



SUNDHEDSSTYRELSEN

Pakkeforløb for hoved- og halskræft

2016

Pakkeforløb for hoved- og halskræft

© 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, hoved- og halskræft, hoved, hals

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.2

Versionsdato: 01.09.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-381-5

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 opfølgningsprogrammer for kræft, hvor de tidligere kontrolforløb efter endt kræftbehandling er nytænkt. De 19 opfølgningsprogrammer 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 opfølgningsprogrammerne er at imødekomme patientens behov ud fra en faglig vurdering, og med fokus på psykosociale indsatser og senfølger. Opfølgningsprogrammerne 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	4
1 Introduktion til pakkeforløb for hoved-halskræft	7
1.1 Generelt om pakkeforløb	7
1.2 Generelt om hoved-halskræft	7
1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer	8
1.4 Forløbskoordination	8
1.5 Det multidisciplinære team (MDT) og konference	9
1.6 Flowchart	10
2 Indgang til pakkeforløb for hovedhalskræft	11
2.1 Risikogrupper	11
2.2 Mistanke	11
2.2.1 Filterfunktion	12
2.3 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb	13
2.4 Henvisning til pakkeforløb	13
2.5 Kommunikation og inddragelse	13
2.6 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke	13
2.7 Ansvarlig for henvisning	14
2.8 Registrering	14
2.9 Forløbstid	14
3 Udredning	15
3.1 Undersøgelsesforløbet	15
3.2 Kommunikation og inddragelse	22
3.3 Beslutning	22
3.4 Ansvarlig	22
3.5 Registrering	22
3.6 Forløbstid	24
4 Initial behandling af hoved-halskræft	25
4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb	25
4.2 De hyppigst opståede komplikationer	26
4.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling	27
4.4 Specifik rehabilitering og palliation	28
4.5 Kommunikation og inddragelse	29
4.6 Beslutning	29
4.7 Ansvarlig	29
4.8 Registrering	30
4.9 Forløbstid	30

5	Oversigtsskema for hoved-halskræft	32
6	Forløbstider for hoved-halskræft	36
7	Registrering	37
7.1	Pakkeforløb start	37
7.2	Udredning start	37
7.3	Beslutning vedrørende initial behandling	38
7.4	Behandling start	38
7.5	Pakkeforløb slut	38

Arbejdsgruppens sammensætning

Medlemmer af arbejdsgruppen vedrørende pakkeforløb for Hoved-halskræft

Repræsentant**Repræsentation og arbejdssted**

Overlæge Jørgen Johansen	Udpeget af DAHANCA Onkologisk afd. R - Odense Universitetshospital
Overlæge Claus Andrup Kristensen	Udpeget af Region Hovedstaden Onkologisk afd. - Rigshospitalet
Overlæge Christian Godballe	Udpeget af Region Syddanmark ØNH afd. F – Odense Universitetshospital
Ledende Overlæge Søren Jelstrup	Udpeget af Region Sjælland Øre-næse-halskirurgisk afd. – Slagelse Sygehus
Centerchef Inger Schaumburg	Udpeget af Region Midtjylland Hoved-Neurocentret – Aarhus Universitetshospital
Ledende Overlæge Karin Lambertsen	Udpeget af Region Nordjylland ØHN-afd. – Aalborg Sygehus
Speciallæge Peter Torsten Sørensen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin, Direktør i DSAM
Specialesygeplejerske Mette Nielsen	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Plastikkirurgisk afd. Z1 - OUH
Overlæge Helle Hjorth Johannesen	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk afd. – Herlev Hosp.
Overlæge Katalin Kiss	Udpeget af Dansk Patologiselskab Patologiafdelingen, afd. 5441, Rigshospitalet
Professor Jens Overgaard	Udpeget af DAHANCA, DAHANCA sekretariatet Afd. for klinisk onkologi, Århus Universitetshospital
Afdelingslæge Irene Wessel	Udpeget af DAHANCA ØNH-kirurgisk afd. F, Rigshospitalet
Overlæge Elo Andersen	Udpeget af DAHANCA Onkologisk afdeling, Herlev Hospital
Overlæge Hanne Primdahl	Udpeget af DAHANCA Onkologisk afdeling, Århus Universitetshospital
Overlæge Ulrik Pedersen	Udpeget af DAHANCA

ØNH-kirurgisk afd. H, Århus Universitetshospital

Speciallæge Kim Werther

Udpeget af Danske Øre-Næse-Halslægers Organisation

1 Introduktion til pakkeforløb for hoved-halskræft

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 hoved-halskræft

Hoved-halskræft i Danmark drejer sig traditionelt om sygdomsgrupperne klassificeret med Cancerregisterets ICD-7 numre 141-148, 160-161,194 og dækker således over adskillige histologiske undertyper og lokalisationer fra følgende organer:

- Mundhule
- Spytktuler
- Svælg
- Strube
- Næse-bihuler
- Skjoldbruskkirtel
- Halsens lymfeknuder (metastaser)

Undtaget er tumorer i centralnervesystemet, øjenhulen og hudtumorer i ansigtsregioner (herunder kræft i læben). Hoved-halskræft omfatter flere sygdomsenheder med et varierende antal patienter, fra ca. 50 til knap 400 tilfælde årligt. Der er tale om ca. 1.400 nydiagnosticerede tilfælde om året.

De fleste er pladeepitelkarcinomer, og en væsentlig ætiologi er tobaks- og alkoholmisbrug, hvortil kommer et mindre, men stigende antal virusrelaterede tilfælde fortrinsvis Human Papilloma Virus (HPV) samt Epstein-Barr Virus (EBV). På grund af det hastigt stigende antal HPV-inducerede tilfælde udgør kræft i oropharynx den største andel, men samtidig er det en gruppe med overordentlig god prognose.

Prævalensen for hoved-halskræft i Danmark er ca. 14.000 (2008). Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 10 % til 95 %. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft er omkring 60 % og er udover udfaldet af behandlingen af den aktuelle kræftsygdom afhængig af patienternes komorbiditet, der bl.a. er influeret af et ofte langvarigt tobaksforbrug. Det er således karakteristisk, at patienter med en lille kræftknode på stemmebåndet har en mindre risiko for at dø af denne kræftsygdom end for at dø af en lungekræft, da denne kræftform optræder med høj hyppighed i samme patientgruppe på grund af den fælles tobaksætiologi.

1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Udredning og behandling af hoved-halskræft i Danmark har gennem de seneste 30 år været organiseret på nationalt plan i den danske hoved-halskræftgruppe Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA).

Gruppen har sikret en kontinuerlig udvikling af diagnostik og behandling baseret på resultater fra store randomiserede kliniske studier; en detaljeret klinisk forskningsdatabase, som for store tumorgruppers vedkommende kan føres tilbage til 1971; et multidisciplinært nationalt samarbejde forankret i afdelinger med højt specialiseret funktion og de respektive specialer med udvikling af evidensbaserede retningslinjer (www.dahanca.dk/guidelines) med tilhørende kvalitetssikring gennem en national klinisk kvalitetsdatabase.

Behandlingen gives således efter samme principper overalt i landet og med udgangspunkt i DAHANCA's landsdækkende retningslinjer. Oplysning om behandlingsprincipper, de forskellige protokoller og lignende kan findes på DAHANCA's hjemmeside www.dahanca.dk.

Der foreligger nu nationale retningslinjer for denne proces udarbejdet af Dansk Thyreoidea Selskab (DTS) - http://www.thyroid.dk/joomla/images/dtsdocs/knuden_i_thyr_retningslinier_ver2_okt2011.pdf.

For alle patienter med hoved- og halskræft foreligger på nuværende tidspunkt endelige retningslinjer for behandling. Disse kan ses på hjemmesiden og findes på de i pakkeforløbets angivne links.

Der pågår løbende en opdatering af retningslinjer for behandling af hoved-halskræft.

Der forefindes pt. ingen sygeplejefaglige retningslinjer for området.

1.4 Forløbskoordination

I pakkeforløbet for hoved-halskræft kan der være forskellige koordinatorene med ansvar for forskellige sammenhængende elementer af pakkeforløbet. Ansvar for de forskellige elementer i patientens pakkeforløb vil da blive overdraget fra den ene forløbskoordinationsfunktion til den næste (stafet). Det er vigtigt, at stafetten ikke kun afleveres, men også modtages. Ansvar vil oftest ligge i den afdeling, hvor patienten er aktiv i det patientadministrative system.

Forløbskoordinationsfunktionen sikrer også sammenhængende forløb ved efterforløbet, palliation og rehabilitering, herunder koordinationen med almen praksis og kommunerne. Ved afvigende forløb sikrer forløbskoordination opfølgning samt fornyet koordinering af forløbet.

