



SUNDHEDSSTYRELSEN

Pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen

2016

Pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen

© 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 III, cancer, bugspytkirtlen, pancreas

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.1

Versionsdato: 01.09.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-382-2

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 kræft i bugspytkirtlen	7
1.1	Generelt om pakkeforløb	7
1.2	Generelt om pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen	7
1.3	Landsdækkende kliniske retningslinjer	8
1.4	Forløbskoordination	8
1.5	Det multidisciplinære team	8
1.6	Flowchart	9
2	Indgang til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen	10
2.1	Risikogrupper	10
2.2	Mistanke	10
2.2.1	Filterfunktion	10
2.3	Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb	11
2.4	Henvisning til pakkeforløb	11
2.5	Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke	11
2.6	Kommunikation og inddragelse	11
2.7	Ansvarlig for henvisning	12
2.8	Registrering	12
2.9	Forløbstid	12
3	Udredning	13
3.1	Undersøgelsesforløbet	13
3.2	Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling	14
3.3	Kommunikation og inddragelse	15
3.4	Beslutning	15
3.5	Ansvarlig	16
3.6	Registrering	16
3.7	Forløbstid	17
4	Initial behandling af kræft i bugspytkirtlen	19
4.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	19
4.2	De hyppigst opståede komplikationer	19
4.3	Specifik sygepleje og understøttende behandling	20
4.4	Specifik rehabilitering	20
4.5	Specifik palliation	21
4.6	Kommunikation og inddragelse	22
4.7	Beslutning	22
4.8	Ansvarlig	22
4.9	Registrering	23

4.10	Forløbstid	23
5	Oversigtsskema	26
6	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 kræft i bugspytkirtlen	
Overlæge Michael Bau Mortensen, Formand	Udpeget af Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe, Kirurgisk afd. – Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med. Carsten Palmæs Hansen	Udpeget af Region Hovedstaden, Gastroenterologisk Klinik - RH
Specialansvarlig, Overlæge Michael Seiersen	Udpeget af Region Sjælland, Kirurgisk afd. – Roskilde og Køge Sygehus
Professor Claus Hovendal	Udpeget af Region Syddanmark + Dansk Esophagus-Cardia og Ventrikel Cancergruppe, Kirurgisk afdeling - Odense Universitetshospital
Ledende overlæge, dr.med. Lone Susanne Jensen	Udpeget af Region Midtjylland, Kirurgisk Gastroenterologisk afd.L - Århus Universitetshospital
Overlæge Peter Brøndum Mortensen	Udpeget af Region Nordjylland + Dansk Esophagus-Cardia og Ventrikel Cancergruppe, Kir. Gastroenterologisk afd. – Aalborg Sygehus
Overlæge Mogens Sall	Udpeget af Region Nordjylland og Levergruppen, Kir. Gastroenterologisk afd. – Aalborg Sygehus
Praktiserende læge Gerner Fly	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
Overlæge Eva Fallentin	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk Klinik - Rigshospitalet
Overlæge Birgitte Federspiel	Udpeget af Dansk Selskab for patologisk Anatomi og Cytologi, Patologiafdelingen – afs. 5441, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Lars Bo Svendsen	Udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab, Gastroenterologisk Klinik C – Tx - Rigshospitalet
Overlæge, ph.d. Per Pfeiffer	Udpeget af Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe, Onkologisk afd. - Odense Universitetshospital

Overlæge, ph.d. Marianne Nordmark	Udpeget af Dansk Esophagus-, Cardia og Ventrikel Cancergruppe Onkologisk afd. – Århus Universitetshospital
Overlæge Peter Nørgaard Larsen	Udpeget af Levergruppen under DMCG Kirurgisk klinik - Rigshospitalet
Overlæge, dr. med. Frank V. Mortensen	Udpeget af Levergruppen under DMCG, Afd L - Århus Universitetshospital

1 Introduktion til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen

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 pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen

I Danmark diagnosticeres hvert år omkring 900 nye tilfælde af kræft i bugspytkirtlen. Dette tal inkluderer tilfælde af kræft, der er udgået fra det periampullære område (for eksempel distale del af choledochus eller duodenum), hvor patologen ikke med sikkerhed kan udelukke bugspytkirtlen som udgangspunkt. Da disse grænsetilfælde udredes og behandles efter samme retningslinjer som kræft i bugspytkirtlen, medtages de i dette pakkeforløb.

For at finde de 900 patienter med kræft i bugspytkirtlen skønnes det, at knapt 1300 patienter hvert år vil indgå i udredningsdelen af pakkeforløbet. Tidlig opsporing af patienter mistænkt for kræft i bugspytkirtlen er afgørende for prognosen, da kun 20 % af patienterne med de nuværende behandlingsmodaliteter er kandidater til intenderet kurativ resektion på diagnosetidspunktet.

Da diagnosen kræft i bugspytkirtlen for op mod en tredjedel af patienterne kan være meget vanskelig at stille og forbundet med gentagne undersøgelser og biopsier, er diagnostik og udredningsdelen hovedtemaet i dette pakkeforløb. Denne vægtning understreges tillige af, at hovedparten af patienterne har behov for hurtig palliativ behandling.

Udover de 20 % af patienterne, som kan gå direkte til intenderet kurativ resektion, vil 40 % have lokalavanceret kræft i bugspytkirtlen, mens de resterende 20 % er i for dårlig almentilstand til at tåle operation, og 20 % har fjerne metastaser. Med optimal udredning og behandling er den mediane overlevelse efter radikal (R0) resektion ca. 30 måneder. For patienter med metastaser på diagnosetidspunktet er overlevelsen mindre end 6 måneder.

