



SUNDHEDSSTYRELSEN

# **Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm**

2016

# Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm

© 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, tyktarm, endetarm, kolorektal

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.1

Versionsdato: 01.09.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-392-1

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>Arbejdsgruppens sammensætning</b>	<b>5</b>
<b>1 Introduktion til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm</b>	<b>6</b>
1.1 Generelt om pakkeforløb	6
1.2 Generelt om kræft i tyk- og endetarm	6
1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer	6
1.4 Forløbskoordination	7
1.5 Det multidisciplinære team	7
1.6 Kommunikation og inddragelse	7
1.7 Flowchart	8
<b>2 Indgang til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm</b>	<b>9</b>
2.1 Risikogrupper	9
2.2 Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb	9
2.3 Henvisning til pakkeforløb	9
2.4 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke	10
2.5 Ansvarlig for henvisning	10
2.6 Registrering	10
2.7 Forløbstid	10
<b>3 Udredning</b>	<b>11</b>
3.1 Undersøgelsesforløbet	11
3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietildeling	11
3.3 Kommunikation og inddragelse	12
3.4 Beslutning	12
3.5 Ansvarlig	12
3.6 Registrering	13
3.7 Forløbstid	14
<b>4 Initial behandling af tyk- og endetarmskræft</b>	<b>15</b>
4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb	15
4.1.1 Kræft i tyktarmen	15
4.1.2 Kræft i endetarmen	15
4.2 De hyppigst opståede komplikationer	15
4.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling	15
4.4 Specifik rehabilitering	16
4.4.1 Rehabilitering af stomipatienter	16
4.4.2 Rehabilitering efter tarmresektion	16
4.5 Specifik palliation	16
4.6 Kommunikation og inddragelse	17

4.7	Beslutning	17
4.8	Ansvarlig	17
4.9	Registrering	17
4.10	Forløbstid	18
<b>5</b>	<b>Oversigtsskema</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Forløbstider</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Registrering</b>	<b>24</b>
7.1	Pakkeforløb start	24
7.2	Udredning start	24
7.3	Beslutning vedrørende initial behandling	25
7.4	Behandling start	25
7.5	Pakkeforløb slut	25

## Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Kontakt detaljer
Ledende overlæge(formand) Knud Thygesen Nielsen	Udpeget af Region Midtjylland Kirurgisk afd. K – Regionshosp. Randers
Ledende overlæge Henrik Harling	Udpeget af Region Hovedstaden Kirurgisk afd. Bispebjerg Hospital
Overlæge Ole Roikjær	Udpeget af Region Sjælland Kirurgisk afd. Roskilde og Køge Sygehus
Ledende overlæge Hans B. Rahr	Udpeget af Region Syddanmark Organ og Plastikkir.afd. Sygehus Lillebælt Vejle
Ledende Overlæge Per Gandrup	Udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab FBE Kirurgi Syd, Aalborg Sygehus
Speciallæge PeterTorsten Sørensen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin, di- rektør i DSAM
Koordinerende Sygeplejerske Marianne Bacarda	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Gastroenheden – Hvidovre Hospital
Overlæge Birgitte Svolgaard	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab + Da- nish Colorectal Cancer Group Onkoradiologisk Team, Herlev Hospital
Overlæge Rikke Hagemann-Madsen	Udpeget af Dansk Patologi Selskab (DPAS) Pato- logisk inst. Århus Universitetshospital
Overlæge Anders Fischer	Udpeget af Danske Colorectal Cancer Group Kirurgisk afd. – Herlev Sygehus
Overlæge Ove Bendtsen	Udpeget af Udpeget af Danske Colorectal Cancer Group Kirurgisk afd. Slagelse Sygehus
Overlæge Peter Ingeholm	Udpeget af Dansk Colorectal Cancer Gruppe Patologiafdeling, Hillerød Hospital
Overlæge Lone Nørgaard Petersen	Udpeget af Udpeget af Danske Colorectal Cancer Group Onkologisk afd. 5073 Rigshospitalet
Speciallæge Hans Raskov	Udpeget af Udpeget af Danske Colorectal Cancer Group Diakonissestiftelsen, Frederiksberg
Kræftrehabiliteringssygeplejeske Lise Bjerrum Thisted	Udpeget af arbejdsgruppen Onkologisk afd, Rigshospitalet

# 1 Introduktion til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm

## 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 tyk- og endetarm

Dette pakkeforløb omhandler patienter med kræft i tyktarmen og endetarmen. Der diagnosticeres årligt ca. 4.200 nye tilfælde, og ca. 2.000 dør årligt af de to sygdomme. Livstidsrisikoen for udvikling af kræft i tyktarm eller endetarm er 5 %. Antallet af personer, der lever med diagnosticeret sygdom, udgør ca. 30.000 personer. I forbindelse med den landsdækkende screening for tarmkræft, som forventes indført 2014, forventes antallet af personer, som lever med sygdommen, at blive øget, idet ikke-symptomgivende sygdom vil blive diagnosticeret.

