



# Pakkeforløb for livmoderhalskræft

For fagfolk

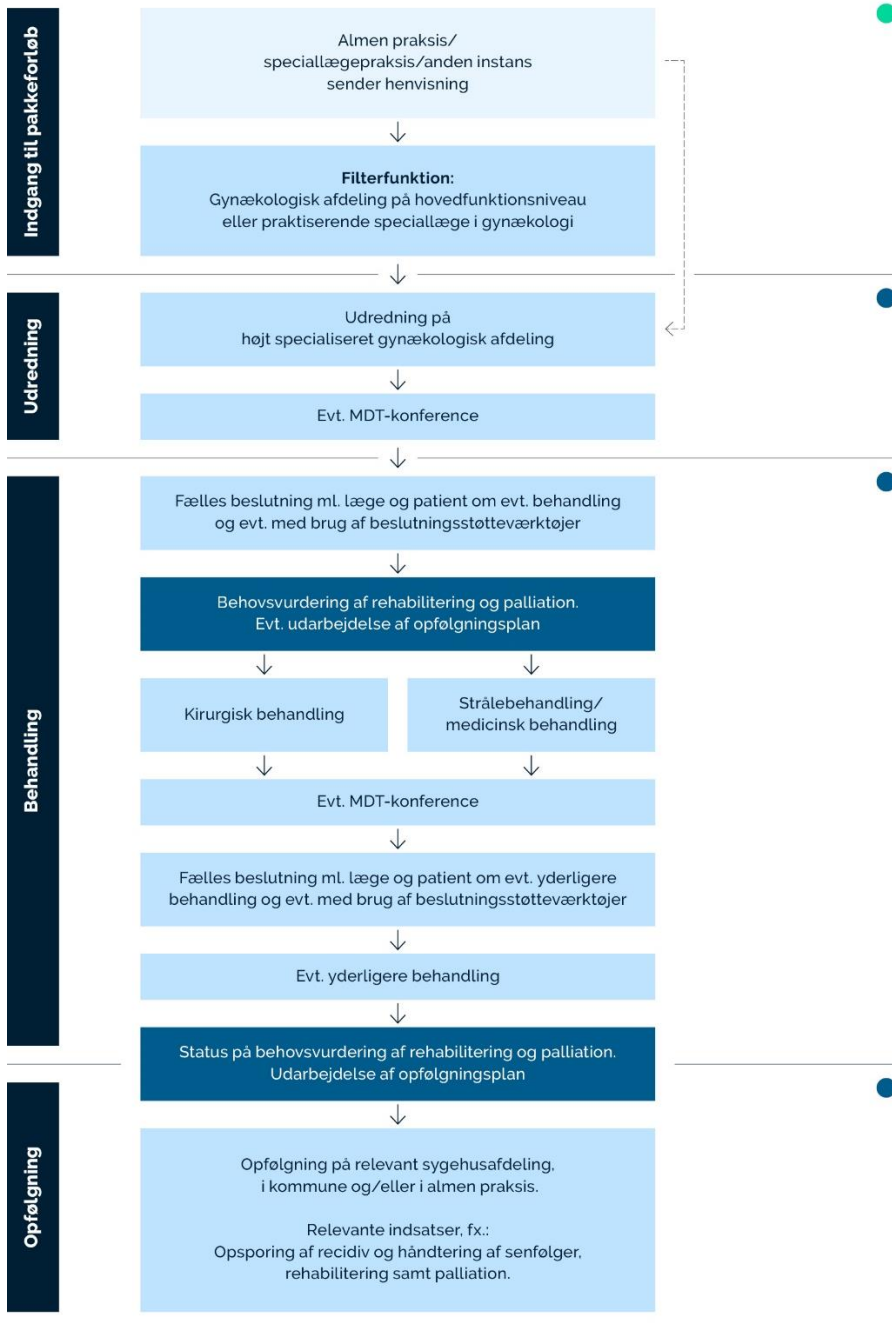


# Indholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Oversigt over pakkeforløb for livmoderhalskræft</b> ..... | <b>3</b>  |
| <b>2. Forløbsbeskrivelse</b> .....                              | <b>4</b>  |
| 2.1. Indgang til pakkeforløbet .....                            | 4         |
| 2.2. Udredning .....  | 5         |
| 2.3. Behandling .....   | 6         |
| 2.4. Opfølgning .....   | 7         |
| <b>3. Rehabilitering og palliation</b> .....                    | <b>9</b>  |
| 3.1. Specifik rehabilitering for livmoderhalskræft .....        | 9         |
| 3.2. Specifikke senfølger for livmoderhalskræft .....           | 10        |
| <b>4. Forløbstider</b> .....                                    | <b>14</b> |
| <b>Referenceliste</b> .....                                     | <b>15</b> |
| <b>Bilagsfortegnelse</b> .....                                  | <b>17</b> |
| <b>Bilag 1: Registreringsvejledning</b> .....                   | <b>18</b> |
| <b>Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning</b> .....             | <b>23</b> |

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft<sup>(1)</sup>.