1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Pancreas Cancer Gruppe (DPCG) har i 2008 afsluttet udarbejdelsen af en klaringsrapport, som omfatter diagnostik, udredning, behandling og opfølgning af patienter med kræft i bugspytkirtlen. Klaringsrapporten, som nu hedder ”Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af cancer pancreatis”, opdateres løbende af DPCG, og retningslinjerne herfra danner baggrund for anbefalingerne i dette pakkeforløb. De senest opdaterede retningslinjer (maj 2011) er tilgængelige på www.dpcg.dk. Der udarbejdes p.t. en version, som inkluderer sygeplejefaglige retningslinjer.

1.4 Forløbskoordination

Patienterne henvises til den højt specialiserede afdeling, når der ved scanning (CT-/MR-scanning) påvises en proces i bugspytkirtlen med eller uden gulsot (se punkt 4.3 og 4.4). Henvisning til pakkeforløb kan således komme fra primærsektoren, speciallægepraksis eller sygehusafdeling med hovedfunktionsniveau. Når henvisning er modtaget på den højt specialiserede afdeling, foretages den videre koordination af den/de forløbskoordinatorfunktioner, som er repræsenteret på MDT-konferencer.

1.5 Det multidisciplinære team

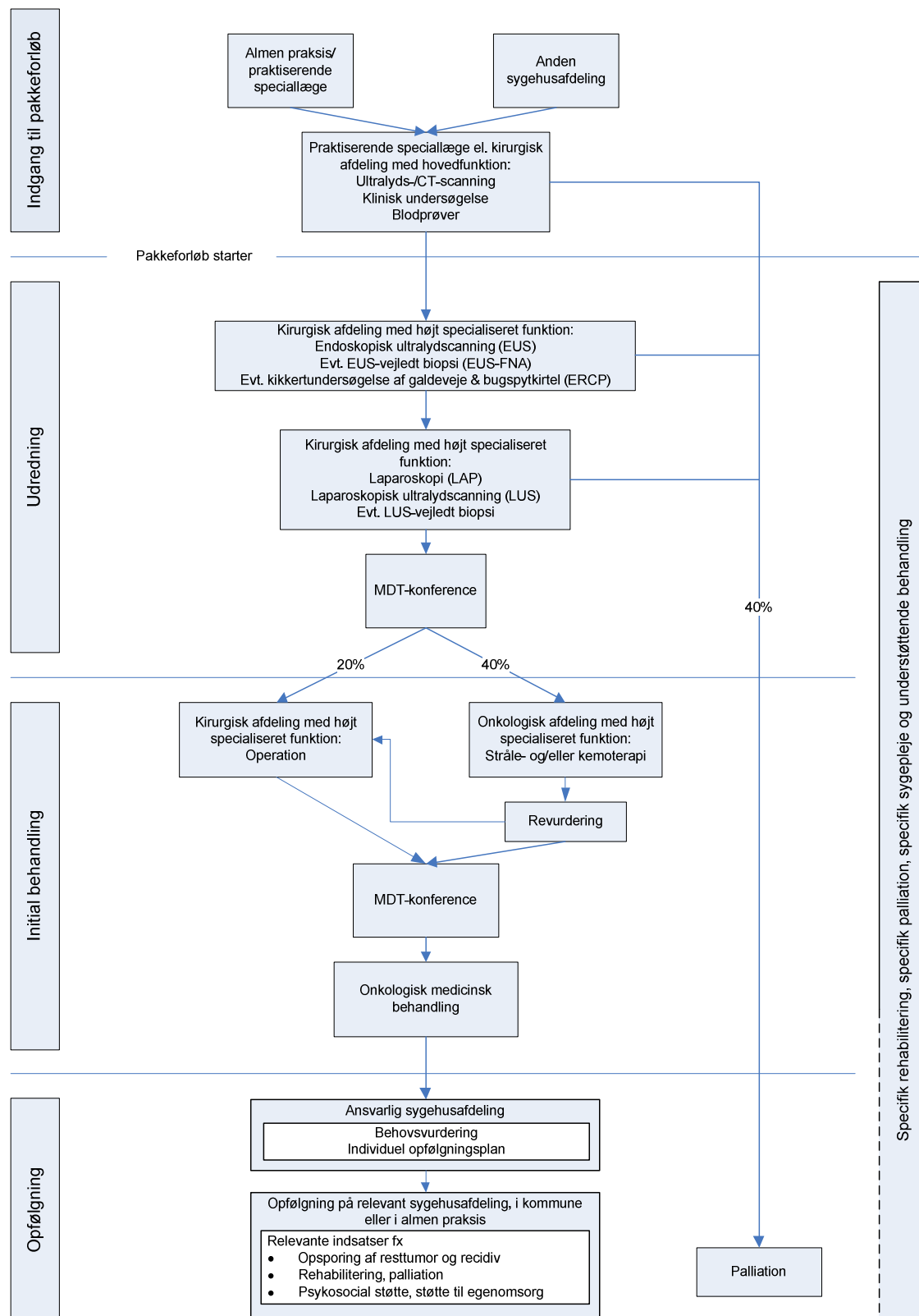
I det multidisciplinære team tages endelig beslutning om udredning og behandlingstilbud. I de multidisciplinære teams, som evaluerer patienter med kræft i bugspytkirtlen, bør som minimum indgå repræsentanter fra følgende specialer:

- Kirurgi.
- Onkologi.
- Radiologi.

