



Pakkeforløb for kræft i livmoderen

For fagfolk

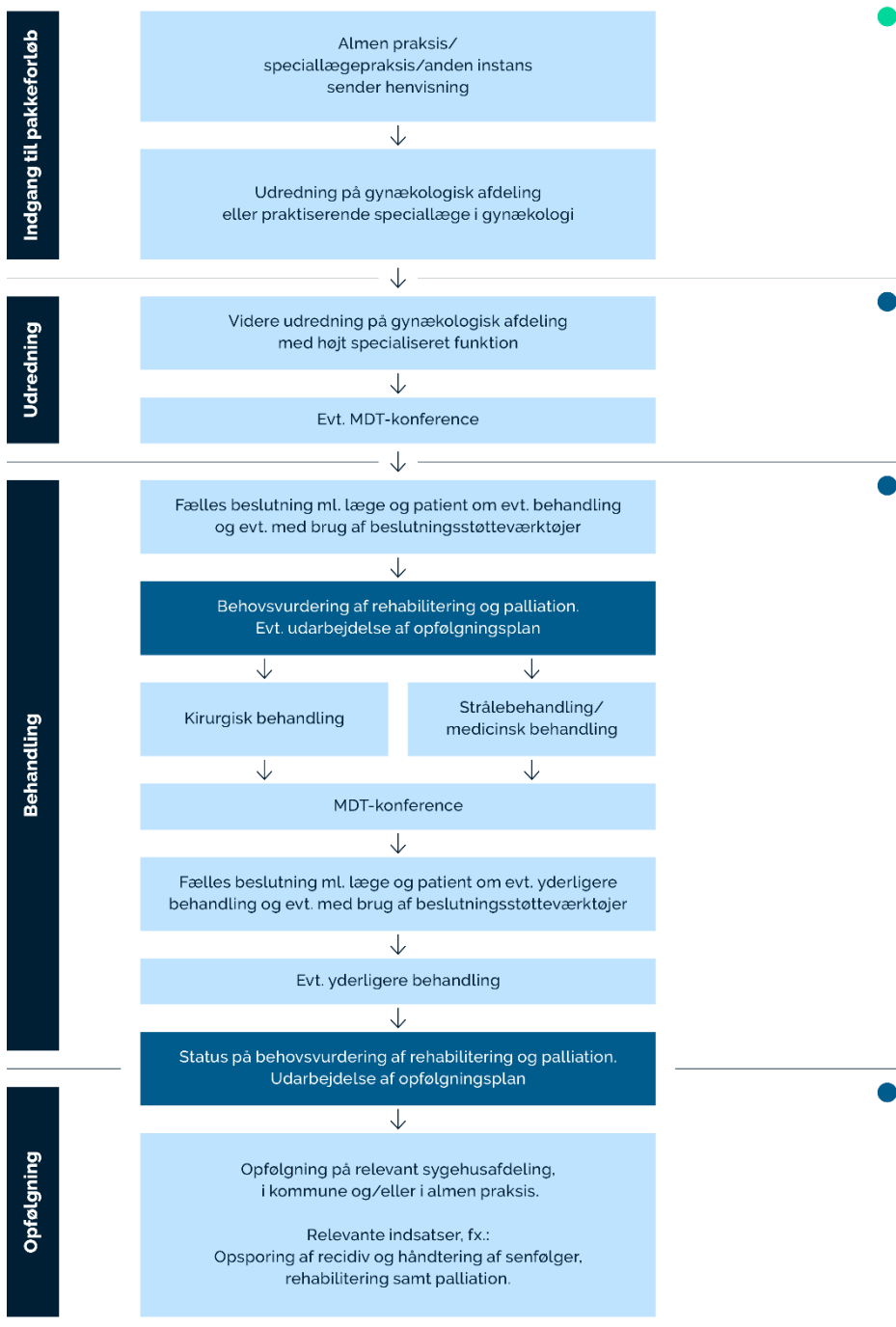


Indholdsfortegnelse

1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i livmoderen	3
2. Forløbsbeskrivelse	4
2.1. Indgang til pakkeforløbet	4
2.2. Udredning.....	5
2.3. Behandling	6
2.4. Opfølgning.....	7
3. Rehabilitering og palliation	10
3.1. Specifik rehabilitering for kræft i livmoderen	10
3.2. Specifikke senfølger for kræft i livmoderen.....	11
4. Forløbstider	13
Referenceliste.....	14
Bilagsfortegnelse	16
Bilag 1: Registreringsvejledning	17
Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning	21

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft ⁽¹⁾.