# 1. Oversigt over pakkeforløb for livmoderhalskræft



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

## 2. Forløbsbeskrivelse

Kapitlet indeholder standard beskrivelser for patientens forløb fra henvisning til udredning, behandling og opfølgning.

Patienter med forstadier til livmoderhalskræft, fx diagnosticeret ved screening, er ikke omfattet af pakkeforløbet, men skal henvises til og følges af gynækologisk speciallæge i henhold til anbefalingerne på området.

### 2.1. Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på livmoderhalskræft 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 livmoderhalskræft.

#### 2.1.1. Håndtering af symptomer på livmoderhalskræft

Nedenstående symptomer og fund bør føre til en gynækologisk undersøgelse i almen praksis. I denne situation er smearundersøgelse ikke tilstrækkelig på grund af risiko for falsk negativt resultat.:

- Unormale blødninger fra vagina, herunder blødning efter overgangsalderen, blødning efter samleje og anden pletblødning
- Blodigt ildelugtende udfåd
- Synlige forandringer på livmoderhalsen (portio)

Patienten skal tilbydes henvisning til udredning i filterfunktion ved praktiserende speciallæge i gynækologi eller på gynækologisk afdeling, hvis undersøgelse i almen praksis ikke giver anden forklaring på symptomer og fund.

Halvdelen af de patienter, der får konstateret livmoderhalskræft i Danmark, opdages via screeningsprogrammet for livmoderhalskræft og har hverken symptomer eller suspekter fund på livmoderhalsen.

I særlige tilfælde ved meget klare sygdomsrelaterede symptomer og fund, kan der tilbydes henvisning direkte til pakkeforløb uden at afvente filterfunktion. Dette gælder fx ved synlig suspekt tumor på livmoderhalsen og ved cytologi (smear) med kræft eller mistanke om kræft.

#### Filterfunktion

Undersøgelsen ved praktiserende speciallæge i gynækologi eller gynækologisk afdeling omfatter:

- Gynækologisk undersøgelse med kolposkopi
- Histologiske prøver fra portio (biopsi og cytobrush / cervikal abrasio)

Hvis den praktiserende speciallæge i gynækologi eller gynækologisk afdeling ikke mistænker livmoderhalskræft, er det vigtigt, at henvisende læge hurtigt får information herom

for at kunne koordinere det videre forløb, herunder eventuel udredning for anden sygdom. Ved behov kan praktiserende speciallæge i gynækologi / gynækologisk afdeling fortsætte udredningen for anden gynækologisk lidelse eller tilbyde henvisning til udredning på relevant afdeling.

### **2.1.2. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for livmoderhalskræft**

Hvis mindst ét af nedenstående symptomer og fund er til stede, skal patienten tilbydes henvisning til pakkeforløb for livmoderhalskræft:

Undersøgelse ved gynækologisk speciallæge, med et af følgende fund:

- Synlig suspekt tumor på livmoderhalsen
- Histologi fra livmoderhalsen med fund af kræft eller mistanke om kræft

Ved mistanke om kræft på screeningsmear skal patienten således tilbydes henvisning til pakkeforløb for livmoderhalskræft.

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

## **2.2. Udredning**

Udredningen forløber i henhold til DGCG's kliniske retningslinjer<sup>(5)</sup>.

På gynækologisk afdeling med højt specialiseret funktion<sup>(6)</sup> foretages videre udredning og endelig fastlæggelse af diagnose. Den diagnostiske procedure har to hovedelementer, histologisk verifikation af diagnosen livmoderhalskræft samt den kliniske stadietildeling, som er essentiel for valg af behandling.