## 1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Steffen Bülow: Retningslinjer for diagnostik og behandling af kolorektal cancer. Danish Colorectal Cancer Group. 4 udgave 2009 med tilføjelse oktober 2010.

[http://www.dccg.dk/03\\_Publikation/Retningslinier2009revOKT2010.pdf](http://www.dccg.dk/03_Publikation/Retningslinier2009revOKT2010.pdf).

Kræft i tyktarm og endetarm. Diagnostik og screening. Sundhedsstyrelsen 2001.

<http://www.cemtv.dk/publikationer/docs/kolorektal/marts2001/pdf/Kolorektal1-38.pdf>.

Sundhedsøkonomisk analyse af diagnostisk strategier ved symptomer på ende- og tyktarmskræft. Sundhedsstyrelsen 2009;11(1)

[http://www.sst.dk/publ/publ2009/MTV/tarmkraeft/MTV\\_tarmkraeft\\_net\\_final.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2009/MTV/tarmkraeft/MTV_tarmkraeft_net_final.pdf).

Sygeplejefaglige retningslinjer:

Center for kliniske retningslinjer, <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/>

Nationale vejledninger for accelererede patientforløb ved kolonresektion fra perioperativ enhed Rigshospitalet:

<http://www.rigshospitalet.dk/menu/AFDELINGER/Enheder+paa+tværs/Enhed+for+Perioperativ+Sygepleje/Operationsforloeb/Gastrokirurgi/>

Nordiske standarder for stomipleje:

<http://www2.dsr.dk/msite/text.asp?id=69&TextID=9268&ShowSubs=1&ShowSubID=6842>

## 1.4 Forløbskoordination

Formålet med forløbskoordination er, at der fra start til slut i pakkeforløbet skal sikres sammenhæng og gode overgange, såvel mellem afdelinger som mellem sektorer, samt at holde patienten velinformeret. De fleste sygehuse har fundet det mest hensigtsmæssigt at dele forløbskoordinationsfunktionen for pakkeforløbet ud på flere personer, forankret i hver sin samarbejdende afdeling (f.eks. kirurgisk og onkologisk afdeling), men med meget tæt samarbejde og koordination mellem disse personer. Dette sikres bl.a. ved deltagelse af forløbskoordinationsfunktionen i MDT-konferencerne.

## 1.5 Det multidisciplinære team

Det multidisciplinære team (MDT) består af beslutningsdygtige deltagere fra kolorektalkirurgien, billeddiagnostikken, onkologien og patologien. Herudover inddrages forløbskoordinationsfunktionen for at sikre overgangene mellem afdelinger og hospitaler samt andre involverede specialer f.eks. klinisk nuklearmedicin og klinisk genetik.

Der afholdes MDT-konferencer, hvor relevante medlemmer af det multidisciplinære team deltager. Ved MDT-konferencen drøftes:

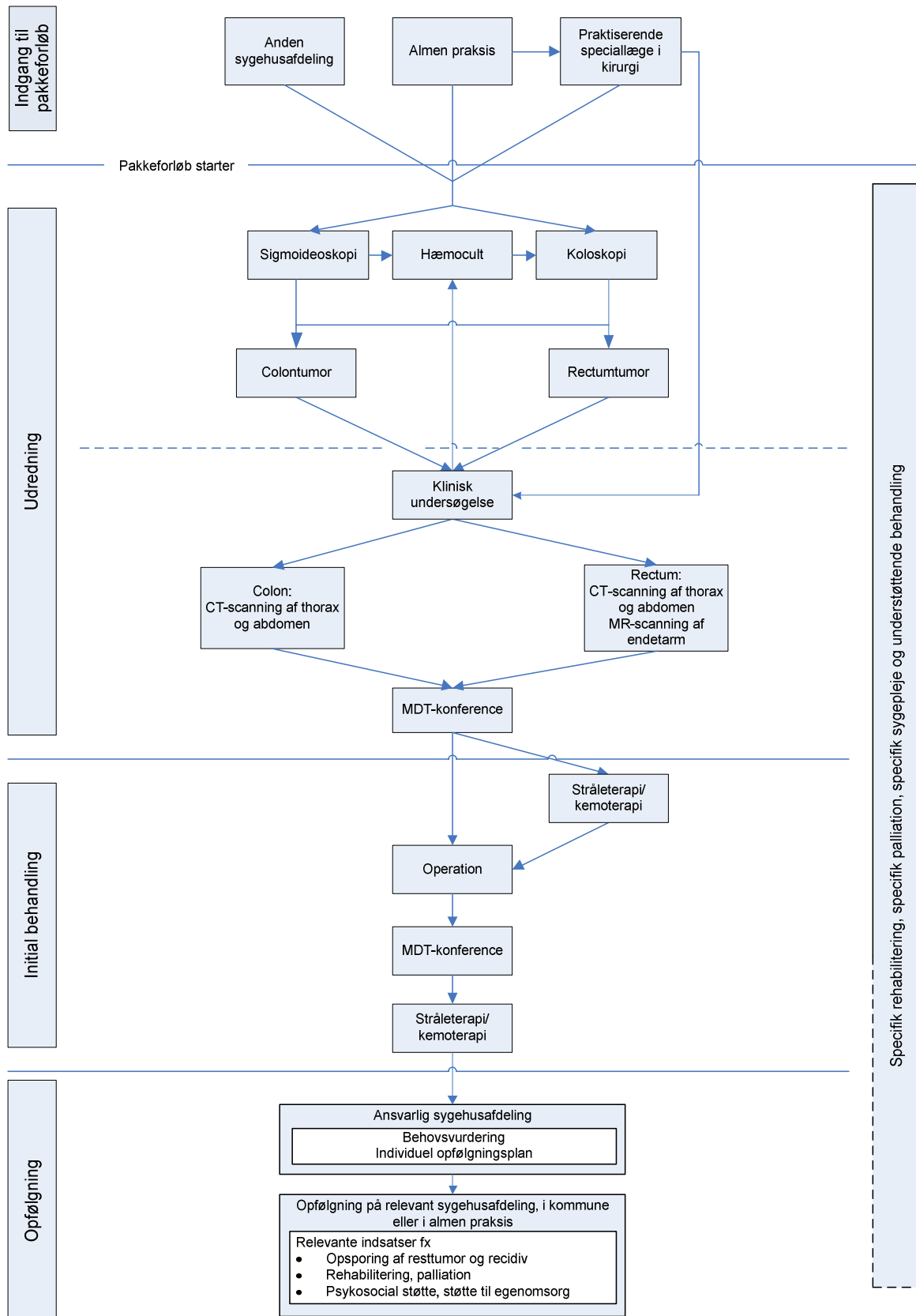
- Alle nyhenviste patienter med endetarmskræft
- Udvalgte patienter med tyktarmskræft

## 1.6 Kommunikation og inddragelse

I alle faser af det beskrevne pakkeforløb bør fokus være på en respektfuld kommunikation, der tager udgangspunkt i patientens begreber og værdier. Det samme gør sig gældende for inddragelse af patient og pårørende i beslutningerne undervejs.



## 1.7 Flowchart



## 2 Indgang til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm

### 2.1 Risikogrupper

Der er kun få kendte risikofaktorer for udvikling af kræft i tyktarm og endetarm.

Personer med nedenstående karakteristika har høj risiko for udvikling af tyk- og endetarmskræft:

- Personer som har, eller tidligere har haft tarmkræft, tarmpolypper eller kronisk inflammatorisk tarmsygdom
- Personer med tarmpolypper eller 1. grads slægtninge, der før 50 års alderen har haft tyk- eller endetarmskræft eller endometriekræft

### 2.2 Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb

I dette pakkeforløb indgår begreberne 'mistanke' og 'filterfunktion' ikke.

Der er begrundet mistanke om kræft i tyk- og endetarm hos alle patienter over 40 år med et eller flere af følgende symptomer

- Blødning fra tarmen
- Ændring af et ellers stabilt afføringsmønster i over fire uger
- Uforklaret blødningsanæmi
- Betydelige almensymptomer (fx vægttab, mavesmerter)

I denne gruppe vil omkring 5 pct. have kræft, og yderligere mindst 10 pct. vil have forstadier til kræft i form af polypper, hvoraf nogle med tiden vil udvikles til kræft.