1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i livmoderen



- Forebyggelsesindsatser efter behov
- Rehabilitering og/eller palliation efter behov

2. Forløbsbeskrivelse

Kapitlet indeholder standardbeskrivelser for patientens forløb fra henvisning til udredning, behandling og opfølgning. I bilag 1 findes registreringsvejledningen for det samlede patientforløb.

Der er flere typer kræft i livmoderen. Type 1 er østrogenafhængig og udvikler sig fra et atypisk hyperplastisk endometrium, og har en god prognose. Den udgør 90% af al kræft i livmoderen. Type 2 er ikke østrogenafhængig. Den opstår i et atrofisk endometrium og udvikler sig til serøst adenokarcinom eller andre mere sjældne typer af karcinom, som alle har en dårligere prognose. Herudover findes flere sjældne typer af sarkom. Pakkeforløbsbeskrivelsen gælder alle typer af kræft i livmoderen.

2.1. Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på kræft i livmoderen, skal henvisende læge følge beskrivelsen nedenfor i afsnit 2.1.1. Såfremt patienten opfylder kriterierne for indgang til pakkeforløb i afsnit 2.1.2., skal patienten tilbydes henvisning til pakkeforløb for kræft i livmoderen.

2.1.1. Håndtering af symptomer på kræft i livmoderen

Nedenstående symptomer og fund bør hurtigst muligt føre til undersøgelse i almen praksis med blødningsanamnese, gynækologisk undersøgelse og palpation af abdomen:

- Vaginal blødning opstået mere end 1 år efter sidste menstruation (postmenopausal blødning) eller unormale vedvarende blødninger i perimenopausen

Der skal rettes særlig opmærksomhed mod patienter med risikofaktorer som arvelig disposition for tyktarmskræft (HNPCC), fedme, hypertension og brystkræftpatienter i tamoxifenbehandling. Hos kvinder med arvelig disposition eller ekstrem fedme kan kræft i livmoderen opstå før menopausen.

2.1.2. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for kræft i livmoderen

Hvis nedenstående symptomer og fund er til stede, skal patienten tilbydes henvisning til pakkeforløb for kræft i livmoderen:

- Vaginal blødning i menopausen, hvor anden blødningskilde (fx livmoderhals, blære, endetarm eller ydre kvindelige kønsorganer) ikke kan bekræftes ved ovenstående undersøgelser

Patienten tilbydes henvisning til udredning i pakkeforløb for kræft i livmoderen på gynækologisk afdeling eller ved praktiserende speciallæge i gynækologi.

Ved behov skal henvisende læge overveje at tilbyde patienten henvisning til en afklarende samtale i kommunalt regi⁽²⁾ med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (se kapitel 3)^(3,4).

2.2. Udredning

Udredningen forløber i henhold til DGCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾. Forløbet starter på gynækologisk afdeling eller ved praktiserende speciallæge i gynækologi. Hvis der påvises kræft i livmoderen fortsættes forløbet på gynækologisk afdeling med højt specialiseret funktion⁽⁶⁾.

På gynækologisk afdeling eller ved praktiserende speciallæge i gynækologi udføres:

- Gynækologisk undersøgelse og vaginal ultralydsscanning samt palpation af abdomen.
- Såfremt ultralydsundersøgelsen viser endometrietykkelse >4mm eller uskarpt afgrænset endometrium, foretages endometriediagnostik og præparatet sendes til patologisk undersøgelse i pakkeforløb.

Ved påvist kræft i livmoderen (eller hyperplasi med atypi) ved histologisk undersøgelse henvises patienten til videre udredning på gynækologisk afdeling med højt specialiseret funktion inden for kirurgisk behandling af kræft i livmoderen.