Ved behov inddrages tillige repræsentanter fra andre lægelige specialer (anæstesi, genetik, nuklearmedicin, medicinsk gastroenterologi, klinisk patologi med flere).

For at opretholde et kontinuerligt flow i patientevalueringen, overholdelse af aftalerne i pakkeforløbet og for at sikre, at alle patienter får tilbudt det bedst mulige forløb, bør de multidisciplinære teams mødes mindst én gang ugentlig. På MDT-konferencerne deltager én eller flere forløbskoordinatorer, som skal sikre optimale patientforløb og overgange mellem de involverede hospitaler/afdelinger.

1.6 Flowchart



2 Indgang til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen

2.1 Risikogrupper

Der er kun få kendte risikogrupper. De vigtigste omfatter patienter med arvelig kronisk betændelse i bugspytkirtlen og personer med familiær disposition til kræft i bugspytkirtlen. Raske personer tilhørende disse kategorier bør følges og undersøges af afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på tidlig opsporing af kræftudvikling, og et nationalt opsporings- og overvågningsprogram er initieret i forskningsmæssigt sammenhæng (www.dpcg.dk). Ved påvisning af kræft i bugspytkirtlen vil patienter indgå i pakkeforløbet på det niveau, hvor behandlingen startes.

Mistanken om kræft i bugspytkirtlen hos risikogrupper adskiller sig ikke i betydende grad fra den almindelige befolkning. Men da alle personer, som tilhører disse risikogrupper (efterhånden som de opdages) indgår i kontrollerede opfølgingsprogrammer på højt specialiserede afdelinger, vil diagnostik m.v. ikke berøre andre afdelinger eller instanser og ikke være relevant i pakkeforløb.

2.2 Mistanke

Mistanke om kræft i bugspytkirtlen opstår først og fremmest ved **gulsot**. Fraset gulsot er der ingen sygdomsspecifikke alarmsymptomer, som indikerer kræft i bugspytkirtlen, men de fleste af patienterne vil klage over:

- Smerter i bughulen (eventuelt rygsmerter).
- Vægttab.
- Nedsat appetit.
- Kvalme.
- Træthed.

Nydiagnosticeret diabetes mellitus i relation til en eller flere af ovenstående symptomer bør også lede tanken hen på kræft i bugspytkirtlen.

Patienter med ovenstående symptomer skal have taget relevante blodprøver, og hvis det skønnes relevant henvises til billeddiagnostik af bughulen uden for pakkeforløbet.

Patienter med uspecifikke symptomer kan eventuelt henvises til diagnostiske pakkeforløb.

2.2.1 Filterfunktion

Patienterne henvises til den højtspecialiserede afdeling, når der ved CT-/MR-scanning påvises en proces i bugspytkirtlen (+/- gulsot). Henvisning til pakkeforløb kan således komme fra almen praksis, praktiserende speciallæge eller afdeling med hovedfunktion.

I henvisningsforløbet skal der **ikke** tages biopsi fra mistænkt tumor i bugspytkirtlen. Det er vigtigt at understrege, at man på baggrund af de ovennævnte og hyppige differentialdiagnostiske problemer vedrørende diagnosticering af kræft i bugspytkirtlen også bør henvise patienter med uafklarede processer (herunder cyster, men ej pseudocyster) i bugspytkirtlen, der er fundet ved billeddiagnostiske undersøgelser, direkte til kirurgisk afdeling på hovedfunktionsniveau.

2.3 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb

Begrundet mistanke om kræft i bugspytkirtlen opstår ved:

- Gulsot uden oplagt forklaring (for eksempel galdestens- eller leverrelateret forklaring), og/eller
- Påvist proces i bugspytkirtlen ved billeddiagnostik.

2.4 Henvisning til pakkeforløb

Ved begrundet mistanke skal almen praksis eller eventuelt praktiserende speciallæge henvise direkte til pakkeforløb. I de tilfælde, hvor begrundet mistanke findes på et hospital, skal patienten ligeledes henvises til kirurgisk afdeling uden yderligere undersøgelser.

Ved et målrettet undersøgelsesprogram (primært CT-/MR-scanning) vil en lokal kirurgisk afdeling kunne allokere de rette patienter til indgang i pakkeforløbet eller med en vis sikkerhed kunne identificere patienter, som bør sendes til en afdeling med højtspecialiseret funktion med henblik på endelig udredning.

2.5 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

Ved begrundet mistanke skal patienten umiddelbart henvises til start på pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen.

2.6 Kommunikation og inddragelse

Hos den henvisende læge drøftes følgende med patienten og evt. pårørende, såfremt patienten ønsker deres tilstedeværelse ved samtalen:

- At kræft i bugspytkirtlen mistænkes.
- At patienten på den baggrund henvises til udredning på afdeling med højtspecialiseret funktion i et pakkeforløb.
- At pakkeforløbet starter med EUS eller CT-scanning.
- At svarene på undersøgelserne og samtale vedrørende det videre forløb foregår på afdelingen med højtspecialiseret funktion.

- Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

2.7 Ansvarlig for henvisning

Henvisende læge er ansvarlig for kontakten til kirurgisk afdeling/hospital.