Patienter med uspecifikke symptomer uden symptomer fra mavetarm-kanalen kan henvises til diagnostisk pakkeforløb, hvis der er mistanke om alvorlig sygdom.

Almen praksis' opgave bliver derfor at udvælge de patienter, der skal henvises til pakkeforløbet pga. begrundet mistanke om tarmkræft.

### 2.3 Henvisning til pakkeforløb

Der udfærdiges en henvisning på baggrund af anamnese og objektive fund. Henvisningen fremsendes efter lokale aftaler.

Henvisningen fra almen praksis eller anden henvisende instans til hospitalsafdeling eller praktiserende kirurgisk speciallæge skal indeholde oplysninger om

- Evt. øget risiko for tarmkræft
- Detaljerede symptomer
- Objektiv undersøgelse inkl. resultater af

- Klinisk undersøgelse inkl. abdominal palpation, rektaleksploration samt eventuel gynækologisk undersøgelse hos kvinder
- Hæmoglobinmåling
- Oplysning om patientens almentilstand

Patienten har ret til vederlagsfri udlevering af udrensningsmiddel fra apotek.

## 2.4 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

Hvis der er begrundet mistanke om kræft i tyk- eller endetarm henvises patienten til udredning hos praktiserende speciallæge eller på sygehus. Det er væsentligt, at den terapeutiske konsekvens af en påtænkt undersøgelse nøje overvejes i samråd med patient og pårørende især ved en samtidig svær, komplicerende lidelse, ligesom hensynet til patientens ønsker og livskvalitet skal indgå i overvejelserne. Patienten informeres af almen praksis om, at der sendes henvisning på mistanke om kræft. Se i øvrigt pkt. 3.5.

## 2.5 Ansvarlig for henvisning

Almen praksis eller anden henvisende instans er ansvarlig for henvisning til pakkeforløb.

## 2.6 Registrering

<b>AFB12A</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: henvisning til pakkeforløb start</b>
---------------	---

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

## 2.7 Forløbstid

Forløbstiden er 9 kalenderdage til første endoskopiske undersøgelse.

Fra modtagelsen af henvisningen må der gå 4 kalenderdage, som bruges til at visitere henvisningen, booke relevante undersøgelse og indkalde patienten.

Desuden afsættes yderligere tid til:

- Udrensning af tarm, hvis første undersøgelse er koloskopi.
- Evt. pause med blodfortyndende medicin inden endoskopi.

Patienten skal således påbegynde udredningen i pakkeforløb senest på 10. kalenderdag.

## 3 Udredning

### 3.1 Undersøgelsesforløbet

På hospitalet eller hos praktiserende speciallæge visiteres patienten til relevant undersøgelse. Her udredes patienten afhængigt af risikogruppe og symptomer:

**Højrisikopatienter** med tidligere tyk- eller endetarmskræft, polypper, inflammatorisk tarmsygdom og/eller forekomst af tyk- eller endetarmskræft, polypper eller endometriekræft hos 1. grads slægtninge < 50 år:

- Koloskopi (i familier med familiær adenomatøs polypose (FAP) dog sigmoideoskopi)

**Alle andre** undersøges på baggrund af deres symptomer:

- Frisk blødning som eneste symptom: Sigmoideoskopi + anoskopi
- Ikke-frisk blødning +/- ændret afføringsmønster: Koloskopi
- Afføringsændring i >1 måned som eneste symptom: Koloskopi eller sigmoideoskopi. Hvis sigmoideoskopien er normal suppleres med undersøgelse af afføringen for okkult blod med immunologisk metode, idet påvist blod er ensbetydende med risiko for kræft oralt for sigmoideoskopets rækkevidde.
  - Ved positiv afføringsundersøgelse bør der udføres koloskopi
  - Ved negativ afføringsundersøgelse anbefales videre kontrol hos egen læge, og hvis symptomerne, der førte til henvisning fortsætter, henvises efter 3 måneder til koloskopi
- Blødningsanæmi (lav hæmoglobin og lavt s-ferritin) som eneste symptom: Gastroskopi og koloskopi

De patienter, der får påvist en tumor, fortsætter udredningen i pakkeforløbet med henblik på at vurdere sygdommens stadium og patientens almentilstand.

### 3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

Alle patienter med tarmkræft skal have foretaget CT-skanning af thorax og abdomen for at påvise evt. metastaser.

Patienter med kræft i endetarmen skal endvidere have foretaget MR-skanning af endetarmen/bækkenet

Desuden vurderes patienternes almentilstand med særlig vægt på evt. komorbiditet (se afsnit 1.3.9).