Hvis endometrietykkelsen er <4 mm afkræftes mistanken om kræft i livmoderen, og pakkeforløbet afsluttes. Ved behov kan gynækologisk afdeling eller praktiserende speciallæge i gynækologi fortsætte udredningen af anden gynækologisk lidelse eller henvise til udredning på relevant afdeling. Det er vigtigt, at henvisende læge hurtigt får information herom, for at kunne koordinere det videre forløb for de patienter, som skal videreudredes i andet regi.

På gynækologisk afdeling med højt specialiseret funktion iværksættes:

- Histologisk verifikation af diagnosen kræft i livmoderen. Ved tvivlsspørgsmål om gradering eller type indkaldes præparatet til revision.
- Yderligere specialiserede undersøgelser til vurdering af sygdomsudbredningen fx ultralydsscanning, MR-skanning, PET/CT.
- Vurdering af operabilitet. Enkelte patienter kan ikke få foretaget primær operation på grund af alder, almentilstand, komorbiditet eller tumortype og/eller udbredning.
- Histologi og eventuel billeddiagnostik fremvises til MDT-konference.

2.2.1. MDT-konference

Udredning og behandling af kræft i livmoderen er en specialiseret opgave for et multidisciplinært team bestående af gynækologer, patologer, onkologer og billeddiagnostikere

(radiologer). Når diagnosen er verificeret histologisk, og øvrige undersøgelser er udført, drøftes behandlingsplanen på MDT-konference ud fra gældende kliniske retningslinjer⁽⁵⁾.

2.3. Behandling

2.3.1. Behandlingsmuligheder

Behandling af kræft i livmoderen foregår i henhold til DGCGs kliniske retningslinjer⁽⁶⁾, som opdateres i henhold til aktuel evidens. Nedenstående beskriver de overordnede behandlingsmuligheder for kræft i livmoderen.

Behandling af kræft i livmoderen med kurativt (helbredende) sigte er i næsten alle tilfælde kirurgisk behandling. Kirurgien omfatter fjernelse af livmoderen, æggestokke og æggeledere. Minimal invasiv kirurgisk tilgang (robotassisteret eller konventionel laparoskopisk teknik) er den anbefalede kirurgiske metode. Ved risiko for spredning foretages "staging" ved fjernelse af lymfeknuder i bækkenet, og evt. langs hovedpulsåren, eller evt. ved Sentinel Node teknik.

Eventuel efterbehandling med adjuverende kemoterapi og/eller strålebehandling vil være baseret på vurdering af sygdommens udbredelse i det endelige operationspræparat og risikofaktorer.

I få tilfælde med udbredt dissemineret sygdom kan patienten ikke tilbydes behandling med kurativt sigte, men livsforlængende behandling med medicinsk behandling.

I de sjældne tilfælde, hvor kræft i livmoderen optræder hos yngre patienter i fertil alder, og hvor der er et ønske om bevarelse af fertilitet, kan ikke-kirurgisk primær behandling komme på tale.

Hvis der foreligger relevante validerede beslutningsstøtteværktøjer, bør disse anvendes til at understøtte patientens behandlingsvalg. Læs mere i Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft s. 8 og 10 (indsæt reference)

2.3.2. Præoperativ optimering

Optimering af almentilstanden bør startes allerede af den henvisende læge og fortsætte, når patienten kommer til afdelingen med højt specialiseret funktion. Patienter med kræft i livmoderen har sjældent behov for ernæringstilskud. Patientens eventuelle andre sygdomme, som kan påvirke operationsudfaldet (fx hjertesygdomme, lungesygdomme og patienter i antikoagulationsbehandling), vurderes og optimeres før kirurgisk behandling.

2.3.3. Genetisk rådgivning

Kvinder med arvelig disposition for tyktarmskræft (HNPCC, også kaldet Lynch Syndrom) forårsaget af en defekt i et såkaldt mismatch repair gen (MMR-gen) har en 30-60% øget livstidsrisiko for at udvikle kræft i livmoderen. Patienter, som har fået påvist defekt MMR-

gen, tilbydes derfor forebyggende undersøgelser hos praktiserende speciallæge i gynækologi eller gynækologisk afdeling med henblik på at opspore kræft i livmoderen.

Patienter, som har fået kræft i livmoderen før 50-års alderen, og evt. familiemedlemmer, skal tilbydes henvisning til genetisk udredning for HNPCC/Lynch Syndrom.

