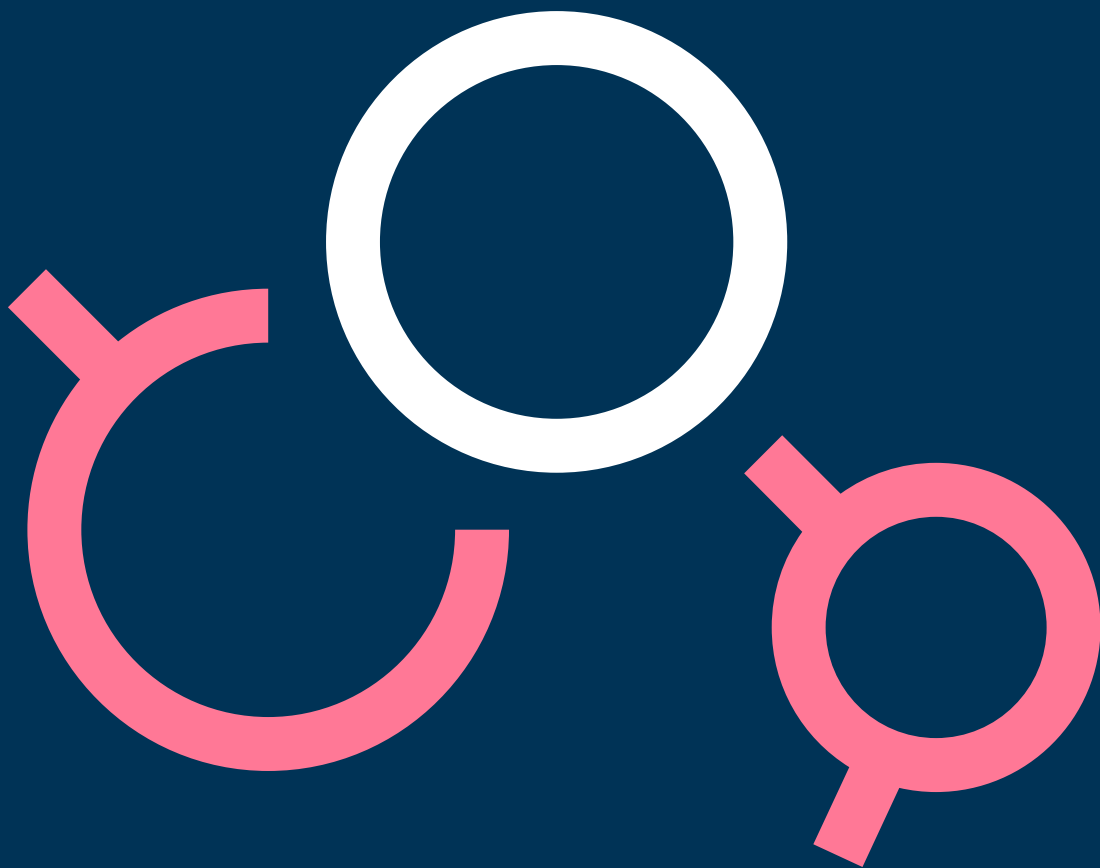




Pakkeforløb for brystkræft

For fagfolk



Pakkeforløb for brystkræft
For fagfolk

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-023-2

Sprog: Dansk

Version: 2.2

Versionsdato: 15.02.2021

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2018

Link til andre publikation om modermærkekræft:

- Indgang til pakkeforløb for brystkræft. Til brug i almen praksis
- Læsevejledning: Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering
- Patientpjece om pakkeforløb for brystkræft

[Se alle publikationerne her.](#)