### 3.3 Kommunikation og inddragelse

Se overordnet pkt. 3.5.

Den kirurgiske afdeling er ansvarlig for at informere patienten om resultaterne af udredningen og den planlagte kirurgiske behandling. Ligeledes informeres om evt. behov for onkologisk behandling.

De fleste patienter vil have et behov for betænkningstid, hvorfor der bør tages vidtgående hensyn til patientens værdier og prioriteringer, fysiske tilstand samt psykologiske faktorer. Der skal indhentes informeret samtykke fra patienten.

Henvissende læge (almen praksis/speciallæge) bør optimalt informeres om forløbet med løbende kopi af ambulante notater, specielt efter MDT-konferencer.

### 3.4 Beslutning

På basis af fundene beslutes det ved en MDT-konference, om en patient med kræft i endetarmen kan tilbydes behandling med kurativt sigte, og hvilken behandling patienten kan tilbydes.

Hovedparten af patienter med kræft i tyktarmen konfereres ikke på MDT-konference, da problemstillingerne ikke har en karakter, der kræver drøftelse i et multidisciplinært forum. Behandlingsplan udarbejdes i disse tilfælde af den kirurgiske speciallæge, som stiller operationsindikationen.

Er kurativ behandling ikke mulig, udarbejdes ved MDT-konference plan om patientens videre forløb med evt. henvisning til onkologisk afdeling.

I alle tre situationer fremlægges behandlingsplanen efterfølgende for patienten, og den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten.

Patienter, der ikke får påvist en tumor i tyk- eller endetarm, afsluttes i dette kræftpakkeforløb med besked til primærsektoren. Har patienten betydelige uspecifikke symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom, skal patienten henvises direkte til udredning i 'Diagnostisk pakkeforløb' af den udredende afdeling eller praktiserende speciallæge.

### 3.5 Ansvarlig

Den samlede behandling beslutes i fællesskab ved den præoperative MDT-konference.

Den kirurgiske afdeling er ansvarlig for udredningen, behandlingen samt iværksættelse af psykosocial støtte.

I hele forløbet tilstræbes det, at der er personalekontinuitet i form af personlig læge og kontaktsygeplejerske.

## 3.6 Registrering

<b>AFB12B</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: 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.

Når udredningen er afsluttet, og der tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling, registreres en af følgende koder:

<b>AFB12C1</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: tilbud om initial behandling</b>
<b>AFB12C1A</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet</b>
<b>AFB12C2</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: initial behandling ikke relevant</b>
<b>AFB12C2A</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling</b>

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>AFB12X1</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

<b>AFB12X2</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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

### 3.7 Forløbstid

Forløbstiden for udredning efter endoskopisk undersøgelse er 18 kalenderdage.

Den specialiserede udredning ved fund af tumor består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Klinisk undersøgelse
- Billeddiagnostik (CT-skanning, MR-skanning)
- Svar på radiologiske undersøgelser og evt. biopsi efterfulgt af MDT-konference
- Informationssamtale med patient og evt. pårørende
- Vurdering og evt. stabilisering af komorbiditet
- Tid til indlæggelse af patienter med nedsat funktionsevne
- Patient/pårørende-samtale med sygeplejerske om bl.a. stomi og rehabiliteringsforløb
- Betænkningstid.

## 4 Initial behandling af tyk- og endetarmskræft

### 4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Valg af behandlingsstrategi afgøres på baggrund af den præoperative udredning og vurdering af komorbiditet. Der henvises til DCCG's retningslinjer, jf. afsnit 3.2.

#### 4.1.1 Kræft i tyktarmen

- Primær operation evt. efterfulgt af adjuverende kemoterapi
- Såfremt radikal operation ikke er muligt, er behandling med stent samt lindrende og livsforlængende kemoterapi en mulighed
- Ved synkron metastasering enten operation for både primær tumor og metastaser efterfulgt af adjuverende kemoterapi eller
- Neoadjuverende kemoterapi efterfulgt af kirurgi for både primær tumor og metastaser, evt. suppleret med adjuverende kemoterapi

#### 4.1.2 Kræft i endetarmen

- Primær operation evt. efterfulgt af adjuverende kemoterapi
- Primær operation evt. efterfulgt af adjuverende kemo/stråleterapi
- Neoadjuvant kemo/stråleterapi efterfulgt af operation for primær tumor
- Neoadjuvant kemo/stråleterapi efterfulgt af operation for både primær tumor og metastaser
- Såfremt radikal operation ikke skønnes mulig vurderet ved præoperativ udredning, er stentbehandling og lindrende og livsforlængende kemoterapi en mulighed

### 4.2 De hyppigst opståede komplikationer

Alvorlige komplikationer til den kirurgiske behandling omfatter bristning af tarmsammensyningen (anastomoselækage) og bristning af operationssåret (sårruptur). Begge tilstande kan ledsages af sepsis og organsvigt med behov for behandling på intensivt afsnit. Andre alvorlige komplikationer er af almen karakter som pneumoni, hjertesvigt og dyb vene trombose.