Ved påvist proces ved billeddiagnostik på patient henvist fra almen praksis (eller fra praktiserende speciallæge):

Røntgenafdelingen kontakter almen praksis (eller dennes afløser), som foretager henvisning til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen.

Ved påvist proces ved billeddiagnostik på patient henvist fra afdeling på hovedfunktionsniveau:

Henvisende afdeling er ansvarlig for henvisning til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen.

Der skal altid foreligge en positiv respons fra forløbskoordinatoren om, at henvisningen er modtaget.

2.8 Registrering

AFB07A	Kræft i bugspytkirtlen: henvisning til pakkeforløb start
---------------	---

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen 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.

2.9 Forløbstid

Se også afsnit 1.3.1.

Forløbstiden er 6 kalenderdage.

Patienten med begrundet mistanke om kræft i bugspytkirtlen henvises umiddelbart til kirurgisk afdeling eller direkte til den højt specialiserede afdeling. Derefter må der gå 6 kalenderdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne og bestille relevante undersøgelser. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 7. kalenderdag på kirurgisk afdeling/højt specialiserede afdeling.

3 Udredning

3.1 Undersøgelsesforløbet

Hos praktiserende speciallæge eller på afdeling med hovedfunktion	På afdeling med højt specialiseret funktion	På afdeling med højt specialiseret funktion	På afdeling med højt specialiseret funktion
Ultralydundersøgelse/CT-scanning Blodprøver Klinisk undersøgelse	Endoskopisk ultralyd (EUS) Eventuel EUS-vejledt finnålsbiopsi (EUS-FNA) Eventuel ERCP med børstebiopsi	Laparoskopi (LAP) Laparoskopisk ultralydsscanning (LUS) Eventuel LUS-vejledt biopsi	MDT-konference

Ved begrundet mistanke om kræft i bugspytkirtlen har udredningsprogrammet til formål at fastlægge følgende parametre så nøjagtigt som muligt:

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

Ad 1

En vurdering af patientens operabilitet foretages ved første personlige kontakt mellem patienten og den ansvarlige afdeling, der finder begrundet mistanke om kræft i bugspytkirtlen, eller senest på afdeling med højt specialiseret funktion.

Ad 2

Hvis patienten i udredningsforløbet viser sig at have en resektabel proces i bugspytkirtlen, og der ikke findes tegn til metastasering, skal der ikke foreligge bioptisk verifikation af diagnosen, men patienten skal klargøres til operation.

Hvis patienten i udredningsforløbet viser sig at have en ikke-resektabel proces og/eller der er tegn til metastasering, eller hvis patienten skønnes kun at kunne tåle pallierende kemoterapi, skal der foreligge en bioptisk verifikation af diagnosen, før behandlingen kan påbegyndes.

Hvis patienten under udredningsforløbet skønnes at have lokalt avanceret kræft i bugspytkirtlen (LAPC), men ingen tegn til dissemineret sygdom, henvises patienten samme dag til afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på mulighed for onkologisk forbehandling ("Downstaging"). Henvisningen følges af røntgenbilleder, som vurderes i det multidisciplinære team.

Såfremt det vurderes, at patienten efter onkologisk forbehandling vil kunne blive kandidat til forsøg på resektion, bør biopsien tages gennem væv, som vil blive fjernet i forbindelse med eventuel operation.

- Således skal biopsi være forsøgt ved almindelig endoskopi og/eller som børstebiopsi ved eventuel ERCP (kikkertundersøgelse af galdeveje og bugspytkirtel) i forbindelse med præoperativ stentaflastning.
- Hvis dette ikke har kunnet give diagnosen, skal der foretages EUS-vejledt finnålsbiopsi (EUS-FNA: endoskopisk ultralydsscanning og finnålsaspirat).
- Giver dette heller ikke diagnosen, skal der foretages tru-cut biopsi eller FNA i forbindelse med laparoskopi og laparoskopisk ultralydsscanning (LAP/LUS).
- I sjældne tilfælde kan diagnosen kræft i bugspytkirtlen kun stilles ved åben operation, men denne mulighed skal reserveres til enkeltstående tilfælde, hvor mistanken om kræft i bugspytkirtlen stadig er relevant, men hvor ovenstående tiltag ikke har kunnet give diagnosen.

Histologisk/cytologisk diagnose skal foreligge før eventuel kemoterapi. I de tilfælde, hvor patienten er vurderet til kun at skulle have palliativ medicinsk behandling (eksempelvis ved fund af levermetastaser), kan det forsøges at foretage perkutan UL-vejledt biopsi tidligt i udredningsfasen.

Ad 3

Generelt vil patienter med tegn på arteriel indvækst (ekskl. a. lienalis og a. gastroduodenale) ikke blive tilbudt resektion, mens patienter med lokaliseret og begrænset involvering af v. portae, v. mesenterica superior eller konfluensen mellem v. mesenterica superior og v. lienalis vil blive vurderet i hvert enkelt tilfælde. Detaljer vedrørende resektabilitet fremgår af DPCG's nationale kliniske retningslinjer.

Ad 3 og 4

Alle undersøgelsesmodaliteter (UL/CT-scanning/EUS/LAP/LUS/PET/CT-scanning, med flere), som anvendes i udredningsøjemed på mistanke om kræft i bugspytkirtlen, skal afsluttes med en konklusion vedrørende resektabilitet og TNM-stadium (UICC, 7. udgave).

Hos patienter med monosymptomatisk gulsot og normal s-creatinin kan stent undlades.