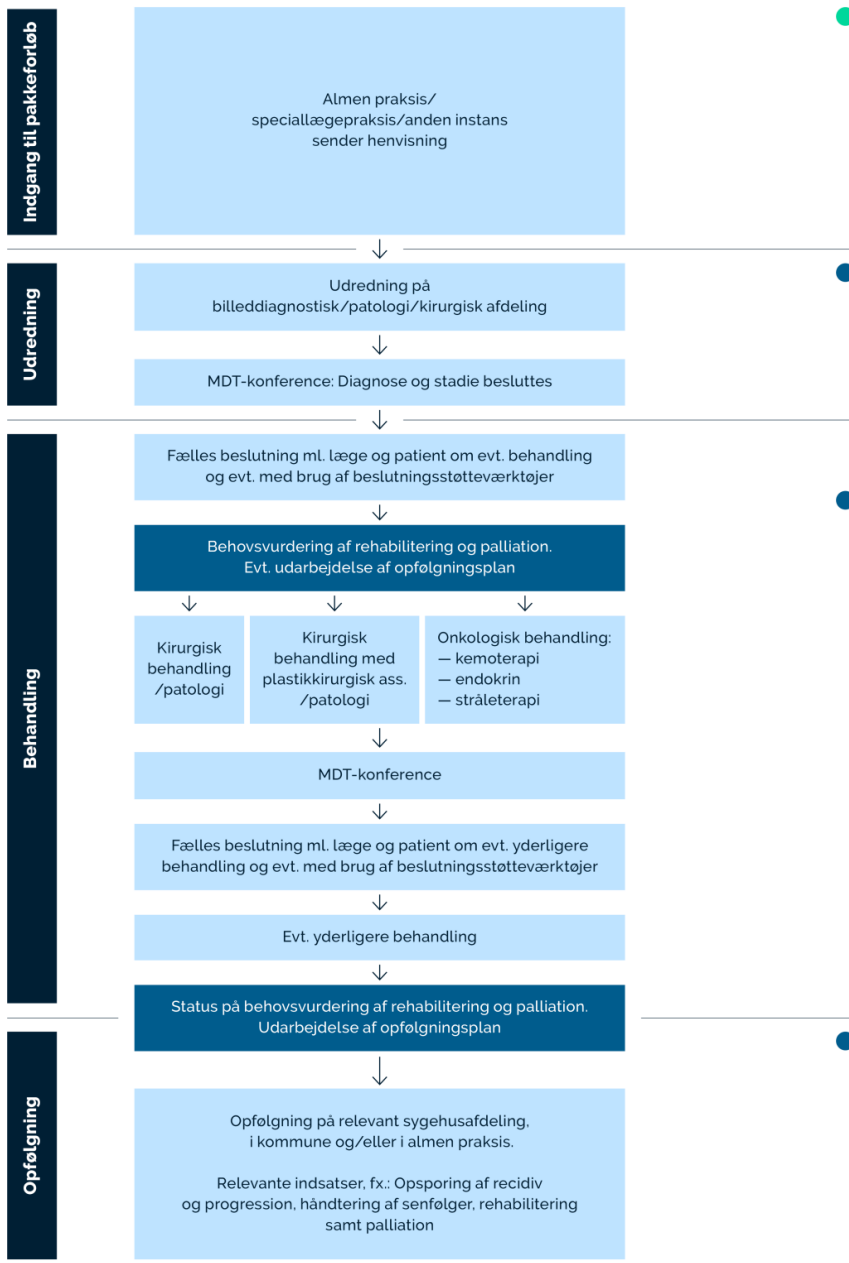
Indholdsfortegnelse

1. Oversigt over pakkeforløb	4
2. Forløbsbeskrivelse	5
2.1. Indgang til pakkeforløbet	5
2.2. Udredning	5
2.3. Behandling	6
2.4. Opfølgning	8
3. Rehabilitering og palliation	11
3.1. Brystkræftspecifik rehabilitering og palliation	11
3.2. Brystkræftspecifikke senfølger	12
4. Forløbstider	17
Referenceliste	18
Bilagsfortegnelse	20
Bilag 1: Registreringsvejledning	21
Bilag 2: Oversigt til brug ifm. udarbejdelse af individuel plan for opfølgning	26
Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning	30

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft *Pakkeforløb og opfølgningsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering* (1).

1. Oversigt over pakkeforløb

Oversigt over pakkeforløb for brystkræft



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

2. Forløbsbeskrivelse

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

2.1. Indgang til pakkeforløbet

2.1.1. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for brystkræft

Hvis mindst ét af nedenstående symptomer og fund er til stede, skal patienten tilbydes henvisning til pakkeforløb for brystkræft (2):

- Palpatorisk suspekt tumor*
- Nytilkommen papilretraktion
- Nytilkommen hudindtrækning
- Papil-areolaeksem/ulceration (obs. Mb. Paget)
- Klinisk suspekter aksillære lymfeknuder
- Billeddiagnostisk suspekt forandring, eksempelvis fundet ved mammografiscreening eller ved undersøgelse hos privatpraktiserende radiolog
- Søgen efter ukendt primær tumor (biotisk verificerede aksilmetastaser)

**En palpatorisk suspekt tumor er typisk hård, irregulært afgrænset og fikseret til omgivende væv, hud eller fascie. Enhver nyopdaget tumor hos postmenopausale kvinder må imidlertid opfattes som suspekt for malignitet.*

Der skal rettes særlig opmærksomhed mod gravide og ammende patienter med ovenstående symptomer.

Ved behov skal henvisende læge overveje at henvise patienten til en afklarende samtale i kommunalt regi (3) med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (se kapitel 3) (4,5).

2.2. Udredning

Udredningen forløber i henhold til DBCG's (Danish Breast Cancer Cooperative Group) kliniske retningslinjer (6). Det bærende element er tripletesten bestående af palpation, mammografi og/eller ultralydsundersøgelse og nålebiopsi.

Billeddiagnostisk afdeling er forløbsansvarlig instans. Afdelingen er primær kontaktenhed og bookingansvarlig for forløbene forud for den første billeddiagnostiske undersøgelse og

for de forløb, hvor mistanken om brystkræft kan afkræftes ved den billeddiagnostiske undersøgelse.

Ved konsensus om, at der er tale om en benign forandring, kan patienten (fx fra screeningspopulationen) afsluttes i radiologisk regi. 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.

I forhold til patienter, hvor der fortsat er mistanke om malignitet efter billeddiagnostik, overgår forløbsansvaret til brystkirurgisk afdeling. Det vil ofte være hensigtsmæssigt, at forløbsansvaret for kvinder, der som led i tripletesten har fået foretaget biopsi i radiologisk regi, også overgår til brystkirurgisk afdeling, selvom mistanken om ondartet tumor er beskeden efter den foretagne udredning.

2.2.1. Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling (MDT)

Beslutning om behandlingstype drøftes ved afslutningen af den diagnostiske udredning på MDT-konference (7). Hvis der i det diagnostiske team er konsensus om, at der er malignitet, er der i de fleste tilfælde det fornødne grundlag til at træffe beslutning om tilbud af behandlingstype.

2.3. Behandling

Dette afsnit beskriver overordnet behandlingsmulighederne for brystkræft. Behandlingen forløber i forhold til DBCG's kliniske retningslinje. For en mere uddybende beskrivelse henvises der til DBCG's kliniske retningslinjer (8).

2.3.1. Behandlingsmuligheder

Patienter med brystkræft kan inddeles i fire hovedgrupper:

1. Patienter med operabel brystkræft (stadium I-II)
 - a. Lav risiko for recidiv
 - b. Moderat til høj risiko for recidiv
2. Patienter med inoperabel brystkræft (stadium III)
3. Patienter med brystkræft spredt uden for brystområdet (fjernmetastaser, stadium IV)
4. Patienter som efter initial behandling udvikler tilbagefald. Tilbagefaldet kan være:
 - a. Lokaliseret til brystområdet og samsidige loko-regionære lymfeknuder (ak-sil/pe-clavikulærregion)
 - b. Til andre organer (fjernrecidiv)

Patienter i gruppe 1, 2 eller 4a kan behandles med kurativt (helbredende) sigte mens patienter i gruppe 3 og 4b tilbydes palliativ behandling.

Behandling af brystkræft med kurativt sigte, vil for de fleste betyde, at der initialt udføres operation. Patienter, der planlægges behandlet med primær operation i form af lumpektomi (med eller uden onkoplastik), der ikke kræver plastikkirurgisk assistance eller mastektomi uden rekonstruktion, vil som hovedregel ikke have behov for mere end én ambulans konsultation med en brystkirurg, hvor der lægges en behandlingsplan. Dette gælder også for patienter, der får neoadjuverende kemoterapi (9).