De alvorligste bivirkninger til kemoterapi er indlæggelses- og behandlings-krævende febril leukopeni, diarre og påvirkning af hjertet, som kan være livstruende. Herudover er der risiko for en række andre bivirkninger med kvalme og opkastninger, blødning og neurotoxicitet som de vigtigste. Bivirkninger til stråleterapi omfatter irritation af slimhinder, blæreirritation og diarre.

### 4.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling

Den præoperative samtale skal forberede patienten på operation, indlæggelses-forløbet, den ambulante opfølgning, og det at leve med en evt. stomi. Denne varetages af den behandlende afdeling. For patienter med risiko for anlæggelse af stomi sker forberedelsen til operation i samarbejde med stomisygeplejerske. Stomisygeplejersken er ansvarlig for stomimarkering og vurde-



rer patientens compliance og de hjemlige forhold. En vellykket udskrivelse er en del af det accelererede patientforløb, og forberedes allerede ved den præoperative samtale.

For patienter i onkologisk behandling vil sygeplejen bl.a. omfatte:

- Information og håndtering af sygdoms- og behandlings relaterede problemstillinger
- Vurdering af om patienten er i stand til at afmontere kemopumpe og håndtere et centralt venekateter i hjemmet
- Vurdering af om der skal iværksættes støtteforanstaltninger ud fra patientsikkerhedsmæssige årsager under cytostatisk behandling
- Vurdering af patientens behov for rehabilitering herunder psykosocial støtte.

## 4.4 Specifik rehabilitering

Behov for rehabilitering identificeres i en rehabiliteringssamtale med patient, pårørende og sygeplejerske. Tværfagligt team vil i samarbejde med patienten og evt. pårørende tilrettelægge en rehabiliteringsplan.

### 4.4.1 Rehabilitering af stomipatienter

Der bør foreligge standardprogrammer for oplæring i stomivaretagelse med klar ansvarsplacering i den behandelende afdeling og medinddragelse af patienten. Herudover inddragelse af almen praksis og hjemmeplejen.

Patienten bør tilbydes en præoperativ træning i at passe den kommende stomi. Det kan være en støtte og en fordel for patienten, at det finder sted i form af et præoperativt besøg i patientens hjem. Patienterne skal støttes i deres mestringsstrategier og under hele forløbet have mulighed for at få vejledning.

Komplikationer til stomianlæggelse er kendte og relativt hyppige, hvorfor patienten skal tilbydes et opfølgingsprogram i stomiambulatoriet med hyppige konsultationer i det første år, og med efterfølgende individuel aftale. Et stomiambulatorium er en ekspertfunktion, der bemannes af specialuddannet stomisygeplejerske med nem adgang til kyndig kirurg.

### 4.4.2 Rehabilitering efter tarmresektion

Efter resektion af tyktarm og endetarm kan der opstå funktionsforstyrrelser som diarre, inkontinens for afføring, blæretømningsproblemer og impotens. Identificering af disse følgetilstande lykkes kun, hvis patienterne udspørges om symptomerne. Behandlingen eller afhjælpningen af symptomerne involverer primær og sekundær sektor.

## 4.5 Specifik palliation

Pallierende kirurgi og endoskopiske procedurer, som fx stent-behandling til aflastning af tarmobstruktion kan komme på tale. Pallierende kemo- eller stråleterapi anvendes ligeledes på individuel indikation.

Der skal sikres omhyggelig information af patient og pårørende om mulige gevinster ved det palliative tilbud. Afvejning af mulig gavnlig effekt overfor risiko for komplikationer og bivirkninger, skal holdes op mod patientens forventning og sygdommens prognose. Palliativ indsats fordrer tæt samarbejde med almen praksis og kommune. Derudover vil palliativ indsats ofte fordrer at tværfaglige samarbejdspartnere involveres såvel i primær som sekundær sektor.