Se yderligere i DSOG's retningslinje for Lynch syndrom og gynækologisk cancer⁽⁷⁾.

2.3.4. Vurdering af behov

Der foretages systematisk vurdering af patientens behov for forebyggelse, rehabilitering og palliation i forbindelse med opstart og ved afslutning af behandlingsforløbet. Vurderingen bør desuden gentages ved ændringer i patientens tilstand og på andre relevante tidspunkter. Der skal ved vurderingen af patientens behov være fokus på såvel livmoderkræft-specifikke som generelle behov. Se kapitel 3 for en nærmere beskrivelse af vurdering af behov, forebyggelse, rehabilitering og palliation.

2.4. Opfølgning

I opfølgningsperioden tilrettelægges forløbet individuelt. Med udgangspunkt heri udarbejdes en individuel plan for opfølgning sammen med patienten. Patienten skal til alle tider kunne tilgå sin opfølgningsplan. En mundtlig opfølgningsplan er ikke tilstrækkelig.

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling kan patienten tilbydes henvisning til en opfølgende samtale hos egen læge. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om kræftopfølgning i almen praksis⁽⁸⁾.

2.4.1. Den individuelle plan for opfølgning

På baggrund af en individuel vurdering af patientens behov, skal der udformes en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation. Opfølgningsplanen kan påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling, og skal senest udarbejdes af den behandlende afdeling ved afslutning af behandlingen.

Planen skal beskrive patientens opfølgningsforløb, herunder behov for indsatser og status på eventuelt igangværende indsatser i form af:

- Håndtering af bivirkninger
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv (afsnit 2.4.2)
- Rehabilitering og palliation (afsnit 3)
- Håndtering af senfølger (afsnit 3.2)

Patienten skal i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle plan for opfølgning informeres om symptomer på recidiv og senfølger, samt hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse fremkommer.

2.4.2. Opsporing af recidiv

Recidivraten for kræft i livmoderen afhænger af tumortype og udbredning. Langt de fleste recidiver ses inden for de første 3 år. Vaginaltopsrecidiver er potentielt kurable og de fleste af disse recidiver vil være symptomatiske med vaginal blødning.

Patienten skal tilbydes en individuelt tilrettelagt opfølgning i forhold til recidiv på baggrund af stadie og behandling, og i henhold til DGCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾. Dette kan fx indebære klinisk kontrol, evt. suppleret med billeddiagnostik. Væsentligst er dog, at patienten selv skal kunne reagere ved symptomer på recidiv, og derfor instrueres i disse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om, hvilke symptomer patienten skal reagere på.

Symptomer på recidiv/progression kan være:

- Blødning fra skeden
- Nyopstået hævelse af det ene eller begge ben
- Smerter
- Oppustet mave - fornemmelse af at være fyldt op
- Øget maveomfang
- Nyopståede ændringer i afføringsmønsteret, ofte forstoppelse
- Vejrtrækningsbesvær
- Nyopstået og tiltagende træthed gennem de seneste 14 dage
- Uforklarlig vægtændring
- Modløshed og tristhed gennem flere uger

Patienten vil i opfølgningsperioden være tilknyttet den primært behandlende afdeling dvs. gynækologisk afdeling ved ren kirurgisk behandling; onkologisk afdeling ved efterfølgende kemoterapi eller stråleterapi. Det skal fremgå af epikrise til egen læge og af patientens opfølgningsplan, hvilken afdeling, der er ansvarlig for håndtering af mistanken om recidiv.

Mistanke hos egen læge om recidiv

I opfølgningsperioden:

Har egen læge mistanke om recidiv hos patienten, er denne ansvarlig for at henvise patienten til den afdeling, der har patienten i opfølgningsforløb. Henvisningen skal indeholde beskrivelse af de fund, der giver anledning til bekymringen. Herefter påhviler det afdelingen at vurdere situationen og sikre patientens videre forløb, fx ved at tilbyde nyt pakkeforløb.

Efter opfølgningsperioden:

Opstår mistanken når opfølgningen er afsluttet skal egen læge tilbyde patienten henvisning til nyt pakkeforløb for kræft i livmoderen på mistanke om recidiv.

