



SUNDHEDSSTYRELSEN

Pakkeforløb for analkræft

2016

Pakkeforløb for analkræft

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Emneord: Kræft, pakkeforløb, kræftbehandling, kræftplan, analkræft, Cancer ani

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.1

Versionsdato: 01.09.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-567-3

For yderligere oplysninger om rapportens indhold henvendelse til:

Planlægning, Sundhedsstyrelsen – mail: plan@sst.dk

Forord

De første pakkeforløb på kræftområdet blev lavet på baggrund af en aftale mellem regeringen og regionerne om at kræftpatienter skulle have forløb *uden unødigt ventetid med akut handling og klar besked*. Pakkeforløbene blev endeligt implementeret i januar 2009. Som led i Kræftplan III er alle pakkeforløbene efterfølgende blevet revideret, og der kommet enkelte nye pakkeforløb til.

Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt er planlagt og booket på forhånd. Pakkeforløbene spænder fra den begrundede mistanke om kræft, over udredning, initial behandling og til efterforløbet. Med revisionen blev pakkeforløbsbeskrivelser udvidet til også at omfatte rehabilitering, palliation, den sygeplejefaglige indsats og håndtering af recidiver, ligesom der er kommet øget fokus på kommunikation og inddragelse af patienten samt de pårørende.

I 2015 udsendte Sundhedsstyrelsen en række opfølgingsprogrammer for kræft, hvor de tidligere kontrolforløb efter endt kræftbehandling er nytænkt. De 19 opfølgingsprogrammer kan betragtes som en udvidelse og supplement til pakkeforløbsbeskrivelserne. Begrebet opfølgning dækker over en bred vifte af mulige indsatser, herunder opsporing af recidiv og resttumor, behovsvurdering, rehabilitering og palliation, håndtering af senfølger, støtte til egenomsorg m.v. Et væsentligt hensyn med opfølgingsprogrammerne er at imødekomme patientens behov ud fra en faglig vurdering, og med fokus på psykosociale indsatser og senfølger. Opfølgingsprogrammerne vil være endeligt implementeret i løbet af 2016.

Ved indførelsen af pakkeforløbene var de helt unikke både i dansk og international sammenhæng, fordi fagprofessionelle, ledende klinikere på kræftområdet, administratorer og ledere i regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen gik sammen om at skabe et veltilrettelagt forløb med patienten i centrum. Siden er pakkeforløbstankegangen blevet udbredt til andre områder, ligesom flere lande har hentet inspiration i de danske erfaringer.

Sundhedsstyrelsen overvåger forløbstiderne for patienter i kræftpakkeforløb, og følger løbende op på pakkeforløbsbeskrivelserne, herunder vurderer behovet for eventuel opdatering eller udarbejdelse af supplerende pakkeforløb for kræft.

Kræftbehandlingen i Danmark har med pakkeforløbene fået et løft. Pakkeforløbene har vist sig effektive og været med til at skabe hurtigere og veltilrettelagte forløb for en række patienter. Men der er samtidig behov for et løbende ledelsesmæssigt fokus, for at sikre sammenhængende og rettidige forløb for mennesker med kræft og mistanke om kræft, og for at sikre hensigtsmæssig prioritering af ressourcerne på området.



Søren Brostrøm
Direktør
Sundhedsstyrelsen

Indhold

Arbejdsgruppens sammensætning	5
1 Introduktion til pakkeforløb for analkræft	8
1.1 Generelt om pakkeforløb	8
1.2 Generelt om analkræft	8
1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer	10
1.4 Forløbskoordination	10
1.5 Det multidisciplinære team	11
1.6 Flowchart for pakkeforløb for analkræft	12
2 Indgang til pakkeforløb for analkræft	13
2.1 Risikogrupper	13
2.2 Mistanke	13
2.2.1 Filterfunktion	14
2.3 Begrundet mistanke	14
2.4 Henvisning til filterfunktion og pakkeforløb	14
2.5 Kommunikation og inddragelse	15
2.6 Beslutning om henvisning	15
2.7 Registrering	15
2.8 Forløbstid	15
3 Udredning af analkræft	16
3.1 Undersøgelsesforløbet	16
3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietildeling	16
3.3 Kommunikation og inddragelse	16
3.4 Beslutning	17
3.5 Ansvarlig	17
3.6 Registrering	17
3.7 Forløbstid	18
4 Behandling	19
4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb	19
4.2 De hyppigst opståede komplikationer	20
4.3 Specifik understøttende behandling herunder sygepleje	20
4.4 Specifik rehabilitering og palliation	21
4.5 Kommunikation og inddragelse	21
4.6 Beslutning	22
4.7 Registrering	22
4.8 Forløbstid	23
5 Kirurgisk håndtering af recidiv	24

5.1	Salvage abdominoperineal resektion	24
5.2	Forløbstid for salvage kirurgi	24
5.3	Primær rekonstruktion af perineum og evt. vagina	24
5.4	Lymfeglandexairese	25
5.4.1	Kommunikation og inddragelse	25
5.4.2	Beslutning	25
5.4.3	Ansvarlig	25
6	Oversigtsskema	26
6.1	Forløbstider	29
7	Registrering	30
7.1	Pakkeforløb start	30
7.2	Udredning start	30
7.3	Beslutning vedrørende initial behandling	30
7.4	Behandling start	31
7.5	Pakkeforløb slut	31

Arbejdsgruppens sammensætning

Medlemmer af arbejdsgruppen vedrørende pakkeforløb for analkræft	
Repræsentant	Repræsentation og arbejdssted
Overlæge Claus Rønholt	Udpeget af Region Hovedstaden Gastro-kirurgisk enhed, Herlev Hospital (Også udpeget af Dansk Colorectal Cancer Gruppe)
Overlæge Karsten Bech	Udpeget af Region Sjælland Kirurgisk Afdeling, Roskilde og Køge Sygehuse (indtil forår 2013)
Overlæge Bente Lund	Udpeget af Region Nordjylland Onkologisk afdeling, Aalborg Sygehus
Overlæge, dr.med Steen Buntzen	Udpeget af Midtjylland og Dansk Anal Cancer Gruppe Kirurgisk afd. P, Aarhus Universitetshospital
Overlæge Hans B. Rahr	Udpeget af Region Syddanmark Sygehus Lillebælt Vejle Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling
Direktør Peter Torsten Sørensen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
Kvalitetskoordinator Connie Hangaard	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Herlev Hospital, Onkologisk afdeling

