



PAKKEFORLØB FOR
LUNGEKRÆFT

2012

Pakkeforløb for lungekræft

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Kræft, pakkeforløb, kræftbehandling, kræftplan III, cancer, lungekræft, lunge

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.1

Versionsdato: 1. 7. 2013

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2013.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-399-0

For yderligere oplysninger om rapportens indhold henvendelse til:

Sygehuse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen – mail: syb@sst.dk

Forord

I 2007 begyndte udarbejdelsen af de første pakkeforløb på kræftområdet. Dette skete på baggrund af en aftale mellem regeringen og danske regioner, som betød, at kræftpatienter skulle indgå i et forløb *uden unødigt ventetid med akut handling og klar besked*. Alle pakkeforløbene for kræft var endeligt implementeret 1. januar 2009. Med Kræftplan III blev det besluttet, at alle pakkeforløbene skulle revideres i 2011.

Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløbene omfatter forløbet fra begrundet mistanke om kræft gennem udredning, initial behandling og efterforløbet og omfatter nu efter revisionen også specifik rehabilitering og palliation, specifik sygepleje samt håndtering af recidiver. Ligeledes lægges vægt på kommunikation med og inddragelse af patienten samt de pårørende.

Med den udvidelse, der er sket ved revisionen, bliver forløbskoordinatorfunktionen særligt væsentlig, som et centralt element for både patientens forløb og for koordinationen internt mellem afdelinger og mellem sektorer, især kommuner, almen praksis og hospital. Erfaringen har vist, at fokus på koordination er en hjørnesten i tilrettelæggelsen af et effektivt patientforløb.

Pakkeforløbene er helt unikke både i dansk og international sammenhæng, fordi fagprofessionelle, ledende klinikere på kræftområdet, administratorer og ledere i regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landforening, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen er gået sammen om at skabe et veltilrettelagt forløb med patienten i centrum. Alle involverede har ydet et stort og særdeles konstruktivt arbejde, hvor alle har været fokuseret på at skabe de bedste rammer for kræftpatienterne og for kræftbehandlingen, og hvor det fælles mål har været vigtigere end særinteresser. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke for det gode samarbejde – både i forbindelse med revisionen og tidligere.

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. Der er fortsat brug for et stort ledelsesmæssigt fokus på opgaven for at sikre en prioritering af ressourcerne og fokus på det samlede patientforløb for kræftpatienterne.

De reviderede pakkeforløb skal nu implementeres. Som ved implementeringen af de tidligere pakkeforløb vil der sikkert også denne gang opstå en række uforudsete udfordringer. Det er fortsat afgørende, at vi samler erfaringer og udvikler kræftbehandlingen, så vi løbende inkluderer nye teknologiske muligheder, nye behandlingsformer, nye måder at tænke på og nye måder at organisere arbejdet på. Der er brug for at være åbne over for ny viden, og for hurtigt at lære af hinandens erfaringer.

Det fælles mål er uændret: At sikre det bedste forløb for kræftpatienter med en indsats af en høj faglig kvalitet.

Sundhedsstyrelsen, februar 2012.

Else Smith

Administrerende direktør

Formand for Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb for Kræft- og Hjerteområdet.

I forbindelse med indførelsen af en national registrering for at sikre en robust monitorering af kræftområdet, er der foretaget mindre revisioner vedrørende registrering og forløbstider i juni 2012.