Udredningen kan omfatte en eller flere af nedenstående:

- Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi - eventuelt med yderligere biopsitagning eller konisation (keglesnit) - med deltagelse af både gynækologisk og onkologisk speciale
- Cystoskopi
- Rektoskopi
- PET/CT skanning og/eller MR-skanning
- Revision af histologiske præparater (biopsier eller konus)

Patienter, som ved et keglesnit har fået diagnosticeret livmoderhalskræft i stadium IA, kan være færdigbehandlet med keglesnit. Men det anbefales i alle tilfælde, at det histologiske præparat revideres og konfereres med en afdeling med højt specialiseret funktion med henblik på vurdering af indikation for yderligere udredning og behandling.

Hvis kræftdiagnosen afkræftes, er det vigtigt, at henvisende læge hurtigt får information herom, for at kunne koordinere det videre forløb for de patienter, som skal videreudredes i andet regi. Ved behov kan gynækologisk afdeling fortsætte udredningen af anden gynækologisk lidelse eller tilbyde henvisning til udredning på relevant afdeling.

### 2.2.1. MDT-konference

Udredning og behandling af livmoderhalskræft 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 <sup>(5,7)</sup>.

## 2.3. Behandling

### 2.3.1. Behandlingsmuligheder

Behandling af livmoderhalskræft foregår i henhold til DGCG's kliniske retningslinjer<sup>(5)</sup>, som opdateres i henhold til aktuel evidens. I det nedenstående beskrives de overordnede behandlingsmuligheder for livmoderhalskræft.

For patienter med lokaliseret sygdom og relativt små tumorer anbefales kirurgisk behandling med kurativt (helbredende) sigte, eventuelt i kombination med adjuverende behandling. Strålebehandling er den eneste behandlingsmodalitet med kurativt potentiale ved lokal spredning af sygdommen og består af ekstern strålebehandling, intracavitær brachyterapi og konkomitant kemoterapi.

Enkelte patienter med avanceret stadium og spredning af sygdommen til andre organer og væv kan ikke tilbydes kurativ behandling, men livsforlængende behandling med kemoterapi. Disse patienter vil ofte have behov for henvisning til palliative tilbud fx anlægelse af katetre i nyre, smerteklinik etc.

Anbefalinger og overvejelser i forbindelse med behandlingsvalg tilpasses den enkelte patient og tager hensyn til stadium, alder og fertilitetsønske. Dette betyder fx, at hos den ældre patient, vil fund af livmoderhalskræft i stadium IA ofte udløse fjernelse af livmoderen, mens det hos den yngre patient med fertilitetsønske er fuldt ud tilstrækkeligt at udføre et keglesnit. Omvendt kan der hos en ældre patient med svære medicinske sygdomme være risiko forbundet med et større kirurgisk indgreb, således at man vil vælge blot at udføre et keglesnit, hvis der er tale om stadium IA.

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. Cirka halvdelen af de patienter, der får konstateret livmoderhalskræft har ikke symptomer eller tegn på sygdom, og der vil derfor sjældent være behov for præoperativ optimering. Der kan hos enkelte være behov for vurdering og optimering af komorbiditet, fx pausering af blodfortyndende behandling eller vurdering af hjerte- og lungesygdom.

Enkelte patienter får anlagt kateter i den ene eller begge nyrer; idet der pga. sygdommen kan ske afklemning af en eller begge urinledere.

### 2.3.3. 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 behov være fokus på såvel livmoderhalskræftspecifikke 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 <sup>(8)</sup>.

### 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

Risikoen for recidiv afhænger af stadie og behandlingsmodalitet. I mere end 90% af tilfældene diagnosticeres recidivet inden for de første 2 år efter primær behandling. Risiko for recidiv er lav i de tidlige stadier af livmoderhalskræft (ca. 6-10%) og patienter med stadium I sygdom har en 5 års overlevelse på > 90%<sup>(9)</sup>.

Opsporingen retter sig imod diagnostik af lokale recidiver i bækkenet, som i gunstige situationer kan behandles med kurativt sigte, og symptomgivende fjernrecidiver, hvor der kan tilbydes livsforlængende og pallierende systemisk behandling.