Overlæge Jan Lindebjerg	Udpeget af Dansk Patologiselskab Vejle sygehus
Overlæge Birgitte R. Svolgaard	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Herlev Hospital
Overlæge Hanne Havsteen	Udpeget af Dansk Anal Cancer Gruppe Onkologisk afdeling R, Herlev Hospital
Overlæge John Pløen	Udpeget af Dansk Anal Cancer Gruppe Onkologisk afd., Vejle Sygehus
Overlæge ph.d. Anni Ravnsbæk Jensen	Udpeget af Dansk Anal Cancer Gruppe Onkologisk afd. D, Århus Universitetshospital
Reservelæge ph.d. Kåre Sunesen	Udpeget af Dansk Anal Cancer Gruppe Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling A Aalborg sygehus, Århus Universitetshospital
Overlæge ph.d. Lilli Lundby	Udpeget af Dansk Anal Cancer Gruppe Kirurgisk afd. L, Århus Universitetshospital

Overlæge Per Gandrup	Udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, Aalborg Sygehus
Overlæge ph.d. Helle W. Hendel	Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin, Klin. Fys. afd Z, Herlev Hospital
Overlæge Pia Sjøgren	Udpeget af Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

1 Introduktion til pakkeforløb for analkræft

1.1 Generelt om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløb for kræftområdet er, at patienter skal opleve et veltilrettelagt, helhedsorienteret fagligt forløb uden unødigt ventetid i forbindelse med udredning, initial behandling og efterforløbet, rehabilitering og palliation, med det formål at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne.

Et pakkeforløb er et standardpatientforløb, som beskriver organisation og sundhedsfagligt indhold, kommunikation med patient og pårørende, samt angiver entydig ansvarsplacering og forløbstider.

Hvis du vil vide mere om baggrunden og opbygning af pakkeforløb findes der på Sundhedsstyrelsens hjemmeside en læsevejledning www.sst.dk.

Efterforløbet for kræftpatienter efter den initiale behandling er beskrevet i opfølgingsprogrammet. Det tidligere kapitel vedr. efterforløbet i pakkeforløbene er slettet, da opfølgingsprogrammet erstatter dette kapitel. Det sygdomsspecifikke opfølgingsprogram er udgivet som en selvstændig publikation, men er en del af det respektive pakkeforløb.

1.2 Generelt om analkræft

Typer af kræft

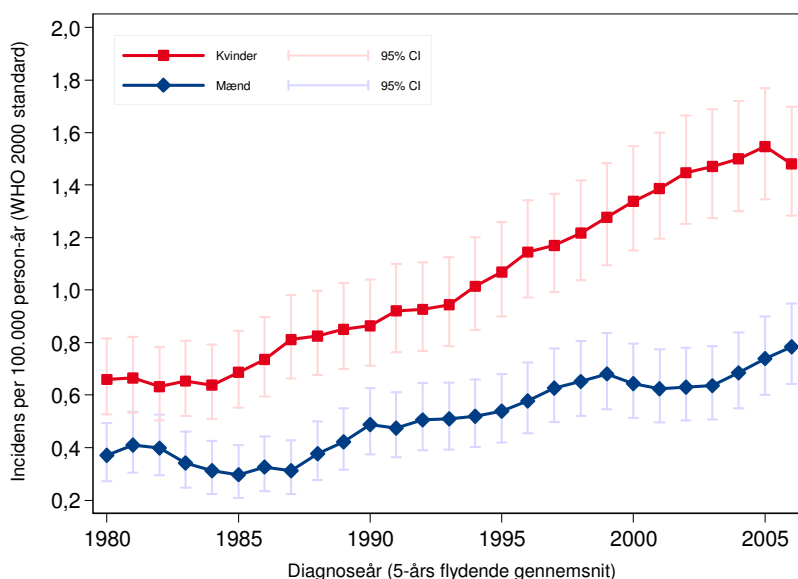
Analregionen består af analkanalen og huden omkring analåbningen, den perianale hud. Analkanalen er beklædt med epitel karakteriseret ved gradvis overgang fra slimhinde af kolorektaltype med cylinderepitel i den øverste del af analkanalen til den modificerede hud med pladeepitel under linea dentata. Den perianale hud består af pladeepitel med overgang i normal hud, som omgiver anus med en radius op til 5 cm.

Af kræfttilfælde registreret med udgangspunkt i analregionen udgør pladeepitelkarcinomer skønsmæssigt 75-80 % og cylinderepitelkarcinomer 15-20 %. En betydelig andel af cylinderepitelkarcinomer er formentligt lav endetarmskræft med direkte indvækst i analkanalen, mens cylinderepitelkarcinomer med egentligt udgangspunkt i analkanalen er sjældnere. Udredning og behandling er dog ens og adskiller sig ikke fra endetarmskræft i øvrigt, hvorfor disse falder under det eksisterende pakkeforløb for kræft i tyk og endetarm. Sjældne typer af kræft i analregionen, der inkluderer malignt melanom, neuroendokrine tumorer, ikke-epiteliale tumorer samt metastaser falder ligeledes uden for dette pakkeforløb og omtales ikke yderligere.

Pladeepitelkarcinomer i analregionen består af flere varianter, der afspejler den komplekse, varierede histologi i regionen. Underinddeling har dog begrænset klinisk betydning og ”pladeepitelkarcinom” bruges her som samlet betegnelse for alle undervarianter. Dette pakkeforløb vedrører således pladeepitelkarcinomer med primær lokalisation i analkanalen og/eller den perianale hud, i det efterfølgende benævnt ”analkræft”.

