



SUNDHEDSSTYRELSEN

# **Pakkeforløb for kræft i spiserør, mavesæk og mavemund**

2016

# Pakkeforløb for kræft i spiserør, mavesæk og mave- mund

© 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, spiserør, mavesæk, mavemund

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.1

Versionsdato: 01.09.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-391-4

For yderligere oplysninger om rapportens indhold henvendelse til:

Planlægning, Sundhedsstyrelsen – mail: [plan@sst.dk](mailto: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

<b>1</b>	<b>Arbejdsgruppens sammensætning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Introduktion til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken</b>	<b>6</b>
2.1	Generelt om pakkeforløb	6
2.2	Generelt om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	6
2.3	Landsdækkende kliniske retningslinjer	7
2.4	Forløbskoordination	7
2.5	Den multidisciplinære konference	8
2.6	Flowchart	9
<b>3</b>	<b>Indgang til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken</b>	<b>10</b>
3.1	Risikogrupper	10
3.2	Mistanke	10
3.3	Filterfunktion	10
3.4	Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb	11
3.5	Henvisning til pakkeforløb	11
3.6	Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke	12
3.7	Kommunikation og inddragelse	12
3.8	Ansvarlig for henvisning	12
3.9	Registrering	12
3.10	Forløbstid	13
<b>4</b>	<b>Udredning</b>	<b>14</b>
4.1	Undersøgelsesforløbet	14
4.2	Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling	15
4.3	Specifik sygepleje, understøttende- og rehabiliterings- behandling	16
4.4	Kommunikation og inddragelse	16
4.5	Beslutning	17
4.6	Ansvarlig	17
4.7	Registrering	17
4.8	Forløbstid	19
<b>5</b>	<b>Initial behandling af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken</b>	<b>20</b>
5.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	20
5.2	De hyppigst opståede komplikationer	21
5.3	Specifik sygepleje og understøttende behandling	21
5.4	Specifik rehabilitering	22
5.5	Specifik palliation	22
5.6	Kommunikation og inddragelse	23
5.7	Beslutning	23
5.8	Ansvarlig	23
5.9	Registrering	23
5.10	Forløbstid	24

<b>6</b>	<b>Oversigtsskema</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Forløbstider</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>Registrering kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC)</b>	<b>31</b>
8.1	Pakkeforløb start	31
8.2	Udredning start	31
8.3	Beslutning vedrørende initial behandling	32
8.4	Behandling start	32
8.5	Pakkeforløb slut	33

## Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Kontakt detaljer
Overlæge Michael Bau Mortensen, Formand	Udpeget af Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe, Kirurgisk afd. - OUH
Overlæge, dr.med. Carsten Palnæs Hansen	Udpeget af Region Hovedstaden, Gastroenterologisk Klinik - RH
Specialansvarlig, Overlæge Michael Seiersen	Udpeget af Region Sjælland, Kirurgisk afd. – Roskilde og Køge Sygehus
Professor Claus Hovendal	Udpeget af Region Syddanmark + Dansk Esophagus- Cardia og Ventrikel Cancergruppe, Kirurgisk afdeling - OUH
Ledende overlæge, dr.med. Lone Susanne Jensen	Udpeget af Region Midtjylland, Kirurgisk Gastroenterologisk afd.L - Århus Universitetshospital
Overlæge Peter Brøndum Mortensen	Udpeget af Region Nordjylland + Dansk Esophagus- Cardia og Ventrikel Cancergruppe, Kir. Gastroenterologisk afd. – Aalborg Sygehus
Overlæge Mogens Sall	Udpeget af Region Nordjylland og Levergruppen, Kir. Gastroenterologisk afd. – Aalborg Sygehus
Praktiserende læge Gerner Fly	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
Overlæge Eva Fallentin	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk Klinik - Rigshospitalet
Overlæge Birgitte Federspiel	Udpeget af Dansk Selskab for patologisk Anatomi og Cytologi, Patologiafdelingen – afs. 5441, RH
Overlæge, dr.med. Lars Bo Svendsen	Udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab, Gastroenterologisk Klinik C – Tx - Rigshospitalet
Overlæge, ph.d. Per Pfeiffer	Udpeget af Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe, Onkologisk afd. - OUH
Overlæge, ph.d. Marianne Nordmark	Udpeget af Dansk Esophagus-, Cardia og Ventrikel Cancergruppe Onkologisk afd. – Århus Uni.hosp.
Overlæge Peter Nørgaard Larsen	Udpeget af Levergruppen under DMCG Kirurgisk klinik - Rigshospitalet
Overlæge, dr. med. Frank V. Mortensen	Udpeget af Levergruppen under DMCG, Afd L - Århus Universitetshospital

# 1 Introduktion til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

## 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](http://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 kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

Dette pakkeforløb vedrører patienter med begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden, mavesækken (esophagus, cardia, ventrikel også forkortet ECV).

I Danmark diagnosticeres hvert år omkring 1000 nye tilfælde af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Igennem de sidste 10-15 år er der sket en lille, men reel stigning i antallet af kræfttilfælde overvejende på grund af en stigning i antallet af adenokarcinomer i distale del af spiserøret. Antallet af kræfttilfælde i spiserøret er således steget med 40 % fra 1995-2009 (305 i 1995 til 428 i 2009). I samme periode er antallet af kræfttilfælde i mavesækken stort set uændret med 556 og 569 i 2009. Tendensen til at en stor del af patienterne har været inoperable på diagnositidspunktet synes uændret gennem årene. Således er der i de seneste tal fra DECV-database årsrapporten 2009 fundet følgende:

- Patienter med tidlige stadier, der kunne behandles med kirurgi alene: 5 %
- Patienter intenderet kurative forløb, i behandling med perioperativ kemoterapi og kirurgi: 30 %
- Patienter med så fremskredne stadier, at kirurgi ikke var mulig, eller patienter, der var inoperable af medicinske årsager (komorbiditet), således at der ikke kunne foretages kirurgi: 70 %
- Patienter som har indgået i et intenderet kurativt forløb, har en overlevelse efter 5 år på 45 % ventrikel-kræft og 32 % cardia-esophagus-kræft.