I de tilfælde, hvor der planlægges primær rekonstruktion eller onkoplastik med plastikkirurgisk assistance, herunder replacement teknikker med lapper hentet uden for brystet, samt større displacement eller volumenreduktionsteknikker, er der behov for en yderligere lægekonsultation før endelig planlægning af det operative indgreb kan foretages. Ved denne ekstra lægekonsultation deltager plastikkirurgen. Forud for konsultationen vil der som udgangspunkt være afholdt en MDT-konference, hvor de mulige kirurgiske/plastikkirurgiske løsninger i det konkrete tilfælde klarlægges, og der udfærdiges et oplæg, som drøftes med patienten til den efterfølgende samtale.

Hovedparten af patienterne, som er opereret, vil også have behov for adjuverende onkologisk behandling, der kan omfatte endokrin behandling, targeteret behandling (anti-HER2), kemoterapi, zoledronsyre samt strålebehandling, enten alene eller i kombination. Patienterne modtager en individuelt tilpasset behandling afhængig af brystkræft-undertype. I visse situationer, afhængig af tumorstørrelse og biologi samt ved lokal fremskreden sygdom, vil patienten blive tilbudt neoadjuverende kemoterapi forud for operation.

For hovedparten af de patienter med operabel brystkræft, hvis tumor er østrogenreceptor positiv, tilrådes, afhængig af menopausal status og mængden af østrogenreceptorer, endokrin behandling i 5 til 10 år efter initial behandling.

Ved sygdom med fjernmetastaser vil patienten primært blive tilbudt systemisk behandling. Dette gøres under hensyntagen til den forventede restlevetid.

Behandling forløber sideløbende med afstemning af behandlingseffekt, bivirkninger og sygdomssymptomer/-komplikationer. Dette gøres for at opnå den mest optimale livskvalitet.

Forløbsansvar for patienter som skal i primær systemisk behandling, adjuverende behandling eller behandling af metastaser, varetages af de onkologiske afdelinger. Så længe der gives en onkologisk behandling (kemoterapi, strålebehandling, HER-2 rettet behandling) vil patienten være tilknyttet en onkologisk afdeling. Endokrin behandling varetages primært af de onkologiske afdelinger, men kan for udvalgte patienter varetages af en kirurgisk afdeling.

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 (1).

2.3.2. Genetisk rådgivning

Genetisk disposition skønnes at være af væsentlig betydning i 5-10 % af alle brystkræfttilfælde.

Sædvanligvis diskuteres genetisk rådgivning med patienten i forbindelse med behandling, men spørgsmålet kan også komme på tale under opfølgning.

Se yderligere om, hvilke patienter og familier der skal tilbydes genetisk udredning og rådgivning, i DBCG's retningslinje (10).

2.3.3. Vurdering af behov i forbindelse med behandling

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 være fokus på såvel brystkræftspecifikke som generelle behov. Se kapitel 3 for en nærmere beskrivelse af forebyggelse, rehabilitering og palliation.

2.4. Opfølgning

I opfølgningsperioden tilrettelægges forløbet individuelt. Med udgangspunkt heri udarbejdes en individuel plan for opfølgning til 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 (11).

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 udarbejdes af den behandlende afdeling senest 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 eller nyopstået brystkræft (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 tegn på recidiv og senfølger, samt hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse fremkommer.

I Bilag 2 ses et skema, som er vejledende, og som kan benyttes som et værktøj til vurdering af, hvornår der kan spørges til relevante bivirkninger, senfølger eller andre behov, som kan opstå hos patienter, der har/har haft brystkræft. Skemaet kan benyttes både af patienter og pårørende, sygehus, almen praksis og kommune.

2.4.2. Opsporing af recidiv og nyopstået brystkræft

Årligt vil omkring 1 % af patienter med brystkræft udvikle ny malign tumor i brystet (12) - fraset undersøgelse med mammografi, er der ikke evidens for, at regelmæssig undersøgelse forbedrer overlevelsen for patienter med brystkræft uden fjermetastaser. Der tilbydes en individuelt tilrettelagt opfølgning med mammografi i henhold til DBCG's kliniske retningslinje (13).

Patienter med lav risiko for recidiv (hovedgruppe 1a, se afsnit 2.3.1) og patienter med forstadier til brystkræft, følges på de kirurgiske afdelinger. Øvrige patienter følges på de onkologiske afdelinger. Ved recidiv eller nyopstået brystkræft, har den opfølgende afdeling forløbsansvaret. Når patienten ikke længere modtager behandling, fx endokrin behandling, overgår patienten til åbent forløb og ansvaret ligger hos den afdeling, der senest har varetaget opfølgningen.

Mistanke, hos egen læge, om recidiv

Hvis patienten i opfølgningsperioden kontakter egen læge med symptomer på recidiv eller nyopstået brystkræft gælder følgende:

- Loko-regionært recidiv: Ved mistanke om recidiv i bryst/brystvæg eller regionære lymfeknuder, henvises patienten til den opfølgende afdeling. Derfra bliver patienten i tilfælde af suspekt tumor/lymfeknude henvist til opfølgende billeddiagnostik og biopsi på mammografiklinik
- Fjernrecidiv: Ved mistanke om recidiv fra tidligere brystkræft til andre organer (dvs. indenfor 10 år efter diagnosen) henvises patienten til den opfølgende afdeling. Hvis der under udredning opstår mistanke om anden kræftsygdom, henvises patienten til udredning i kræftpakkeforløb på relevant afdeling
- Nyopstået brystkræft: Ved mistanke om nyopstået brystkræft henvises patienten til udredning i pakkeforløb for brystkræft

Mistanke, hos patienten selv, om recidiv

Alle patienter, der er færdigbehandlet for brystkræft, har mulighed for at henvende sig direkte til den opfølgende afdeling ved mistanke om recidiv eller nyopstået brystkræft uden forudgående besøg ved egen læge. Det skal fremgå af epikrise til egen læge og af patientens opfølgningsplan, hvilken afdeling der er ansvarlig for håndtering af mistanken om recidiv.

Mistanke om recidiv fundet ved screening

Ved billeddiagnostisk suspekt forandring fundet ved mammografiscreening, henvises patienten til udredning i pakkeforløb for brystkræft.

3. Rehabilitering og palliation

I dette afsnit beskrives de brystkræftspecifikke indsatser i patientforløbet. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom* (4) eller i relevante forebyggelsespakker (5). 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* (14) samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats* (15).