Epidemiologi, årsag og risikofaktorer

I Danmark registreres årligt 80-100 nye tilfælde af analkræft, heraf 2/3 blandt kvinder. I lighed med andre vestlige lande er der i Danmark observeret stigende incidens af analkræft igennem de seneste årtier. Den aldersstandardiserede incidens af analkræft per 100.000 personer/år er øget hos kvinder fra 0,66 i 1978-1982 til 1,48 i 2004-2008 og hos mænd fra 0,37 til 0,78 (figur 1). Incidensen af analkræft er steget i alle aldersgrupper, men den største relative stigning er observeret blandt yngre. Medianalderen ved diagnosticering af analkræft er i Danmark faldet fra 65 år blandt både kvinder og mænd i perioden 1978-1988 til 60 år blandt kvinder og 59 år blandt mænd i perioden 1999-2008.



Figur 1
Aldersstandardiserede incidens af analkræft i Danmark, 1978-2008

Op til 90 % af anale pladeepitelkarcinomer er positive for en eller flere kræftfremkaldende HPV typer, hvoraf HPV type 16, og i mindre grad typerne 18 og 33, er hyppigst. Disse HPV typer er også årsag til livmoderhalskræft og risikoen for analkræft er forøget 4-6 gange ved tidligere *in situ* eller invasiv kræft i livmoderhalsen. HPV type 16 og 18 er inkluderet i HPV-vaccinen, der siden 2009 er blevet tilbudt piger i alderen 12-års alderen som del af børnevaccinationsprogrammet.

Stadieinddeling og prognose

Til stadieinddeling af analkræft bruges TNM- klassifikationen (*tumor-node-metastasis*), der baseres på klinisk og radiologisk vurdering af tumorstørrelse (T1-T3) og indvækst i tilstødende organer (T4), spredning til regionale lymfeknuder (N) og fjerne metastaser (M). De regionale lymfeknuder udgøres af lymfeknuder omkring endetarm, i lymfeknuder og langs ateria iliaca interna. Der er små forskelle i TNM-klassifikationen af analkræft udgående fra analkanalen og henholdsvis den perianale hud.

Tabel 1 viser fordelingen af analkræft på stadie og tilhørende 5-årsoverlevelse for amerikanske patienter. Den samlede 5-årsoverlevelse var 58 %. Tilsvarende danske tal eksisterer ikke, men stadiefordeling og overlevelse er skønsmæssigt af samme størrelsesorden.

Tabel 1	Stadie	Fordeling	5-årsoverlevelse
Stadie I:	Tumor \leq 2 cm, ingen organindvækst eller metastaser	25 %	70 %
Stadie II:	Tumor > 2 cm, ingen organindvækst eller metastaser	52 %	59 %
Stadie III:	Organindvækst og/eller regionale lymfeknudemetastaser	17 %	41 %
Stadie IV:	Fjernmetastaser	6 %	19 %

Tabel 1 Stadie og 5-årsoverlevelse for 19.199 amerikanske analkræftpatienter registreret i the National Cancer Data Base i perioden 1985-2000 (Bilimoria *et al.* Dis Colon Rectum 2009; 52: 624-31)

1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Analcancer Gruppe (DACG): Retningslinjer for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af cancer ani. 2010.

Klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af akutte hudreaktioner forårsaget af eksterne stråleskader til patienter med kræft.

http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Microsoft%20Word%20-%20hudreaktioner_straaleskader_endelig.pdf

1.4 Forløbskoordination

Koordinationen af patientforløbene tager sit udgangspunkt i de landsdækkende kliniske retningslinjer (www.DMCG.dk). Her beskrives de minimale undersøgelser og tilbud om behandling, som en patient med analkræft bør tilbydes.

Der henvises desuden til afsnit 1.3.6.