Tallene kan være behæftet med en vis usikkerhed, da antallet af inoperable kræfttilfælde kan være højere. En betydelig del af kræfttilfælde i øvre mave-tarm kanal (70 %) anmeldes til Dansk Esophagus Cardia Ventrikel Cancer Gruppe (DECV) databasen, men der er fortsat en del patienter, som gives palliativ behandling udenfor afdelinger med højt specialiseret funktion.

Opgørelser i 2007 - 2009 viste, at ingen patienter opereres med kurativ sigte uden for de højt specialiserede afdelinger.

Diagnoserne kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken stilles alene ved gastroskopi med biopsi. Tidlig opsporing af patienter mistænkt for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken er fortsat afgørende for prognosen, da kun ca. 30 % af patienterne med de nuværende behandlingsmodaliteter er kandidater til kurativt intenderet resektion på diagnosetidspunktet.

Man må påregne et øget antal gastroskopier på mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken i forbindelse med implementering af det aktuelle pakkeforløb (skønnet 5.000 gastroskopier på landsplan, svarende til en stigning i antallet af gastroskopier på 5-7 %), idet symptomerne ved denne sygdom kan være beskedne og forveksles med en lang række godartede tilstande i mavesækken.

Der sker endvidere en stigning som følge af de ændrede kriterier for kontrol af Barrett's esophagus og alene specificeringen af indikationerne for undersøgelse vil medføre et øget antal gastroskopier.

Patientforløbene for kræft i mavesækken, mavemunden og spiserøret efter henvisning fra almen praksis er typisk organiseret på kirurgiske og medicinske afdelinger med hovedfunktion og endoskopisk funktion, eller hos praktiserende speciallæge. Der skal lokalt indgås aftaler om, hvordan samarbejdet mellem de lokale behandlende afdelinger, speciallæger og afdelingen med højt specialiseret funktion bedst bringes til at fungere.

### 1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Esophagus Cardia Ventrikel Cancer Gruppe (DECV) har i 2011 opdateret en tidligere eksisterende Klaringsrapport fra 2003 til Nationale Kliniske Retningslinjer for udredning og behandling af kræft i spiserør, mavemund og mavesæk. Disse nationale retningslinjer omfatter diagnose, udredning, behandling og opfølgning af patienter med kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. De nationale retningslinjer vil løbende blive opdateret af et udvalg under DMCG-DECV og danner baggrund for anbefalingerne i dette pakkeforløb. Den færdig-reviderede version findes på <http://www.gicancer.dk/>.

### 1.4 Forløbskoordination

Ved henvisning til pakkeforløb bliver patienten knyttet til en forløbskoordinerende funktion, som til enhver tid kan kontaktes. Den primære forløbskoordinerende funktion har patientens sag, indtil den har været forelagt ved MDT-konference. Afhængigt af beslutningen ved MDT-konferencen fortsætter den primære forløbskoordinerende funktion med patientens forløb eller



overdrager sagen til en anden koordinerende funktion. På højt specialiserede enheder vil der typisk være forløbskoordinerende funktioner knyttet til den kirurgiske afdeling og andre koordinerende funktioner til den onkologiske afdeling. Patienten vil til hver en tid i hele pakkeforløbet være knyttet til en koordinatorfunktion.

## 1.5 Den multidisciplinære konference

Ved de Multidisciplinære Team (MDT)-konferencer på afdelinger med højt specialiseret funktion træffes endelig beslutning om udredning og behandlingstilbud.

Et multidisciplinært team, som evaluerer patienter med kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, varetager en højt specialiseret funktion og bør som minimum bestå af repræsentanter fra følgende specialer:

- Kirurgisk gastroenterologi, øvre GI team funktion
- Thoraxkirurgi
- Onkologi
- Radiologi
- Nuklearmedicin
- Forløbskoordinator