Mistanke hos patienten selv om recidiv

I opfølgningsperioden:

Patienten kan selv henvende sig direkte til den afdeling, der forestår opfølgningen, ved mistanke om recidiv.

Efter opfølgningsperioden:

Efter endt opfølgning på afdelingen, skal patienten kontakte egen læge ved mistanke om recidiv.

3. Rehabilitering og palliation

I dette kapitel beskrives de livmoderkræftspecifikke indsatser i patientforløbet. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁽³⁾ eller i relevante forebyggelsespakker⁽⁴⁾. De generelle rammer for vurdering af patientens behov for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation for kræftpatienter beskrives i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽⁹⁾ samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats*⁽¹⁰⁾.

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen⁽²⁾ med henblik på at få sammenfat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov^(3,4). Dette kan ske på ethvert tidspunkt i kræftpakkeforløbet, når dette er hensigtsmæssigt. Henvisning hertil kan også foretages inden, der er stillet en diagnose.

Ved lægefagligt begrundet behov skal der udarbejdes en genoptræningsplan til enten 'almen genoptræning', 'genoptræning på specialiseret niveau' eller 'rehabilitering på specialiseret niveau'⁽¹¹⁾. Der bør henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre eller medfører komplekse palliative problemstillinger.

Aktiv behandling af kræft i livmoderen er ikke en hindring for at iværksætte relevante rehabiliterings- og/eller palliative indsatser. Patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at modtage behandling, skal også have foretaget en vurdering af deres behov.

Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽¹²⁾ for hhv. regionens, kommunens og almen praksis' roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

3.1. Specifik rehabilitering for kræft i livmoderen

Den rehabiliterende indsats bør rette sig mod såvel kortsigtede som mere langsigtede følger af sygdom og behandling. Formålet med rehabilitering efter kræft i livmoderen er at sikre patientens livskvalitet efter behandlingen, samt sikre at hverdagslivet genetableres. Denne del af indsatsen er centreret omkring understøttelse af alment helbred, livssituation samt netværk.

Det antages, at mange patienter selv vil kunne varetage egen rehabilitering, hvis de ved behandlingens afslutning gives indsigt i hyppige problemstillinger og senfølger, og desuden tilbydes relevante støttetilbud så som fysisk træning, sundhedsfremme samt information om, hvor de kan opsøge erfaringsudveksling med ligestillede, fx i relevante patientforeninger.

Støtteforanstaltninger for både fysiske og psyko-sociale senfølger af kræft i livmoderen bør udgøre en del af opfølgningen, afhængigt af behovet. Der vil ofte være tale om kombinationer af forskellige rehabiliteringsindsatser sammen med mere direkte behandlinger af specifikke senfølger, og evt. palliative indsatser. Se yderligere i afsnit 3.2.1 og 3.2.2.

3.2. Specifikke senfølger for kræft i livmoderen

I dette afsnit skitseres de hyppigste senfølger, der kan opstå hos patienter med kræft i livmoderen, og som der bør være opmærksomhed på og undersøges for. Senfølger kan opstå umiddelbart i tilknytning til behandling eller sent efter afsluttet behandling.

Læs yderligere i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*⁽¹³⁾ samt i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽¹²⁾. For information om bivirkninger til medicinsk behandling henvises til produktresuméer for de enkelte lægemidler.

Ved konstatering af senfølger er det den afdeling, som på det givne tidspunkt har patienten i behandling eller i et opfølgingsforløb, som er ansvarlig for, at senfølgerne vurderes af de rette fagpersoner fra relevante specialer. Det kan være relevant med henvisning til en afklarende samtale i kommunen og, ved et lægefagligt vurderet behov, fremsendelse af en genoptræningsplan.

3.2.1. Fysiske senfølger

Nedenfor beskrives de fysiske senfølger som relaterer sig til de forandringer, som kirurgisk behandling, medicinsk behandling, og strålebehandling for kræft i livmoderen kan medføre.

Lymfødem

Risikoen for udvikling af lymfødem er især relateret til omfanget af det kirurgiske indgreb, herunder lymfeknudefjernelse. Risikoen er væsentligt øget hos de få patienter, der behandles med strålebehandling efter kirurgisk behandling. Derudover kan overvægt bidrage til den samlede risiko.