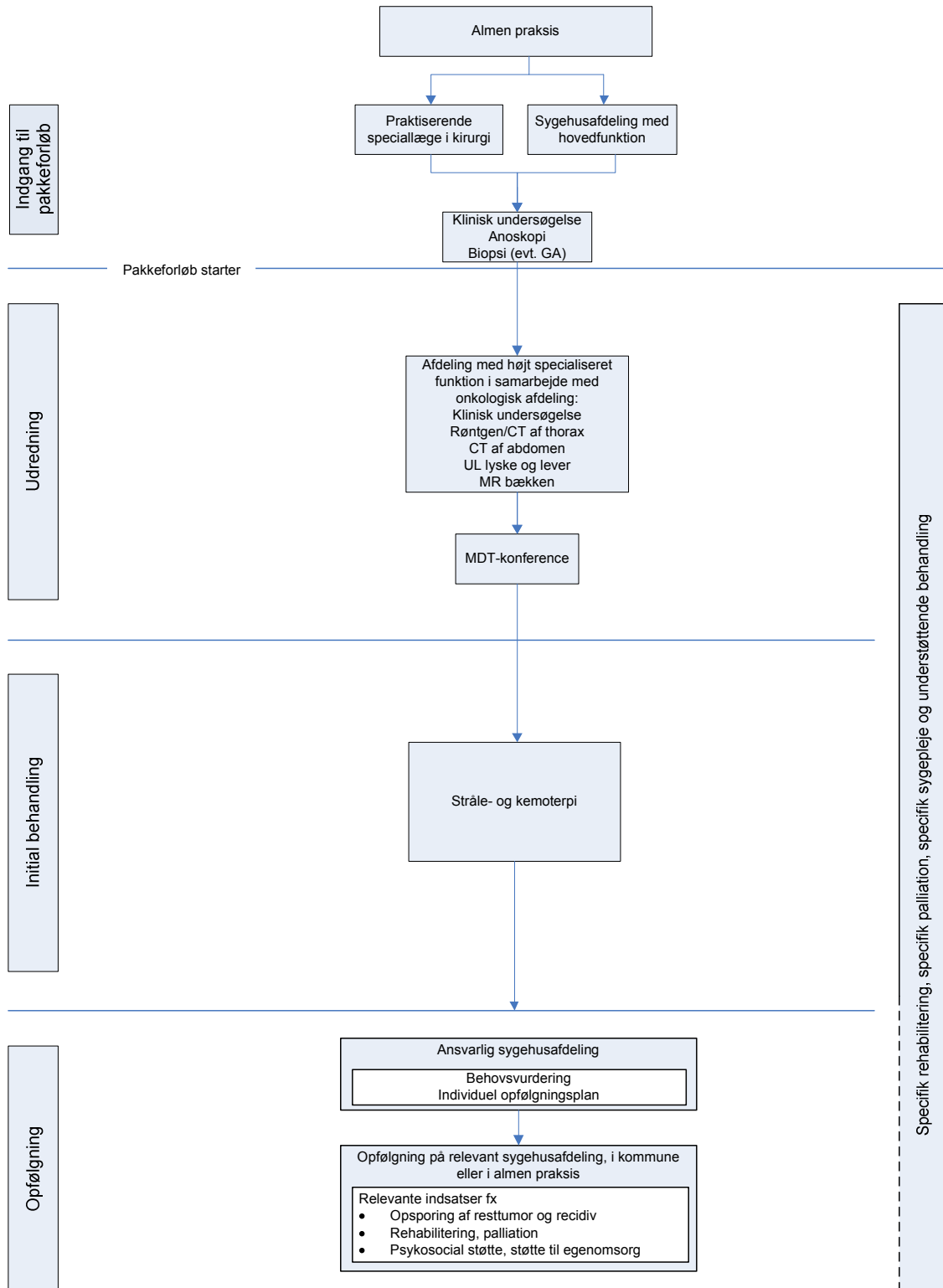
1.5 Det multidisciplinære team

Det anbefales, at beslutninger vedrørende analkræftpatienter inkluderes i en af de allerede eksisterende MDT-konferencer på højt specialiseret niveau, fx for endetarmskræft, bestående af onkolog, kolorektalkirurg, plastikkirurg, patolog, billeddiagnostikere (radiolog, evt. nuklearmediciner). I dette forum gennemgås alle udredninger, og behandlingsstrategi planlægges.

Herudover deltager forløbskoordinationsfunktionen med henblik på at sikre overgangene mellem afdelinger og hospitaler og andre sektorer.

På MDT-konferencen drøftes alle nyhenviste patienter med analkræft, og der træffes beslutninger om patientens videre forløb. MDT-konferencen har til opgave at fastlægge en endelig behandlingsplan på baggrund af relevant diagnostik.

1.6 Flowchart for pakkeforløb for analkræft



2 Indgang til pakkeforløb for analkræft

2.1 Risikogrupper

Analkræft er en overvejende seksuelt overført sygdom forårsaget af infektion med kræftfremkaldende typer af human papilloma virus (HPV). Risikoen for analkræft øges bl.a. ved stigende antal seksualpartnere, anal seksuel praksis og forekomst af en række andre kønssygdomme.

Øget risiko for analkræft ses endvidere ved stigende alder, rygning og tilstande med svækket immunforsvar. Organtransplanterede patienter har 10-15 gange øget risiko for analkræft som følge af kraftig immundæmpende behandling. Risikoen for analkræft er blandt HIV inficerede patienter forøget 30-120 gange og analkræft udgør 6-8 % af alle kræfttilfælde i denne population. Den relativt høje risiko blandt personer med HIV tilskrives dels seksuel adfærd der disponerer til infektion med HPV, og dels svækket immunforsvar som følge af HIV infektion.

Vigtige risikogrupper:

- HIV-inficerede
- Mænd der har sex med mænd
- Organtransplanterede og andre personer med kraftigt svækket immunforsvar
- Personer med anden HPV-relateret genital *in situ* eller invasiv neoplasi

Selv i disse risikogrupper er analkræft dog en sjælden sygdom og kriterier for indgang i pakkeforløb adskiller sig ikke fra andre patientgrupper i pakkeforløb.

2.2 Mistanke

Analkræft præsenterer sig overvejende med lokale symptomer. Blødning ses hos ca. 60 %, anale smerter hos ca. 40 % og følelse af udfyldning i analregionen beskrives af ca. 20 % af patienterne. Mindre hyppigt ses ændret afføringsmønster, analkløe og sekretion. Fækal inkontinens ses hos 5-10 %. Hævede lymfeknuder i lysken er i enkelte tilfælde eneste symptom på analkræft. Ofte er symptomerne blot uspecifikke hæmorideklager.

Mistanke om analkræft hos patienten kan opstå i almen praksis, på sygehusafdeling og hos praktiserende speciallæge i kirurgi.

Ved **mistanke** om analkræft foretages i almen praksis:

- Inspektion
- Rektaleksploration
- Palpation af abdomen og lyskereioner
- Om muligt suppleres med anoskopi.

Ved mistanke i almen praksis henvises til filterfunktion ved speciallæge i kirurgi i speciallægepraksis eller på sygehus med hovedfunktion. Hvis der er en synlig tumor henvises til sygehus med hovedfunktion.

2.2.1 Filterfunktion

Patienten henvises ved mistanke til praktiserende speciallæge i kirurgi eller kirurgisk specialafdeling med hovedfunktion med henblik på nærmere undersøgelse evt. med biopsi i general anæstesi ved behov. Udredningen omfatter:

- Vurdering af almentilstand
- Palpation af abdomen og lyskereioner
- Gynækologisk undersøgelse hos kvinder
- Rektaleksploration
- Anoskopi
- Biopsi

2.3 Begrundet mistanke

Begrundet mistanke opstår ved undersøgelse i filterfunktion, når der påvises en tumor, med eller uden positiv biopsi, eller mistanke om analkræft opretholdes efter ovenstående undersøgelser. Filterfunktionen henviser umiddelbart patienter med begrundet mistanke til start på pakkeforløb på afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på udredning og evt. behandling.

2.4 Henvisning til filterfunktion og pakkeforløb

Patienter med mistanke om analkræft henvises til filterfunktion. Ved begrundet mistanke om kræft ved analundersøgelse med biopsi, henvises patienten til pakkeforløb for analkræft.

Der udfærdiges en henvisning på baggrund af anamnese og de foretagne objektive undersøgelser, herunder svar på biopsi.

Ved mistanke om analkræft gælder reglerne om maksimale ventetider. Med mindre hensyn til patientens helbred tilsiger andet skal patienten tilbydes forundersøgelse på en dato, der ligger senest 14 kalenderdage efter sygehuset har modtaget henvisningen.

Henvisningen til start på pakkeforløb fremsendes efter lokale /regionale aftaler. Efter modtaget henvisning vil patienten blive kontaktet af behandlende afdeling med et tidspunkt for udredningsforløbet.

