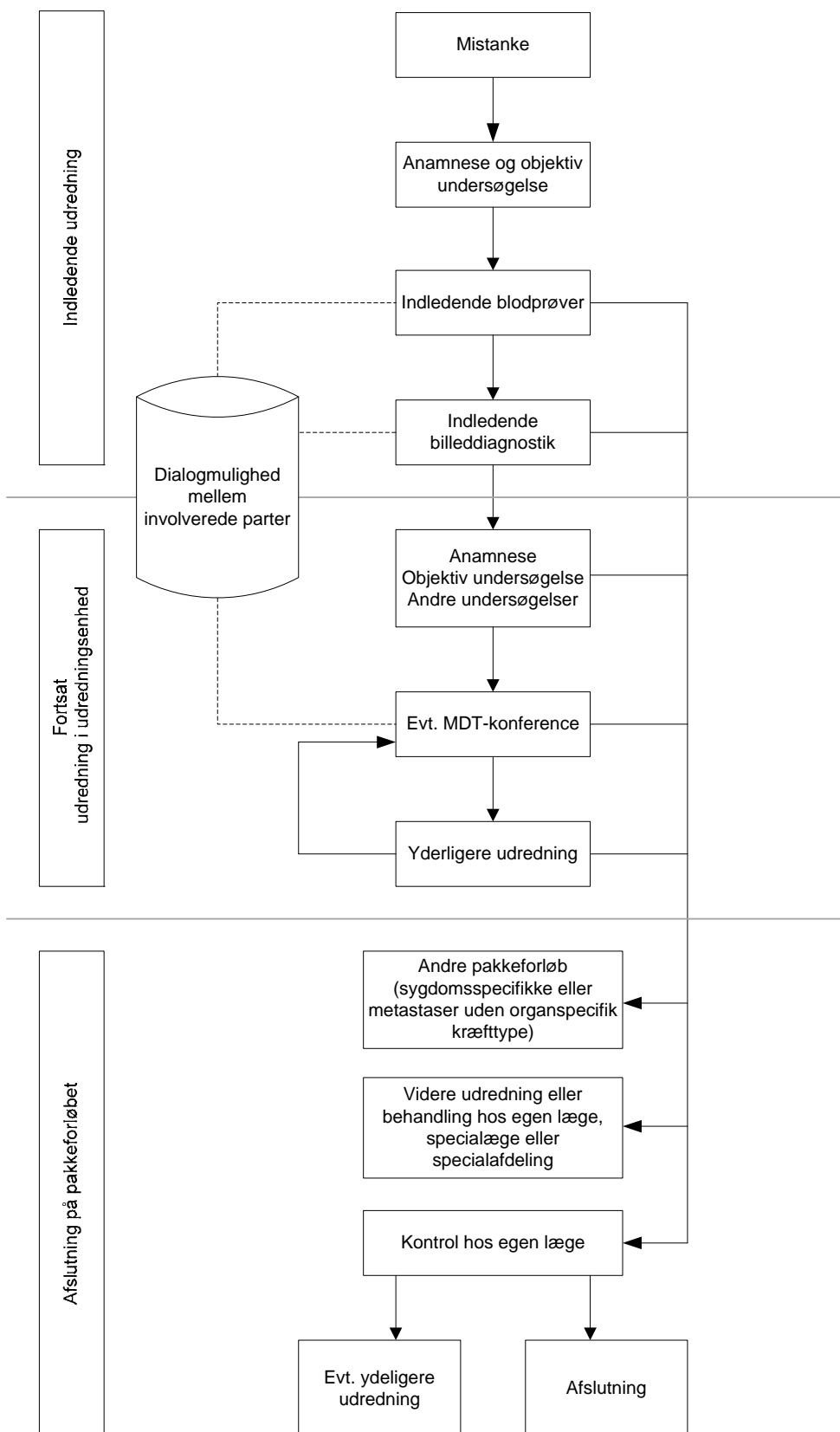
På dette tidspunkt i patientforløbet er det desuden væsentligt, at den alment praktiserende læge har mulighed for dialog med speciallæger på sygehusniveau for at afklare det mest hensigtsmæssige udredningsforløb for den enkelte patient.