Forløbskoordinationsfunktionen deltager efter behov i MDT-konferencerne.

Det er et lokalt ansvar at beskrive, hvordan forløbskoordinationen organiseres i de konkrete sammenhænge og forankres i relation til det multidisciplinære teams.

1.5 Det multidisciplinære team (MDT) og konference

Det multidisciplinære team på afdelinger med højt specialiseret funktion består af øre-næsehalskirurger, onkologer, billeddiagnostikere (radiolog, nuklearmedicinere) og patologer.

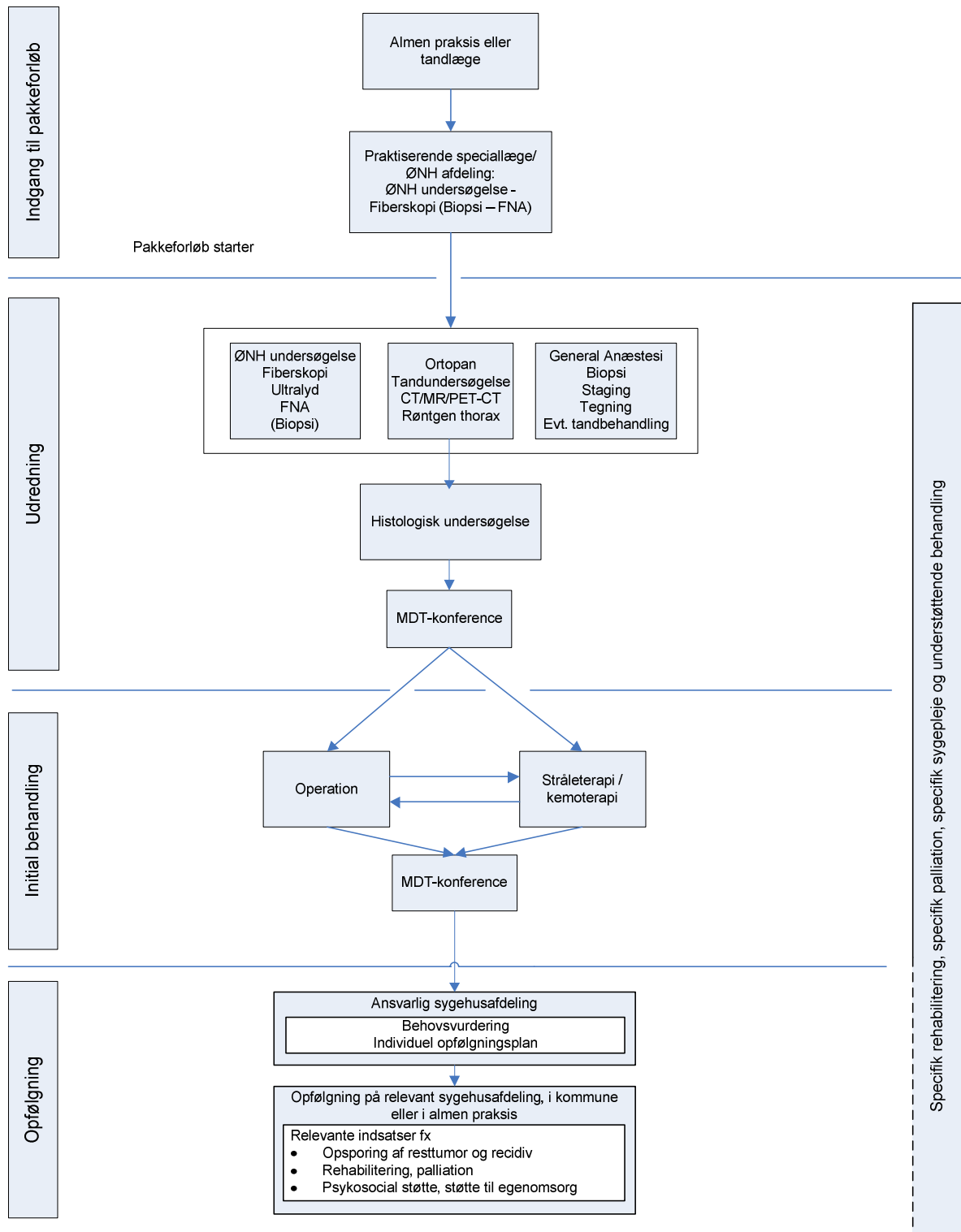
Herudover deltager forløbskoordinator samt sygeplejerske med sundhedsfaglige kompetencer inden for hoved-hals kræft.

Ad hoc medlemmer af det multidisciplinære team er plastik- og kæbekirurger, neurokirurger, oftalmologer, endokrinologer, som kan inddrages ved relevante komplekse problemstillinger.

Den multidisciplinære teamkonference (MDT-konference)

På den multidisciplinære teamkonference træffes beslutninger om patientens videre forløb. Den multidisciplinære teamkonference har til opgave at fastlægge en endelig behandlingsplan på baggrund af relevant diagnostik. På MDT-konferencen foretages desuden TNM klassificering, og der sikres registrering i den nationale kliniske kvalitetsdatabase. Der indhentes informeret samtykke fra patienten forud for den endelige beslutning (BWW21C).

1.6 Flowchart



2 Indgang til pakkeforløb for hovedhalskræft

2.1 Risikogrupper

Hoved-halskræft optræder typisk omkring det 60. år. Den dominerende risikofaktor for de hyppigste kræftformer i strube, svælg og mundhule er et forudgående langvarigt tobaksforbrug (som ved lungekræft) ofte suppleret med et samtidigt stort alkoholindtag. Af andre ætiologiske forhold skal nævnes virus. Tidlig eksponering for Epstein-Barr virus (EBV) er tæt knyttet til kræft i næse-svælget, og denne ret sjældne kræftform ses især hos en række risikogrupper: grøn-lændere, asiater og personer med arabisk baggrund. Forekomsten af Human papillomavirus-relateret (HPV) hoved-halskræft, som primært er lokaliseret i relation til svælgets lymfoide væv (Waldeyers svælgring), er aktuelt i stigning, og kræft, der udgår fra oropharynx, udgør nu den største andel af hoved-halskræft tilfælde i Danmark.

Det gælder generelt, at patienter med virusinduceret hoved-halskræft er yngre end patienter med tobaks- og alkoholbetinget sygdom. Det skal også nævnes, at kræft i næse-bihule systemet kan induceres af træstøv (møbelsnedkere, møbelindustri- arbejdere). Kræft i gl. thyroidea optræder i langt de fleste tilfælde uden ætiologisk forklaring og kan i sjældnere tilfælde være arvelig (medullær thyroideacancer).

2.2 Mistanke

Mistanken om hoved-halskræft opstår oftest ved konsultation i almen praksis eller i speciallægepraksis. Fra almen praksis henvises patienter til praktiserende speciallæge i øre-næse-halssygdomme (ØNH), hvoraf der findes 160 i Danmark.

I almen praksis er hoved-halskræft en sjælden og som regel kompleks sygdom. Almen praksis vil i gennemsnit se en patient med nyopstået hoved- og halskræft hvert tredje år.

Mistanke om hoved- og halskræft bør medføre umiddelbar henvisning fra almen praksis til praktiserende speciallæge i ØNH. Hvis den praktiserende speciallæge ikke har mulighed for at modtage patienten samme dag eller dagen efter, skal der henvises direkte til øre-næse-halskirurgisk afdeling på hovedfunktionsniveau.

Tandlæger kan også komme i kontakt med patienter, som frembyder faresignaler på hoved-halskræft, og skal i lighed med almen praksis viderehenvise patienten til praktiserende speciallæge i ØNH eller alternativt direkte til øre-næsehalskirurgisk afdeling.

Almen praksis eller tandlæge bør på forhånd lave samarbejdsaftale med en eller gerne flere praktiserende speciallæger i ØNH med henblik på umiddelbar modtagelse af patienter med mistanke om hoved-halskræft.

Det er vanskeligt generelt at beskrive, hvornår der er mistanke om hoved-halskræft. Almen praksis eller tandlæge må i hvert enkelt tilfælde skønne, om der er en mistanke.

Den primære udredning af en knude i gl. thyroidea foregår oftest på medicinsk endokrinologisk afdeling. Der foreligger nu nationale retningslinjer for denne proces udarbejdet af Dansk Thyreoidea Selskab (DTS). Se link under pkt. 3.2.