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

Symptomer på recidiv/progression kan være:

- Blødning fra skeden eller blødning ved samleje
- Ændret udflåd fra skeden
- Murrende vedvarende smerter eller tyngdefornemmelse i nedre del af maven og over lænden
- Nyopstået hævelse af det ene eller begge ben
- Blod i afføringen eller besvær med at tisse
- Urin- og/eller afføringsinkontinens
- Nyopstået vejrtrækningsbesvær og tør hoste
- Nyopstået og tiltagende træthed gennem de seneste 14 dage

Patienten vil i opfølgningsperioden være tilknyttet den primært behandlende afdeling, dvs. gynækologisk afdeling ved ren kirurgisk behandling; onkologisk afdeling ved efterfølgende kemoterapi og strålebehandling. Afdelingen er ansvarlig for, at patienten får udleveret relevante kontaktoplysninger til den opfølgende afdeling. 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 tilbyde patienten henvisning til den afdeling, der har patienten i opfølgingsforløb. 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 direkte til nyt pakkeforløb for livmoderhalskræft på mistanke om recidiv, *uden om* filterfunktion.

#### **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 livmoderhalskræftspecifikke indsatser i patientforløbet. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*<sup>(4)</sup> eller i relevante forebyggelsespakker<sup>(3)</sup>. 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*<sup>(10)</sup> samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats*<sup>(11)</sup>.

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen<sup>(2)</sup>, med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov<sup>(3,4)</sup>. 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'<sup>(12)</sup>. 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 livmoderhalskræft 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*<sup>(10)</sup> for hhv. regionens, kommunens og almen praksis' roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

### 3.1. Specifik rehabilitering for livmoderhalskræft

Den rehabiliterende indsats bør rette sig mod såvel kortsigtede som mere langsigtede følger af sygdom og behandling. Formålet med rehabilitering efter livmoderhalskræft er at sikre patientens samlede 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 følger af livmoderhalskræft bør udgøre en del af opfølgningen, afhængig 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 livmoderhalskræft

I dette afsnit skitseres de hyppigste senfølger, der kan opstå hos patienter med livmoderhalskræft, 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*<sup>(13)</sup> samt i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*<sup>(10)</sup>. For information om bivirkninger til medicinsk behandling, henvises der 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 af livmoderhalskræft kan medføre. Der er færrest senfølger til kirurgisk behandling med keglesnit og flest senfølger til behandling, der omfatter strålebehandling.

#### Tarmproblemer

En betydelig del af patienterne har i perioden under strålebehandling hyppig afføring og hyppig trang til afføring. Der forekommer også smerter fra tarmåbningen. Tillæg af kemo-terapi øger risikoen for bivirkninger. De akutte bivirkninger forsvinder sig oftest inden for 2-3 måneder efter afsluttet strålebehandling. I tiden efter kirurgisk behandling kan patienten være påvirket af arvæv, problemer med tarmfunktion samt skader på væv og nerver.

Hos nogle patienter kan der optræde vedvarende tendens til hyppige tyndere afføringer, koliksmarter, tenesmi, inkontinens for afføring og blødninger fra tarmen. Enkelte patienter får operationskrævende fisteldannelse mellem tarm og skede eller stenose-symptomer pga. fibrose i tarmvæggen, og må have anlagt permanent stomi.

Viden om, hvad der kan afhjælpe tarmproblemer, er begrænset, men generne kan forsøges afhjulpes med kostvejledning og evt. medicinering med 'stop-midler'. Derudover kan trykkammerbehandling minimere generne for en periode. Ved forekomst af blod i afføringen bør dette udredes.

#### Blære- og vandladningsproblemer

I tiden efter kirurgisk behandling ses ofte vanskeligheder ved at mærke når blæren fylder sig og blæretømningsproblemer<sup>(14)</sup>. Størstedelen af de patienter, der opereres, genvinder

blæretømningsevnen. I perioden under strålebehandling oplever mange patienter hyppig vandladning og hyppig trang til vandladning. Der forekommer også smerter fra blæren og af og til fra skeden. Udflåd, evt. blodtingeret, under behandlingen er normalt. Tillæg af kemoterapi øger risikoen for bivirkninger. De akutte bivirkninger fortager sig oftest indenfor 2-3 måneder efter afsluttet strålebehandling.

Nogle patienter har vedvarende problemer med at holde på vandet, akut vandladningstrang og et mindre blærevolumen. Der kan også forekomme blod i urinen. Enkelte patienter får arvævsforandringer omkring urinlederne med aflukning til følge eller fisteldannelse mellem blære og skede. Begge tilstande kan afhjælpes kirurgisk.