Patienter, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse, skal vurderes særligt med hensyn til udvikling af lymfødem. Patienten opfordres til en sund og aktiv livsstil og instrueres i at lave venepumpeøvelser. Hvis der opstår ødem, skal patienten tilbydes henvisning til lymfødembehandling og vejledning ved lymfødemterapeut (specialiseret fysioterapeut) i regionalt regi.

Seksualitet og kropsforandringer

Hos patienter behandlet for kræft i underlivet, kan der optræde problemstillinger så som ændret kropsopfattelse og seksualitet, samt problemer med at genoptage seksuallivet, som kan påvirke patientens selvbillede og relationer.

Patienten skal informeres om disse emner i forbindelse med afslutning af behandlingen. Patienten bør inviteres til at tale om seksualitet med udlevering af informationsmateriale. Desuden kan møder med ligestillede i relevante patientforeninger være en hjælp. Ved behov kan der henvises til sexologisk klinik.

3.2.2. Psyko-sociale senfølger

Psyko-sociale senfølger kan omfatte angst og depression, frygt for recidiv, søvnforstyrrelser, mental træthed, seksuelle problemer, kognitive problemer som fx nedsat hukommelse/koncentrationsbesvær samt sociale følger af diagnose og behandling, fx svækket arbejdsevne og arbejdsløshed.

For hovedparten af patienter med kræft i livmoderen er der tale om et kortvarigt forløb med hurtig behandling. Dette kan bevirke, at nogle patienter knapt når at forholde sig til kræftdiagnosen, før behandlingen er overstået. Operationsteknik med minimal invasiv kirurgi bevirker, at disse patienter hurtigt opnår vanligt fysisk aktivitetsniveau samt generelt har få fysiske senfølger. Der kan således være en kontrast imellem den fysiske og den psykiske oplevelse af kræftsygdommen og dens behandling. Det kortvarige sygdomsforløb kan medføre, at nogle patienter ikke føler sig berettigede til at have psyko-sociale problemstillinger. Dette kan medføre, at de genoptager arbejdet, før de er psykisk klar til det, og at de ikke søger støtte i patientforeninger eller lignende støtteforanstaltninger. Et dansk studie pointerer behovet for et specialiseret rehabiliteringstilbud, blandt andet med fokus på patienternes survivorship, herunder emner som psyko-sociale og seksuelle behov samt kvindelighed, fertilitetstab, fatigue og frygt for tilbagefald⁽¹⁴⁾.

Den psyko-sociale støtte kan bygge på samtaler, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende samt information om relevante patientforeninger (se links nedenfor). Det kan også være relevant med henvisning til afklarende samtale i kommunen og vejledning om muligheden for at opsøge en socialrådgiver.

Patientens egen læge kan give støtte ved en opfølgende samtale og evt. et samtaleforløb ved behov. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, bør patienten henvises til relevant instans, fx psykolog eller psykiater. Dette sker typisk via patientens egen læge.

Links til relevante patientforeninger:

[Kræft i underlivet \(KIU\)](#)

[Kræftens bekæmpelse](#)

Læs yderligere i DGCGs retningslinjer for sygepleje ^(15,16).

4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for kræft i livmoderen. Det er vigtigt at understrege, at forløbstiderne ikke er udtryk for en patientrettighed, men en faglig rettesnor med anbefalede forløbstider. Der vil for en række patienter være grunde til, at forløbet bør være længere eller kortere end den her beskrevne tid, grundet faglige hensyn eller ønske fra patienten om fx yderligere betænkningstid. De samlede forløbstider til pakkeforløbet fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 1 Oversigt over forløbstider for kræft i livmoderen

Henvisning		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		15 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	8 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	29 kalenderdage