Nedenfor beskrives de hyppigste symptomer og fund i relation til de enkelte kræftformer:

Næse-bihulekræft

- Nyopstået ensidig nasalstenose uden forklaring
- Blodig sekretion fra næsen
- Recidiverende blødning fra næsen uden forklaring
- Sår uden heling
- Synlig tumor i vestibulum nasi eller næsekavitet

Kræft i larynx- og hypopharynx (kræft i struben og svælget)

- Hæshed i mere end 2 uger uden forklaring eller bedring hos patient ældre end 40 år
- Synkebesvær og/eller globulusfornemmelse med smerteudstråling til ørerne
- Nyopdaget recurrensparese

Kræft i mundhule- og oropharynx

- Sår uden heling
- Synlig eller palpabel tumor i mundhule eller svælg

Kræft i rhinopharynx

- Ensidig sekretorisk otitis media hos voksne uden infektiøs forklaring
- Kranienervpåvirkning
- Etnisk oprindelse (fx inuit, asiat) skal øge opmærksomheden

Kræft i spytkirtler

- Nytilkommen tumor i spytkirtel
- Vækst i kendt tumor i spytkirtel
- Tumor i spytkirtel med påvirkning af ansigtsmimik (n. facialis)

Kræft i thyroidea

- Tumor i thyroidea med hæshed (recurrensparese)
- Hurtig vækst af knude i thyroidea
- Hård immobil knude i thyroidea

Metastaser på halsen

- Forstørrede lymfeknuder på halsen uden infektiøs eller anden benign forklaring
- Cyste lateralt på hals hos patienter ældre end 40 år

2.2.1 Filterfunktion

Den praktiserende speciallæge i ØNH vurderer patienten med henblik på, om det mest sandsynligt drejer sig om malign lidelse (begrundet mistanke). I så fald henvises patienten straks til øre-næse-halskirurgisk afdeling på hovedfunktionsniveau.

2.3 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb

Hvis en grundig øre-næse-halsundersøgelse foretaget ved praktiserende speciallæge i ØNH giver begrundet mistanke om hoved- og halskræft, henvises patienten til pakkeforløb.

2.4 Henvisning til pakkeforløb

Den praktiserende speciallæge skal modtage patienter med mistanke om hoved-halskræft samme dag eller senest hverdagen efter henvisning fra almen praksis eller tandlæge.

Hvis den praktiserende speciallæge i ØNH vurderer, at der mest sandsynligt er tale om en benign lidelse, skal der udredes i henhold til vanlige procedurer.

Hvis det vurderes, at der mest sandsynligt er tale om malign lidelse (begrundet mistanke), skal der straks henvises til øre-næse-halskirurgisk afdeling på hovedfunktionsniveau (pakkeforløb), se pkt. 4.6. Den praktiserende speciallæge kan udføre nåleprøve: Finnålsaspirationsbiopsi (FNA) eller biopsi, hvis det skønnes at fremme patientens forløb (svar skal gå til den modtagende afdeling). Dette må dog ikke have opsættende virkning.

Det skal fremgå af henvisningen, at der henvises til et pakkeforløb.

2.5 Kommunikation og inddragelse

Lægen har en samtale med patient og evt. pårørende om undersøgelser og fund, herunder at der er begrundet mistanke om hoved-halskræft. Der tilbydes henvisning til pakkeforløb, hvis indhold beskrives. Der oplyses om, til hvem patient og pårørende kan henvende sig med spørgsmål og der indhentes informeret samtykke.

Generel information til patienter og pårørende om hoved- og halskræft er udarbejdet for de forskellige tumorlokalisationer. Informationen er lavet i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse og kan findes på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside (www.cancer.dk). Samtidig er der i forbindelse med de forskellige behandlingsprotokoller og procedurer lavet specifikke informations-skrivelser, ligesom der er etableret patientundervisning med bl.a. kostvejledning ved de fleste centre. Der er i forbindelse med DAHANCA og Dansk Selskab for Hoved-Hals Onkologi kontakt til relevante patientforeninger (bl.a. laryngektomipatienter).

2.6 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

Den praktiserende speciallæge i ØNH eller øre-næse-halsafdeling beslutter, om der er begrundet mistanke om hoved- og halskræft og tilbyder henvisning til pakkeforløb.

2.7 Ansvarlig for henvisning

Almen praksis eller tandlæge er ansvarlig for henvisning til speciallæge i ØNH ved mistanke. Praktiserende speciallæge (ØNH-læge) er ansvarlig for henvisning til pakkeforløb ved begrundet mistanke.

2.8 Registrering

AFB02A	Hoved- og halskræft: henvisning til pakkeforløb start
---------------	--

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for hoved- og halskræft skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for hoved- og halskræft 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 eksternt part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

2.9 Forløbstid

Forløbstiden er 6 kalenderdage.

For hoved-halskræft er der evidens for, at patientens prognose bl.a. afhænger af den tid, der går, inden behandling indledes. Det individuelle patientforløb skal derfor være så kort som muligt.

Patienten henvises med begrundet mistanke om hovedhalskræft til øre-næse-halskirurgisk afdeling. Derefter må der gå 6 kalenderdage fra afdelingen modtager henvisningen, som bruges til at håndtere henvisningen, booke relevante undersøgelser og samtaler.

Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 7. kalenderdag. Denne dag for første fremmøde indregnes ikke i henvisningsperioden, men er den første dag i udredningsperioden.

Patienten henvises med begrundet mistanke om kræft i hoved-halsområdet fra praktiserende speciallæge i ØNH til øre-næse-hals kirurgisk afdeling på hovedfunktionsniveau. Såfremt patienten henvises fra den praktiserende speciallæge, tager denne telefonisk kontakt til afdelingen, og patienten bookes til relevante undersøgelser og samtaler. Tandlægen skal ligeledes henvise til øre-næse-hals kirurgisk afdeling på hovedfunktionsniveau.

Det samlede monitoreringsinterval er fra henvisning modtaget på udredende afdeling til start på initial behandling.

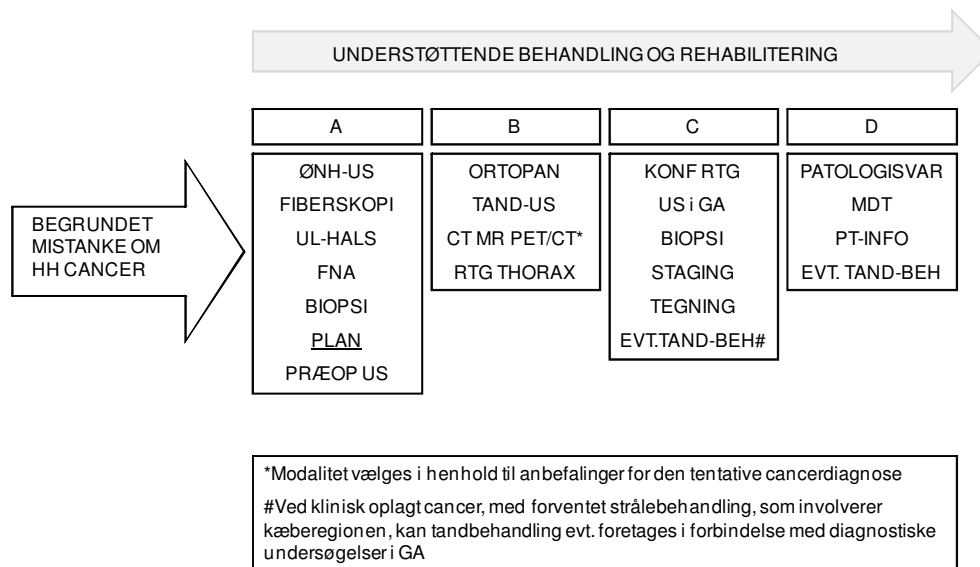
3 Udredning

3.1 Undersøgelserforløbet

Øre-næse-halskirurgiske afdeling på hovedfunktionsniveau forestår udredning med billeddiagnostik, relevante skopier og biopsitagning. Såfremt begrundet mistanke om kræft fastholdes, henvises patienten til en afdeling med højt specialiseret funktion, hvor en MDT-konference vil udarbejde behandlingsplan. I en række tilfælde vil øre-næse-halskirurgiske afdeling være identisk med afdelingen med højt specialiseret funktion.

Den primære kliniske vurdering af patienten med hoved-halskræft kan enten starte i almen praksis og/eller hos den praktiserende speciallæge i øre-næse-halssygdomme. Efterfølgende udredning med billeddiagnostik, relevante skopier og biopsier foregår imidlertid i hospitalsregi. Figuren nedenfor illustrerer den overordnede forløbspakke for patienter med begrundet mistanke om hoved-halskræft.