Patienten instrueres i at undgå blæreinfektioner ved at have faste vandladningstider og fokus på at tømme blæren helt. Det kan være relevant med henvisning til kontinenssygeplejerske eller urogynækologisk fysioterapeut mhp. vejledning i blæretræningsøvelser og håndtering af stenose i blæren. Ved smerter pga. blærespasmer kan der henvises til trykkammerbehandling eller smerteklinik. Ved forekomst af blod i urinen bør dette udredes.

### **Lymfødem**

Risikoen for udvikling af lymfødem er især relateret til omfanget af det kirurgiske indgreb, herunder lymfeknudefjernelse. Risikoen er væsentligt øget hos de patienter, der behandles med strålebehandling i kombination med kirurgisk behandling. Lymfødem opstår knapt så hyppigt ved strålebehandling alene. Derudover kan overvægt bidrage til den samlede risiko. Der kan opstå lymfeansamlinger i ben, lyske og ved skambenet. Den nøjagtige forekomst af dette er ukendt, men er estimeret til 10-25%<sup>(15)</sup>.

Patienter, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse 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.

### **Fertilitetsproblemer**

Cirka halvdelen af patienterne, der behandles for livmoderhalskræft er unge kvinder, der ofte kureres for deres sygdom. Ophævet fertilitet er en følge af behandlingen, med mindre der er udført fertilitetsbevarende kirurgi (trachelektomi). Såfremt der er udført trachelektomi, er der øget risiko for tidlig fødsel og sene aborter, patienten følges derfor tæt under graviditeten.

### **Seksuelle problemer og kropslige forandringer**

Efter den kirurgiske behandling vil en del patienter opleve seksuelle problemer i form af manglende lyst, nedsat evne til at blive fugtig ved seksuel stimulation, orgasmeproblemer og en følelse af, at skeden er blevet kortere. De fleste oplever dog relativt hurtigt bedring i seksualfunktionen og efter 6-12 måneder er der kun få, der oplever milde problemer.

Strålebehandling mod livmoderhalsen medfører slimhindepåvirkninger, dette er mest udtalt hos patienter, der har fået brachyterapi (indvendig strålebehandling). Der kan opstå seksuelle senfølger relateret hertil i form af nedsat elasticitet af skeden, afkortet skede som følge af sammenvoksninger, nedsat sensibilitet af skeden, øget vaginal tørhed og smerter ved samleje.

Æggestokkene bevares ved kirurgisk behandling for livmoderhalskræft, hvis patienten endnu ikke er gået i menopause. Såfremt patienten får strålebehandling for avanceret livmoderhalskræft ophører hormonproduktionen fra æggestokkene, hvilket medfører at præmenopausale patienter går i menopause. Derfor tilbydes præmenopausale patienter at få æggestokkene flyttet uden for strålefeltet. Der tilbydes desuden rutinemæssigt hormonsubstitution ved behov.

Patienten bør inviteres til at tale om seksualitet med udlevering af informationsmateriale, og evt. vejledning i brug af hjælpemidler som fx glidecreme, hegar, lokal østrogenbehandling mm. Desuden kan møder med ligestillede i relevante patientforeninger være en hjælp. Der kan evt. være behov for henvisning til sexologisk klinik.

### **Bevægeapparatet**

Strålebehandling i bækkenområdet medfører øget risiko for at udvikle 'pelvis insufficiency fractures', som viser sig ved smerter i bækken og i ryg, der kan opstå flere år efter strålebehandling.

Efter kirurgisk behandling kan patienten være påvirket af svækket bækkenbundsmuskulatur og skal ved behov vejledes i genoptræning af denne.

### **3.2.2. Psyko-sociale senfølger**

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

Særligt for patienter behandlet for kræft i underlivet, kan der optræde problemstillinger så som ændret kropsopfattelse og seksualitet, infertilitet samt tidlig overgangsalder, som kan påvirke selvbillede og relationer. Der bør derfor rettes særlig opmærksomhed på behov af ikke-fysisk karakter og vigtigheden af en systematiseret behovsvurdering og lydhørhed over for patientens ønsker i forbindelse med afslutning af behandlingen. Udenlandske undersøgelser viser, at patienter behandlet for livmoderhalskræft har stort behov for at blive informeret om senfølger til behandlingen og hjælp til psyko-sociale og seksuelle følgevirkninger<sup>(16,17)</sup>.