Følgende blodprøver tages i forbindelse med udredningen (Hb, væsketal, trombocytter, PP/INR, APTT, ALAT, basisk fosfatase, bilirubin). Eventuelle andre blodprøver medtages kun i protokolleret regi eller i differentialdiagnostiske sammenhænge.

3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

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

- Respektabel sygdom og egnet til intenderet kurativ resektion.

- LAPC uden tegn til metastaser og egnet til intenderet kurativ behandling. Patienten henvises til afdeling med højt specialiseret funktion indenfor området med henblik på vurdering og eventuel forbehandling.
- Dissemineret sygdom og god almentilstand (performancestatus 0-2). Patienten henvises til palliativ kemoterapi.
- Dårlig almentilstand (performancestatus 3-4). Patienten henvises til symptomatisk behandling.

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 opnå diagnose, stadium og resektabilitetsvurdering 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 EUS, CT-scanning, MRCP, ERCP og laparoskopi afholdes en samtale med patienten senest dagen efter undersøgelsen, mens der i tilfælde af biopsi kan afholdes svarsamtale senest dagen efter de centralt aftalte tidsrammer for cytologi-/histologisvar.

Samtale om resultaterne af udredningsprogrammet foretages af den behandlende afdeling, som står for undersøgelse(r) og/eller har henvist til undersøgelse(r). Når patienten efter endt udredning vurderes på MDT-konference, vil resultatet blive drøftet med patienten senest dagen efter. Samtalen varetages af enten kirurg eller onkolog i den afdeling, som har ansvaret for udredningen.

Sygeplejefaglig information til patienter med mistanke om kræft i bugspytkirtlen

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

Beslutning om behandlingstype drøftes i det multidisciplinære team, og fremlægges efterfølgende for patienten. Den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten. Dog kan afvigelse herfra være aftalt mellem henvisende læge/afdeling og det multidisciplinære team. Et eksempel på sidstnævnte kunne være den stentaflastede patient, hvor man på afdeling med ho-

vedfunktion har konstateret levermetastaser, og hvor man efter leverbiopsi kan henvise direkte til palliativ kemoterapi.

Beslutningen om at klassificere en patient som havende en ikke-resektabel tumor er vanskelig og skal dokumenteres hos hver enkel patient ud fra strikte, prædefinerede og validerede kriterier. Opfyldes disse kriterier ikke, skal udredningen fortsætte, indtil de er opfyldte, eller patienten kan klassificeres som havende en resektabel tumor.

Der kan således være behov for at vurdere patienten på MDT-konference på højt specialiseret niveau i flere omgange under udredningsforløbet.

Beslutning om at tilbyde Perkutan Transhepatisk Cholangiografi med stentaflastning (herunder valg af stenttype) skal altid konfereres med afdeling med højt specialiseret funktion. Endoskopisk stentaflastning kan efter aftale foretages lokalt.

3.5 Ansvarlig

Efter henvisning af patienten til afdeling med højt specialiseret funktion er det afdelingen med højt specialiseret funktion som er ansvarlig for udredningsforløbet.

3.6 Registrering

AFB07B	Kræft i bugspytkirtlen: udredning start, første fremmøde
---------------	---

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

Første fremmøde kan omfatte:

- besøg på paraklinisk afdeling i henvisningsperioden, som assistance til stamafdeling
- besøg / indlæggelse på stamafdeling
- besøg på paraklinisk afdeling efter henvisning til pakkeforløb med start på paraklinisk afdeling

Paraklinisk afdeling defineres som radiologiske, fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger.

Hvis stamafdelingen har modtaget henvisning til pakkeforløb og bestiller undersøgelse i henvisningsperioden, vil første fremmøde til udredning start svare til dato for pågældende undersøgelse i paraklinisk afdeling.

Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret. Hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, skal stamafdelingen således foretage indberetningen.

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:

AFB07C1	<i>Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: tilbud om initial behandling</i>
AFB07C1A	<i>Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet</i>
AFB07C2	<i>Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: initial behandling ikke relevant</i>
AFB07C2A	<i>Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling</i>

Klinisk beslutning vedrørende initial 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.

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

AFB07X1	<i>Kræft i bugspytkirtlen: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB07X2	<i>Kræft i bugspytkirtlen: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	--

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

3.7 Forløbstid

Se også afsnit 1.3.1.

Forløbstiden for udredning er 27 kalenderdage.

Den initiale udredning består af:

- Journaloptagelse og klinisk undersøgelse og blodprøver.
- Ultralyd/CT-scanning.

- Eventuel MDT-konference
- Patienten informeres.

Den specialiserede udredning sammensættes individuelt:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser .
- EUS og eventuel CT-scanning, hvis ikke foretaget
- Laparoskopi, LUS (eventuel med biopsi), eventuelt ERCP med børstebiopsi eller EUS med finnålsbiopsi
- Analyse af biopsi
- MDT-konference
- Patienten informeres

Desuden afsættes tid til:

- Vurdering og eventuel stabilisering af komorbiditet.
- Eventuel pause med blodfortyndende medicin inden biopsitagning.
- Eventuel indlæggelse ved supplerende undersøgelser.

4 Initial behandling af kræft i bugspytkirtlen

4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Patienter med resektabel tumor

Patienter, som skønnes at have en resektabel tumor, henvises til intenderet kurativ resektion. Det tilstræbes kun at foretage resektion, såfremt det er muligt at opnå R0-resektion (mikro- og makroskopisk radikalitet). Såfremt dette bekræftes skal patienten ved udskrivelsen henvises til adjuverende gemcitabinbehandling. I tilfælde af R1- eller R2-resektion diskuteres muligheden for kurativ/palliativ behandling i hvert enkelt tilfælde ved en MDT-konference.