2.5 Kommunikation og inddragelse

Patienten informeres om, at der er fundet mistanke eller begrundet mistanke om kræft, samt om det videre forløb i filterfunktion eller pakkeforløb.

Lægen kan efter vurdering opfordre patienten til at medbringe en støtteperson under det fortsatte udredningsforløb. Såfremt patienten ønsker det, kan pårørende deltage i samtalen med henvisende læge.

Hos den henvisende læge drøftes følgende med patienten:

- At man mistænker kræft i endetarmsåbningen.
- At patienten derfor skal henvises til speciallæge eller specialafdeling med henblik på nærmere undersøgelse evt. med vævsprøve i fuld bedøvelse. Såfremt der herefter er bestyrket mistanke om kræft i endetarmsåbningen vil patienten herefter skulle henvises til udredning i et pakkeforløb på kirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion.

2.6 Beslutning om henvisning

Beslutning om henvisning til filterfunktion tages af praktiserende læge i samråd med patienten.

Beslutning om henvisning til start på pakkeforløb tages af filterfunktionen i samråd med patienten.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

2.7 Registrering

AFB31A	<i>Analkræft: henvisning til pakkeforløb start</i>
--------	--

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for analkræft skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for analkræft modtages i afdelingen, eller når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til målgruppebeskrivelsen jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen uanset henvisningsmåde. Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

2.8 Forløbstid

Forløbstiden er **6 kalenderdage**.

Patienten henvises med begrundet mistanke om analkræft til højt specialiseret afdeling. Fra henvisningen er modtaget må der gå 6 kalenderdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne samt booke relevante undersøgelser og samtaler. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 7. kalenderdag.

3 Udredning af analkræft

3.1 Undersøgelserforløbet

Udredningen sigter på at af- eller bekræfte den begrundede mistanke om analkræft samt at fastlægge sygdommens stadie.

Udredningen foregår efter en fast skabelon.

- Revision af det histologiske præparat, såfremt der foreligger et tidligere præparat
- Blodprøver (hgb, væsketal, lever/galdetal)
- Undersøgelse i universel anæstesi med
 - Evt. biopsi
 - Anoskopi
 - Gynækologisk undersøgelse
 - Transanal ultralyd
- Ultralyd af lysker (evt. nålebiopsi)
- CT scanning af thorax, abdomen, evt. PET-CT
- MR scanning af bækken

3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

I langt de fleste tilfælde henvises patienten til pakkeforløb på basis af en histologisk diagnose. Ved afslutning af udredningsprogrammet er diagnosen stillet, og der kan foretages stadietinddeling med henblik på beslutning om behandlingstilbud.

Hvis udredningen resulterer i en benign diagnose udgår patienten af pakkeforløbet.

30 % af patienterne præsenterer sig initialt med palpable lymfeknuder i ingvinalregionerne, halvdelen af disse er reaktive. Behandlingsstrategi og prognose afhænger af N-status. I forbindelse med primær stadietinddeling noteres af og til klinisk og/eller ultralydssuspekterede lymfeknuder i ingvinalregionerne, hvor ultralydsvejledt finnålsaspiration viser sig at være negativ. I denne situation anbefales ny finnålsaspiration evt. diagnostisk lymfeknudeexcision.

3.3 Kommunikation og inddragelse

Ved første kontakt med en patient i pakkeforløb afholdes en samtale med patienten om det planlagte udredningsprogram og herunder eventuel ubehag og risici.

Der indhentes samtykke fra patienten til udredningsprogrammet.

Da antallet af nødvendige undersøgelser for at fastlægge diagnose, stadium m.v. varierer fra patient til patient, drøftes resultaterne af de enkelte undersøgelser og baggrunden for eventuel yderligere undersøgelse(r) løbende med patienten. Med hensyn til resultaterne af billeddiagnostik, herunder endoanal ultralydsundersøgelse, afholdes en samtale med patienten

senest første hverdag efter undersøgelsen, mens der i tilfælde af biopsi kan afholdes svarsamtale senest første hverdag efter de centralt aftalte tidsrammer for cytologi-/histologisvar.

Samtale om resultaterne af udredningsprogrammet og kirurgisk eller onkologisk behandling og dennes bivirkninger foretages af den behandlende afdeling, som står for undersøgelse og/eller har henvist til undersøgelse. Onkologisk afdeling inddrages allerede i udredningsforløbet ved MDT-konference med henblik på foreløbig visitation og forberedelse af behandling (strålebehandling og evt. kemoterapi).

Den planlagte plan for behandling tilbydes i henhold til landsdækkende retningslinjer. Der vil oftest være tale om stråleterapi (med eller uden kemoterapi), og kun i sjældne tilfælde kirurgi. Patienten og eventuelle pårørende informeres om både akutte og kroniske bivirkninger til behandlingen.

Sygeplejefaglig information til patienter med mistanke om analkræft

Ved forundersøgelse afholdes ambulant samtale med patienten, hvor der gives sygeplejefaglig information og svares på spørgsmål. En kontaktsygeplejerske vil være til stede under samtalen og vil inden udskrivelsen tilbyde patient og pårørende opsamlende samtale samt iværksættelse af tværsektorielle tiltag. Der udleveres relevant informationsmateriale.

Efter forundersøgelsen afholdes samtale med patienten og evt. pårørende af udredende afdeling om det videre behandlingsforløb.

3.4 Beslutning

Tilbud om behandling besluttet på MDT-konference. Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

3.5 Ansvarlig

Den udredende kirurgiske eller onkologiske afdeling er ansvarlig for udredningsforløbet.

3.6 Registrering

AFB31B	Analkræft: udredning start, første fremmøde
---------------	--

Registreres ved patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for analkræft.

Første fremmøde omfatter besøg på parakliniske afdelinger i henvisningsperioden som assistance eller ved direkte henvisning til undersøgelse med begrundet mistanke om kræft eller besøg / indlæggelse i stamafdelingen. Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret, hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, første fremmøde.

Ved henvisning fra almen praktiserende læge og speciallæge direkte til paraklinisk afdeling til udredning i pakkeforløb for organspecifik kræfttype skal paraklinisk afdeling, som værende stamafdeling, registrere første fremmøde.