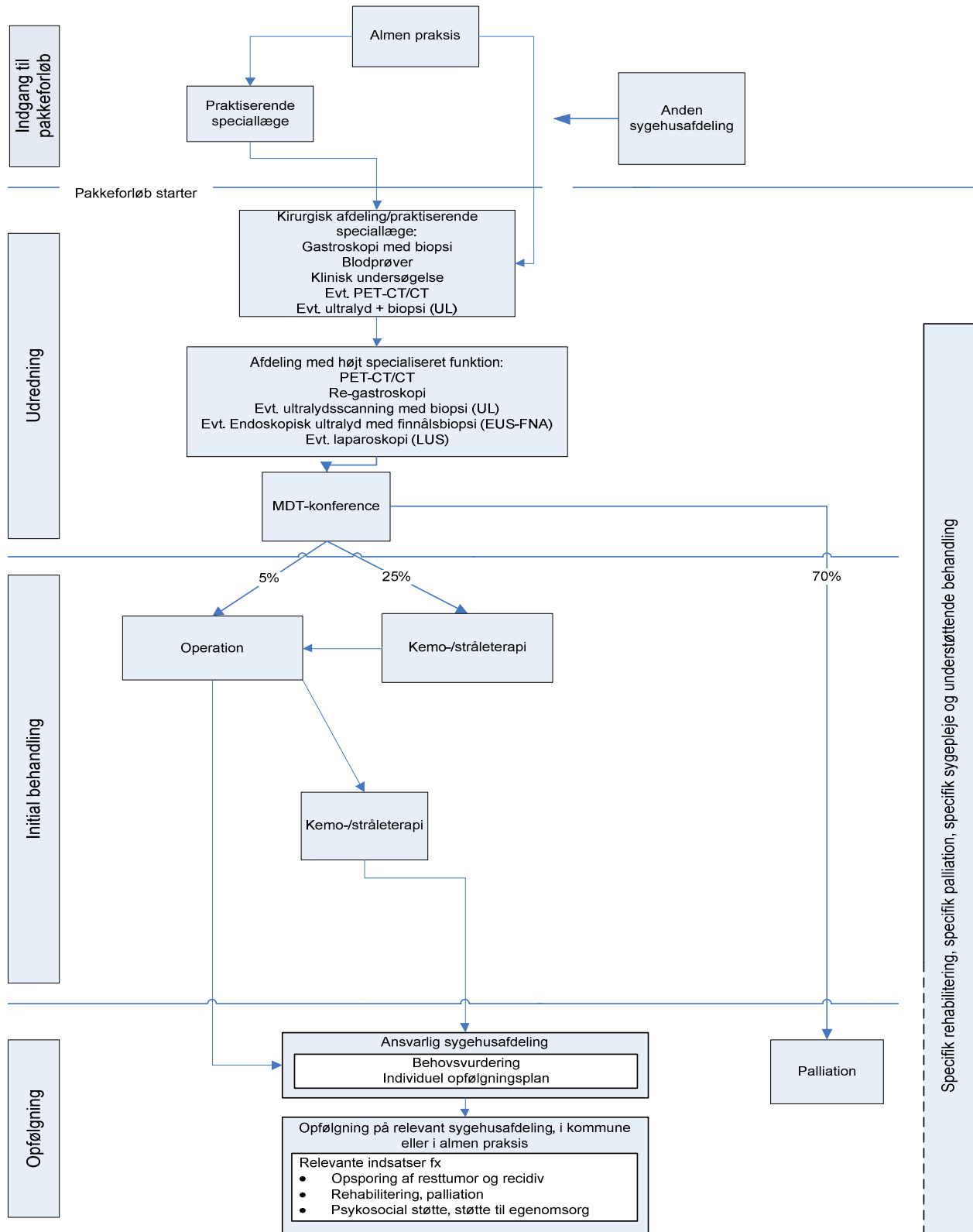
Herudover ad hoc repræsentation fra:

- Patologi
- HPB kirurg

Ved behov inddrages tillige repræsentanter fra tilgrænsende specialer ad hoc (øre-næse-hals, anæstesi, genetik, medicinsk gastroenterologi, plastik kirurgi med flere).

MDT-konferencen afholdes mindst én gang ugentlig for at opretholde et kontinuerligt flow i patientevalueringen, for at sikre overholdelse af aftalerne i pakkeforløbet og at alle patienter får tilbudt det bedst mulige forløb. Multidisciplinær teamfunktion findes på afdelinger med højt specialiseret funktion inden for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken.

## 1.6 Flowchart



## 2 Indgang til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

### 2.1 Risikogrupper

Patienter med familiær overrepræsentation af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken og familiemedlemmer til patienter med for eksempel mutation i E-Cadherin har en signifikant øget risiko for at udvikle kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Det drejer sig ofte om diffuse cancere, relateret til signetcelle typen og med en samtidig øget risiko for mamma-cancer.

Raske personer i risiko for ventrikelkræft er karakteriseret ved følgende:

- To eller flere tilfælde af diffus ventrikelkræft i familien og mindst et af disse tilfælde diagnosticeret før 50 års alderen
- Unge (< 35 år) med ventrikelkræft eller familier med ophobning af tilfælde med ventrikelkræft
- Hvis der i familien optræder tilfælde med diffus ventrikelkræft og samtidig mamma cancer eller signetringscellecarcinom i colon.

Raske personer tilhørende disse kategorier bør følges og undersøges (uden for pakkeforløb) på afdelinger med højt specialiseret funktion med henblik på tidlig opsporing af kræftudvikling, da livstidsrisikoen for kræft for afficerede familiemedlemmer er betydeligt over 60 %.

Endelig udgør 1.gradsslægtninge til patienter med kræft i mavesækken en risikogruppe, der bør tilbydes undersøgelse for tilstedeværelsen af Helicobakter bakterien og tilbydes eradikationsbehandling ved positivt fund ([www.gastroenterologi.dk](http://www.gastroenterologi.dk)).

Patienter med kendt Barretts esophagus og histologisk verificeret dysplasi (alle grader) udgør en risikogruppe for allerede at have eller kunne udvikle kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken. Disse patienter følges individuelt på højt specialiseret afdeling uden for et pakkeforløb.

### 2.2 Mistanke

En stor gruppe af de patienter som ses i almen praksis på mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken vil have uspecifikke symptomer. De fleste vil klage over abdominalsmerter, vægttab, nedsat appetit, kvalme og træthed. Sådanne patienter henvises til diagnostisk pakkeforløb for uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft

### 2.3 Filterfunktion

I fravær af oplagt forklaring på symptomer (for eksempel kendt ulcus ventriculi, peptisk striktur) skal det føre til gastroskopisk undersøgelse hos speciallæge eller på lokalt sygehus med ho-

vedfunktion, men uden for pakkeforløbet. Gastroskopi er den bedste måde at diagnosticere kræft samt andre differentialdiagnostiske tilstande i øvre-mave-tarm kanal.

## 2.4 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb

Følgende fem alarmsymptomer bør enkeltstående eller kombineret medføre begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken:

- Synkebesvær/synkesmerter af over to ugers varighed
- Vedvarende opkastninger uden anden forklaring
- Nyopstået og vedvarende dyspepsi eller refluxsymptomer hos personer over 45 år
- Gastrointestinal blødning
- Abdominal udfyldning.

Ved begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, henvises direkte til start på pakkeforløbet på afdeling med hovedfunktion eller praktiserende speciallæge med gastroskopifunktion. Herved kan den videre udredning foregå hurtigt og effektivt. Diagnoserne kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken opnås alene ved gastroskopi med biopsi samt påvist tumor ved skopi.