Patienter med lokalavanceret tumor (LAPC)

Patienter med LAPC, som skønnes at kunne have effekt af forbehandling, henvises til afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på kemo-/stråleterapi, efterfølgende re-evaluering og eventuel resektion. Re-evaluering efter forbehandling foregår på afdeling med højt specialiseret funktion primært i form af EUS, EUS-FNA, CT-scanning og laparoskopi med ultralyd.

Patienter med dissemineret sygdom

Patienter i god almentilstand (performancestatus 0-2) med dissemineret sygdom eller LAPC uden mulighed for senere resektion henvises til palliativ kemoterapi på onkologisk afdeling med regionsfunktion. Patienter i dårlig almentilstand (performancestatus 3-4) behandles symptomatisk på det lokale sygehus. For alle grupper gælder, at behovet for aflastning af galdevejene og tolvfingertarmen samt smertebehandling løbende vurderes og effektueres ved behov.

Aflastning af patienter med gulsot foregår efter følgende principper, idet feber er et kritisk symptom:

- Patienter med gulsot, som har feber, skal tilbydes akut endoskopisk aflastning af galdevejene. Er det ikke teknisk muligt, skal patienten tilbydes PTC med stentlæggelse inden for samme tidsramme.
- Patienter med gulsot, som ikke har feber, men betydende generelle gener og/eller forhøjet s-kreatinin, skal tilbydes endoskopisk aflastning af galdevejene. Dette sker på det nærmeste hospital, som udfører ERCP (kombineret kikkert/røntgenundersøgelse af galdegange og bugspytkirtel).

Sekundær/adjuverende behandling

Efter R0-resektion tilbydes rutinemæssigt adjuverende kemoterapi med 6 serier gemcitabin.

4.2 De hyppigst opståede komplikationer

Operation/resektion

De hyppigste komplikationer til resektion af bugspytkirtlen er:

- Blødning som kan kræve re-operation, men interventionel radiologisk behandling skal forsøges.
- Absces.
- Anastomoselækage (bugspytkirtlen/galdeveje) og pancreasfistel, hvoraf hovedparten kan behandles med perkutan drænage.
- Cholangitis (galdevejsbetændelse) kan behandles med antibiotika og sikring af sufficient galdeafløb.

Tidlig diagnostik er vigtig for at kunne behandle komplikationerne så minimalt invasivt som muligt.

De hyppigste senfølger efter operation er vægttab, diarré og diabetes. Diætvejledning og supplerende enzymbehandling kan aflaste disse senfølger.

Radiokemoterapi

Den hyppigste komplikation til radiokemoterapi er

- Gastroenteritis.
- Sjældent ses blødning eller infektion.

Sekundær/adjuverende behandling

Komplikationer til behandling med gemcitabin er usædvanlige, og betydende bivirkninger (oftest kvalme og træthed) optræder hos mindre end 5 % af patienterne.

4.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling

Efter operation

Ernæringsterapi: Patienten ernæres sufficient i henhold til den enkelte specialafdelings instruks. (Ernæringsterapi via ernæringssejunostomi, nasal ernæringssonde eller parenteral ernæring).

Der måles blodsukker. Ved udvikling af diabetes henvises patienterne til endokrinologisk afdeling. Der tilbydes samtale med diætist.

Mave-tarm funktion: Afføring vurderes på hyppighed og konsistens. Symptomer på pancreas enzymmangel kan være (fedtet) diarré, hyppig afføring og vægttab. Relevant behandling opstartes.

Smertebehandling: Patienten smertedækkes i henhold til den enkelte specialafdelings instruks. (Smertebehandling via epidural-katheter, fentanylplaster eller peroral/rectal analgetika).

4.4 Specifik rehabilitering

Når patienten er klar til udskrivelse afholder den behandlende afdeling en udskrivelsessamtale med patienten. Patienten og pårørende informeres om det videre behandlings-/plejeforløb. Afde-

lingen vurderer, om patienten har behov for yderligere rehabiliteringstiltag og videregiver relevante oplysninger om patientens forløb til relevante fagprofessionelle.

Når patienten udskrives fra den kirurgiske afdeling, som har foretaget resektionen, henvises patienten til adjuverende gemcitabinbehandling. Uanset om patienten kan tåle (eller ønsker) denne efterbehandling eller ej, skal der ved udskrivelsen foreligge en plan for rehabilitering. Denne plan forløber sideløbende med den almindelige opfølgning i 24 måneder postoperativt, men de ambulante kontroller kan også benyttes til at evaluere og justere rehabiliteringsplanen. I planen indgår således en sygeplejespecifik vurdering af behov for genoptræning (i samråd med fysioterapeuter), samtale med diætist, kontakt til patientens hjemkommune med henblik på hjælp/hjælpe midler/genoptræning m.m. samt mulighed for samtale med socialrådgiver, hvis patienten ønsker dette.

4.5 Specifik palliation

Palliation tilsigter at afhjælpe sygdomsspecifikke problemer hos patienter, som ikke kan tilbydes helbredende operation eller som får recidiv efter primær radikal resektion.