Overordnet pakkeforløb



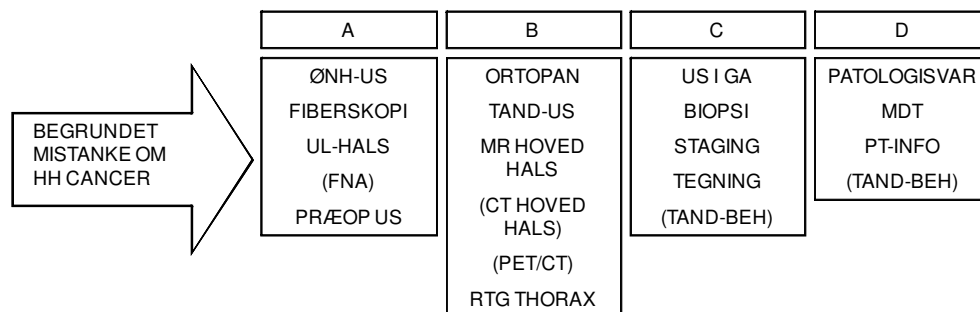
Ikke alle typer af hoved-halskræft skal undersøges på samme måde, og der kan være forskelle i såvel antal som rækkefølge af undersøgelser. Den overordnede model illustrerer blot de mulige undersøgelser. Det gælder dog, at alle patienter i pakkeforløb for hoved-halskræft gennemgår en grundig øre-næse-halsundersøgelse med fiberskopi foretaget af eller superviseret af speciallæge, idet disse undersøgelser afgør, hvorvidt mistanken om hoved- og halskræft er så stærk, at patienten skal fortsætte i pakkeforløb eller overgå til traditionel udredning.

For at undgå eller reducere risikoen for destruktion af knoglevæv i kæben i forbindelse med stråleterapi er det vigtigt, at der er et tidsinterval imellem tandbehandling og start af stråleterapi på mindst 14 dage. Derfor tilstræbes det, at tandundersøgelse og eventuel tandbehandling place-res så tidligt som muligt i forløbet. Imidlertid er det også vigtigt, at kun patienter som har en reel risiko for destruktion af knoglevæv gennemgår tandbehandling, så det i videst mulige omfang undgås at lave unødvendige indgreb på patientens tænder. En landsdækkende model for håndte-

ring af dette findes i de nationale retningslinjer for behandling af pharynx- og larynxcancer (www.dahanca.dk). De involverede afdelinger vil efter behov omfatte: Øre-næse-halskirurgisk afdeling, radiologisk afdeling/klinisk fysiologisk afdeling, patologisk afdeling, odontologisk afdeling og onkologisk afdeling.

Nedenfor er angivet forløbspakken for de seks grupper, i hvilke de forskellige typer af hoved- og halskræft kan indplaceres. For alle grupper findes vejledende retningslinjer for diagnostik og behandling, hvortil der refereres og anføres direkte links.

Strube og svælgkræft



Kræft i larynx og pharynx udgør den største gruppe af hoved- og halskræft. En sufficient udredning er skitseret i figuren.

Patienten modtages på den undersøgende øre-næse-halskirurgiske afdeling, hvor der foretages optagelse af anamnese, standard øre-næse-halsundersøgelse og fiberskopi. Den første dags undersøgelser kan eventuelt suppleres med ultralydsskanning af halsen og nålebiopsi (FNA)/biopsi i det omfang, det skønnes nødvendigt.

Viser det sig, at patienten har en nyttilkommet recurrensparese uden kendt forklaring og ingen tegn på larynx- eller pharynxcancer, bør den planlagte udredning tilpasses i henhold til dette. Det anbefales, at man udfører CT-skanning af thorax (forløb af nn. vagi og nn. recurrentes).

Blodprøver tages, hvis det findes indiceret. Patienter, som fortsætter i forløbspakken, skal henvises til MR skanning eller CT-skanning fra basis cranii til apertura thoracis samt røntgen af thorax. Alle patienter skal henvises til odontologisk undersøgelse eventuelt suppleret med ortopantomografi. Der arrangeres tid på operationsgangen til undersøgelse i generel anæstesi, og der laves en forundersøgelse i henhold til lokale retningslinjer.

Planlagt billeddiagnostik og odontologisk undersøgelse gennemføres.

Der foretages en gennemgang af patientens radiologiske undersøgelser, hvorefter skopier og biopsitagning endeligt kan planlægges.

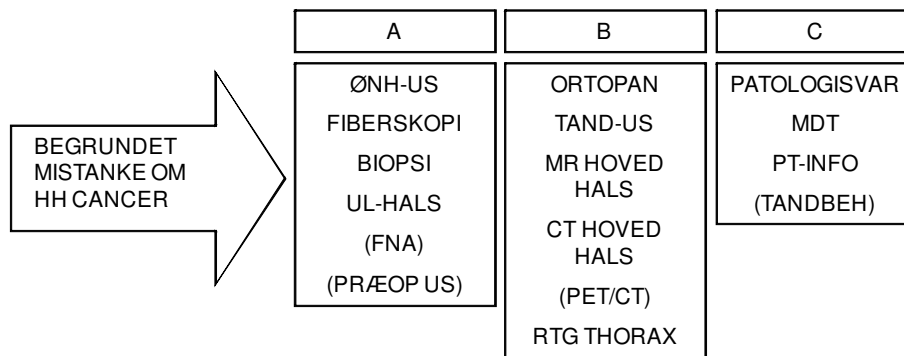
I generel anæstesi foretages: Palpation af hals, tunge og mundbund, relevante skopier, opmåling af primærtumor (3 dimensioner), biopsitagning, tegning og staging (UICC 2002).

Hvis logistisk muligt, bør onkolog være med ved indgrebet af hensyn til strålefelternes forventede størrelse og behovet for tandbehandling. I tilfælde med klinisk oplagt hoved- og halskræft, der vil medføre stråleterapi, som involverer kæberne, kan nødvendig tandbehandling eventuelt blive udført i den aktuelle generelle anæstesi. Patienten skal forinden være fuldt informeret om fremgangsmåden og acceptere denne.

Når svar på histologisk og eventuelle cytologiske undersøgelser foreligger, har lægen en samtale med patient og evt. pårørende om resultaterne, og endelig plan for behandling udarbejdes ved MDT-konferencen.

www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=206

Kræft i mundhule



Patienten modtages på den undersøgende øre-næse-halskirurgiske afdeling, hvor der foretages optagelse af anamnese, standard øre-næse-halsundersøgelse og fiberskopi.

Palpation af hals, tunge og mundbund, opmåling af primærtumor (3 dimensioner) samt eventuelle lymfeknudemetastaser, biopsitagning (hvis ikke udført i speciallægepraksis), tegning.

Langt hovedparten af maligne tumorer i mundhulen er planocellulære karcinomer, hvor immunhistokemisk undersøgelse på vævssnit ikke bidrager væsentligt til diagnosen. Tid til påbegyndelse af behandling skal søges minimeret, idet 1/3 af de planocellulære hoved-halskarcinomer demonstrerer synlig vækst inden for blot 2 uger, og 2/3 inden for 2-4 uger.

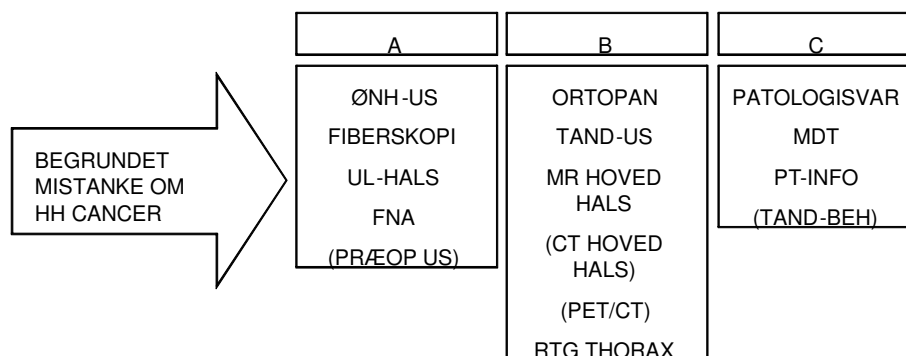
Undersøgelserne kan eventuelt suppleres med ultralydsskanning af halsen og nåleprøve (FNA)/biopsi i det omfang, det skønnes nødvendigt. Blodprøver tages, hvis det findes indiceret. Hvis logistisk muligt, bør onkolog være med ved indgrebet af hensyn til strålefelternes forventede størrelse og behovet for tandbehandling. Patienter, som fortsætter i pakkeforløb, henvises til MR-skanning og CT-skanning fra basis cranii til apertura thoracis samt røntgen af thorax. Alle patienter skal henvises til odontologisk undersøgelse eventuelt suppleret med ortopantomografi.