Indhold

Forord ii

1	Om pakkeforløb på kræftområdet	1
1.1	Om pakkeforløb	1
1.2	Udvikling og revision af pakkeforløb for kræft	2
1.2.1	Samlet forløbsprogram for kræft	2
1.3	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	3
1.3.1	Forløbstid	3
1.3.2	Mistanke og begrundet mistanke	4
1.3.3	Diagnostisk pakkeforløb	4
1.3.4	Henvi sning	5
1.3.5	Almen praksis	5
1.3.6	Forløbskoordinationsfunktion	6
1.3.7	Multidisciplinære team konferencer og andre konferencer	6
1.3.8	Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse	7
1.3.9	Komorbidity	8
1.3.10	Sygdomsspecifik rehabilitering	8
1.3.11	Sygdomsspecifik palliation	8
1.3.12	Sygdomsspecifik understøttende behandling	9
1.3.13	Sygdomsspecifik sygepleje	9
1.3.14	Kontrol og senfølger	9
1.3.15	Recidiv	10
1.3.16	Monitorering	10
1.4	Læsevejledning for pakkeforløb	11
2	Arbejdsgruppens sammensætning	13
3	Introduktion til pakkeforløb for lungekræft	15
3.1	Generelt om lungekræft	15
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	15
3.3	Forløbskoordination	15
3.4	Det multidisciplinære team	16
3.5	Flowchart	17
4	Indgang til pakkeforløb for lungekræft	18
4.1	Risikogrupper	18
4.2	Mistanke	18
4.2.1	Filterfunktion	19
4.3	Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb	20
4.4	Henvi sning til pakkeforløb	20
4.5	Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke	21
4.6	Kommunikation og inddragelse	21
4.7	Ansvarlig for henvisning	22
4.8	Registrering	22
4.9	Forløbstid	22
5	Udredning	23
5.1	Undersøgelsesforløbet	23
5.1.1	Undersøgelsesprocessen i detaljer	23
5.2	De hyppigst opståede komplikationer	24
5.3	Fastlæggelse af diagnose og stadietdeling	25
5.4	Specifik sygepleje, understøttende behandling og specifik rehabilitering	25
5.5	Kommunikation og inddragelse	25
5.6	Beslutning	26
5.7	Ansvarlig	26
5.8	Registrering	26

5.9	Forløbstid	27
6	Initial behandling af lungekræft	29
6.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	29
6.1.1	NSCLC	29
6.1.2	SCLC	31
6.2	De hyppigst opståede komplikationer	32
6.3	Specifik sygepleje og understøttende behandling, specifik rehabilitering og palliation	33
6.4	Kommunikation og inddragelse	34
6.5	Beslutning	35
6.6	Ansvarlig	35
6.7	Registrering	35
6.8	Forløbstid	36
7	Efterforløbet	38
7.1	Kontrol	38
7.1.1	Kommunikation og inddragelse	38
7.1.2	Beslutning	38
7.1.3	Ansvarlig	38
7.1.4	Håndtering af recidiv	39
7.1.5	Kommunikation og inddragelse	39
7.1.6	Udredning	39
7.1.7	Beslutning	40
7.1.8	Ansvarlig	40
7.2	Specifik sygepleje og understøttende behandling/senfølger	40
8	Oversigtsskema	41
9	Forløbstider	44
10	Registrering	45
10.1	Pakkeforløb start	45
10.2	Udredning start	45
10.3	Beslutning vedrørende initial behandling	46
10.4	Behandling start	46
10.5	Pakkeforløb slut	46

1 Om pakkeforløb på kræftområdet

1.1 Om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløb for kræftområdet er, at kræftpatienter 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.

Beskrivelserne af pakkeforløb for de enkelte kræftformer har en bred målgruppe, herunder *sundhedsfagligt personale, administratorer og beslutningstagere*. Til brug for patienterne vil der blive udarbejdet en pjece om pakkeforløb for kræft. Pakkeforløbene er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Et pakkeforløb er et standardpatientforløb, som beskriver organisation og sundhedsfagligt indhold, kommunikation med patient og pårørende, samt angiver entydig ansvarsplacering og forløbstider.

Et pakkeforløb er multidisciplinært organiseret og involverer primærsektoren, herunder såvel almen praksis, evt. speciallægepraksis og kommuner samt alle de specialer/afdelinger/enheder på sygehuse (både på hovedfunktions- og på specialiseret niveau), der hver for sig eller sammen varetager dele af patientforløbet.

Pakkeforløbet begynder ved begrundet mistanke, inkluderer og struktureres i forhold til *udredning, initial behandling* af kræftformen og *efterforløbet*. Initial behandling dækker såvel den primære behandling som planlagt efterbehandling, herunder stråleterapi, medicinsk behandling og kirurgi. Efterforløbet dækker kontrol mv. samt håndtering af evt. recidiv. Pakkeforløbet beskriver også sygdomsspecifik rehabilitering, palliation, understøttende behandling og sygepleje. Disse fire indsatser kan indgå under både udredning, initial behandling og i efterforløbet og beskrives kun, hvor de er relevante i de respektive kapitler. Indsatserne er ofte indholds- og tidsmæssigt overlappende og kan være organiseret på forskellig vis. Der kan derfor være variation i beskrivelsen i de enkelte pakkeforløb. Pakkeforløbene for kræft præciserer derfor så vidt muligt kriterier for de forskellige indsatsers timing i forløbet. Den generelle/generiske del af rehabilitering og palliation beskrives i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* i 2011.