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen (3), med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov (4,5). Dette kan ske på et hvert 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' (16). 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 brystkræft 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* (14) for henholdsvis regionens, kommunens og almen praksis' roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

3.1. Brystkræftspecifik rehabilitering og palliation

Der findes evidens for, at træning giver øget muskelstyrke og kondition, reducerer træthed og forbedrer livskvalitet. Alle patienter bør derfor gøres opmærksomme på vigtigheden af fysisk træning under og efter endt behandling. Fysisk aktivitet både før og efter diagnosen er associeret med reduceret risiko for progression af brystkræft, nye primære tumorer og tilbagefald af tumor (17,18).

3.1.1. Ved kirurgi

Der bør præoperativt foretages:

- Vurdering af habituel funktionsevne

- Instruktion i øvelsesprogram til selvtræning med opstart efter operation
- Information om postoperative foranstaltninger i hjemmet/socialt omgivelser

Læs nærmere i DBCG's retningslinjer (19),(20) samt Sundhedsstyrelsens *Nationale kliniske retningslinje for følger virkninger efter operation for brystkræft* (21) for anbefalinger ved brystkirurgiske patientforløb. Der beskrives bl.a., at der bør udføres efterfølgende fysioterapeutisk status med gennemgang af øvelsesprogram, at der bør foretages vurdering af skulder-arm funktion, samt gennemføres en vurdering af behov.

3.1.2. Ved kemoterapi

Patienter bør tidligt i forløbet i forbindelse med kemoterapi vejledes i vigtigheden af fysisk aktivitet og træning og tilbydes iværksættelse af træning - bl.a. grundet nedsat muskelstyrke, kondition og øget fysisk træthed (22).

3.1.3. Ved strålebehandling

I forbindelse med strålebehandling bør der instrueres i relevante selvtræningsøvelser under hensyntagen til vævsheling og smerter. Desuden skal der informeres om behandlingsrelaterede gener, og hvor patienten kan henvende sig ved behov.

Vurdering af skulder-arm funktion, senfølger til strålebehandling, fx i form af stramhed af påvirket væv og nedsat skulderbevægelighed samt lymfødeme, skal foregå ved afslutning af strålebehandlingsforløbet og ved efterfølgende kliniske opfølgninger.

3.2. Brystkræftspecifikke senfølger

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

Læs yderligere i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne* (23) samt i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (14). For information om bivirkninger til medicinsk behandling henvises til produktresuméer for de enkelte lægemidler.

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

3.2.1. Fysiske senfølger

Nedenfor beskrives de fysiske senfølger, som relaterer sig til de forandringer, som behandling med kirurgisk behandling, medicinsk behandling og strålebehandling mod brystkræft kan medføre.

Lokale senfølger

Skulder-armfunktion

Nedsat skulder-arm funktion og vævspåvirkning er en hyppig og veldokumenteret senfølge til behandling af brystkræft, trods udvikling i retning af mindre radikal kirurgisk behandling. Vævspåvirkningen kan ske umiddelbart efter operationen, ifm. strålebehandling, infektion og serom men også senere i forløbet. Nedsat skulder-arm funktion er associeret med nedsat livskvalitet og dårligere selvvruderet helbred (læs yderligere i DBCG's kliniske retningslinje (19).

Smerter

Knapt halvdelen (25-60 % afhængigt af behandling) af alle kvinder, som er opereret for brystkræft, angiver, at de har smerter i brystområdet to år efter operationen (24). Ca. 33 % af kvinderne med smerter oplever, at generne svinder efter yderligere 2 til 3 års observation, mens 15 % af de kvinder, der var smertefri ved første undersøgelse, udvikler smerter op til fem år efter behandlingen. Blandt kvinder med kroniske smerter, er disse svære og en daglig gene hos 13 % svarende til at ca. 6 % af alle, der behandles, ender med betydelige kroniske smerter.

Tilsvarende oplyser 60 %, at de har føleforstyrrelser i det opererede område og ud i overarmen. Risikofaktorer for udvikling af kroniske smerter er operation med fjernelse af aksillarymfeknuder, strålebehandling, ung alder, køn (kvinder) og kronisk smertetilstand før diagnose.

Lymfødem

Udvikling af lymfødem er en hyppig senkomplikation til kirurgi og strålebehandling af brystkræft. Derudover kan overvægt være årsag til sekundært lymfødem eller forværre allerede eksisterende lymfødem. Lymfødem kan forekomme i både arm, bryst og thorax.

Risikoen for udvikling af lymfødem er især relateret til omfanget af det kirurgiske indgreb og strålebehandling. Forekomsten af lymfødem kan opgøres på forskellig måde, hvilket medfører, at man ser meget varierende angivelser af hyppighed. Ca. 38 % (13 % til 65 % afhængig af behandling) oplever tyngdefornemmelse af armen på den opererede side efter to år, mens 24 %, angiver, at der er aktiviteter, de har måttet opgive efter deres behandling for brystkræft, og 22 % har måttet ændre på deres arbejde eller sportsaktiviteter (25).

Andre senfølger til strålebehandling

Andre senfølger til strålebehandling er sjældne, men der kan ses lungefibrose og skader på armens nerver. Diagnose heraf er en specialistopgave (speciallæger i lungemedicin og neurologi).

Indsats ved opfølgning i forhold til lokale senfølger

Smerteanamnese, opfølgning på skulder/arm funktionsevne ved fysioterapeut og undersøgelse for lymfødeme, foretages iht. vedlagte opfølgningsskema (Bilag 2). Som supplement til undersøgelse af skulder/arm kan DASH eller quickDASH benyttes (26). Ved vævspåvirkning og nedsat skulder-arm funktion henvises (hvis recidiv kan udelukkes) til behandling ved fysioterapeut med kompetence i fysioterapeutisk behandling af brystkræftpatienter. Dette kan ske via genoptræningsplan eller med henvisning til afklarende samtale i kommunen.

For kvinder med kroniske smerter, der påvirker deres daglige liv, hvor egen læge ikke kan afhjælpe problemet, bør patienten tilbydes henvisning til smerteklinik eller anden instans.

Lymfødeme diagnosticeres først og fremmest ud fra patientens subjektive angivelse af tyngde og spændingsfornemmelse og ved forekomst af positiv pitting.