Smertebehandling

Smerter udgør et betydeligt problem i den fremskredne fase af sygdommen, og primærsektoren udgør sammen med de palliative teams en vigtig del i forhold til optimal smertebehandling af patienten. Hos få patienter kan smerteproblemet ikke løses gennem normalt administrerede analgetika, og disse patienter kan henvises til specialafdeling med henblik på EUS-vejledt plexus cøliakusblokkade.

Aflastning af ikterus (gulsot)

Ikterus behandles som skitseret ovenfor, og bortset fra en hyppigere anvendelse af metalstents adskiller den palliative behandling sig ikke fra den præoperative aflastning. I de få tilfælde, hvor aflastning ikke kan gennemføres endoskopisk eller ved PTC, foretages operativ aflastning af galdevejene (f. eks. hepatiko-jejunostomi). Denne operation foretages på en højt specialiseret afdeling.

Aflastning af duodenum/ventrikel

Ventrikelretention med kvalme og opkastninger kan skyldes tumorbetaget afklemning af duodenum. Problemet søges primært løst med anlæggelse af selvekspanderende stent i duodenum, men der kan være behov for operativ aflastning (gastro-jejunostomi). Begge indgreb udføres primært på den højt specialiserede afdeling, men kan efter aftale foretages lokalt.

Diarré

I tilfælde af diarré skal man sikre sig, at der ikke er tale om mangel på pancreasenzymmer. Behandling med enzymer kan foretages på alle niveauer (almen praksis/hospital).

4.6 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 af-talte skriftlige information.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til behandlingen.

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

4.7 Beslutning

Alle patienter henvises til en af ovenstående behandlingsgrupper. Ved mistanke om LAPC viderehenvises patienten til en afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på vurdering ved en MDT-konference.

Beslutning om behandlingstype drøftes i det multidisciplinære team, og fremlægges efterfølgende for patienten. Den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten.

4.8 Ansvarlig

Såfremt behandlingen er kirurgisk, er det den kirurgiske afdeling, som er ansvarlig for forløbet. Tilsvarende er det den onkologiske afdeling, som er ansvarlig, såfremt behandlingen er onkologisk.

Ved LAPC og henvisning til afdeling med højt specialiseret funktion benyttes samme ansvarsfordeling.

Såfremt en patient ikke findes egnet til indgang i protokol vedrørende ”downstaging”, skal vedkommende tilbagehenvises til den enhed, som oprindeligt henviste patienten.

Uanset problemets natur påhviler det den behandlende afdeling, som varetager patientens aktuelle behandling/palliation, at sørge for hurtig henvisning til palliative tiltag.

Når problemet er løst, skal den afdeling, som har udført proceduren (eller henvisende læge/institution), sikre sig, at der er en udpeget koordinator vedrørende patientens videre forløb.

4.9 Registrering

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

AFB07F1	<i>Kræft i bugspytkirtlen: initial behandling start, kirurgisk</i>
AFB07F2	<i>Kræft i bugspytkirtlen: initial behandling start, medicinsk</i>
AFB07F3	<i>Kræft i bugspytkirtlen: initial behandling start, strålebehandling</i>

Initial behandling er defineret i pakkeforløbsbeskrivelsen som værende specifikke behandlingsforløb inklusiv eventuel efterbehandling. Registreringen skal foretages ved først forekommende behandlingstiltag.

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

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for kræft i bugspytkirtlen. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

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

AFB07X1	<i>Kræft i bugspytkirtlen: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB07X2	<i>Kræft i bugspytkirtlen: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	--

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

4.10 Forløbstid

Se også afsnit 1.3.1.

Patienten kan behandles med henholdsvis kirurgi, primær kemoterapi inden operation eller primær stråleterapi inden operation.

Kirurgi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret til patienten skal modtage behandling er 10 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT-konference.
- Indlæggelse, blodprøver og information, samtale med sygeplejerske og anæstesitilsyn.

Behandling

- Operation

Primær stråleterapi inden operation

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret til patienten skal modtage stråleterapi inden operation er 15 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT-konference.
- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke.
- Teknisk forberedelse af patienten.

Behandling

- Stråleterapi.

Af hensyn til det operative resultat skal der gå 2-3 uger fra afsluttet stråleterapi til operation.

Primær kemoterapi inden operation

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret til patienten skal modtage primær kemoterapi er 11 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT-konference .
- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke
- Forberedelse af patienten til kemoterapi

Behandling

- Primær kemoterapi.

Postoperativ kemoterapi

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

Når operationen er foretaget, skal der gå 21-28 kalenderdage inden patienten kan påbegynde kemoterapi. Dette er afhængigt af sårheling og patientens tilstand.

Mellemprioden bruges udover sårheling til at afklare histologisk diagnose for at afklare, om patienten skal efterbehandles. De resterende dage bruges til ambulant forundersøgelse, patient-samtykke og planlægning af stråleterapi.