Når udredningen er afsluttet, og der tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling, registreres en af følgende koder:

Klinisk beslutning vedrørende den initiale behandling vil for de fleste forløb ske ved MDT-konferencen. Beslutningen kan dog også tages, og dermed registreres, ved beslutning om initial behandling uden MDT-konference.

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

AFB31X1	Analkræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB31X2	Analkræft: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	--

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

3.7 Forløbstid

Forløbstiden for udredning er **14 kalenderdage**.

Udredningen består af:

- Klinisk undersøgelse, herunder anoskopi, gynækologisk undersøgelse
- Transanal ultralyd samt ultralyd af lyske
- Billeddiagnostik (CT-skanning, MR-skanning,)
- Svar på radiologiske undersøgelser og evt. biopsi efterfulgt af MDT-konference
- Informationssamtale med patient og evt. pårørende
- Vurdering og evt. stabilisering af komorbiditet

4 Behandling

4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Behandling af analkræft foregår på en højt specialiseret afdeling. Hovedparten af patienterne behandles primært med stråleterapi i kombination med kemoterapi. Ganske få patienter behandles med primær kirurgisk behandling

Efter primær behandling med stråle- og kemoterapi vil nogle patienter blive tilbudt efterfølgende supplerende kirurgisk behandling, såkaldt 'salvage kirurgi', som altså så ikke er primær kirurgisk behandling. Dette beskrives i afsnittet 'efterforløbet'.

Under 6 % af patienterne vil på diagnose tidspunktet have primær dissemineret sygdom, som oftest kun kan behandles palliativt, enten med strålebehandling med få fraktioner eller kemoterapi

Stråleterapi i kombination med kemoterapi

Hovedparten af patienter med analkræft behandles primært med stråleterapi, som regel kombineret med kemoterapi.

Behandling består for langt de fleste patienters vedkommende af strålebehandling og kemoterapi. Strålebehandlingen varer ca. 6 uger, længere hvis der anvendes neoadjuvant kemoterapi.

Strålebehandling i høj dosis rettes mod primærtumor og eventuelle lymfeknudemetastaser, medens subklinisk sygdom i regionale lymfeknuder i bækken og lysker behandles samtidigt, men med mindre dosis.

Primær og sekundær kirurgi

Ganske få patienterne, ca. 1-2 patienter årligt behandles primært med kirurgisk behandling. Der er tale om patienter, hvor helt særlige forhold gør sig gældende.

Det kan eksempelvis være patienter, der ikke kan tåle stråle/ kemoterapi. I sådanne tilfælde kan der være tale om et større operativt indgreb.

I særlige tilfælde kan man behandle små tumorer kirurgisk, men oftest vil patienter med små tumorer også blive tilbudt primærbehandling med stråleterapi/kemoterapi. I tilfælde af små tumorer er der tale om et mindre operativt indgreb.

Lokalrecidiv efter primær kirurgi behandles med stråle- og kemoterapi.

Dissemineret sygdom og recidiv

Nogle patienter vil have sygdom i et avanceret stadie ved diagnosetidspunkt, som oftest kun kan behandles palliativt.

Patienter med fjerne metastaser ved sygdomsdebut eller med recidiv efter primær kirurgi i form af fjerne metastaser kan ikke tilbydes behandling med bevist kurativ effekt. Imidlertid har nogle patienter opnået langtidsoverlevelse efter intensiv kemoterapi, og efterfølgende strålebehandling på tilbageværende tumorvæv.

Ved smerter eller blødning hos inkurabile patienter kan gives palliativ strålebehandling i få fraktioner mod smertegivende eller blødende tumorvæv.

4.2 De hyppigst opståede komplikationer

Akutte

Bivirkningerne ved stråleterapien består i diarré, smerter ved afføring, afskalning af huden og smerter, hyppig vandladning samt træthed, kvalme og eventuelt opkastninger. Kemoterapien kan, afhængigt af arten af denne, medføre forbigående knoglemarvssuppression, forværring af den stråleinducerede kvalme og diarré, samt hårtab, permanent høretab og paræstesier. De akutte bivirkninger er som regel værst hen imod slutningen af behandlingen og lige efter dens afslutning for så at klinge af efter nogle uger.

Kroniske gener

Strålebehandlingen kan medføre kronisk diarré, smerter og blødning ved afføring, afføringsinkontinens, vaginal stenose og tørhed med seksuelle problemer til følge, menopause hos yngre kvinder og impotens hos mænd. Sjældnere ses hyppig vandladning og bækkensmerter.

Kemoterapien kan medføre blivende høretab og paræstesier i hænder og fødder. Patienterne klager ofte over øget træthed, koncentrationsbesvær, følelseslabilitet og nedsat fysisk formåen efter behandlingen.

4.3 Specifik understøttende behandling herunder sygepleje

Specifik understøttende behandling og sygepleje under stråle- og kemoterapi retter sig primært mod kvalme, opkastning, diarré og eventuel knoglemarvssuppression. Patienter og pårørende skal ved en forberedende samtale informeres om behandlingens virkning og mulige bivirkninger. Vejledning om kost og ernæringstilstand er et vigtigt fokusområde. Især kan svær opkastning og diarré medføre dehydrering og forringet almentilstand i en sådan grad, at indlæggelse kan blive nødvendig.

Kvindelige patienter informeres om eventuel tidlig menopause og risikoen for vaginal stenose, og kvinden bør ved behov instrueres i anvendelse af en vaginal dilatator.

Svære hud- og slimhindereaktioner i forbindelse med bestråling af endetarmsområdet kan udover sædvanlig hudpleje kræve brug af steroidgel/creme.

Understøttende behandling og sygepleje bør omfatte en åben kommunikation og direkte tilgang til samtale om bivirkningernes tabuiserede karakter. Transport til behandlingen kan være et væsentligt problem på grund af diarre. Dette bør afklares og tilrettelægges individuelt.

4.4 Specifik rehabilitering og palliation

Hos patienter med udtalte gener fra store tumorer kan anlæggelse af stomi være nødvendig før start af onkologisk behandling. Stomien vil oftest være permanent, og patienten bør tilbydes specifik støtte og vejledning af specialuddannet stomisygeplejerske. Om specifik rehabilitering til stomipatienter henvises til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm.