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer - Begreber, forløbstider og monitorering. 2018.
- (2) Sundheds- og Ældreministeriet. . Sundhedsloven. Opdateret: 2016. Link: <https://www.retsinformatio.n.dk/forms/r0710.aspx?id=183932>.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/kommunale-forebyggelsestilbud> :2016.
- (4) Sundhedsstyrelsen. . Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Opdateret: 2014.2017. Link: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>.
- (5) Laterza RM, Sievert KD, de Ridder D, Vierhout ME, Haab F, Cardozo L, et al. Bladder function after radical hysterectomy for cervical cancer. *Neurourol Urodyn* 2015;34(4):309-315.
- (6) Sundhedsstyrelsen. . Specialeplan for gynækologi og obstetrik. Opdateret: 2018. Link: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/gynaekologi-og-obstetrik>.
- (7) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . Retningslinier for visitation, diagnostik, behandling og opfølgning af epitelial ovarie-, tuba- og primær peritonealcancer samt borderline tumorer 5. udgave 2016. Opdateret: 2016. Link: http://www.dgcm.dk/images/Grupper/Ovariecancergruppen/Retningslinier2016/Bilag_2_RMI.pdf.
- (8) Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis http://www.dsam.dk/flx/vejledninger/kliniske_vejledninger/ :2018.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft2018.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~me-dia/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx> :2017.
- (11) Sundheds- og Ældreministeriet. . Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Opdateret: 2014. Link: <https://www.retsinformatio.n.dk/forms/r0710.aspx?id=164976>.
- (12) Sundhedsstyrelsen. . Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Opdateret: 2012. Senest hentet: 12.21.2017. Link: <http://www.sst.dk/~me-dia/8D462333D76845B1B09CAF40F9476087.ashx>.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne <https://www.sst.dk/da/udgivel>

[ser/2017/~me-dia/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx](#) :2017.

(14) Taarnhoj GA, Christensen IJ, Lajer H, Fuglsang K, Jeppesen MM, Kahr HS, et al. Risk of recurrence, prognosis, and follow-up for Danish women with cervical cancer in 2005-2013: A national cohort study. *Cancer* 2018;124(5):943-951.

(15) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . National, procedurespecifik klinisk vejledning for patienter, med gynækologisk cancer.
Psykosocialt - at tilbyde kvinder, med gynækologisk kræft, den bedst mulige

psykosociale støtte i det gynækologiske kræftpakkeforløb. Opdateret: 2017. Senest hentet: 5 maj.2018. Link: <http://www.dgcg.dk/index.php/guidelines/kliniske-retningslinjer-sygepleje>.

(16) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . National, procedurespecifik klinisk vejledning til patienter, der henvises på mistanke om gynækologisk cancer - Sexualitet. Opdateret: 2017. Senest hentet: 5 May.2018. Link: http://www.dgcg.dk/images/Grupper/Sygeplejegruppen/Opdateret2017/Ovariecancer_kv_sexualitet_2013.pdf.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i livmoderen skal registreres:

- Når henvisning til pakkeforløb for kræft i livmoderen er modtaget i afdeling/central visitationsenhed og opfylder kriterier for indgang i pakkeforløb
- Når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til kriterier for indgang i pakkeforløb for kræft i livmoderen uanset henvisningsmåde.

Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra eksternt part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

Der registreres følgende kode:

AFB20A: Kræft i livmoderen: henvisning til pakkeforløb start

Forløbstiden er 6 kalenderdage

Der må gå 6 kalenderdage fra afdelingen/central visitationsenhed modtager henvisningen, til at udredning starter. 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.

Tiden består af:

- At håndtere henvisningen
- At booke relevante undersøgelser og samtaler

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal registreres ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræft i livmoderen, hvad enten det er på gynækologisk, billeddiagnostisk eller anden paraklinisk afdeling.

Der registreres følgende kode:

AFB20B: Kræft i livmoderen: Udredning start, første fremmøde

Registrering: Udredning slut (C)

Koden for udredning slut skal registreres når udredningen er afsluttet, og der ved MDT-konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling. (Dette er ikke svarende til fælles beslutning med patienten, men registreres

ved MDT-konference eller i forbindelse med at den kliniske beslutning er truffet om tilbud om initial behandling).