Er patientens diagnose stadig uafklaret efter den indledende udredning, skal patienten henvises til en afdeling eller et afsnit med særlige kompetence til udredning af patienter med uspecifikke symptomer. I det følgende betegnes en sådan afdeling eller enhed en *udredningsenhed*.

Udredningsenheden indgår som patientens stamafdeling med ansvar for koordination og varetagelse af udredningsforløbet samt den multidisciplinære drøftelse af patientens symptomer og fund.

Udredningsenheden skal udpege en forløbsansvarlig speciallæge, der har ansvar for at sikre den overordnede kvalitet af pakkeforløbet. Desuden skal udredningsenheden etablere en forløbskoordinatorfunktion, der har ansvar for den detaljerede koordination af de enkelte individuelle forløb.

3.4 Flowchart



4 Indledende udredning af patienter med uspecifikke symptomer

4.1 Klinisk indhold

Nedenfor er beskrevet, hvilke symptomer, der kan give en læge mistanke om, at en patient har en alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Derefter følger en beskrivelse af den indledende udredning, der kan afklare, hvordan patientens videre forløb kan tilrettelægges.

Idet der er brug for systematisk opsamling af erfaringer fra dette pakkeforløb er det vigtigt, at de indledende og videre undersøgelser er ens landet over (evt. med lokale supplementer).

4.1.1 Mistanke om alvorlig sygdom

Målgruppen for pakkeforløbet er voksne patienter over 18 år. For børn og unge under 18 år med tilsvarende symptomer henvises akut til indlæggelse på den lokale børneafdeling, eventuelt efter konferering med et børneonkologisk center.

Patientgruppen, hos hvem mistanken om alvorlig sygdom opstår, er ikke velbeskrevet, og egentlige risikogrupper kan ikke angives med den nuværende viden.

Symptombilledet, der vækker mistanken, er varierende og kan også bestå af den praktiserende læges fornemmelse af, at patienten er alvorlig syg.

Ofte vil det dog omfatte en eller flere af følgende primært nyopståede symptomer uden umiddelbar forklaring:

- Almen sygdomsfølelse
- Udtalt træthed
- Større utilsigtet væggtab
- Feber uden årsag
- Ukarakteristiske abdominalia af over fire ugers varighed
- Uforklaret lav blodprocent (anæmi)
- Diffuse knoglesmerter
- En eller flere abnorme laboratorieprøver, som ikke umiddelbart kan forklares, fx forhøjede basiske fosfataser, forhøjet sænkning (SR) eller forhøjet calcium
- En markant stigning i antallet af kontakter til sundhedsvæsnet for en patient, der tidligere ikke har været forbruger af sundhedsydelse i særlig grad
- En markant stigning i medicinforbrug (fx antibiotika eller analgetika) for en patient, der ikke tidligere har haft behov for medicin i særlig grad

Hvis en patient opfylder kriterierne for henvisning til et *sygdomsspecifikt* pakkeforløb pga. begrundet mistanke om en konkret kræftsygdom, henvises patienten til det relevante pakkeforløb.

4.1.2 Undersøgelser

Ved mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft, iværksætter den læge (i almen praksis, speciallægepraksis eller på en sygehusafdeling), der får mistanken, nedenstående indledende udredning, der skal være gennemført inden henvisning til den fortsatte udredning på sygehusniveau:

- **Anamnese og grundig objektiv undersøgelse** herunder inspektion af hud, palpation af led, lymfeknuder, mammae eller testes, GU og rektal eksploration.

Lægen bør under anamneseoptagelsen være opmærksom på andre faktorer, der kan forklare symptomerne, fx primær psykisk lidelse, polyfarmaci, medicinbivirkninger eller demens.

Hvis mistanken opstår på baggrund af lymfeknudesvulst, bør anden forklaring, primært infektion, udelukkes ved relevante undersøgelser.

- **Indledende diagnostik, trin 1**

- **Blodprøver:** Hgb, MCV, MCH, L+D, retikulocytter, trombocytter, CRP, natrium, kalium, creatinin (eGFR), calcium (total), albumin, glucose, bilirubin, ALAT, basisk fosfatase, pancreasspecifik amylase, LDH, IgG-A-M, TSH, M-komponent og PP.