Ved Barrett´s esophagus med fund af high grade dysplasi (svær dysplasi) skal der henvises - som under ”begrundet mistanke”- fra kontrolforløb. Udredningsforløbet er som ved mistanke om kræft, idet der dog i højt specialiseret afdeling foretages fornyet gastroskopi med multiple biopsier for at afgøre multifocalitet.

## 2.5 Henvisning til pakkeforløb

Henvisning sker fra almen praksis, praktiserende speciallæge eller anden sygehusafdeling med hovedfunktion. Uanset om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken mistænkes på baggrund af alarmsymptomer, gastroskopifundet, CT eller PET-CT-scanning, skal diagnosen ”begrundet mistanke om kræft i esophagus, cardia eller ventrikel” fremgå af henvisningen, og patienten skal være informeret herom.

I de tilfælde, hvor den begrundede mistanke rejses eller bekræftes på et sygehus uden højt specialiseret funktion vedrørende udredning og behandling af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, skal patienten henvises eller konfereres med en af de fire afdelinger med højt specialiseret multidisciplinær teamfunktion for disse diagnoser.

Der bør forhåndsreserveres tider hos de endoskoperende enheder (sygehuse, speciallæger), således at undersøgelsen kan foregå uden unødigt ventetid. Delelementer i pakkeforløbet (ex. billeddiagnostik) bør allerede – efter aftale – kunne foretages, før patienten modtages på højtspecialiseret enhed.

## 2.6 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

Hos almen praksis eller anden henvisende instans skal patienten informeres om:

1. At der er begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken
2. At patienten på den baggrund henvises til gastroskopi
3. At svar på gastroskopian gives af den afdeling/speciallæge, hvor gastroskopian er foretaget
4. At yderligere information (herunder også endeligt svar på biopsi) vedrørende det videre forløb gives af den afdeling med højt specialiseret funktion hvortil patienten er henvist.

Efter gastroskopi skal patienten informeres om det endoskopiske fund og konsekvenserne, fx at det er nødvendigt at henvise til afdeling med højt specialiseret funktion for en nøjere vurdering, idet der fortsat er begrundet mistanke om kræft.

## 2.7 Kommunikation og inddragelse

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

- At der skal udredes for begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken
- At patienten på den baggrund henvises til udredning i et pakkeforløb
- At første trin i pakkeforløbet er henvisning til lokal gastroskoperende afdeling eller praktiserende speciallæge med gastroskopifunktion
- At svarene på undersøgelserne og samtale vedrørende det videre forløb foregår på lokal gastroskoperende afdeling eller hos praktiserende speciallæge med gastroskopifunktion
- Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

## 2.8 Ansvarlig for henvisning

Almen praksis eller anden henvisende læge er ansvarlig for kontakten til gastroskoperende afdeling eller speciallæge. Den praktiserende speciallæge eller den behandlende afdeling med hovedfunktion er ansvarlig for, at patienten viderehenvises til afdeling med højt specialiseret funktion.

## 2.9 Registrering

<b>AFB09A</b>	<b>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): henvisning til pakkeforløb start</b>
---------------	---

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

## 2.10 Forløbstid

Forløbstiden er 6 kalenderdage.

Patienten med begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden eller mavesækken henvises umiddelbart til lokalafdeling eller praktiserende speciallæge med gastroskopiafunktion. Derefter må der gå 6 kalenderdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne, booke gastroskopi og øvrige relevante undersøgelser. Patienten skal indkaldes per telefon/brev og skal møde op fastende (mindst 6 timer) senest på 7. kalenderdag til gastroskopi.

## 3 Udredning

### 3.1 Undersøgelserforløbet

<b>Blok A</b> (Praktiserende speciallæge/afdeling med hovedfunktion)	<b>Blok B</b> (Afdeling med højt specialiseret funktion)	<b>Blok C</b> (Afdeling med højt specialiseret funktion)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gastroskopi med biopsi</li><li>• Oplagt kræft henvises umiddelbart til højt specialiseret afdeling</li><li>• Blodprøver</li><li>• Klinisk undersøgelse</li><li>• Ved gastroskopisk oplagt kræft kan der i regionalt regi bestilles PET-CT skanning eller CT skanning.</li><li>• Ved klinisk oplagt kræft kan der i regionalt regi bestilles ultralydsscanning af hals med biopsi (UL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Re-gastroskopi med kirurgisk vurdering</li><li>• PET-CT-scanning eller CT skanning</li><li>• Laparoskopi m. evt. ultralydsscanning (LUS)</li><li>• Eventuel endoskopisk ultralyd og finnålsbiopsi (EUS-FNA)</li><li>• Eventuel ultralydsscanning af hals med biopsi (UL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• MDT-konference</li></ul>

Ved begrundet mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken tilstræber udredningsprogrammet at fastlægge følgende parametre så nøjagtigt som muligt:

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

#### Ad 1

Ved første kontakt med en patient i pakkeforløb bedømmes patientens almentilstand, medicinering og komorbiditet ("operabilitet"). En vurdering af patientens operabilitet foretages ved første personlige kontakt mellem patienten og modtagende hospitalsafdeling. Patienter med betydelig komorbiditet kan have et individuelt forløb med henvisning til andre afdelinger. Det multidisciplinære team skal samtidig underrettes om diagnose, udredningsplan og eventuelt konsekvenser, for så vidt angår komorbiditeten. Der skal tages stilling til kost, rygning, alkohol og medicin/motion, da disse faktorer ofte har indvirkning på det operative forløb og kan influeres præoperativt. Følgende blodprøver skal som minimum tages i forbindelse med udredningen (Hb, væsketal, trombocytter, PP/INR, APTT, ALAT, basisk fosfatase, bilirubin, blodsukker).

## Ad 2

Svartider på biopsier følger de af Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi opsatte grænser.