## 4.6 Kommunikation og inddragelse

Der indhentes informeret samtykke til behandlingen.

Ved afslutning af behandlingen afholdes informationssamtale med patient og evt. pårørende, hvor patienten forberedes på, hvad han/hun kan forvente sig efter udskrivelsen, og der informeres om, hvor patienten kan henvende sig med problemer.

## 4.7 Beslutning

På den postoperative MDT-konference tages beslutning om onkologisk efterbehandling på baggrund af patologisvaret på operationspræparatet, komorbiditet og forventet compliance.

## 4.8 Ansvarlig

Den kirurgiske afdeling er ansvarlig for viderehenvielse til onkologisk afdeling. Herefter er den onkologiske afdeling ansvarlig for forløbet.

Den kirurgiske afdeling er ansvarlig for aftale om opfølgingsforløb i stomiambulatoriet ved stomisygeplejerske, hvis patienten skal have stomi.

## 4.9 Registrering

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

<b>AFB12F1</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: initial behandling start, kirurgisk</i>
<b>AFB12F2</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: initial behandling start, medicinsk</i>
<b>AFB12F3</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: 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 fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for kræft i tyk- og endetarm. 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>AFB12X1</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</b>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

<b>AFB12X2</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: slut, pakkeforløb patientens ønske</b>
----------------	---

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 har givet informeret samtykke, til patienten skal opereres er 10 kalenderdage:

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

#### *Behandling*

- Operation
  - Operation for tarmkræft udføres i et accelereret forløb.

### Primær kemo- og stråleterapi

Forløbstiden, fra udredningen er afsluttet, til patienten skal modtage primær kemo- og stråleterapi, er 14 kalenderdage:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT konference
- Journaloptagelse og information inkl. informeret samtykke
- Teknisk forberedelse af patienten

#### *Behandling*

- Kemo- og stråleterapi.

#### **Primær kemoterapi**

Forløbstiden, fra behandlingsstrategien er fastlagt af MDT, og patienten informeret af kirurgisk afdeling til start på kemoterapi på onkologisk afdeling, er 10 kalenderdage:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og behandling samt indkaldelse af patient
- Ambulant samtale med henblik på indhentelse af informeret samtykke, journaloptagelse, samtale med sygeplejerske, effektivering af bookedede supplerende undersøgelser, evt. anlæggelse af centralt venekatheter, m.m.

#### *Behandling*

- Kemoterapi med efterfølgende evaluering. Herefter fornyede MDT-konferencer afhængig af respons.

#### **Sekundær kemo- og stråleterapi**

Når den kirurgiske behandlingen er gennemført, og der findes indikation for adjuverende onkologisk behandling (beslutning truffet på MDT-konference), skal der gå 21 – 28 kalenderdage, inden patienten kan påbegynde sekundær kemo- og stråleterapi afhængigt af sårheling og patientens tilstand.

Mellemprioriteten bruges til ambulant forundersøgelse, patientsamtykke og planlægning af kemoterapi.

## 5 Oversigtsskema

### Kræft i tyktarm og endetarm

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans / afdeling
<b>Indgang til pakkeforløb</b>			
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Almen praksis finder begrundet mistanke om kræft og henviser til kirurgisk afdeling eller praktiserende speciallæge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Henvisning sendes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mistanke om kræft</li> <li>Videre forløb</li> </ul>	Almen praksis
<b>Udredning</b>			
Visitation til pakkeforløb: Sigmoideskopi eller koloskopi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Henvisning modtaget</li> <li>Booking: sigmoideskopi eller koloskopi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indkaldelse</li> </ul>	Kirurgisk afdeling / praktiserende speciallæge
Undersøgelsesforløb afhængig af indikation: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Frisk blødning:</i> sigmoideskopi og anoskopi.</li> <li><i>Ikke-frisk blødning:</i> koloskopi</li> <li><i>Afføringsændring:</i> Koloskopi eller sigmoideskopi (ved normal sigmoideskopi suppleres med afføringsundersøgelse for blod.)</li> <li><i>Blødningsanæmi:</i> Gastroskopi og koloskopi</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Svarsamtale</li> <li>Videre forløb</li> </ul>	
Ved kræft: <ul style="list-style-type: none"> <li>Thoracoabdominal CT-scanning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Booking:</li> <li>Thoracoabdominal CT</li> <li>MR af endetarmen, transrektal ultralyd</li> </ul>		Kirurgisk afdeling Radiologisk afdeling
Ved kræft i endetarmen suppleres med: <ul style="list-style-type: none"> <li>MR scanning af endetarmen</li> </ul> Evt. transrektal ultralyd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Booking: scanning</li> </ul>		Kirurgisk afdeling Radiologisk afdeling
<b>Beslutning:</b> Kirurgisk behandling (evt. efterfulgt af onkologisk behand-	Booking: Forundersøgelse kirurgisk afdeling	Indkaldelse: Forundersøgelse kirurgisk	Kirurgisk afdeling (Multidisciplinært)