Ved mistanke om lymfødeme suppleres med relevante billeddiagnostiske undersøgelser for at udelukke recidiv eller anden årsag til lymfødeme. Herefter henvises patienten til lymfødembehandling hos lymfødemuddannet fysioterapeut, der afgør typen af fysioterapeutisk Lymfødembehandling (CDT - complex decongestive therapy). Der er evidens for, at tidlig intervention med ekstern kompression er gavnlig for forløbet af lymfødeme (27).

Systemiske senfølger

Senfølger i bevægeapparatet

Bivirkninger til endokrin behandling, fx i form af led- og muskelsmerter er hyppige og problematiske, idet behandlingen er langvarig (5-10 år).

Indsats ved senfølger i bevægeapparatet og træthed

Patienter, der følges under adjuverende endokrin behandling, skal orienteres om, at der er risiko for længerevarende smerter og stivhed i led- og muskler, der oftest kan behandles med (mildere) analgetika. Generne aftager i reglen med tiden (over flere måneder til år), ved ophør med behandling eller efter præparatskift. Hos patienter med behandlingsrelaterede gener fra bevægeapparatet er det vigtigt at pointere, at nyttilkomne svære smerter fra bevægeapparatet bør føre til udredning på mistanke om knoglemetastaser.

Patienter bør vejledes i vigtigheden af og tilbydes iværksættelse af fysisk aktivitet og træning samt fortsættelse af fysisk aktivitet/træning i hverdagen efter brystkræft. Det kan her være relevant, at henvise til en afklarende samtale i kommunen med mulighed for opstart af indsats.

Hormonelle senfølger

Omkring 20 % af patienterne får konstateret brystkræft inden overgangsalderen. Da kemoterapi kan forårsage for tidlig overgangsalder og dermed infertilitet, bør de unge pati-

enters eventuelle graviditetsønske søges afklaret på diagnosetidspunktet. For tidlig overgangsalder som følge af kemoterapi kan forventes hos 55 % af patienter under 40 år og 90 % af patienter over 40 år. Tidlig overgangsalder er forbundet med en række mere eller mindre alvorlige følgevirkninger, såsom vasomotoriske symptomer (hede- og svedeture), tørhed i skeden, samleje-problemer, vægtstigning, knogleskørhed og i sidste ende øget risiko for hjertekarsygdom og øget mortalitet. Disse symptomer kan tilskrives østrogenmangel og kan forværres af samtidig endokrinbehandling. Systemisk behandling med østrogen eller andre hormonelle præparater anses for kontraindiceret pga. øget risiko for recidiv og nyopstået brystkræft. Vaginal østrogenbehandling kan benyttes på relevant indikation, men forsigtighed tilrådes, og andre alternativer forsøges.

Indsatser vedrørende hormonelle senfølger

Patienter, der går for tidligt i overgangsalderen og/eller er i endokrin behandling, skal informeres om de mulige følgevirkninger og muligheder for at afhjælpe disse. Patienterne bør have adgang til at henvende sig ('før tid') ved symptomændringer, specielt blødningsuregelmæssigheder, der skal give anledning til udredning for livmoderkræft, hvis patienten er i behandling med visse antiøstrogener. Ved behov kan der henvises til sexologisk rådgivning.

Patienter, der starter behandling med aromatasehæmmere, bør henvises til baseline DXA-scanning, med mindre der også er startet behandling med et osteoklasthæmmende middel. Se DBCG for retningslinjer om behandling med bisfosfonater (28). Knogleskørhed behandles iht. retningslinjer fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab (29).

Hjertekarsygdomme som senfølger

Kemoterapi med anthracykliner kan medføre irreversibel hjerteinsufficiens og anti-HER2-terapi med trastuzumab kan medføre reversibel hjerteinsufficiens. Strålebehandling af venstresidig brystkræft kan øge risikoen for iskæmisk hjertesygdom, især hvis patienten i forvejen lider af hjertekarsygdom. Dette bør der tages højde for i valg af initial behandling.

Indsatser for senfølger vedrørende hjertekarsygdomme

Patienten informeres om mulige følgevirkninger og muligheder for at afhjælpe disse. Patienter, hvor der opstår hjerteinsufficiens, skal henvises til udredning hos speciallæge i kardiologi.

3.2.2. Psyko-sociale senfølger

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

I en nyere dansk undersøgelse med 3.353 patienter var forekomsten af alvorlig depression 3-4 måneder efter kirurgi 14 % mod 5 % blandt kvinder uden brystkræft, og kun omkring halvdelen af patienterne var i relevant antidepressiv behandling. Frygt for recidiv er mest udtalt lige efter diagnosen, men for nogle vil denne frygt være til stede resten af de-

res liv. Der er et komplekst samspil mellem depression, søvnforstyrrelser, kognitive problemer og træthed, således at det ofte er umuligt at skelne de enkelte symptomer fra hinanden.

Omkring 20-30 % af brystkræftpatienter oplever seksuelle problemer, og risikoen er størst blandt kvinder med for tidlig overgangsalder, der ligeledes havde seksuelle problemer før diagnosen.

Brystkræft kan have sociale konsekvenser for patienterne i form af nedsættelse eller tab af erhvervsevne, ændret forhold til ægtefælle, skilsmisse, ændring i socialt netværk og mere generel nedsættelse af livskvalitet.

Det anbefales at have opmærksomhed på, om patienten har psyko-sociale problemer iht. opfølgningsskema i Bilag 2. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, må patienten henvises til relevant instans, fx psykolog, psykiater eller benytte muligheden for at opsøge socialrådgiver. Det kan være relevant med henvisning til afklarende samtale i kommunen.

4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for brystkræft. 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.

Den nationale monitoreringsmodel monitorerer alene på forløb med en standardforløbstid, det vil sige forløbstiderne for kirurgiske behandling af brystkræft og kirurgisk behandling med plastikkirurgisk assistance. Det anbefales at patienter modtager strålebehandling og medicinsk behandling indenfor 13 kalenderdag, men der er ikke tale om en standardforløbstid. Koden for strålebehandling og medicinsk behandling skal indberettes, men indgår altså ikke i den nationale monitoreringsmodel.

Tabel 1 viser de samlede forløbstider til pakkeforløbet.