Hvis patienten ved MDT-konferencen på afdeling med højt specialiseret funktion vurderes at have en resektabel tumor i spiserøret, mavemunden eller mavesækken uden tegn til fjernmetastaser, sættes patienten afhængigt af sygdomsstadiet og biopsisvar enten direkte til operation, eller et kombineret onkologisk/kirurgisk behandlingsforløb.

## Ad 3 og 4

Alle undersøgelsesmodaliteter (UL, PET/CT, CT, LUS, EUS med mere), som foretages i udredningsøjemed på mistanke om kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken, skal afsluttes med en konklusion vedrørende TNM stadium.

Beslutningen om at klassificere en patient som havende *en ikke-resektabel tumor* er vanskelig og skal dokumenteres hos hver enkelt patient ud fra strikte, prædefinerede og validerede kriterier (<http://www.gicancer.dk/>). Opfyldes disse kriterier ikke, skal udredningen fortsætte, indtil de er opfyldt, eller patienten kan klassificeres som havende en resektabel tumor.

Den samlede vurdering af præoperativt stadie, operabilitet, resektabilitet skal ske i MDT-konferencen på afdeling med højt specialiseret funktion, og her fastlægges behandlingstilbuddet til den enkelte patient.

## 3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

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

- Resektabel sygdom og egnet til kurativ intenderet kirurgi alene (T1, N0, M0)
- Resektabel sygdom og egnet til kurativ intenderet kirurgi kombineret med perioperativ kemoterapi eller kemo/radioterapi (T2-T4, N0-N3, M0)
- Lokalavanceret og ikke resektabel sygdom hos patienter i god almentilstand (performance status 0-2). Patienten henvises til kurativt intenderet kemo/radioterapi, hvis det er teknisk muligt. Alternativt tilbydes palliativ kemoterapi, hvor effekt kan betyde, at patienten eventuelt revurderes mhp. resektion i forløbet
- Dissemineret sygdom hos patienter i god almentilstand (performance status 0-2). Disse patienter henvises til palliativ kemoterapi
- Patienter i dårlig almentilstand (performance status 3-4) henvises til symptomatisk behandling (best supportive care).

Den endoskoperende enhed skal henvise patienten til afdelingen med højt specialiseret funktion umiddelbart ved fund af makroskopisk kræft ved endoskopi, og telefonisk sikre kontakten med oplysning om, til hvilken instans biopsier er sendt (biopsier skal sendes også ved makroskopisk oplagt kræft). Regionale aftaler kan samtidigt sikre, at der allerede ved henvisningen – af den henvisende enhed – bestilles PET-CT/CT-skanning/UL af hals og lever med evt. biopsi i hen-



hold til regionalt afstemte billeddiagnostiske protokoller, således at gentagelse af undersøgelser undgås. For at PET-CT skal kunne bruges til korrekt stadieinddeling af tumor skal CT-delen udføres som diagnostisk CT med intravenøs kontrast (ikke lavdosis CT).

Den booking ansvarlige ved afdelingen med højt specialiseret funktion skal ved modtagelse af henvisning med mikroskopisvar foretage booking på forudreserverede tider og meddele tider til:

- Forundersøgelse og information til patienten om udredning
- CT- eller PET-CT-scanning af thorax og abdomen på lokalitet med hurtigst mulige tilgængelige, sufficente CT- eller PET-CT-scanningsmulighed eventuelt på den henvissende enhed
- Re-gastroskopi med højt specialiseret kirurgisk vurdering
- Blodprøver
- Eventuelt UL af hals
- Tid til MDT-konference og efterfølgende svartid i ambulatorie eller telefonisk efter forudgående aftale med patienten
- Ad hoc bestilles:  
Endoskopisk ultralydsscanning med evt. finnålsbiopsi
- Tid til laparoskopi og eventuel UL af abdomen (LUS)

### 3.3 Specifik sygepleje, understøttende- og rehabiliterings- behandling

Identifikation af rehabiliteringsbehov bør ske tidligt i forløbet. Eksempelvis at der i sygeplejefagligt ambulatorium bør identificeres eventuelle ernæringsproblemer, og at der her sikres ernæringsterapi og fysisk aktivitet eller træning i perioden fra diagnostik og frem til operation for som minimum at vedligeholde patientens performance-status. Ernæringsproblemstillingerne bør behandles med sonde- og anlæggelse af stents kan foretages (efter MDT-konference). Man skal være klar over at anlæggelse af stents kan skabe refluxproblemer (lungebetændelse o.l.) og indebærer en vis risiko for perforation.

### 3.4 Kommunikation og inddragelse

Ved første kontakt med en patient i pakkeforløb afholdes en samtale om det planlagte udredningsprogram og herunder eventuelt ubehag og risici. Da antallet af nødvendige undersøgelser for at opnå diagnose, stadium og resektabilitetsvurdering vil variere fra patient til patient, foregår der løbende en dialog med patienten om undersøgelsesresultaterne.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til udredningen.

Med hensyn til resultaterne af gastroskopi, EUS, CT, PET-CT, ultralyd af hals og laparoskopi/laparoskopisk ultralyd skal disse samlet vurderes på MDT-konference på afdeling med højt specialiseret funktion. Samtale med patienten om behandlingsmuligheder foregår efter konfe-

rencen. Samtale om resultaterne af udredningsprogrammet foretages af de læger, som står for undersøgelse og/eller har henvist til undersøgelse.

### 3.5 Beslutning

Beslutningen om behandlingstilbud til den enkelte patient tages på MDT-konferencen på en afdeling med højt specialiseret funktion, med mindre andet er aftalt lokalt mellem henvisende læge/afdeling/hospital og det multidisciplinære team på afdelingen med højt specialiserede funktion.

Der indhentes efterfølgende informeret samtykke fra patienten til behandlingen.

### 3.6 Ansvarlig

Når en patient er henvist til det multidisciplinære team, er teamet efterfølgende ansvarlig for det videre forløb. Teamet bør i videst muligt omfang inddrage både primær- og sekundærsektoren for at udnytte ressourcer og kompetencer bedst muligt.