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans / afdeling
ling) Onkologisk behandling (evt. efterfulgt af kirurgisk behandling)	Henvisning til onkologisk afd.	afdeling	team)
<b>Initial behandling</b>			
Forundersøgelse på kirurgisk afdeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Booking: operation</li> <li>▪ Booking: præoperativ sygeplejesamtale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartsamtale</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> <li>▪ Indkaldelse: operation og præoperativ sygeplejesamtale</li> </ul>	Kirurgisk afdeling
Indlæggelse			Kirurgisk afdeling
Operation			Kirurgisk afdeling
Histologisvar			Patologisk afdeling
<b>Beslutning:</b> Videre forløb, evt. henvisning til onkologisk afdeling	Booking: Konsultation ved kirurgisk afdeling	Indkaldelse: Konsultation ved kirurgisk afdeling	Kirurgisk afdeling evt. MDT-konference
Konsultation ved kirurgisk afd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evt. booking af onkologisk forundersøgelse</li> <li>▪ Evt epikrise til almen praksis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartsamtale om videre forløb</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> <li>▪ Genoptræning</li> </ul>	Kirurgisk afdeling
Onkologisk forundersøgelse	Booking: kemoterapi stråleterapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartsamtale</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Indkaldelse: kemoterapi /stråleterapi og sygeplejesamtale</li> </ul>	Onkologisk afdeling
Kemoterapi		Sygeplejesamtale	Onkologisk afdeling
Stråleterapi		Sygeplejesamtale	Onkologisk afdeling

Efterforløbet			
<b>Beslutning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genoptræning og rehabilitering</li> <li>▪ Kontrol</li> <li>▪ Clean Colon koloskopi</li> </ul>	Booking: konsultation, genoptræning, kontrol, Clean Colon koloskopi	Indkaldelse: konsultation ved onkologisk afdeling, genoptræning, kontrol, Clean Colon koloskopi	Kirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling
Konsultation ved onkologisk afdeling	Almen praksis: Epikrise	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Svartsamtale</li> <li>▪ Informeret samtykke</li> <li>▪ Genoptræning</li> <li>▪ Rehabiliterings-samtale ved sygeplejerske</li> </ul>	Onkologisk afdeling
Clean Colon koloskopi (3 mdr. postoperativt)	Almen praksis: Epikrise	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartsamtale</li> <li>▪ Videre forløb</li> <li>▪ Rehabiliterings-samtale ved sygeplejerske</li> </ul>	Kirurgisk afdeling
Kontrol		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svartsamtale</li> <li>▪ Videre forløb</li> </ul>	Kirurgisk afdeling
<b>Beslutning:</b> Kirurgisk afdeling afgør hvornår kontrol afsluttes	Almen praksis: epikrise		
Mistanke om recidiv	Booking: konsultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indkaldelse til konsultation</li> <li>▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke</li> </ul>	Kirurgisk 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).

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	9 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	18 kalenderdage	
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Operation	10 kalenderdage
	Stråleterapi	14 kalenderdage
	Kemoterapi	10 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Operation	37 kalenderdage
	Stråleterapi	41 kalenderdage
	Kemoterapi	37 kalenderdage



## 7 Registrering

### 7.1 Pakkeforløb start

<b>AFB12A</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: henvisning til pakkeforløb start</b>
---------------	---

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm 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>AFB12B</b>	<b>Kræft i tyk- og endetarm: 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>AFB12C1</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: tilbud om initial behandling</i>
<b>AFB12C1A</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet</i>
<b>AFB12C2</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: beslutning: initial behandling ikke relevant</i>
<b>AFB12C2A</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: 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>AFB12F1</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: initial behandling start, kirurgisk</i>
<b>AFB12F2</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: initial behandling start, medicinsk</i>
<b>AFB12F3</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: 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 fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for kræft i tyk- og endetarm. 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>AFB12X1</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

<b>AFB12X2</b>	<i>Kræft i tyk- og endetarm: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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