Blodprøverne er udvalgt efter klinisk relevans, de foreliggende erfaringer fra tilsvarende programmer og under hensyn til, at de kan tages i almen praksis uden særlige foranstaltninger.

- **Øvrige diagnostiske undersøgelser**

- Temperatur, vægt m.v.
- Urinprøve (stixes for glucose, protein, leukocytter, nitrit og blod)
- Fæces for blod (ved samme metode som introduceres til screening for tyk- og endetarmskræft (Indtil dette program træder i kraft foregår denne udredning efter lokale retningslinjer)). Hvis denne prøve er positiv henvises patienten til videre udredning uden billeddiagnostik jf. kapitel 5.
- EKG

- **Indledende diagnostik, trin 2:**

Billeddiagnostik: Umiddelbart i forlængelse af svar på blodprøveudredningen og information af patienten skal patienten – ved fortsat mistanke og efter samtykke - henvises til:

- Røntgen af thorax og ultralydsundersøgelse af abdomen
eller
- Diagnostisk CT-skanning af thorax, abdomen og lille bækken efter indgift af i.v.- og peroral kontrast i henhold til den enkelte afdelingens standard (der afhænger af skannermodel og kontrasttyper) og under hensyntagen til begrænsning af strålingsdosis

Hvis der ved klinisk undersøgelse er rejst mistanke om sygdom på halsen skal CT-skanning af halsen inkluderes.

Svaret på de billeddiagnostiske undersøgelser til den henvisende læge bør indeholde en konklusion samt en vejledning om de kliniske konsekvenser evt. efter drøftelse i MDT (jf. kapitel 5).

Henvisningsvejene for blodprøver og billeddiagnostik afhænger af lokal beslutning og lokale retningslinjer.

Henvisningerne bør mærkes '*Diagnostisk pakkeforløb – mistanke om alvorlig sygdom*'.

Denne indledende udredning vil i nogle tilfælde – sammen med den lægelige kliniske undersøgelse – være tilstrækkelig til at stille en diagnose, hvorefter patienten kan påbegynde **behandling hos egen læge** (fx ved fund af unormale stofskiftehormonværdier).

Den indledende udredning kan også være tilstrækkelig til at patienten kan henvises til **behandling af en specifik lidelse på specialafdeling eller i speciallægepraksis** eller kan **henvises til et sygdomsspecifikt pakkeforløb**.

Hvis der under den indledende udredning findes en metastase, men der ikke er begrundet mistanke om en organspecifik kræfttype, skal patienten **henvises til pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype**. Det vil typisk være ved fund af en proces suspekt for kræft ved en billeddiagnostisk undersøgelse eller palpation af patologisk forstørrede lymfeknuder uden anden forklaring.

Hvis de indledende blodprøver og billeddiagnostik *ikke* giver anledning til afklaring, skal den læge, der varetager den indledende udredning, henvise patienten til fortsat udredning. Der skal dog også være mulighed for **dialog mellem lægen med ansvar for den indledende udredning og en speciallæge fra udredningsenheden** (sygehusniveauet). Det indebærer, at der etableres lokale aftaler om kommunikationskanaler mellem almen praksis og et speciallægemedlem af udredningsenhedens multidisciplinære team, så tilgængeligheden sikres.

Patienten, der efter de indledende undersøgelser stadig er uafklaret, henvises uden forsinkelse til **videre udredning på en udredningsenhed på sygehusniveau**, såfremt mistanken stadig består.

4.2 Henvisning

Henvisningen af patienter, der efter den primære udredning fortsat er uafklarede, til en udredningsenhed mærkes '*Diagnostisk pakkeforløb - Mistanke om alvorlig sygdom*'.

Henvisende læge er ansvarlig for, at henvisningen til pakkeforløb indeholder tilstrækkelige oplysninger om patienten herunder en vurdering af patientens ressourcer (fx behovet for transport, tolkebistand eller indlæggelse under den fortsatte udredning).

Henvisningen skal følge retningslinjerne for 'Den gode henvisning' jf. MedCom-standarderne (<http://www.medcom.dk/wm111906>).