Tabel 1. Oversigt over forløbstider for brystkræft

Henvisning		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		8 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	13 kalenderdage
	Kirurgisk behandling m. plastikkirurgisk assistance	20 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	27 kalenderdage
	Kirurgisk behandling m. plastikkirurgisk assistance	34 kalenderdage

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgningsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering. 2018. Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~me-dia/028409D2A0F94772B19868ABEF06B626.ashx>.
- (2) Sundhedsstyrelsen Indgang til pakkeforløb for brystkræft - Oversigt over indgang til kræftpakkeforløb. Til brug i almen praksis; Lokaliseret på: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/~me-dia/4864545DA763400E9FD988FA4DA74EE5.ashx>.
- (3) Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsloven. 2016; Lokaliseret på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=183932>.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. 2014; Lokaliseret på: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>, 2017.
- (6) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 2. Diagnose. I: DBCG Retningslinjer 2011. 2013.
- (7) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. 2016.
- (8) Danish Breast Cancer Cooperative Group. DBCG. Retningslinier / Vejledninger. 2011; Lokaliseret på: <http://www.dbcg.dk/DBCG%20Retningslinier.htm>. Accessed 07-12-2017, 2017.
- (9) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 7. Neoadjuverende kemoterapi ved brystkræft mhp. down-sizing og down staging. I: DBCG retningslinjer 2016. 2016.
- (10) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 19. Arvelig Cancer Mammæ – Ovarii. I: DBCG Retningslinjer 2011. 2016.
- (11) Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis. 2018.
- (12) Lin NU, Thomssen C, Cardoso F, Cameron D, Cufer T, Fallowfield L, et al. International guidelines for management of metastatic breast cancer (MBC) from the European School of Oncology (ESO)-MBC Task Force: Surveillance, staging, and evaluation of patients with early-stage and metastatic breast cancer. *Breast* 2013 Jun;22(3):203-210.
- (13) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 9. Opfølgning. I: DBCG Retningslinje 2015. 2015.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2012; Lokaliseret på: <http://www.sst.dk/~me-dia/8D462333D76845B1B09CAF40F9476087.ashx>. Accessed 12.21, 2017.

- (15) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. 2017.
- (16) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. 2014; Lokaliseret på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164976>.
- (17) Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005 May 25;293(20):2479-2486.
- (18) Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Acta Oncol* 2015 May;54(5):635-654.
- (19) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 21. Forløbsbeskrivelse for fysioterapi under brystkirurgiske patientforløb. I: DBCG Retningslinjer 2011. 2011.
- (20) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 20. Anbefaling om bevægelse/træning til kvinder opereret for brystkræft indenfor de første 8 uger postoperativt. I: DBCG Retningslinjer 2011. 2014.
- (21) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for følgevirkninger efter operation for tidlig brystkræft. 2015.
- (22) Lipsett A, Barrett S, Haruna F, Mustian K, O'Donovan A. The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Breast* 2017 Apr;32:144-155.
- (23) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. 2017.
- (24) Gartner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009 Nov 11;302(18):1985-1992.
- (25) Ribeiro Pereira ACP, Koifman RJ, Bergmann A. Incidence and risk factors of lymphedema after breast cancer treatment: 10 years of follow-up. *Breast* 2017 Dec;36:67-73.
- (26) Harrington S, Michener LA, Kendig T, Miale S, George SZ. Patient-reported upper extremity outcome measures used in breast cancer survivors: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2014 Jan;95(1):153-162.
- (27) Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen. Leitlinien der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen: Diagnostik und Therapie der Lymphödeme. 2009; Lokaliseret på: <https://www.gdlymph.eu/assets/pdf/Aktuelle-Leitlinie-AWMF.pdf>, 2017.
- (28) Danish Breast Cancer Cooperative Group. Kapitel 6: Medicinsk behandling. 2017.
- (29) Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Vejledning til udredning og behandling af Osteoporose. 2009.

Bilagsfortegnelse

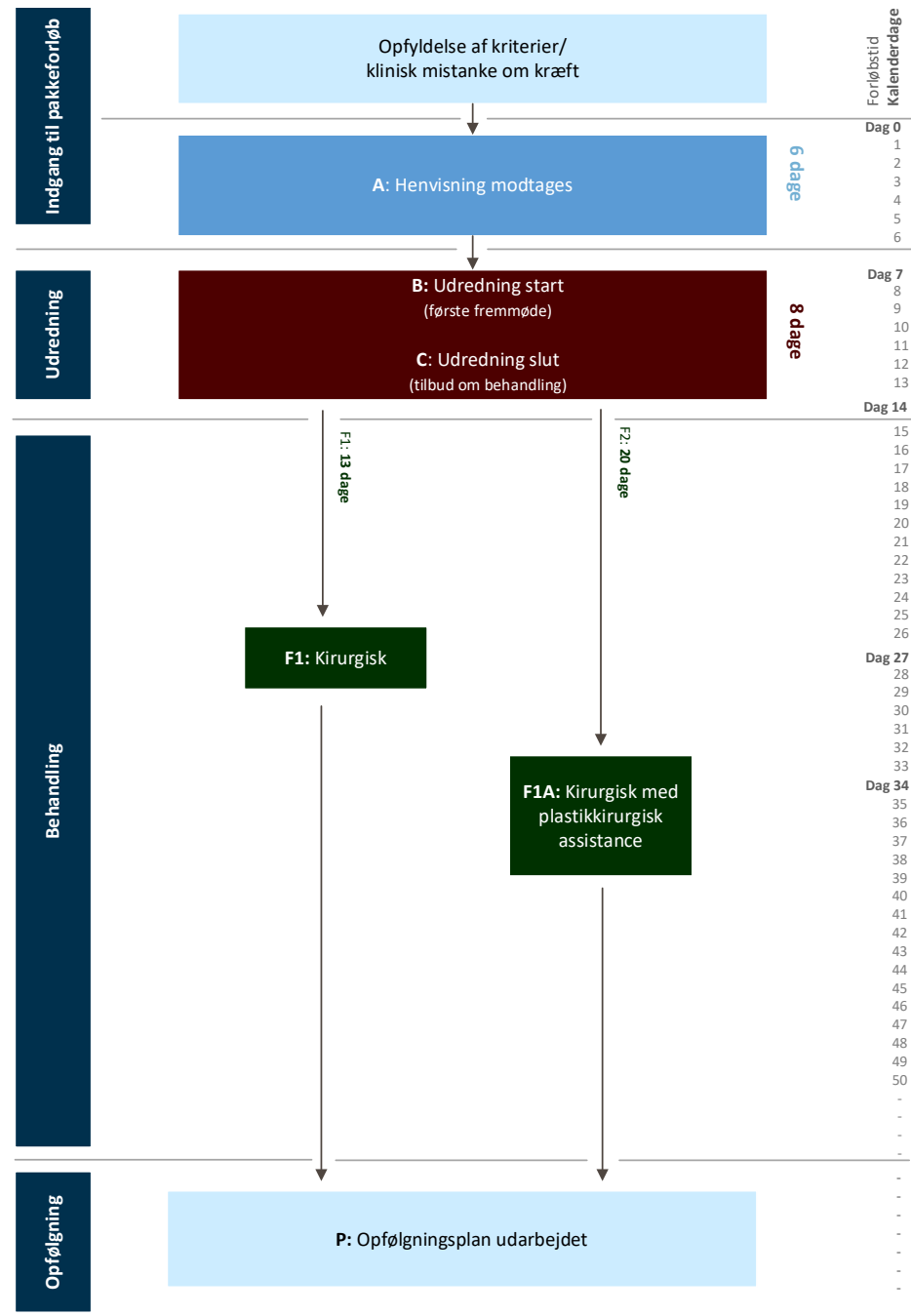
Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Oversigt til brug ifm. vurdering af behov for rehabilitering eller palliation

Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning

Registreringsvejledning - forløbstider for brystkræft



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for brystkræft skal indberettes når:

- Henvisning til pakkeforløb for brystkræft er modtaget i afdeling/central visitationsenhed
- Det af visiterende læge vurderes, at henvisningen til pakkeforløb for brystkræft begrundes, at mistanken om kræft opretholdes. Dette gælder uanset henvisningsmåde.

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

Der indberettes følgende kode:

AFB01A Brystkræft: 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 indberettes ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for brystkræft, hvad enten det er i billeddiagnostisk eller kirurgisk afdeling.

Der indberettes følgende kode:

AFB01B Brystkræft: Udredning start, første fremmøde

Registrering: Udredning slut (C)

Koden for udredning slut skal indberettes, 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 indberettes

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

Der indberettes en af følgende koder:

AFB01C1 Brystkræft: Beslutning, tilbud om initial behandling

AFB01C1A Brystkræft: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

AFB01C2 Brystkræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant

AFB01C2A Brystkræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 8 kalenderdage.

Der må gå 8 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af:

- Patientens første fremmøde til klinisk brystundersøgelse, billeddiagnostik mammografi og ultralydsscanning samt grovnål- og/eller finnålsbiopsi.
- Analyse af biopsi.
- Evt. yderligere undersøgelser i radiologisk regi (som MR-mammografi/CT-skanning).
- MDT konference.

Registrering: Afslutning af pakkeforløb for brystkræft (X)

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

AFB01X1 Brystkræft: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

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

AFB01X2 Brystkræft: Pakkeforløb slut, patientens ønske

Hvis patienten udebliver vedvarende efter henvisning til pakkeforløb start er modtaget i afdeling, indberettes:

AFB01X9 Brystkræft: Pakkeforløb slut, anden årsag

Kode for 'Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet' kan anvendes efter udredningen er startet med indberetning af 'udredning start, første fremmøde AFB01B. For de to øvrige gælder, at disse indberetninger kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

Registrering: Initial behandling (F)

Koden for initial behandling start skal indberettes:

- Ved først forekommende behandlingstiltag rettet mod kræftsygdommen.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation, er start af initial behandling således ved strålebehandlingens start.

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

AFB01F1 Brystkræft: Initial behandling start, kirurgisk

AFB01F1A Brystkræft: Initial behandling start, primær rekonstruktion eller onkoplastik med plastikkirurgisk assistance

AFB01F2 Brystkræft: Initial behandling start, medicinsk

AFB01F3 Brystkræft: Initial behandling start, strålebehandling

Forløbstid til kirurgisk behandling er 13 kalenderdage

Der må gå 13 kalenderdage fra beslutning om behandling er truffet til kirurgisk behandling er igangsat. Dette gælder også, hvis der gives primær medicinsk behandling eller primær strålebehandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives.

- Indhentning af samtykke.
- Håndtering af henvisningspapirer, booke samtaler og undersøgelser.
- Forundersøgelse med klinisk undersøgelse, samtale med sygeplejerske, fysioterapeut, anæstesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik.

Forløbstiden til kirurgisk behandling med plastiskkirurgisk assistance er 20 kalenderdage

Der må gå 20 kalenderdage fra beslutning om behandling er truffet til kirurgisk behandling er igangsat.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke.
- Håndtering af henvisningspapirer, booke samtaler og undersøgelser.
- Forundersøgelse med klinisk undersøgelse, samtale med sygeplejerske, fysioterapeut, anæstesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik.
- Planlægning af operation med plastikkirurg evt. med supplerende MDT-konference.

Bilag 2: Oversigt til brug ifm. udarbejdelse af individuel plan for opfølgning

Skemaet beskriver relevante bivirkninger og senfølger, som kan opstå hos patienter, der har/har haft brystkræft. Skemaet kan benyttes både af patient og pårørende, sygehus, almen praksis og kommune som et generisk værktøj til at vurdere, hvornår det kan være relevant at være opmærksom på brystkræftspecifikke senfølger og bivirkninger fra behandling. Skemaet kan benyttes som supplement ved vurdering i opfølgningsperioden.

Tidsintervallerne, som skemaet beskriver, er vejledende og der må for hver enkelt patient foretages en individuel vurdering af relevansen af intervaller mellem undersøgelse for de beskrevne senfølger og bivirkninger.