### 3.7 Registrering

<b>AFB09B</b>	<b><i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): udredning start, første fremmøde</i></b>
---------------	--

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:

<b>AFB09C1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: tilbud om initial behandling</i>
<b>AFB09C1A</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet</i>
<b>AFB09C2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: initial behandling ikke relevant</i>
<b>AFB09C2A</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling</i>

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

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

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

<b>AFB09X1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

<b>AFB09X2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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

### 3.8 Forløbstid

Forløbstiden for udredning er 27 kalenderdage.

Den initiale udredning består af:

- Journaloptagelse og klinisk undersøgelse og blodprøver
- Gastroskopi med biopsi
- Analyse af biopsi
- Patienten informeres

Den specialiserede udredning sammensættes individuelt:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- PET-CT eller evt. CT, laparoskopi med evt. LUS
- Analyse af biopsi
- Multidisciplinært team (MDT)-konference
- Eventuelle ad hoc undersøgelser (EUS, UL af hals)
- Patienten informeres

Desuden afsættes yderligere tid til:

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

## 4 Initial behandling af kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken

### 4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Hovedparten af patienter med kræft i nederste del af spiserøret, mavemunden eller mavesækken har kræfttypen adenokarcinom. Patienter, som skønnes operable og havende en resektabel tumor, henvises til intenderet kurativ resektion.

Patienter med de mindst udbredte kræftstadier tilbydes operation alene. Patienter med mere udbredte kræftstadier tilbydes perioperativ kemoterapi, det vil sige kemoterapi inden operation og kemoterapi efter operation (adenokarcinomer) eller præoperativ kemo-radioterapi (planocellulære karcinomer i spiserøret). For operative procedurer og eventuelt perioperativ kemoterapi henvises til DECV's Nationale Retningslinier (<http://www.gicancer.dk/>). Patienter, der skal have perioperativ kemoterapi, skal forinden have foretaget nyrefunktionsundersøgelse og hjerte-funktionsundersøgelse (MUGA).

Patienter i performance status 0-1 med lokalavanceret ikke resektabel tumor i esophagus eller øvre GEJ (adeno eller planocellulære karcinomer) kan tilbydes kurativt intenderet samtidig kemo-radioterapi.

<b>Behandling af histologisk verificeret adenokarcinom i spiserøret, mavemunden eller mavesækken</b>	
Stadium Ia (T1N0M0)	Operation alene
Stadium Ib, II og III og potentielt resektabel stadium IV, WHO performance status 0-1, medicinsk operabel og organfunktioner, som tillader kemoterapi T2-T3, N0-N3, M0 -N3	Operation og perioperativ kemoterapi

<b>Behandling af histologisk verificeret planocellulært karcinom i spiserøret</b>	
Stadium Ia (T1N0M0)	Operation alene
Stadium Ib, II og III og potentielt resektabel stadium IV, WHO performance status 0-1, medicinsk operabel og organfunktioner, som tillader kemoterapi (performance status 0 – 1)	Operation og præoperativ konkommittant kemo-radioterapi eller  Kemo-radioterapi uden operation ved ikke resektable patienter.

For behandlingen af patienter med kræfttypen planocellulært karcinom gælder følgende:

- Det tilstræbes kun at foretage resektion, såfremt det er muligt at opnå R0- makroskopisk radikal resektion og mikroskopisk resektion
- I tilfælde af R1- eller R2-resektion diskuteres muligheden for kurativ/palliativ behandling i hvert enkelt tilfælde i det multidisciplinære team
- Patienter med udbredt sygdom i god almentilstand (performance status 0-2) henvises til palliativ kemoterapi på den lokale onkologiske afdeling
- Patienter i dårlig almentilstand (performance status 3-4) behandles symptomatisk

Patienten sættes afhængigt af sygdomsstadiet enten direkte til operation eller til supplerende undersøgelse af hjerte- og nyrefunktion med henblik på præoperativ kemoterapi/stråleterapi. I tilfælde, hvor patienten er vurderet ved MDT-konference på afdeling med højt specialiseret funktion til at skulle have palliativ behandling, iværksættes umiddelbart kirurgisk palliation (stent, argon beaming med mere). Dette kan eventuelt foregå på anden afdeling efter lokal aftale. Derefter visiteres patienten videre til onkologisk afdeling, såfremt patientens almene tilstand tillader kemoterapi, eller såfremt man vurderer, der er behov for pallierende stråleterapi.

### **Sekundær/adjuverende behandling**

Efter R0-resektion (fuldstændig fjernelse af alt synligt og mikroskopisk påviseligt tumorvæv) tilbydes rutinemæssigt et behandlingsforløb med adjuverende kemoterapi med 3 serier i henhold til standardbehandlingen (perioperative kemoterapiforløb for adenocarcinomer).

## **4.2 De hyppigst opståede komplikationer**

De hyppigste alvorlige komplikationer til operation er anastomoselækage, postoperative kardiopulmonale komplikationer og død.

Tidlig diagnostik er vigtig for at kunne behandle komplikationerne så minimalt invasivt som muligt. Hovedparten af fistlerne og anastomoselækage kan klares med perkutan drænage og eventuelt stentanlæggelse. Senfølger af anastomoselækage er ofte strikturtendens. Sonde og røntgenkontrol af anastomoserne før fødeindtagelse kan anvendes ud fra en teoretisk holdning til, at konsekvensen af lækage derved formindskes.

Komplikationer til kemoterapi: Træthed, kvalme, infektion, blødning, sensibilitetsforstyrrelser, diarre og slimhindeaffektion.

## **4.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling**

Der afholdes forventningsafstemningssamtale præoperativt, hvor der gives information og svares på spørgsmål.

Patienter med øvre gastrointestinal-kræft er ofte underernærede på grund af synkeproblemer, kvalme og smerter.