I MedCom-regi er der et igangværende udredningsarbejde, bl.a. sammen med Praksiskonsulentordningen, om at få udformet en dynamisk henvisning. I den forbindelse kan det aftales, hvilke oplysninger, der bør medtages ved henvisning af en patient til fortsat udredning.

4.3 Læge-patient kommunikation

Patienterne skal informeres om, at de indgår i et diagnostisk pakkeforløb pga. mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft.

Lægen kan efter vurdering opfordre patienten til at medbringe en støtteperson under det fortsatte udredningsforløb.

Læge-patientkommunikationen bør følge MedCom-standarderne, der kan findes på <http://www.medcom.dk/wm111906>

4.4 Beslutning

Det er den læge eller afdeling, der på baggrund af uspecifikke symptomer får mistanken om alvorlig sygdom, der kunne være kræft, som umiddelbart skal træffe beslutning om patienten skal påbegynde pakkeforløbet.

4.5 Ansvarlig

Ansvar for den indledende udredning kan initialt være placeret i almen praksis, speciallægepraksis eller på en sygehusafdeling. Ansvar for patienten under den indledende udredning skal entydigt beskrives i lokale retningslinjer.

4.6 Forløbstid

Når en læge får mistanke om, at patienten har alvorlig sygdom, skal patienten umiddelbart have taget de indledende blodprøver. Når der foreligger svar, og patientens situation stadig ikke er afklaret, skal patienten efter information om svar og samtykke, uden forsinkelse, henvises til den indledende billeddiagnostik.

- I forbindelse med **blodprøvetagning** må der maksimalt gå **tre hverdage** i alt i såvel almen praksis (evt. speciallægepraksis eller sygehusafdeling) som på laboratoriet med at håndtere henvisningspapirerne, tage selve blodprøverne, sende prøverne, gennemføre de fastlagte analyser og sende svaret til henvisende læge
- I forbindelse med de **billeddiagnostiske undersøgelser** må der maksimalt gå **tre hverdage** med at håndtere henvisningspapirerne, booke undersøgelserne, gennemføre de fastlagte undersøgelser og sende svar til rekvirerende læge

Idet der er tale om meget varierende sygdomsbilleder, kan den indledende udredning fra mistanke til modtagelse af henvisning på sygehusniveau således tage op til **i alt seks hverdage**.

Den syvende hverdag skal patienten have fået svar fra egen læge om resultaterne og enten være henvist til fortsat udredning i udredningsenheden, været henvist til et sygdomsspecifikt pakkeforløb eller pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype, påbegynde behandling hos egen læge eller henvises til behandling i relevant specialafdeling.

5 Fortsat udredning på sygehusniveau

Når den indledende udredning ikke har givet en afklaring, skal patienten henvises til fortsat udredning i en udredningsenhed på sygehusniveau. I dette afsnit beskrives denne udredning, der desuden skal beskrives i lokale retningslinjer.

5.1 Undersøgelserforløbet

Den videre udredning må i høj grad individualiseres efter den enkelte patients symptomer og de umiddelbare kliniske fund. Da der allerede er foretaget en indledende udredning med blodprøver og billeddiagnostik, er det formålet med den fortsatte udredning, at patienten undersøges, og erfarne klinikere gennemgår patientens sygehistorie og de foreliggende svar, og på den baggrund, i dialog med patienten, tager stilling til den mere målrettede udredning.

Det er afgørende for at undgå forsinkelse, unødigt belastning af patienten og ressourcospild, at undgå unødigt gentagelse af allerede udførte undersøgelser fra den indledende udredning. Resultaterne af den indledende udredning skal derfor være til rådighed i den videre udredning.