Mange patienter vil få brug for en målrettet rehabiliteringsindsats for at lindre sygdommens og kræftbehandlingens følger. Anal insufficiens, fækal urgency og frisk blødning per rektum pga. stråleproktitis er hyppige sequelae til strålebehandling for anal cancer, og hos mange patienter opstår symptomerne som progredierende senfølger med en betydelig forringelse af livskvaliteten.

Patienterne skal fra starten tilbydes understøttende behandling og symptomlindring i form af vejledning, medikamentel behandling og forebyggende tiltag.

4.5 Kommunikation og inddragelse

Der afholdes en samtale med patienten om behandlingsmuligheder, herunder fremlæggelse af behandlingstilbud, når svar foreligger på samtlige gennemførte undersøgelser og disse er vurderet ved MDT-konference. Endvidere drøftes tidsperspektivet i behandlingstilbuddet, mulige bivirkninger og konsekvenser af at undlade behandling. Ved samtalen afklares patientens forventninger til forløbet og endvidere afdækkes patientens livssituation, frygt, ressourcer, behov og ønsker. Patienten opfordres til at tage en pårørende med til samtalen. Patienten modtager den aftalte skriftlige information.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til behandlingen.

Efter endt onkologisk behandling informeres patienten igen om forventelige reaktioner på behandlingen for de næste par uger, og der informeres om, hvor patienten kan henvende sig ved problemer. Desuden informeres om det videre kontrolforløb.

Samtale med patienten om operation, de dertil knyttede risici, den postoperative fase og rehabilitering foretages af den behandlende afdeling, som udfører operationerne. I tilfælde af

onkologisk behandling skal kirurgen informere om baggrunden for dette inden patienten henvises til onkologisk afdeling.

Samtale om radiokemoterapi, herunder varighed, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og de dertil knyttede risici foretages af de læger, som varetager behandlingen. Hvis der tilbydes pallierende kemoterapi, afholder onkologen en samtale om baggrunden, og giver desuden detaljeret information om behandlingen, herunder varighed, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering med mere. Endvidere skal de palliative tiltag løbende drøftes med patienten.

4.6 Beslutning

Beslutning om behandlingstilbud tages på MDT-konferencen. Patienten skal give informeret samtykke til behandling.

4.7 Registrering

Ved start af initial behandling registreres en af følgende koder, alt efter behandlingsform

AFB31F1	Analkræft: initial behandling start, kirurgisk
AFB31F2	Analkræft: initial behandling start, medicinsk
AFB31F3	Analkræft: initial behandling start, strålebehandling

Registreringen skal foretages ved først forekommende behandlingstiltag. Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelserne for de enkelte pakkeforløb for kræftområdet.

Kirurgisk behandling defineres som al behandling fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

AFB31X1	Analkræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB31X2	Analkræft: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	--

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

4.8 Forløbstid

I dette pakkeforløb beskrives udelukkende forløbstid for primær stråleterapi og kemoterapi. Der beskrives ikke forløbstid for primær kirurgi, da disse forløb både er forskellige og sjældne, og der kan derfor ikke opstilles en meningsfuld forløbstid. Disse patienter skal have et individuelt tilrettelagt forløb.

Forløbstid for salvage kirurgi fremgår under kapitlet om efterforløbet.

Primær stråleterapi og kemoterapi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet, og der er taget beslutning om behandlingstilbud i MDT, til patienten skal modtage primær stråleterapi og kemoterapi, er 15 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser, journaloptagelse og information inkl. informeret samtykke
- Teknisk forberedelse af patienten, herunder anlæggelse af permanent intravenøs adgang

Behandling

- Stråleterapi og kemoterapi

5 Kirurgisk håndtering af recidiv

5.1 Salvage abdominoperineal resektion

Standardbehandling ved recidiv efter stråle/kemoterapi er salvagekirurgi i form af abdominoperineal resektion med sigmoideostomi og excision af den bageste vaginalvæg, hvis tumor involverer forreste del af analkanalen. Bækkenrømning er indiceret ved direkte indvækst i organer i det lille bækken, og resektion af os coccygeus eller nederste del af os sacrum kan være nødvendig for at opnå radikalitet.

Prognosen efter salvagekirurgi er god. I et dansk studie af analkræft vedr. salvagekirurgi var 5-års overlevelsen 61 % blandt alle opererede og 75 % hos patienter med frie resektionsrande.

Salvage kirurgi er et stort kirurgisk indgreb som varetages i et multidisciplinær team.

5.2 Forløbstid for salvage kirurgi

Den fagligt begrundede forløbstid, fra patienten er informeret om at vedkommende skal modtage salvage kirurgi til den operative behandling, er 17 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booke samtaler og undersøgelser
- Indlæggelse, blodprøver og information, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, blodprøve, evt. supplerende billeddiagnostik Væsentlig koordinering og planlægning af kompliceret indgreb med deltagelse af speciallæge fra flere specialer
- Patient/pårørende samtale med sygeplejerske om blandt andet stomianlæggelse og rehabilitering

Behandling

- Operation

5.3 Primær rekonstruktion af perineum og evt. vagina

Efter salvagekirurgi er primær lukning af perineum ofte ikke mulig. Ved primær lukning af såret i perineum ses perineale komplikationer hos 27-64 %, og helingen er forsinket over 3 måneder hos hovedparten af patienterne. Dette tilskrives den store defekt efter kirurgi og tidligere strålebehandling. Der foretages derfor primær rekonstruktion af perineum og evt. vagina i forbindelse med salvage abdominoperineal resektion for analkræft. Specielt transperin vertical rectus abdominus muskulokutan lapplastik (VRAM-lap) har vist lovende resultater med hensyn til reduktion af perineale sårkomplikationer.

Kriteriet for anvendelse af VRAM –lap er patienter med recidiv eller persisterende analkræft efter primær stråleterapi. Selv i tilfælde, hvor primær lukning af perineum er mulig med

konventionel teknik, er brug af VRAM-lap forbundet med betydelig lavere forekomst af perineal sårruptur (9 % vs. 30 %) og sårinfektion (9% vs. 37%).