Planlagt billeddiagnostik og odontologiske undersøgelser gennemføres.

Gennemgang af patientens radiologiske undersøgelser. Når svar på cytologiske undersøgelser foreligger, har lægen en samtale med patient og evt. pårørende om resultaterne, og plan for behandling udarbejdes på MDT-konference.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=60

Kræft i spytkirtler



Patienten modtages på den undersøgende øre-næse-halskirurgiske afdeling, hvor der foretages optagelse af anamnese, standard øre-næse-halsundersøgelse og fiberskopi. På baggrund af disse tiltag afgør speciallægen, hvorvidt mistanken om malign lidelse er af en sådan karakter, at patienten skal fortsætte i pakkeforløb eller skal overgå til et ordinært udredningsforløb. For de patienter, som fortsætter i pakkeforløb, gøres:

Opmåling af primærtumor (3 dimensioner) samt eventuelle lymfeknudemetastaser, FNA (hvis ikke udført i speciallægepraksis) og tegning.

Undersøgelserne kan eventuelt suppleres med ultralydsskanning af halsen. Blodprøver tages, hvis det findes indiceret.

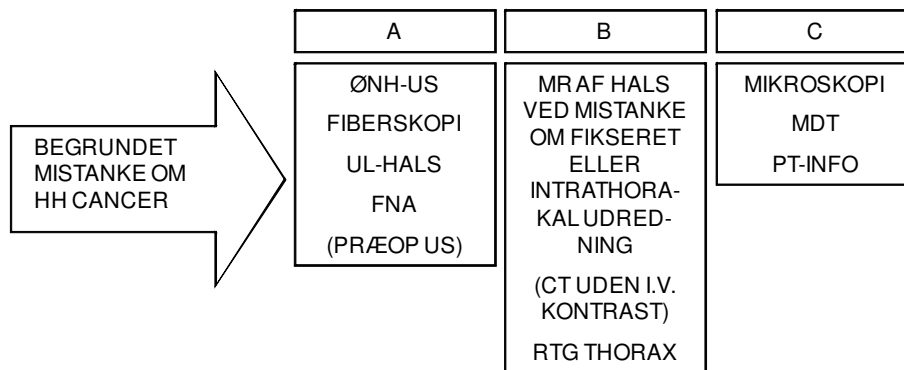
Patienter, som fortsætter i pakkeforløb, henvises til MR-skanning og eventuelt CT-skanning fra basis cranii til apertura thoracis samt røntgen af thorax. Alle patienter skal henvises til odontologisk undersøgelse eventuelt suppleret med ortopantomografi.

Planlagt billeddiagnostik og odontologisk undersøgelse gennemføres. Svar på FNA varer en dag ifølge svartider for cytologiske præparater udarbejdet af DPAS.

Gennemgang af patientens radiologiske undersøgelser. Når svar på cytologiske undersøgelser foreligger, har lægen en samtale med patient og evt. pårørende om resultaterne, og plan for behandling udarbejdes på MDT-konference.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=205

Kræft i skjoldbruskkirtel



Hvis der er tale om begrundet mistanke om kræft (fx stridor, hård knude på hals, recurrensparese), foregår udredningen i henhold til pakkeforløbet. Såfremt FNA viser ”follikulær neoplasi – uvist om benign eller malign”, udredes patienten i pakkeforløb til endelig diagnose foreligger.

Patienten modtages på den undersøgende øre-næse-halskirurgiske afdeling, hvor der foretages optagelse af anamnese, standard øre-næse-halsundersøgelse og fiberskopi.

Herefter gøres: UL af thyreoidea og øvrige hals, opmåling af primærtumor (3 dimensioner), FNA (hvis ikke udført tidligere) og tegning.

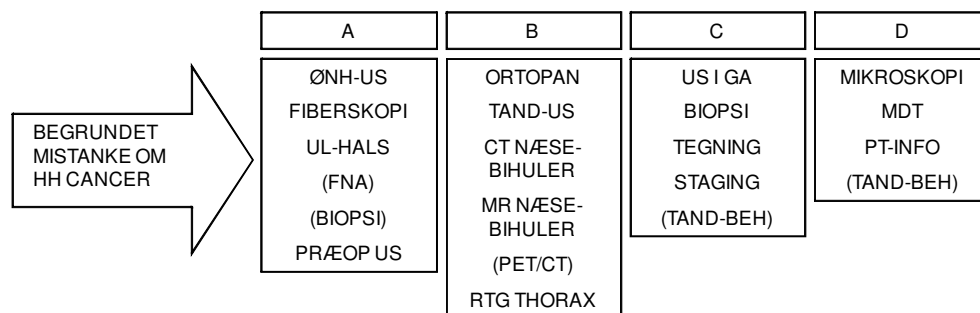
Der tages som standard S-TSH, S-ioniseret kalcium.

Planlagt billeddiagnostik gennemføres.

Gennemgang af patientens radiologiske undersøgelser. Når svar på cytologiske undersøgelser foreligger, har lægen en samtale med patient og evt. pårørende om resultaterne, og plan for behandling udarbejdes på MDT-konference.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=55

Kræft i næse og bihuler



Patienten modtages på den undersøgende øre-næse-halskirurgiske afdeling, hvor der foretages optagelse af anamnese, standard øre-næse-halsundersøgelse og fiberskopi. Den første dags undersøgelser kan eventuelt suppleres med ultralydsskanning af halsen, biopsi og/eller nåleprøve (FNA) i det omfang det skønnes nødvendigt. Blodprøver tages, hvis det findes indiceret.

Patienterne skal derefter henvises til CT og MR skanning af næse-bihulesystem og hals samt røntgen af thorax. Alle patienter skal henvises til odontologisk undersøgelse eventuelt suppleret med ortopantomografi. Der arrangeres eventuelt tid på operationsgangen til undersøgelse i generel anæstesi, og der laves en forundersøgelse i henhold til lokale retningslinjer.

Planlagt billeddiagnostik og odontologisk undersøgelse gennemføres.

Patientens radiologiske undersøgelser gennemgås, hvorefter skopier og biopsitagning kan endeligt planlægges. I lokal eller generel anæstesi foretages: relevante skopier, biopsitagning, tegning og staging.

Hvis logistisk muligt, bør onkolog være med ved undersøgelsen af hensyn til stråfefelternes forventede størrelse og behovet for tandbehandling. I tilfælde med klinisk oplagt hoved- og halskræft, der vil medføre stråleterapi, som involverer kæberne, kan nødvendig tandbehandling eventuelt blive udført i den aktuelle generelle anæstesi. Patienten skal forinden være fuldt informeret om fremgangsmåden og acceptere denne.

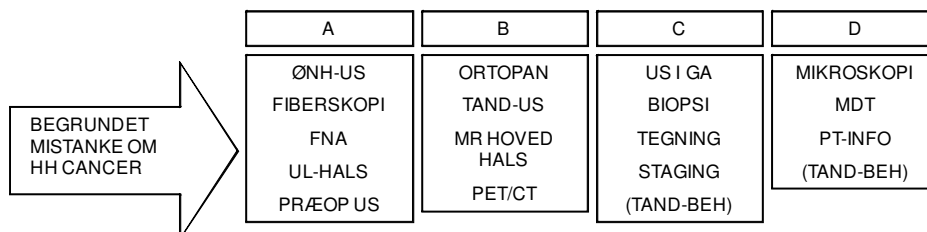
Gennemgang af patientens radiologiske undersøgelser. Når svar på cytologiske undersøgelser foreligger, har lægen en samtale med patient og evt. pårørende om resultaterne, og plan for behandling udarbejdes på MDT-konference.

På en del af præparaterne vil det være nødvendigt at foretage immunhistokemisk farvning.

Patienter med kræft i næse-bihuler, og som har været udsat for træstøv i deres arbejdsliv, bør henvises til Arbejdsmedicinsk Klinik eller anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen.

www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=179

Lymfeknudemetastase på hals med ukendt primærtumor (CUP)



Patienter med metastase i halsens lymfeknuder skal gennem en grundig udredning for at påvise primærtumor. Det samme gælder patienter ældre end 40 år med cyster lateralt på halsen, hvor cystisk metastase ikke kan udelukkes. Dette forløb er vist i figuren. Hvis primærtumor påvises, vil behandlingen blive målrettet denne. Alternativt vil patienten blive behandlet i henhold til nationale retningslinjer for ukendt primærtumor.