Alle patienter skal som led i den fortsatte udredning:

- Have optaget anamnese
- Have foretaget grundig klinisk undersøgelse inkl. rektal exploration, palpation af led, gl. thyroidea, mammae, testes og lymfeknuder på halsen, i axiller og i inguinae

Vejledt af de kliniske fund og forhistorien, kan følgende indgå i den fortsatte udredning:

- Ved smerter i bevægeapparatet: Ultralydsundersøgelse, røntgenundersøgelse eller knoglescintigrafi og evt. MR
- Ved normal objektiv undersøgelse, og hvis den ikke allerede foreligger: CT-skanning af thorax, abdomen og det lille bækken.
- Ved behov: Gastroskopi og coloskopi
- Ved behov: Ultralydsundersøgelse af halsen
- Ved behov: Mammografi og GU inkl. vaginal ultralydsskanning
- Ved mistanke om infektion (og evt. mislyd): Bloddyrkning (og evt. ekkocardiografi) eller anden symptomorienteret mikrobiologisk diagnostik
- Ved behov: Yderligere blodprøver fx HIV-test, lette kæder og relevante tumormarkører

Rækkefølgen af undersøgelserne tilrettelægges på baggrund af en individuel vurdering.

Ved kliniske fund målrettes undersøgelsen, eller patienten henvises til et relevant pakkeforløb.

5.2 Beslutning

På MDT-konference kan det besluttes, hvordan patienten yderligere skal udredes, fx om der er behov for PET-CT.

Det skal fremgå af lokale retningslinjer, hvilke specialer, der - på speciallægeniveau - skal være repræsenteret på konferencen (evt. via videokonference), samt hvornår og hvor den skal finde sted.

5.3 Læge-patientkommunikation

Efter de fortsatte undersøgelser og MDT-konferencen skal patienten inddrages i beslutningen om og give sit samtykke til det videre forløb på baggrund af:

- Resultaterne af de kliniske undersøgelser
- Lægens konklusioner på baggrund heraf
- Lægens anbefalinger (afslutning, videre undersøgelser eller behandling) samt formålet hermed

Patienten skal desuden informeres om

- Hvornår patienten igen skal undersøges eller behandles (næste tid)
- Hvem der er kontaktperson i det videre forløb

5.4 Forløbskoordination

Erfaringer med udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom har vist, at det er væsentligt at fokusere på forløbskoordination for at få hurtige udredningsforløb. Der skal derfor i hver udredningsenhed ske forløbskoordination. Koordinationen kan fx varetages af kontaktlægen, kontaktsygeplejersken eller en sekretær.

Forløbskoordinationen skal både ske internt på sygehuset, mellem sygehuse og evt. mellem sektorer.

Erfaringen er, at forløbene kan optimeres, hvis evt. ikke-lægelige koordinatorene får mulighed for at rekvirere undersøgelser og booke tider på alle involverede afdelinger, der er involveret i forløbet.

5.5 Ansvarlig

Den afdeling, hvor patienten har påbegyndt den fortsatte udredning, er ansvarlig for patientens forløb, indtil patienten er færdigudredt eller kan henvises til et specifikt pakkeforløb.

En forløbsansvarlig speciallæge er overordnet ansvarlig for forløb og indhold samt kvalitetssikringen af udredningsprogrammet mht. organisation og forløbstider.

5.6 Forløbstid

Der kan ikke angives en maksimal samlet forløbstid for alle patienter, der udredes for alvorlig sygdom, idet de enkelte forløb er individuelle. Imidlertid tilstræbes det, at udredningen i udredningsenheden skal være afsluttet inden for **16 hverdage**.

Et standardforløb i en udredningsenhed kan typisk bestå af:

- Fra modtaget henvisning til første kontakt (tre hverdage)
- Yderligere blodprøver og billeddiagnostik fx helkrops-CT (to hverdage)
- Nødvendige speciallægevurderinger (to hverdage)
- Biopsitagning og analyse (fire hverdage) (ved knoglemarvsundersøgelse: 6 hverdage)

- Tværfaglige konferencer (to hverdage)
- Patientinformation (én hverdag)
- Stabilisering af evt. komorbiditet eller evt. pause med blodfortyndende behandling før biopsi, såfremt der er behov (to hverdage)

6 Afslutning på pakkeforløbet

Pakkeforløbet kan afsluttes på følgende måder:

6.1 Videre udredning eller behandling på specialafdeling

Hvis der konstateres alvorlig sygdom, som der ikke findes et pakkeforløb for, henvises patienten til videre udredning og behandling på relevant specialafdeling efter gældende lokale retningslinjer.