5.4 Lymfeglandexairese

Ved påvist metakron metastase i ingvinal lymfeknuder foretages radikal exairese svarende til aktuelle ingvinalregion, såfremt de(n) er resektable. Ved samtidig lokalrecidiv- / residual tumor, foretages exairesen i forbindelse med salvage abdominoperineal resektion. Ingvinalregionerne er oftest inkluderet i den primære strålebehandling og derfor foretages oftest rekonstruktion med hud- eller muskellap i forbindelse med inguinalexairese for recidiv, da risikoen for postoperative sårkomplikationer er stor.

5.4.1 Kommunikation og inddragelse

Patienten informeres om formålet med kirurgisk behandling af recidiv, herunder information om stomi samt øvrige følger af behandlingen.

5.4.2 Beslutning

Beslutningen om salvagekirurgi tages i MDT-regi og i samråd med patienten. Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

5.4.3 Ansvarlig

Kirurgisk afdeling er ansvarlig for håndtering af recidiv.

6 Oversigtsskema

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans fagprof./speciale
Indgang til pakkeforløb			
Beslutning: Praktiserende læge finder <i>mistanke</i> om kræft og henviser til filterfunktion ved praktiserende speciallæge i kirurgi eller sygehusafdeling med hovedfunktion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes til kirurg eller til kirurgisk afdeling ▪ Evt. supplerende relevante oplysninger 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten informeres om mistanke om kræft ▪ Videre forløb 	Almen praksis
Filterundersøgelse: Vurdering af almen tilstand Palpation af abdomen og lyskere regionen Gynækologisk undersøgelse hos kvinder Rektaleksploration Anoskopi og biopsi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking 	Patienten informeres om filterfunktionsundersøgelse mv.	Praktiserende speciallægepraksis eller kirurgisk afdeling med hovedfunktion
Beslutning: Filterfunktion. finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft med eller uden positiv biopsi og henviser til pakkeforløb	Henvisning sendes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten informeres om begrundet mistanke om kræft ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb 	Praktiserende speciallægepraksis eller kirurgisk afdeling med hovedfunktion
Udredning			
Visitation til pakkeforløb: Undersøgelserprogram	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking af undersøgelsesprogram 	Indkaldelse: undersøgelsesprogram Pt. informeres om undersøgelsesprogrammet	Højt specialiseret afdeling
Undersøgelserprogram: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TAU i UA med kirurg og onkolog ▪ Anoskopi ▪ Biopsi, hvis ikke foretaget tidligere 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsier til histologisk/cytologisk undersøgelse ▪ Beskrivelse og tegning af tumor 	Videre forløb forklares Svar på undersøgelser Tider til onkologisk afd. medgives	Højt specialiseret afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans fagprof./speciale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ FNA ved suspekter lymfeknuder ▪ CT af thorax og abdomen, evt. PET-CT ▪ MR af bækken 			
Beslutning: Efter afslutning af udredning besluttet tilbud om videre forløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning til onkologisk ▪ Visitation til onkologisk ▪ Eller evt. booking til operation 	<p>Der indhentes informeret samtykke fra patienten.</p> <p>Information til patienten vedr. videre forløb</p>	MDT-konference
Initial behandling			
Konsultation Kemo/stråleterapi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tid booket ved visitation ▪ Tid booket til kemo/stråleterapi, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten informeres om det videre forløb. ▪ Svar på tider til start på strålebehandling og kemoterapi ▪ Informeret samtykke 	Onkologisk afdeling
Beslutning:			MDT-konference
Stråle-/kemoterapi			Onkologisk afdeling
Konsultation ved onkologisk afdeling	Epikrise til almen praksis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse til kontrol, rehabilitering og palliative indsatser ▪ Informeret samtykke 	Onkologisk afdeling
Efterforløbet			
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specialiseret genoptræning ▪ Kontrol 	Booking: konsultation i højt specialiseret afdeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videre forløb 	Onkologisk afdeling
Beslutning:	Almen praksis:	Svarafgivelse	Onkologisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans fagprof./speciale
Kontrol afsluttes	Epikrise		

6.1 Forløbstider

Forløbstider

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	14 kalenderdage	
Fra afslutning på udredende afdeling til start på initial behandling	Stråle/kemoterapi	15 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Stråle/kemoterapi	35 kalenderdage

7 Registrering

Registreringsoversigt - Pakkeforløb for analkræft

7.1 Pakkeforløb start

AFB31A	Analkræft: henvisning til pakkeforløb start
---------------	--

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for analkræft skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for analkræft modtages i afdelingen, eller når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til målgruppebeskrivelsen jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen uanset henvisningsmåde. Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

7.2 Udredning start

AFB31B	Analkræft: udredning start, første fremmøde
---------------	--

Registreres ved patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for analkræft.

Første fremmøde omfatter besøg på parakliniske afdelinger i henvisningsperioden som assistance eller ved direkte henvisning til undersøgelse med begrundet mistanke om kræft eller besøg / indlæggelse i stamafdelingen. Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret, hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, første fremmøde.

Ved henvisning fra almen praktiserende læge og speciallæge direkte til paraklinisk afdeling til udredning i pakkeforløb for organspecifik kræfttype skal paraklinisk afdeling, som værende stamafdeling, registrere første fremmøde.

7.3 Beslutning vedrørende initial behandling

Når udredningen er afsluttet, og der tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling, registreres en af følgende koder:

AFB31C1	Analkræft: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB31C1A	Analkræft: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB31C2	Analkræft: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB31C2A	Analkræft: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Klinisk beslutning vedrørende den initiale behandling vil for de fleste forløb ske ved den multidisciplinære konference. Beslutningen kan dog også tages, og dermed registreres, ved beslutning om initial behandling uden multidisciplinær konference.

7.4 Behandling start

Ved start af initial behandling registreres en af følgende koder, alt efter behandlingsform

AFB31F2	<i>Analkræft: initial behandling start, medicinsk</i>
AFB31F3	<i>Analkræft: initial behandling start, strålebehandling</i>

Registreringen skal foretages ved først forekommende behandlingstiltag. Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelserne for de enkelte pakkeforløb for kræftområdet.

7.5 Pakkeforløb slut

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

AFB31X1	<i>Analkræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB31X2	<i>Analkræft: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	--

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.