Tabel 1. Oversigt over hvornår det kan være relevant at udføre vurdering af patientens behov for rehabiliterende eller pallierede indsatser, spørge ind til bivirkninger, senfølger eller andre behov

Skema til opfølgning efter behandling for brystkræft			Måneder										
	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6	9	12 ²	18 ³	24	30	36	42	48	54	60
Vurdering af behov*	X	X	X										
Støtte til egenomsorg			X										
	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6	9	12 ²	18 ³	24	30	36	42	48	54	60
Lokal													
Operation/ strålebehandling													
Lymfødem, arm	X		X	X	X		X		X				X
Skulder bevægelighed	X		X	X	X		X		X				X
Smerter	X		X	X	X		X		X				

Føleforstyrrelser	X		X	X	X		X		X				
Fibrose					X				X				X
Brystødem			X	X	X		X		X				X
Hudforandringer					X		X		X				X
Kosmetisk resultat ¹		X			X		X		X				X ¹
	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6	9	12 ²	18 ³	24	30	36	42	48	54	60
Systemisk													
Kemoterapi													
Blivende hårtab				X			X		X				
Præmatur menopause ⁴				X			X						
Tab af knoglemasse				X ⁵			X						
Neuropatiske smerter				X			X						
Polyneuropati				X			X						
Hjerteinsuf.				X			X						X
	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6	9	12 ²	18 ³	24	30	36	42	48	54	60
Ikke modalitetsbestemte													
Søvnforstyrrelser		X	X	X	X		X		X				X
Træthed		X	X	X	X		X		X				X
Depression		X	X	X	X		X		X				X
Kognitive problemer		X	X	X	X		X		X		X		X
Sexuelle problemer		X	X	X	X		X		X		X		X
Tab af erhvervs-evne		X	X	X	X		X						
Sociale problemer		X	X	X	X		X		X				X
Fysisk aktivitet		X	X	X	X		X		X				X

	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6	9	12 ²	18 ³	24	30	36	42	48	54	60
Endokrin behandling													
Menopause indtrådt							X		X		X		X
Hedestigninger		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Tørre slimhinder		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Udflåd		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Hårtab			X	X									
Vægt (stigning)		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Muskelsmerter		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Ledgener		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	5½ år ⁶	6 år ⁶	6½ år ⁶		7 år ⁶	7½ år ⁶	8 år ⁶	8½ år ⁶	9 år ⁶	9½ år ⁶	10 år ⁶		
Endokrin behandling													
Menopause indtrådt		X			X		X		X				
Hedestigninger	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Tørre slimhinder	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Udflåd	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Vægt (stigning)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Muskelsmerter	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Ledgener	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
¹ vurderes med klinisk foto ² klinisk mammografi 1 gang årligt til pt. fylder 50 år ³ klinisk mammografi efter lumpektomi, herefter som udgangspunkt undersøgelse med screeningsmammografi, såfremt kvinden er 50-79 år ⁴ kun kvinder < 40 år ⁵ DEXA-scanning, hvis medicinsk behandling ⁶ kun kvinder i endokrinbehandling													

*Tidspunktet for, hvornår der skal foretages vurdering af patientens behov, kan variere fra umiddelbart efter behandlingen til 1-2 mdr. efter behandlingen, alt efter fx den postoperative tilstand.

X'erne generelt i skemaet angiver tidspunktet, hvor der spørges ind til det angivne problem, forudsat at patienten følges, og ud fra vurderingen tages der beslutning, om der skal udføres en indsats samt hvilken og hvem, der udfører den.

Palliative og rehabiliterende indsatser afhænger af behovsvurderingen – behovet er individuelt og disse indsatser er derfor ikke med i skemaet.

Skemaet er lavet på basis af DBCG's retningslinjer, lettere redigeret.

Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpegning og arbejdsplads
Formand for arbejdsgruppen Astrid Nørgaard	Sundhedsstyrelsen
Konsulent Anne Hagen Nielsen	Udpeget af Kommunernes Landsforening
Overlæge Anne Marie Bak Jylling	Udpeget af Dansk Patologiselskab Afdeling for Klinisk Patologi, OUH
Sygeplejerske Annette Rasmussen	Udpeget af Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Overlæge Anne-Vibeke Lænkholm	Udpeget af Danish Breast Cancer Cooperative Group Patologiafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Slagelse (Patologjudvalget)
Praktiserende læge Annika Norsk Jensen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin Herlev og Gentofte Hospital Onkologisk Afdeling
Sygeplejerske Charlotte Ingstrup Simonsen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Nordjylland
Overlæge Christina Kjær	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Syddanmark
Formand for Dansk Brystkræft Organisation (DBO) Eva Bundesen	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse Dansk Brystkræft Organisation
Ledende overlæge Gitte Kofod Hougaard	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Midtjylland
Forløbskoordinator Hanne Jakobsen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Sjælland
Overlæge Hanne Melgaard Nielsen	Udpeget af Danish Breast Cancer Cooperative Group Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital (Radioterapi- og Medicinsk Udvalg)
Overlæge	Udpeget af Danish Breast Cancer Cooperative Group

Henning Dons-Jensen	Radiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital (Radiologi-udvalget)
Ledende overlæge Henrik Flyger	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Hovedstaden
Klinikchef Ilse Vejborg	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk Klinik Rigshospitalet
Brystkirurgisk forløbskoordinator Jette Christensen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Midtjylland
Konsulent Julie Flyger Kristensen	Udpeget af Danske Regioner
Sygeplejerske Karen Trier	Udpeget af Kommunernes Landsforening Københavns Kommune
Forløbskoordinator Kirsten Madsen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Syddanmark
Afdelingssygeplejerske Kirstine Steen Jensen	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk Afdeling
Souschef Laila Cronstad	Udpeget af Kommunernes Landsforening Træningscenteret Rødovre Kommune
Chefkonsulent Lisbeth Høeg-Jensen	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse
Ledende lægesekretær Lone Gry Schæfer	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Hovedstaden
Forløbskoordinator Maria Flygge Tell	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Nordjylland
Fuldmægtig Mathias Ørberg Dinesen	Udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet
Professor Peer Christiansen	Udpeget af Danish Breast Cancer Cooperative Group Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital/Kirurgisk Afd., Regionshospitalet Randers
Ledende overlæge Steen Matzen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Sjælland
Fysioterapeut Tenna Askjær	Udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi Folkesundhed Aarhus
Ledende overlæge Ute Hoyer	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Nordjylland

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen:

Specialkonsulent Sundhedsstyrelsen

Marie Maul

Fuldmægtig

Sundhedsstyrelsen

Nanna Kure-Biegel

Fuldmægtig

Sundhedsstyrelsen

Hjalte Borum

Assisterende læge

Sundhedsstyrelsen

Nanna Cassandra Læssøe

Sekretær

Sundhedsstyrelsen

Tina Birch

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●