6.2 Henvisning til sygdomsspecifikt pakkeforløb

Hvis der under udredningen af patienten opstår begrundet mistanke om hjertesygdom eller en organspecifik kræfttype, skal patienten, uden ikke-fagligt begrundet ventetid, henvises til det respektive pakkeforløb.

6.3 Henvisning til pakkeforløb for metastaser uden organspecifik type

Hvis der findes en metastasesuspekt proces uden organspecifik kræfttype henvises patienten til pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype.

6.4 Videre behandling hos egen læge

Hvis der diagnosticeres sygdom, som kan behandles af egen læge, henvises patienten dertil.

6.5 Kontrol hos egen læge

Hvis man ikke finder tegn på alvorlig sygdom, kan patienten efter en konkret lægefaglig vurdering overgå til et individuelt tilpasset kontrolforløb hos egen læge, hvor formålet er at vurdere om der stadig er mistanke om alvorlig sygdom. Det skal, på baggrund af lokale retningslinjer, beskrives i epikrisen, hvilket kontrolforløb man tilråder for patienten. Det er herefter almen praksis' opgave at sikre og effektuere dette.

I de tilfælde, hvor mistanken om alvorlig sygdom helt kan frafaldes, kan patienten afsluttes. Der sendes epikrise til egen læge.

Epikrisens indhold skal følge MedCom-standarderne jf. <http://www.medcom.dk/wm109921>.

7 Oversigtsskema

| Sundhedsfaglig handling | Logistisk handling | Information til patienten | Ansvarlig |
|--|--|--|---|
| Indledende udredning | Klinisk undersøgelse inkl. blodprøver og efterfølgende henvisning til billeddiagnostik. Ved svar: Opsamling og stillingtagen til resultater af disse analyser | Patienten indgår i et pakkeforløb pga. mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Pakkeforløbet har til hensigt at stille diagnosen hurtigst muligt. Der er derfor særlige krav til forløbstiderne. Pakkeforløbet inkluderer kliniske undersøgelser, blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser. Henvisende læge er kontaktperson i den indledende fase | Den læge i almen praksis, speciallægepraksis eller på en sygehusafdeling, der får mistanke om alvorlig sygdom |
| Henvisning til fortsat udredning | Henvisning til udredningsenhed | Resultaterne af de kliniske undersøgelser (beskrives for patienten). Lægens anbefalinger for det videre forløb. Hvornår patienten igen skal undersøges eller behandles (næste tid) | Den læge i almen praksis, speciallægepraksis eller på en sygehusafdeling, der får mistanke om alvorlig sygdom |
| Klinisk undersøgelse og beslutning i forbindelse med den fortsatte udredning | Klinisk undersøgelse af patienten. | Resultaterne af de kliniske undersøgelser (beskrives og analyseres for patienten og lægen giver på den baggrund sine anbefalinger for det videre forløb). Hvornår patienten igen skal undersøges eller behandles (næste tid). Hvem der er kontaktperson i det videre forløb | Læge i udredningsenhed |
| Koordination af den fortsatte udredning | Koordination af de videre undersøgelser | Logistikken i det videre forløb fx mødetider til undersøgelser | Forløbskoordinatorfunktion i udredningsenhed |
| Kvalitetssikring og -udvikling af den fortsatte udredning | Overordnet planlægning og koordination af programmet til videre udredning | (Ingen) | Forløbsansvarlig speciallæge i udredningsenhed |
| Afslutning af pakkeforløbet | Henvisning af patienten til et sygdomsspecifikt pakkeforløb, pakkeforløb for metastaser uden kendt primærtumor, til behandling hos egen læge, til kontrol hos egen læge eller til specifik behandling på sygehusniveau uden for et pakkeforløb | Anbefalingerne for det videre forløb. | Læge i udredningsenheden |

7.1 Samlede forløbstider

Der kan ikke angives en samlet forløbstid for alle patienter, der udredes for alvorlig sygdom, idet forløbene vil være individuelle. Imidlertid tilstræbes det, at den indledende udredning skal være afsluttet indenfor **seks hverdage** og den videre udredning indenfor **16 hverdage**.

Samlet forløbstid fra mistanke til afsluttet udredning: **22 hverdage**