Der registreres en af følgende koder:

AFB20C1: Kræft i livmoderen: Beslutning: tilbud om initial behandling

AFB20C1A: Kræft i livmoderen: Beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet

AFB20C2: Kræft i livmoderen: Beslutning: initial behandling ikke relevant

AFB20C2A: Kræft i livmoderen: Beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 15 kalenderdage

Der må gå 15 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af:

- Journaloptagelse, vurdering af almen tilstand, medicingennemgang og evt. stillingtagen til pausering forud for kirurgi
- Vurdering og stabilisering af evt. komorbiditet
- Gynækologisk undersøgelse, vaginal ultralydsscanning og endometriediagnostik (vabra eller fraktioneret abrasio)
- Histologisk undersøgelse af udhentet materiale fra endometriet
- Håndtering af henvisning til specialiseret afdeling, booking af samtaler og undersøgelser
- Billeddiagnostiske undersøgelser
- MDT-konference

Det vurderes, at supplerende undersøgelser ved sjældne former for kræft i livmoderen kan bevirke et udredningsprogram, der varer op til yderligere 7 kalenderdage.

Registrering: Afslutning af pakkeforløb for kræft i livmoderen (X)

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres:

AFB20X1: Kræft i livmoderen: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller ikke ønsker behandling, og udgår helt af pakkeforløbet, registreres:

AFB20X2: Kræft i livmoderen: Pakkeforløb slut, patientens ønske

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

Registrering: Initial behandling (F)

Koden for initial behandling start skal registreres:

- Ved først forekommende behandlingstiltag rettet mod kræftsygdommen. Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling.

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

AFB20F1 Kræft i livmoderen: initial behandling start, kirurgisk

AFB20F2 Kræft i livmoderen: initial behandling start, medicinsk

AFB20F3 Kræft i livmoderen: initial behandling start, strålebehandling

Forløbstiden til kirurgisk behandling er 8 kalenderdage

Der må gå 8 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten modtager kirurgisk behandling. Dette gælder også, hvis der gives primær medicinsk behandling eller primær strålebehandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Samtale med sygeplejerske, anæstesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik og blodprøver
- Fortsat håndtering af komorbiditet

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpegning og arbejdsplads
Formand for arbejdsgruppen Læge Nanna Cassandra Læssøe	Sundhedsstyrelsen
Fysioterapeut Jette Marquardsen	Udpeget af KL Center for Kræft og Sundhed København
Overlæge Erik Søgaard	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
Overlæge Jon Thor Asmussen	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Onkoradiologisk Sektion, Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Klinikchef Lene Lundvall	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
Overlæge Pernille Christiansen	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Patologiafdelingen, Rigshospitalet
Professor Pernille Jensen	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Trine Nøttrup	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Onkologisk klinik, Rigshospitalet
Praktiserende læge Annika Norsk Jensen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

Repræsentant	Udpegning og arbejdsplads
Fysioterapeut Bettina Juel	Udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
Sygeplejerske Helle Hartmann Sørensen	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Odense Universitetshospital.
Konsulent Line Møller Rasmussen	Udpeget af Danske Regioner
Formand for KIU – Kræft i Underlivet Birthe Lemley	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse KIU – Kræft i Underlivet
Konsulent Anne Hagen Nielsen	Udpeget af KL
Chefkonsulent Lisbeth Høeg-Jensen	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse
Sygeplejerske, forløbskoordinator Dorthe Schmidt	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Hovedstaden
Overlæge Charlotte Søgaard	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Afdeling for Kvindesygdomme og fødsler, Aarhus Universitetshospital
Specialkonsulent Mie Hyllested Andersen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Sjælland
Sygeplejerske Karin Refskou Frederiksen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Sjælland
Fuldmægtig Mathias Ørberg Dinesen	Udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen.

Specialkonsulent Marie Maul	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Tamara Elisabeth Steiner	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Jonas Vive	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Naja Vyberg	Sundhedsstyrelsen
Sekretær Tina Birch	Sundhedsstyrelsen

Pakkeforløb for kræft i livmoderen

© Sundhedsstyrelsen, 2018.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-040-9

Sprog: Dansk
Version: 4.0
Versionsdato: 23.01.2019
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
januar 2019

Publikationer om kræftpakkerne:

- Indgang til pakkeforløb for kræft i æggestokkene
- Læsevejledning: pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering.
- Patientpjece om pakkeforløb for kræft i æggestokkene

[Se alle publikationerne her](#)