Patienter behandlet med stråleterapi kan opleve svære psyko-sociale senfølger som konsekvens af fysiske følger til behandlingen med inkontinens af urin og/eller afføring. Et svensk studie har vist at afføringsinkontinens er associeret med sociale, psykologiske, seksuelle og funktionelle konsekvenser med nedsat livskvalitet til følge<sup>(18)</sup>.

De fleste patienter, der behandles for livmoderhalskræft er tilknyttet arbejdsmarkedet idet den højeste incidens er omkring 35 års alderen. Flere undersøgelser viser, at det kan være svært at komme tilbage på arbejdsmarkedet efter behandling for gynækologisk kræft, og arbejdsløshed eller problemer med at varetage de samme arbejdsopgaver er et reelt problem. Dette er begrundet i både fysiske og psyko-sociale faktorer.

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.

Patientforeninger:

[Kræft i underlivet \(KIU\)](#)

[Kræftens bekæmpelse](#)

Læs yderligere i DGCGs retningslinjer for sygepleje<sup>(19,20)</sup>.

## 4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for livmoderhalskræft. 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.

Tablet 1 Oversigt over forløbstider for livmoderhalskræft

| <b>Henvisning</b>   |                      |                 |
|---|----------------------|-----------------|
| Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling     |                      | 6 kalenderdage  |
| <b>Udredning</b>  |                      |                 |
| Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning |                      | 14 kalenderdage |
| <b>Initial behandling</b>   |                      |                 |
| Fra afslutning af udredning til start på initial behandling           | Kirurgisk behandling | 8 kalenderdage  |
|   | Strålebehandling     | 15 kalenderdage |
|   | Medicinsk behandling | 11 kalenderdage |
| <b>Samlet forløbstid</b>  |                      |                 |
| Fra henvisning modtaget til start på initial behandling               | Kirurgisk behandling | 28 kalenderdage |
|   | Strålebehandling     | 35 kalenderdage |
|   | Medicinsk behandling | 31 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. . Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Opdateret: 2014.2017. Link: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/kommunale-forebyggelsestilbud> :2016.
- (5) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . Retningslinjer for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af cervixcancer. . Link: [http://www.dgcbg.dk/images/Grupper/Cervixgruppen/Guidelines\\_2017/Samlet%20godkendt%20cervix%20guideline-dec%202017.pdf](http://www.dgcbg.dk/images/Grupper/Cervixgruppen/Guidelines_2017/Samlet%20godkendt%20cervix%20guideline-dec%202017.pdf).
- (6) Sundhedsstyrelsen. Specialeplan for gynækologi og obstetrik. Opdateret: 2018. Link: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/gynaekologi-og-obstetrik>.
- (7) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. Version af 15. feb. 2016. [http://dmcbg.dk/fileadmin/dmcbg.dk/Diverse\\_hjemmesiden/MDT/Multidisciplinær\\_kræftbehandling\\_-\\_en\\_vejledning\\_til\\_MDT-rev-15-02-2016.pdf](http://dmcbg.dk/fileadmin/dmcbg.dk/Diverse_hjemmesiden/MDT/Multidisciplinær_kræftbehandling_-_en_vejledning_til_MDT-rev-15-02-2016.pdf) :2016.
- (8) Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis [http://www.dsam.dk/flx/vejledninger/kliniske\\_vejledninger/](http://www.dsam.dk/flx/vejledninger/kliniske_vejledninger/) :2018.
- (9) 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.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft2018.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats [https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/\\_media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx](https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx) :2017.
- (12) 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>.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne [https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/\\_media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/_media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx) :2017.

(14) Axelsen SM, Petersen LK. Urogynaecological dysfunction after radical hysterectomy. Eur J Surg Oncol 2006;32(4):445-449.

(15) Beesley V, Janda M, Eakin E, Obermair A, Battistutta D. Lymphedema after gynecological cancer treatment : prevalence, correlates, and supportive care needs. Cancer 2007;109(12):2607-2614.

(16) Ekwall E, Ternstedt BM, Sorbe B. Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. Oncol Nurs Forum 2003;30(2):313-319.

(17) Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. Psychooncology 2003;12(3):267-279.

(18) Dunberger G, Lind H, Steineck G, Waldenstrom AC, Nyberg T, al-Abany M, et al. Fecal incontinence affecting quality of life and social functioning

among long-term gynecological cancer survivors. Int J Gynecol Cancer 2010;20(3):449-460.