Patienten modtages på den undersøgende øre-næse-halskirurgiske afdeling, hvor der foretages optagelse af anamnese, standard øre-næse-halsundersøgelse og fiberskopi. Den første dags undersøgelser kan eventuelt suppleres med ultralydsskanning af halsen, biopsi og/eller nåleprøve (FNA) i det omfang, det skønnes indiceret. Blodprøver tages, hvis det findes påkrævet. Patienter, som fortsætter i pakken, henvises til MR-skanning af hoved og hals samt PET-CT skanning af hoved, hals, thorax og abdomen. Alle patienter skal henvises til odontologisk undersøgelse eventuelt suppleret med ortopantomografi. Der arrangeres tid på operationsgangen til undersøgelse i generel anæstesi, og der laves en forundersøgelse i henhold til lokale retningslinjer.

Planlagt billeddiagnostik og odontologisk undersøgelse gennemføres.

Man begynder med gennemgang af patientens radiologiske undersøgelser, hvorefter skopier og biopsitagning kan endeligt planlægges. I generel anæstesi foretages relevante skopier, biopsitagning, tonsillektomi og staging.

I tilfælde med klinisk oplagt hoved- og halskræft, der vil medføre stråleterapi, som involverer kæberne, kan nødvendig tandbehandling eventuelt blive udført i den aktuelle generelle anæstesi. Patienten skal forinden være fuldt informeret om fremgangsmåden og acceptere denne.

Formentlig vil kun en del af præparaterne kunne beskrives sufficient på Hæmatoxylin-Eosin snit (HE). På en stor del af præparaterne vil det være nødvendigt at foretage immunhistokemisk farvning.

Efter klinisk og paraklinisk begrundet mistanke om anden kræftform, henvises til andet relevant pakkeforløb.

Når svar på histologisk og eventuelle cytologiske undersøgelser foreligger, har lægen en samtale med patienten og evt. pårørende om resultaterne, og plan for behandling udarbejdes ved MDT-konference med deltagelse af relevante specialer.

3.2 Kommunikation og inddragelse

Der informeres om, hvor lang tid undersøgelserne vil tage, og at der efterfølgende vil blive lagt en behandlingsplan på MDT-konferencen.

Efter endt udredning afholder lægen en samtale med patienten og evt. pårørende om resultat af billeddiagnostik, cytologisk og eventuel histologisk undersøgelse.

Den lagte plan for behandling tilbydes i henhold til landsdækkende retningslinjer under medvirken af MDT-konferencen. Hvis der er tale om kræft, vil der oftest være tale om stråleterapi (med eller uden kemoterapi) eller kirurgi. Hvis udredningen resulterer i benign diagnose, planlægges det videre forløb i henhold til dette.

3.3 Beslutning

Beslutningen om videre plan med henvisning til afdeling med højt specialiseret funktion påhviler den udredende øre-næse-halskirurgiske afdeling samt MDT-konferencen. Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

Udredningsforløbet er afsluttet med indberetning (kode ZZ0153A).

3.4 Ansvarlig

Øre-næse-halskirurgiske afdelinger, afdelinger for klinisk patologi og cytologi og radiologiske afdelinger. Ansvaret ligger hos den afdeling, hvor patienten er aktiv i det patientadministrative system.

3.5 Registrering

AFB02B	Hoved- og halskræft: 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:

AFB02C1	Hoved- og halskræft: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB02C1A	Hoved- og halskræft: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB02C2	Hoved- og halskræft: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB02C2A	Hoved- og halskræft: 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.

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

AFB02X1	Hoved- og halskræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB02X2	Hoved- og halskræft: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	--

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

3.6 Forløbstid

Forløbstiden fra modtaget henvisning på udredende afdeling til afsluttet udredning afhænger af den nødvendige cytologiske/histologiske undersøgelsesteknik. Som udgangspunkt anvendes histologisk undersøgelse i udredningen. Derfor er forløbstiden for den diagnostiske fase fra første fremmøde på den diagnostiske afdeling til information og endelig behandlingsplan ved MDT-konference 15 kalenderdage.

Forløbstiden består, afhængig af diagnose, blandt andet af:

- Øre-næse-halsundersøgelse, fiberskopi, finnålsbiopsi og ultralydsscanning af hals
- Tandlægeundersøgelser og billeddiagnostik (ortopantomografi, MR, CT, PET/CT, røntgen af thorax)
- Undersøgelse i generel anæstesi med biopsi
- Histologisk undersøgelse, evt. cytologi
- MDT-konference og information af patienten, subsidiært henvisning til afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på dette

Såfremt der foreligger betydende komorbiditet, hvor patienten skal vurderes med henblik herpå og eventuelt stabiliseres, kan forløbstiden øges med yderligere tid.

Den samlede forløbstid er fra henvisning modtaget på udredende afdeling til start på initial behandling.

4 Initial behandling af hoved-halskræft

4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Omkring 75 % af hoved-halskræft patienterne bliver behandlet med ekstern stråleterapi evt. i kombination med kemoterapi i det initiale behandlingsforløb. Omkring 40 % gennemgår initialt kirurgi eventuelt i kombination med stråleterapi.

Behandling af hoved- og halskræft er højt specialiseret.

Behandling af kræft i svælg og strube

Den kurativt intenderede behandling af kræft i svælg og strube i Danmark er primært stråleterapi. Kirurgisk behandling af små cancere på de ægte stemmelæber er ved at blive implementeret i de gældende behandlingstilbud. Stråleterapien gives med et såkaldt accelereret fraktioneringsregime, der betyder, at behandlingen gives med 6 fraktioner om ugen og med et samlet behandlingsforløb, der normalt varer 5½-6 uger. Stråleterapien er rettet mod den kendte primærtumor og involverer metastatiske lymfeknuder samt elektive lymfeknudestationer med kendt risiko.

Behandlingen for larynx- og pharynxcancerpatienter uden lymfeknudemetastaser er enten accelereret stråleterapi, som beskrevet ovenfor, eller hyperfraktioneret accelereret stråleterapi, som er en metode, hvorved man kan give en større totaldosis, idet man giver flere fraktioner, men med en mindre dosis pr. gang.

Til patienter med lymfeknudemetastaser gives konkomitant kemo-radioterapi under forudsætning af, at almen tilstand tillader dette. Patienterne behandles med accelereret fraktionering og samtidigt cisplatin en gang ugentligt.

Patienter med kræft i nasopharynx vil alle få tilbudt konkomitant kemo-radioterapi.

Samtlige patienter med undtagelse af patienter med små stemmebåndstumorer vil desuden blive behandlet med den hypoksiske sensitizer nimorazol, der i randomiserede undersøgelser har vist sig signifikant at forbedre virkningen af stråleterapi for patienter med kræft i larynx, pharynx og cavum oris. Nimorazol gives som tabletter eller pulver forud for hver strålefraktion.

www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=269

Stråleterapien gives med moderne teknikker, der tilstræber, at man ved såkaldt intensitetsmoduleret radioterapi (IMRT) bedre kan fokusere stråleterapien på svulsten og samtidig reducere dosis til kritiske normalvævsstrukturer. Det drejer sig især om en reduceret dosis til spytkirtler, hvad der på længere sigt vil medføre en mere skånsom stråleterapi med bedre bevaret spytkirtelfunktion. IMRT-teknik er indført alle steder i landet og tilbydes især patienter med avancerede tumorer, der kræver komplicerede strålefelter.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=57.

Behandling af kræft i mundhulen

Behandlingen af mundhulekræft er enten kirurgisk, stråleterapeutisk eller kombineret, med eller uden kemoterapi. Den kirurgiske behandling er primært rettet mod mindre tumorer og i et vist omfang ledsaget af lymfeknudedissektion på halsen evt. forudgået af sentinel lymfeknudebiopsi. Behandlingen vil i et vist omfang medføre rekonstruktiv kirurgi. Mere avancerede tumorer behandles enten primært med kirurgi med efterfølgende stråleterapi eller med primær stråleterapi alene, evt. kombineret med kemoterapi. Stråleterapiretningslinjerne følger i al væsentlighed det for larynx og pharynx tumorer beskrevne.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=60

Behandling af kræft i næse og bihuler

Behandling af kræft i næse og bihuler er ligeledes kirurgisk, stråleterapeutisk eller kombineret afhængig af størrelse og lokalisation jævnfør de evidensbaserede retningslinjer.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=179

Behandlingen af spytkirteltumorer

Spytkirteltumorer bliver primært kirurgisk behandlet, såfremt det er muligt, evt. suppleret med stråleterapi, der ved mere avancerede tilfælde kan være den primære terapi.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=205

Behandling af kræft i skjoldbruskkirtlen (thyreoidea)

Kræft i thyreoidea er ligeledes en primært kirurgisk behandlet sygdom, der ofte er efterfulgt af stråleterapi med radioaktiv jod. Den kirurgiske behandling vil omfatte den primære tumor i thyreoidea samt i et vist omfang lymfeknudedissektion på halsen. Der henvises til de relevante retningslinjer.

http://www.dahanca.dk/get_media_file.php?mediaid=55

4.2 De hyppigst opståede komplikationer

Bivirkninger ved stråleterapi er dels akutte gener i form af inflammation i slimhinderne og deraf følgende smerter og synkebesvær. En væsentlig andel af patienterne med avanceret sygdom vil derfor få brug for sondeernæring i form af PEG-sonde eller nasogastrisk sonde, således at man mindsker vægttab under og efterbehandling. En stråleinduceret mucositis heler typisk op i løbet af få uger efter behandlingen.