Samtalen skal derfor bl.a. omhandle: ernæringsscreening, ernæringsvejledning, mave-tarm funktion, fysisk og psykisk tilstand, smerteproblematik.

#### **Postoperativt:**

Der skal foreligge instruks for behandling af sonder, pleuradræn samt kontrol røntgen af thorax efter thoracoabdominalt indgreb.

Der skal foreligge instruks for observation og håndtering af mistænkte komplikationer.

Patienten skal postoperativt monitoreres med saturation, og CPAP behandles efter behov.

## **4.4 Specifik rehabilitering**

Identifikation af rehabiliteringsbehov bør ske tidligt i forløbet. Eksempelvis ernæringsterapi og fysisk aktivitet eller træning i perioden fra diagnostik og frem til operation for som minimum at vedligeholde patientens performance-status.

Patienter med thoraco-abdominale operationer bør have specifik hjælp til optræning af specielt de højresidige thoracale muskler samt kost vejledning ved klinisk diætist. Desuden bør patienter med total gastrectomi have kostvejledning. Herunder informeres om evt. dumping, og alle patienter skal informeres om kostråd, jern og vitamin tilskud.

Postoperativt ambulant besøg efter udskrivelse med evaluering af indikatorer som smerter (særligt thoracale), kostindtag / synkefunktion, vægtudvikling, tarmfunktion, sårpleje, træthed og fysisk aktivitet. Mestring af hverdagsliv (fysisk / psykisk velbefindende og sociale aktiviteter).

Den behandlende afdeling bør sikre, at patienten er tilbudt rehabilitering i kommunalt regi, og ved overgangen fra kirurgisk afdeling til postoperativ kemoterapi tilbydes rehabilitering på onkologisk afdeling.

## **4.5 Specifik palliation**

Patienter, der ikke har kunnet opereres eller tilbydes kurativt intenderet kemo/strålebehandling alene, tilbydes palliativ behandling på onkologisk afdeling og sikres sufficient ernæring gennem lokal behandling i spiserør med stents (selvekspanderende netmetal stents eller lokal tumor eradikerende behandling med f.eks. Argon Plasma koagulation). Disse behandlingsmodaliteter bør forgå i højt specialiseret regi eller – efter aftale – i lokalt regionalt regi.

Patienter med ikke kurabel sygdom bør tilbydes kontakt til og opfølgning af palliative teams i regionerne.

## 4.6 Kommunikation og inddragelse

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

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til behandlingen.

Samtale med patienten og evt. pårørende om operation, de dertil knyttede risici, den postoperative fase og rehabilitering foretages af den behandlende afdeling, som udfører operationerne. Bliver der tale om onkologisk behandlingstilbud, skal kirurgen drøfte baggrunden herfor med patienten, inden patienten henvises til onkologisk afdeling.

Samtale om kemoterapi herunder varighed, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og de dertil knyttede risici afholdes af de onkologer, som varetager behandlingen. Hvis der tilbydes pallierende kemoterapi, drøfter onkologen baggrunden for behandlingen med patienten og giver desuden detaljeret information om behandling herunder varighed, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering med mere.

Præoperativt afholdes samtale med patient og evt. pårørende om det videre behandlingsforløb og postoperativ sygepleje.

Inden udskrivelsen tilbydes patient og evt. pårørende opsamlende samtale om iværksættelse af tværsektorielle rehabiliterende tiltag. Behovet for vejledning og psykosocial støtte i forbindelse med ændrede livsvilkår og livet med kræftsygdom hos patient og pårørende identificeres.

## 4.7 Beslutning

MDT-konferencen træffer beslutning om behandlingstilbud.

## 4.8 Ansvarlig

Teamleder for det multidisciplinære team uddelegerer ansvaret for det videre forløb og information til henholdsvis kirurgisk eller onkologisk afdeling.

## 4.9 Registrering

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

<b>AFB09F1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): initial behandling start, kirurgisk</i>
----------------	--



<b>AFB09F2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): initial behandling start, medicinsk</i>
<b>AFB09F3</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): initial behandling start, strålebehandling</i>

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

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

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC). 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

<b>AFB09X1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

<b>AFB09X2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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

## 4.10 Forløbstid

### Kirurgi

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

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Indlæggelse, blodprøver og information, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, blodprøve

### *Behandling*

- Operation.

### **Primær kemoterapi inden operation**

Et flertal af patienterne skal inden operation have kemo- og/eller stråleterapi (og en gruppe patienter får atter kemoterapi efter operationen). Dette kræver et individuelt tilrettelagt forløb.

Som udgangspunkt er forløbstiden, fra udredningen er afsluttet og patienten informeret til patienten skal modtage primær kemoterapi, 18 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og multidisciplinær teamkonference
- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke
- Nyre- og hjertefunktionsundersøgelse
- Forberedelse af patienten til kemoterapi

### *Behandling*

- Primær kemoterapi (gives i 3 x 21 dage).

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

### **Sekundær/adjuverende behandling**

Når det operative forløb er overstået skal der gå 21-28 kalenderdage, inden patienten kan påbegynde postoperativ kemoterapi. Tidsrummet er afhængigt af sårheling og patientens almentilstand.

Mellemprioden bruges til sårheling samt til at fastsætte det histopatologiske stadie. Dette resultat kan påvirke valget af efterbehandling, og i nogle tilfælde kan det betyde, at den planlagte postoperative onkologiske behandling må korrigeres. De resterende dage bruges til ambulant forundersøgelse, patientsamtykke og planlægning af stråleterapi.