5 Oversigtsskema

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
Indgang til pakkeforløb			
Beslutning: Almen praksis, praktiserende speciallæge eller anden sygehusafdeling finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft	Henvisning sendes til kirurgisk afdeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrundet mistanke ▪ Videre forløb 	Almen praksis/ Praktiserende speciallæge/ Anden sygehusafdeling
Udredning			
Visitation til pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget på kirurgisk afdeling ▪ Booking: undersøgelsesprogram 	Indkaldelse: undersøgelsesprogram	Kirurgisk afdeling
Undersøgelsesprogram på kirurgisk afdeling: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ultralyds-/CT-scanning af abdomen ▪ Klinisk undersøgelse ▪ Blodprøver 	Henvisning sendes til afdeling med højt specialiseret funktion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svrsamtale ▪ Videre forløb 	Kirurgisk afdeling /Radiologisk afdeling
Afdeling med højt specialiseret funktion: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endoskopisk ultralydsscanning (EUS) ▪ Eventuel EUS-vejledt finnålsbiopsi (EUS-FNA) ▪ Eventuel kikkertundersøgelse (ERCP) af galdeveje og bugspytkirtel med børstebiopsi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forsendelse af materiale til patolog ▪ Booking: supplerende undersøgelser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svrsamtale ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: supplerende undersøgelser 	Kirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion
Histologisvar	Svar sendes til behandlende afdeling		Patologiafdeling
Supplerende undersøgelser: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laparaskopi (LAP) og ▪ Laparaskopisk ultralydsscanning (LUS) ▪ Eventuel LUS-vejledt biopsi 	Forsendelse af materiale til patologiafdeling	Videre forløb	Kirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
Histologisvar	Svar sendes til behandlede afdeling		Patologiafdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operation ▪ Operation med/uden præoperativ stråle- og/eller kemoterapi ▪ Kontrol ▪ Palliation 	Booking: konsultation	Indkaldelse: konsultation	MDT
Konsultation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: præoperativ stråle-/kemoterapi, operation ▪ Epikrise til: Almen praksis/ praktiserende speciallæge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb ▪ Informeret samtykke ▪ Indkaldelse: præoperativ stråle-/kemoterapi, operation 	Kirurgisk afdeling
Initial behandling			
Forundersøgelse i onkologisk afdeling		Videre forløb	Onkologisk afdeling med højt specialiseret funktion
Præoperativ stråle- og/eller kemoterapi			Onkologisk afdeling med højt specialiseret funktion
Indlæggelse			Kirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion
Operation	Operationsmateriale fremsendes		Kirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion
Histologisvar	Svar sendes til behandlede afdeling		Patologiafdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onkologisk medicinsk behandling ▪ Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: Onkologisk forundersøgelse, efterbehandling Epikrise til: Almen praksis/ praktiserende speciallæge	Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse, efterbehandling Informeret samtykke	MDT
Onkologisk forundersøgelse		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb 	Onkologisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
Onkologisk medicinsk behandling		Videre forløb	Onkologisk afdeling
Beslutning: Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: kontrolforløb ▪ Epikrise til: almen praksis/ praktiserende speciallæge 	Indkaldelse: Kontrol Informeret samtykke	MDT
Konsultation ved onkolog		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb 	Onkologisk afdeling
Efterforløbet			
Kontrol ved kirurgisk eller onkologisk afdeling 1, 3, 6, 12, 18 og 24 måneder efter endt behandling eller efter aftale Eventuel CT-scanning eller EUS efter lægelig vurdering		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb 	Kirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling
Beslutning: Kontrol afsluttes	Epikrise til: almen praksis/ praktiserende speciallæge		Kirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling
Mistanke om recidiv	Booking: konsultation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse til konsultation ▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke 	Kirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion

6 Forløbstider

Tabellen viser de samlede forløbstider i pakkeforløbet.

Det bemærkes, at forløbstiderne er en rettesnor, og at det fortsat er bekendtgørelsen om maksimale ventetider for livstruende sygdom, der er gældende (se endvidere kapitel 1.3.1).

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		27 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Operation	10 kalenderdage
	Stråleterapi	15 kalenderdage
	Kemoterapi	11 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Operation	43 kalenderdage
	Stråleterapi	48 kalenderdage
	Kemoterapi	44 kalenderdage

7 Registrering

7.1 Pakkeforløb start

AFB07A	Kræft i bugspytkirtlen: henvisning til pakkeforløb start
---------------	---

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for kræft i bugspytkirtlen 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

AFB07B	Kræft i bugspytkirtlen: udredning start, første fremmøde
---------------	---

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

Første fremmøde kan omfatte:

- besøg på paraklinisk afdeling i henvisningsperioden, som assistance til stamafdeling
- besøg / indlæggelse på stamafdeling
- besøg på paraklinisk afdeling efter henvisning til pakkeforløb med start på paraklinisk afdeling

Paraklinisk afdeling defineres som radiologiske, fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger.

Hvis stamafdelingen har modtaget henvisning til pakkeforløb og bestiller undersøgelse i henvisningsperioden, vil første fremmøde til udredning start svare til dato for pågældende undersøgelse i paraklinisk afdeling.

Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret. Hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, skal stamafdelingen således foretage indberetningen.

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:

AFB07C1	Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB07C1A	Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB07C2	Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB07C2A	Kræft i bugspytkirtlen: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Klinisk beslutning vedrørende initial 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

AFB07F1	Kræft i bugspytkirtlen: initial behandling start, kirurgisk
AFB07F2	Kræft i bugspytkirtlen: initial behandling start, medicinsk
AFB07F3	Kræft i bugspytkirtlen: initial behandling start, strålebehandling

Initial behandling er defineret i pakkeforløbsbeskrivelsen som værende specifikke behandlingsforløb inklusiv eventuel efterbehandling. Registreringen skal fortages ved først forekommende behandlingstiltag.

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

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for kræft i bugspytkirtlen. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

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

AFB07X1	Kræft i bugspytkirtlen: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB07X2	<i>Kræft i bugspytkirtlen: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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