Senfølger efter stråleterapi er fortrinsvist relateret til mundtørhed, atrofiske slimhinder og caries samt bindevævsdannelse og ødemer foruden lokalt destruktive følgevirkninger efter tumor, som kan medføre mere eller mindre permanent dysfagi.

Bivirkninger/komplikationer til den kirurgiske behandling afhænger af operationstype og omfang. Komplikationer kan bl.a. være blødning, infektion, ødem og bindevævsdannelse med funktionelle forstyrrelser, herunder sensoriske og motoriske nerveudfald.

4.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling

For langt de fleste patienter med hovedhalskræft medfører sygdommen og behandlingen mange problemstillinger af både fysisk, psykisk og social karakter.

Ernæring

Patienter med hoved-halskræft har ofte ernæringsproblemer i form af vægttab, nedsat appetit samt smerter ved kostindtag allerede ved første ambulante besøg. Der skal ernæringscreenes og udarbejdes en ernæringsplan for patienten. Synkeproblemer kan have medført, at patienterne igennem længere tid ikke har indtaget sufficient ernæring. Det er derfor af stor betydning, at patienterne gennem hele forløbet støttes og motiveres til at træne og vedligeholde synkefunktionen.

Der kan i forbindelse med ovenstående være behov for anlæggelse af PEG-sonde eller nasogastrisk sonde, således at patienten kan påbegynde sondeernæring før behandling. Patienternes ernæringstilstand følges tæt i hele forløbet.

Tracheotomi

Nogle patienter har i en periode brug for at være tracheotomerede, andre bliver permanent brugere af trachealkanyler. I forbindelse med brugen af trachealkanylen er der behov for pleje af denne, herunder oplæring af patienten i brug af trachealkanyler eventuelt med taleforsats samt pleje og håndtering af hjælpemidler.

Laryngektomi

En laryngektomeret patient har mistet den naturlige tale for altid, da struben er fjernet. Endvidere har patienten også mistet evnen til at fugte, varme og rense inspirationsluften, da denne nu kommer direkte ned i luftrøret via tracheostomien. Dette berører også lugte- og smagssans.

Patienterne skal forberedes til operationen og det ændrede liv, som venter dem efterfølgende. Det er også vigtigt, at pårørende medinddrages. Endvidere skal patienten oplæres i pasning af stomaet og brug af diverse hjælpemidler samt etablere kontakt til konsulent fra taleinstitut eller patientforening for strubeløse, logopæd og evt. socialrådgiver.

Ved hjælp af vibrator, taleventil eller eventuelt spiserørsstemme er det for de fleste patienter muligt at genvinde evnen til at tale, hvorfor intensiv logopædisk behandling er nødvendig. Den logopædiske behandling kræver specifikke kompetencer inden for behandling af laryngektomerede.

Lugtgener

Henfalden tumorvæv kan skabe lugtgener. Lugtgener kan ligeledes forekomme hos laryngektomerede patienter, stoma og/eller fra den omkringliggende hud. Der skal udføres speciel hudpleje og pleje af stoma ved tracheostomerede patienter. En strålebehandlet hud er mere sart og modtagelig over for infektioner. Lugtgener er en del af en ændret kropsopfattelse, og det er vigtigt at tale med patienterne om denne problemstilling.

Mundpleje

Den ændrede anatomi i munden samt eventuelle lugtgener kræver hyppig og omhyggelig mundpleje. Patienten kan opleve tørre slimhinder efter strålebehandling, hvilket kan give problemer i spise og talesituationer. Oplæring i og hjælp til grundig mundpleje er derfor vigtig. Mulighed for inddragelse af tandplejer til undervisning af patienten kan i denne forbindelse iværksættes.

Ændret udseende

Patienternes udseende i hovedhalsregionen kan forandres synligt som følge af tumorforandringer og kirurgiske indgreb. Da kropsforandringerne er relateret til ansigtet, kan dette ofte have alvorlig indflydelse og indvirkning på den enkelte patients selvopfattelse og selvtillid. Information og åbenhed omkring det ændrede udseende er vigtig sammen med støtte og hjælp til mestring, således at patienternes følelse af stigmatisering begrænses eller undgås. Derved forebygges desuden, at de vælger at isolere sig i forhold til deres sociale netværk.

Tobak/alkohol

Patienternes overlevelse forbedres og risikoen for en ny primær kræft reduceres ved rygestop. Effekten af strålebehandling samt opheleling efter kirurgi forbedres sandsynligvis også. Ændret adfærd i forhold til denne livsstil er derfor af stor betydning for patienternes helbredelse. Patienterne tilbydes hjælp til rygestop allerede fra den første kontakt.

4.4 Specifik rehabilitering og palliation

Patienterne kan have behov for rehabilitering inden for flere områder. Det kan dreje sig om:

- Fysiske problemstillinger, herunder bl.a.; mucositis, svampeinfektion, xerostomi, trismus, direkte/indirekte tandskader, herunder proteseproblemer, osteoradionekrose og behov for anden dental rehabilitering. Endvidere ses sejt sekret, sarte slimhinder, taleproblemer, respiratoriske problemer, fibrose af halsmuskulatur/nedsat bevægelighed ved hoveddrejning, påvirkning/tab af syn/hørelse, sensibilitetsforstyrrelser, lymfødem samt tab af smags og lugtesans.
- Psykiske problemer, herunder bl.a.; angsten for tilbagefald, sociale problemer og tilknytning til arbejdsmarkedet m.m.

Den specifikke rehabilitering ved hovedhalskræft er særlig rettet mod de ændringer af tale og synkefunktionen, som patienterne oplever påvirket i større eller mindre grad dels på grund af kræftknudens lokalisation i mund, svælg eller strube og dels som følge af behandlingen. Patienterne kan således inden diagnosen have oplevet problemer med tale og synkning, hvorfor mange patienter på diagnosetidspunktet vil være under- eller fejlnærede.

Mundhulekræft

Ved operation for mundhulekræft vil patienten præoperativt blive vejledt og rådgivet af en talepædagog. Postoperativt vil der ofte være behov for synketræningen ved ergoterapeut. Ved re-

sektion af større tumor og/eller større rekonstruktioner kan den talepædagogiske vejledning samt synketræningen være langvarig. Der kan desuden være behov for vejledning fra en klinisk diætist ved vedvarende synkeproblemer.

Strubekræft

I tilfælde af laryngektomi har patienten behov for talerehabilitering, idet fjernelse af struben sætter betydelige krav til rehabilitering af talefunktionen postoperativt. Præoperativt vil patienten få talepædagogisk rådgivning og i de fleste tilfælde desuden en samtale med konsulent, som selv er strubeløs, fra taleinstitut eller patientforening. Postoperativt vil der være behov for oplæring i pleje af kanyle og stoma samt evt. taleventil.

Patienten kan desuden have behov for synketræning postoperativt.

Fibrosedannelse og ødemer forekommer i varierende grad efter kirurgi. Stråleterapi kan forstærke disse komplikationer til behandling, og fysioterapi kan være nødvendigt både i den præoperative fase men også på længere sigt mhp. at mindske lymfødemer og forbedre den muskulære funktion

4.5 Kommunikation og inddragelse

Afdelingen, som varetager den initiale behandling, gennemfører en samtale med patient og evt. pårørende, hvor patientens informeres om MDT-konferencens anbefalede behandling, herunder hvordan denne foregår, mulige risici og ønskede virkninger, andre behandlingsmuligheder og konsekvenser af fravalgt behandling. Der indhentes informeret samtykke forud for behandlingen. Når behandlingen er afsluttet, gennemføres en samtale med patienten og evt. pårørende om det videre forløb. Patient og evt. pårørende bør til enhver tid vide, hvem der er ansvarlig for behandlingen, og hvem de kan henvende sig til med spørgsmål.