(19) 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/Ovarie-cancer\\_kv\\_sexualitet\\_2013.pdf](http://www.dgcg.dk/images/Grupper/Sygeplejegruppen/Opdateret2017/Ovarie-cancer_kv_sexualitet_2013.pdf).

(20) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . National, procedurespecifik klinisk vejledning for patienter, med gynækologisk cancer. sykosocialt - at tilbyde kvinder, med gynækologisk kræft, den bedste mulige psykosociale støtte i det gynækologiske kræftpakkeforløb. Opdateret: 2017. Senest hentet: 5 may.2018. Link: <http://www.dgcg.dk/index.php/guidelines/kliniske-retningslinjer-sygepleje>.

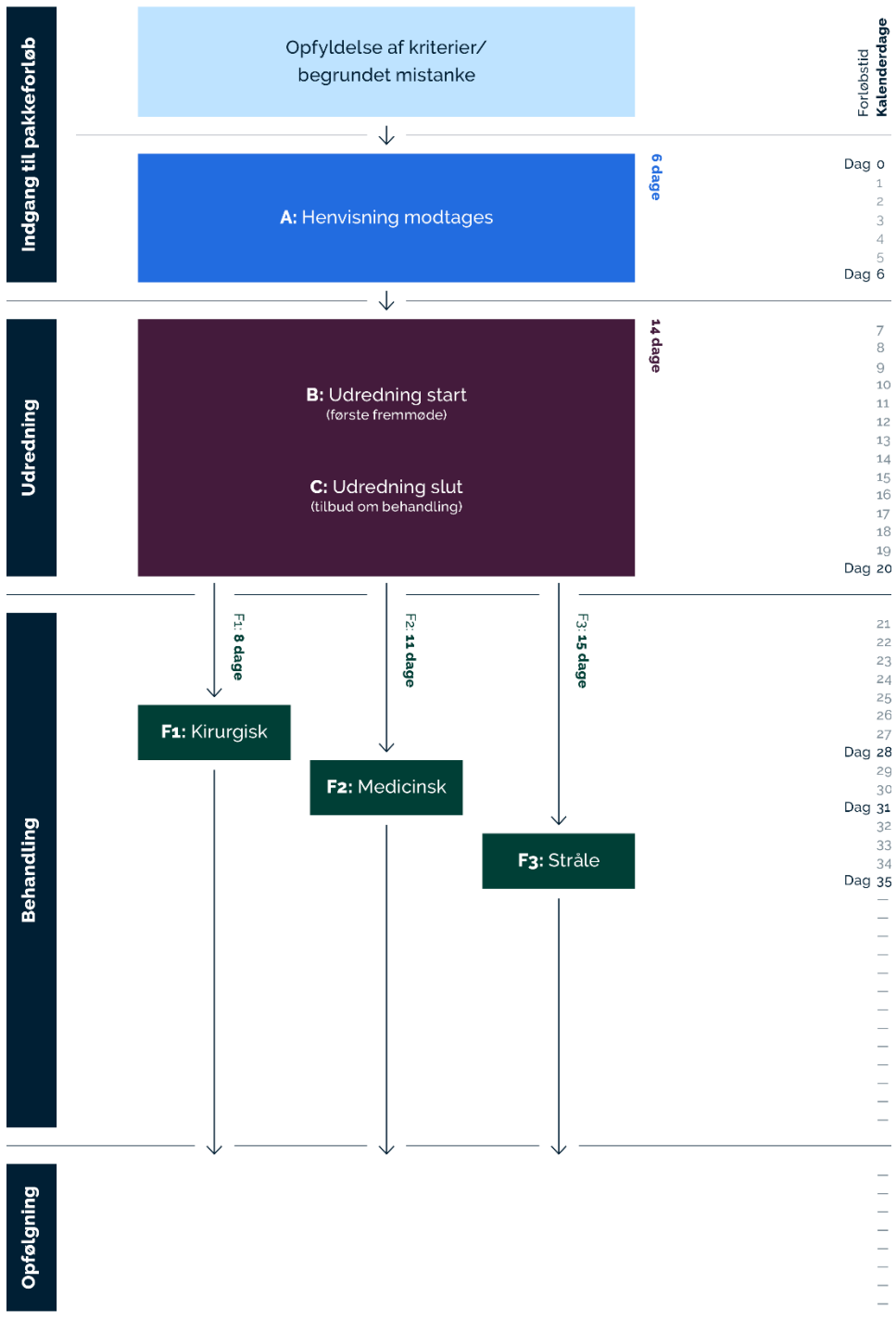


# Bilagsfortegnelse

**Bilag 1:** Registreringsvejledning

**Bilag 2:** Arbejdsgruppens sammensætning

# Bilag 1: Registreringsvejledning



**Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)**

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for livmoderhalskræft skal registreres:

- Når henvisning til pakkeforløb for livmoderhalskræft 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 livmoderhalskræft 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:

**AFB22A: Livmoderhalskræft: 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 livmoderhalskræft, hvad enten det er på gynækologisk, billeddiagnostisk eller anden paraklinisk afdeling.