## 5 Oversigtsskema

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
<b>Indgang til pakkeforløb</b>			
<b>Beslutning:</b> Almen praksis eller praktiserende speciallæge (eller anden sygehusafdeling) finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft	Henvisning sendes til kirurgisk afdeling med hovedfunktion (derefter eventuelt til afdeling med højt specialiseret funktion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Begrundet mistanke</li> <li>▪ Videre forløb</li> </ul>	Almen praksis /praktiserende speciallæge /sygehusafdeling
<b>Udredning</b>			
Visitation til pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Henvisning modtaget på kirurgisk afdeling (viderehenvises eventuelt til afdeling med højt specialiseret funktion)</li> <li>▪ Booking: undersøgelsesprogram</li> </ul>	Indkaldelse: undersøgelsesprogram	Kirurgisk afdeling
Undersøgelingsprogram (hvis ikke allerede foretaget hos praktiserende speciallæge uden for pakkeforløb): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinisk undersøgelse</li> <li>▪ Gastroskopi med biopsi</li> <li>▪ Blodprøver</li> <li>▪ Evt. PET-CT/CT</li> <li>▪ Evt. ultralyd + biopsi</li> </ul>	Forsendelse af materiale til patologiafdeling	Videre forløb	Kirurgisk afdeling
Histologisvar	Svar sendes til behandlende afdeling		Patologiafdeling
Konsultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eventuel henvisning til afdelingen med højt specialiseret funktion</li> <li>▪ Booking: supplerende undersøgelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartsamtale</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Indkaldelse: supplerende undersøgelser</li> </ul>	Kirurgisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
<p>Supplerende undersøgelser på afdelingen med højt specialiseret funktion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT eller PET-CT-scanning af thorax og abdomen</li> <li>▪ Re-gastroskopi</li> <li>▪ UL med biopsi af hals</li> <li>▪ laparoskopisk ultralyd af abdomen (LUS)</li> <li>▪ Evt. EUS og FNA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forsendelse af materiale til patologi-afdeling</li> </ul>		<p>Kirurgisk afdeling Radiologisk afdeling</p>
Histologisvar	Svar sendes til behandlede afdeling		Patologi-afdeling
<p><b>Beslutning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operation</li> <li>▪ Operation med perioperativ kemoterapi/præoperativ kemo-stråleterapi</li> <li>▪ Kontrol</li> </ul>	Booking: konsultation	Indkaldelse: konsultation	Multidisciplinære team
Konsultation i kirurgisk afdeling	<p>Booking: forundersøgelse, kemo-/stråleterapi, operation</p> <p>Epikrise til: Almen praksis /praktiserende speciallæge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartale</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> <li>▪ Indkaldelse: forundersøgelse, kemo-/stråleterapi, operation</li> </ul>	Kirurgisk afdeling
<b>Initial behandling</b>			
<p>Konsultation i onkologisk afdeling med højt specialiseret funktion</p> <p>Klinisk undersøgelse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyre-og hjertefunktionstest</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> </ul>	Onkologisk afdeling
Præoperativ stråle-			Onkologisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
/kemoterapi			
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operation (eventuelt med postoperativ kemo-/stråleterapi)</li> <li>▪ Kontrol</li> </ul>	Booking: forundersøgelse i ambulatorium, operation	Indkaldelse: forundersøgelse i ambulatorium, operation	Multidisciplinære team
Forundersøgelse i ambulatorium		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartale</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> </ul>	Kirurgisk afdeling
Indlæggelse			Kirurgisk afdeling
Operation	Forsendelse af materiale til patologisk afdeling		Kirurgisk afdeling
Histologisvar	Svar sendes til rekvirende afdeling		Patologiafdeling
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yderligere onkologisk behandling (kemo-/stråleterapi)</li> <li>▪ Kontrol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Booking: onkologisk forundersøgelse, efterbehandling</li> <li>▪ Epikrise til: almen praksis/praktiserende speciallæge</li> </ul>	Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse, efterbehandling	Multidisciplinære team
Onkologisk forundersøgelse		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartale</li> <li>▪ Videre forløb</li> </ul>	Onkologisk afdeling
Kemo-/stråleterapi		Videre forløb	Onkologisk afdeling
<b>Beslutning:</b> Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Booking: kontrolforløb</li> <li>▪ Epikrise til: almen praksis /praktiserende speciallæge</li> </ul>	Indkaldelse: kontrol	Multidisciplinære team
Konsultation ved onkologisk afdeling		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartale</li> <li>▪ Videre forløb</li> </ul>	Onkologisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
<b>Efterforløbet</b>			
<p>Afhængig af valg af behandling følges patienter til kontrol i minimum 12 måneder</p> <p>Patienter som har gennemgået radikal resection følges i kirurgisk regi efter individuelle patientbehov</p>		Videre forløb	Kirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling
<b>Beslutning:</b> Kontrol afsluttes	Epikrise til: almen praksis/praktiserende speciallæge		Kirurgisk afdeling /onkologisk afdeling
Evt. mistanke om recidiv	Booking af konsultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indkaldelse til konsultation</li> <li>▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke</li> </ul>	Kirurgisk afdeling /onkologisk afdeling

## 6 Forløbstider

Tabellen viser de samlede forløbstider i pakkeforløbet.

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

### Forløbstider (se også pkt. 1.3.1.)

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	27 kalenderdage	
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Operation	10 kalenderdage
	Kemoterapi	18 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Operation	43 kalenderdage
	Kemoterapi	51 kalenderdage

## 7 Registrering kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC)

### 7.1 Pakkeforløb start

<b>AFB09A</b>	<b>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): henvisning til pakkeforløb start</b>
---------------	---

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC) skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC) 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

<b>AFB09B</b>	<b>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): udredning start, første fremmøde</b>
---------------	---

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:

<b>AFB09C1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: tilbud om initial behandling</i>
<b>AFB09C1A</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet</i>
<b>AFB09C2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: initial behandling ikke relevant</i>
<b>AFB09C2A</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling</i>

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

### 7.4 Behandling start

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

<b>AFB09F1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): initial behandling start, kirurgisk</i>
<b>AFB09F2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): initial behandling start, medicinsk</i>
<b>AFB09F3</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): initial behandling start, strålebehandling</i>

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

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

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC). 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

<b>AFB09X1</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

<b>AFB09X2</b>	<i>Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken (EVC): slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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