4.6 Beslutning

Beslutningen om valg af behandling foregår ved MDT-konference på relevant afdeling (ØNH- eller onkologisk afdeling på højt specialiseret niveau). Der indhentes informeret samtykke forud for den endelige beslutning.

4.7 Ansvarlig

Øre-næse-halskirurgiske afdelinger eller onkologisk afdeling afhængig af hvor patienten behandles på højt specialiseret niveau.

4.8 Registrering

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

AFB02F1	Hoved- og halskræft: initial behandling start, kirurgisk
AFB02F2	Hoved- og halskræft: initial behandling start, medicinsk
AFB02F3	Hoved- og halskræft: initial behandling start, strålebehandling

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 frasat medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for hoved- og halskræft. 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

AFB02X1	Hoved- og halskræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB02X2	Hoved- og halskræft: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	--

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

4.9 Forløbstid

Kirurgi

Forløbstid fra udredningen er afsluttet (MDT), og patienten har givet informeret samtykke/accept, til patienten skal modtage kirurgisk behandling, er 7 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser, forundersøgelse med klinisk undersøgelse og information, koordination af deltagende kirurger, samtale med sygeplejerske, anæstesitilsyn, evt. supplerende billeddiagnostik

Behandling

- Operation

Primær stråleterapi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet (MDT-konference) og patienten har givet informeret samtykke/accept, til patienten skal modtage primær stråleterapi og kemoterapi, er 11 kalenderdage. Kemoterapi påbegyndes i samme uge som stråleterapi i forbindelse med denne.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser, journaloptagelse og information incl. informeret samtykke
- Teknisk forberedelse af patienten

Behandling

- Stråleterapi +/- kemoterapi

Det samlede monitoreringsinterval er fra henvisning modtaget på udredende afdeling til start på initial behandling.

5 Oversigtsskema for hoved-halskræft

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
Indgang til pakkeforløb			
Beslutning: Almen praksis/tandlæge finder <i>mistanke</i> om kræft og henviser til praktiserende ØNH-speciallæge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes ▪ Evt. supplerende relevante oplysninger til speciallæge i ØNH eller til ØNH-afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mistanke om kræft ▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke 	Almen praksis/tandlæge
Visitation: ØNH-undersøgelse og sygehistorie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: ØNH-undersøgelser 	Indkaldelse: ØNH-undersøgelse	ØNH-speciallægepraksis
ØNH-undersøgelse og sygehistorie			
Beslutning: Praktiserende ØNH-læge finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft og henviser til pakkeforløb	Henvisning sendes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrundet mistanke om kræft ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke 	
Udredning			
Visitation til pakkeforløb: Undersøglesprogram	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: undersøglesprogram 	Indkaldelse: undersøgelsesprogram	ØNH-kirurgisk afdeling
Undersøglesprogram: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ØNH-undersøgelse ▪ Fiberskopi ▪ Biopsi ▪ FNA ▪ Ultralyd af hals ▪ Radiologisk undersøgelse 		Videre forløb, herunder informeret samtykke	
Histologisvar			Patologiafdeling
Radiologisk beskrivelse			Radiologisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
Beslutning: Videre pakkeforløb	Henvisning sendes til MDT-konference på ØNH afd. på højt specialiseret niveau	Indkaldelse: MDT-konference mhp planlægning af behandling	ØNH-kirurgisk afdeling.
Konsultation i ØNH-kirurgisk afd.	Booking: videre undersøgelsesprogram	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: videre undersøgelsesprogram ▪ Informeret samtykke 	
Præoperativ undersøgelse: Ortopan tomografi Tandundersøgelse CT/MR/PET Røntgen af thorax General Anæstesi Staging Tegning Evt. tandbehandling		Videre forløb	Radiologisk afdeling Patologisk afdeling Tandlæge/Odentologisk afd. ØNH-kirurgisk afdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kirurgisk behandling eller ▪ Onkologisk behandling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: forundersøgelse MDT-konference ▪ Booking: kirurgisk, onkologisk behandling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: forundersøgelse ved ØNH-læge ▪ Indkaldelse: kirurgisk-onkologisk behandling 	MDT-konference
Initial behandling			
Forundersøgelse ved ØNH-kirurgisk afd., onkologisk afd.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb ▪ Informeret samtykke ▪ Indkaldelse: operation 	Højt specialiseret ØNH-kirurgisk afd., onkologisk afd.
Indlæggelse			Højt specialiseret ØNH-kirurgisk afd., onkologisk afd.
Operation			
Perioperativt rehabilitering/genoptræning	Booking: Specialiseret genoptræning	Indkaldelse/indlæggelse til specialiseret genoptræ-	Højt specialiseret ØNH kirurgisk afd.

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
	<ul style="list-style-type: none"> - Diætist - Ergoterapi - Logopædi - Fysioterapi 	ning/rehabilitering	
Histologisvar			Patologisk afdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onkologisk behandling ▪ Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: konsultation ved ØNH-læge ▪ Booking: onkologisk behandling, kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: konsultation ved ØNH-læge ▪ Indkaldelse: konsultation i onkologisk afdeling, kontrol 	MDT-konference
Konsultation ved ØNH-læge	Almen praksis: epikrise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb, informeret samtykke 	ØNH-afdeling
Konsultation i onkologisk afdeling		Videre forløb: Primær stråleterapi / postoperativ stråleterapi/ kontrol	Onkologisk-/radiologisk afdeling
Stråle-/kemoterapi			Onkologisk afdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specifik palliation, rehabilitering, specialiseret genoptræning ▪ Kontrol 	Booking: konsultation i onkologisk afdeling, specialiseret genoptræning, kontrol	Indkaldelse: konsultation i onkologisk afdeling, specifik palliation og rehabilitering, specialiseret genoptræning, kontrol	
Konsultation ved ØNH-læge	Almen praksis: epikrise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Videre forløb, informeret samtykke 	ØNH-afdeling
Konsultation i onkologisk afdeling		Videre forløb: Primær stråleterapi / postoperativ stråleterapi/ kontrol	Onkologisk/radiologisk afdeling
Stråle-/kemoterapi			Onkologisk afdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specifik palliation, rehabilitering, specialiseret genoptræning, kontrol 	Booking: konsultation i onkologisk afdeling, specialiseret genoptræning, kontrol	Indkaldelse: konsultation i onkologisk afdeling, specifik palliation og rehabilitering, kontrol	

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
seret genoptræning ▪ Kontrol	seret genoptræning, kontrol	ring, specialiseret genoptræning, kontrol	
Konsultation i onkologisk afdeling ▪ Palliation, rehabilitering, genoptræningsplan	Almen praksis: Epikrise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartsamtale ▪ Videre forløb, informeret samtykke ▪ Indkaldelse: kontrol 	
Efterforløbet			
Kontrol i 5 år efter afsluttet kurativ behandling		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartsamtale ▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke 	Onkologisk afdeling eller ØNH-læge
Sygehistorie og klinisk undersøgelse hver 3. - 4. mdr. de første 2 år, derefter hver 6. mdr. i 3 år – i alt 5 år			
Beslutning: Kontrol afsluttes	Almen praksis: Epikrise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartsamtale 	Onkologisk afdeling ØNH-afdeling
Evt. recidiv	Booking: nyt pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse til konsultation ▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke 	Onkologisk afdeling eller ØNH-afdeling

6 Forløbstider for hoved-halskræft

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).

Forløbstider (se også afsnit 1.3.1)		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning		15 kalenderdage
Fra afslutning på udredning til start på initial behandling	Operation	7 kalenderdage
	Kemo- og Stråleterapi	11 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Operation	28 kalenderdage
	Kemo- og Stråleterapi	32 kalenderdage

7 Registrering

7.1 Pakkeforløb start

AFB02A	Hoved- og halskræft: henvisning til pakkeforløb start
---------------	--

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for hoved- og halskræft skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for hoved- og halskræft 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 eksternt part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

7.2 Udredning start

AFB02B	Hoved- og halskræft: 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:

AFB02C1	Hoved- og halskræft: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB02C1A	Hoved- og halskræft: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB02C2	Hoved- og halskræft: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB02C2A	Hoved- og halskræft: 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

AFB02F1	Hoved- og halskræft: initial behandling start, kirurgisk
AFB02F2	Hoved- og halskræft: initial behandling start, medicinsk
AFB02F3	Hoved- og halskræft: initial behandling start, strålebehandling

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 hoved- og halskræft. 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

AFB02X1	<i>Hoved- og halskræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB02X2	<i>Hoved- og halskræft: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	--

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