Der registreres følgende kode:

**AFB22B: Livmoderhalskræft: 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:

**AFB22C1: Livmoderhalskræft: Beslutning, tilbud om initial behandling**

**AFB22C1A: Livmoderhalskræft: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet**

**AFB22C2: Livmoderhalskræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant**

**AFB22C2A: Livmoderhalskræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling**

**Forløbstiden er 14 kalenderdage**

Der må gå 14 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 i universel anæstesi, samt eventuel biopsi
- Histologisk undersøgelse af biopsi
- Evt. yderligere undersøgelser (fx cystoskopi, rectoskopi)
- Billeddiagnostiske undersøgelser
- MDT-konference

#### **Registrering: Afslutning af pakkeforløb for livmoderhalskræft (X)**

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

**AFB22X1: Livmoderhalskræft: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet**

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

**AFB22X2: Livmoderhalskræft: 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:

**AFB22F1: Livmoderhalskræft: Initial behandling start, kirurgisk****AFB22F2: Livmoderhalskræft: Initial behandling start, medicinsk****AFB22F3: Livmoderhalskræft: 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.

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

**Forløbstiden til primær strålebehandling er 15 kalenderdage**

Der må gå 15 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten modtager primær strålebehandling.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningen, booking af relevante samtaler og undersøgelser
- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Eventuel supplerende billeddiagnostik og blodprøver
- Fortsat håndtering af komorbiditet
- Teknisk forberedelse

**Forløbstiden til primær medicinsk behandling er 11 kalenderdage**

Der må gå 11 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten modtager primær medicinsk behandling.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningen, booking af relevante samtaler og undersøgelser
- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Eventuel supplerende billeddiagnostik og blodprøver
- Fortsat håndtering af komorbiditet
- Forberedelse af patienten til kemoterapi

## Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

| <b>Repræsentant</b>  | <b>Udpegning og arbejdsplads</b>  |
|--|---|
| Formand for arbejdsgruppen<br>Læge<br>Nanna Cassandra Læssøe | Sundhedsstyrelsen   |
| Fysioterapeut<br>Jette Marquardsen                           | Udpeget af KL<br>Center for Kræft og Sundhed Køben-<br>havn   |
| Overlæge<br>Erik Søgaard                                     | Udpeget af Dansk Gynækologisk Can-<br>cer Gruppe<br>Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aal-<br>borg Universitetshospital             |
| Overlæge<br>Jon Thor Asmussen                                | Udpeget af Dansk Gynækologisk Can-<br>cer Gruppe<br>Onkoradiologisk Sektion, Radiologisk Af-<br>deling, Odense Universitetshospital |
| Klinikchef<br>Lene Lundvall                                  | Udpeget af Dansk Gynækologisk Can-<br>cer Gruppe<br>Gynækologisk klinik, Rigshospitalet   |
| Overlæge<br>Pernille Christiansen                            | Udpeget af Dansk Gynækologisk Can-<br>cer Gruppe<br>Patologiafdelingen, Rigshospitalet  |
| Professor<br>Pernille Jensen                                 | Udpeget af Dansk Gynækologisk Can-<br>cer Gruppe<br>Gynækologisk afdeling, Odense Univer-<br>sitetshospital                         |
| Overlæge<br>Trine Nøttrup                                    | Udpeget af Dansk Gynækologisk Can-<br>cer Gruppe<br>Onkologisk klinik, Rigshospitalet   |
| Praktiserende læge<br>Annika Norsk Jensen                    | Udpeget af Dansk Selskab for Almen<br>Medicin   |

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



**Repræsentant****Udpegning og arbejdsplads**

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 livmoderhalskræft

© Sundhedsstyrelsen, 2019.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7014-039-3

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

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
januar 2019

Publikationer om kræftpakkerne:

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

[Se alle publikationer her](#)