Pakkeforløbene er tilrettelagt med udgangspunkt i forudreserverede tider. Enkelte pakkeforløb kan dog, fx på grund af et lille patientvolumen tilrettelægges uden forudreserverede tider.

Kræftstyregruppen rådgiver Sundhedsstyrelsen vedrørende det sundhedsfaglige indhold i pakkeforløb for kræft, og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet godkender de konkrete pakkeforløb forud for implementeringen.

Ved implementering af et pakkeforløb tages udgangspunkt i det beskrevne standard pakkeforløb. Det er regionernes ansvar at implementere de reviderede pakkeforløb. Implementeringen af pakkeforløbene skal ske i overensstemmelse med den gældende specialeplanlægning på området.

Der skal med udgangspunkt i pakkeforløbet tilrettelægges et individuelt forløb for hver enkelt patient, der tager hensyn til patientens ønsker og individuelle situation,

herunder alder og sårbarhed, evt. komorbiditet samt individuelle komplikationer. Hertil kommer en konkret lægefaglig vurdering af behovet for umiddelbar behandling.

Følgende begreber og områder er vigtige i arbejdet med pakkeforløb på kræftområdet:

- Forløbstider
- Mistanke og begrundet mistanke
- Forløbskoordinationsfunktion
- Multidisciplinære team
- Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse
- Komorbiditet
- Andre indsatser, herunder sygdomsspecifik understøttende behandling, sygepleje, rehabilitering og palliation
- Kontrol, håndtering af senfølger og recidiv
- Registrering

Disse områder beskrives nærmere nedenfor i afsnit 1.3, ligesom flere af områderne er uddybet i notater, der kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

1.2 Udvikling og revision af pakkeforløb for kræft

De første nationale pakkeforløb for kræftområdet blev udarbejdet i 2007 og 2008, og de sidste pakkeforløb implementeret fra 1. januar 2009. Pakkeforløbene blev lettere revideret i 2009. De videnskabelige selskaber og sammenslutninger samt regionerne har bidraget til udviklingen af konceptet for pakkeforløb, udarbejdelse af de enkelte pakkeforløb samt udvikling af monitoreringen. Alle har ydet et meget stort, kvalificeret og væsentligt bidrag til udviklingen af pakkeforløb på kræftområdet.

De lægelige specialer har en lang tradition for evidensbaseret tilgang til faget og udarbejdelse af landsdækkende kliniske retningslinjer, klaringsrapporter, referenciprogrammer og protokoller. Eksisterende kliniske retningslinjer på kræftområdet har dannet udgangspunktet for udarbejdelsen af pakkeforløb.

Revisionen af pakkeforløbene i 2011 er sket med baggrund i nytilkomne erfaringer og evidensbaseret viden inden for udredning og behandling. Ved revisionen af pakkeforløbene er endvidere tilføjet beskrivelser af specifik sygepleje, palliation og rehabilitering samt patient- pårørendeinddragelse, forløbskoordinatorfunktionen og organisatoriske erfaringer med pakkeforløbene.

En referencegruppe for patient- og pårørenderepræsentanter, nedsat af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med Kræftplan III, har bidraget med input til revisionen, set ud fra et patient- og pårørendeperspektiv.

Endelig er der foretaget en revision med konvertering af forløbstider til kalenderdage samt registreringsvejledning i juni 2012.

1.2.1 Samlet forløbsprogram for kræft

I Kræftplan III blev det besluttet, at der senere skal udarbejdes et samlet forløbsprogram for kræft, der dækker alle kræftformer med afsæt i Sundhedsstyrelsens

generiske model for kronisk sygdom. Forløbsprogrammet skal beskrive organiseringen af den tværsektorielle og tværfaglige indsats, hvad indsatsen bør indeholde, samt sikre anvendelse af evidensbaserede retningslinjer. Forløbsprogrammet skal omfatte en række områder fra forebyggelse til generelle beskrivelser af rehabilitering, palliation mv. Et centralt element i forløbsprogrammerne bliver en præcisering af ansvars- og opgavefordelingen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner i forhold til at sikre et sammenhængende patientforløb samt en beskrivelse af koordinering og kommunikation mellem de involverede parter i alle patientforløbs faser. De eksisterende pakkeforløb for de enkelte kræftformer skal integreres i det samlede forløbsprogram for kræft.

1.3 Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb

I nærværende afsnit beskrives en række centrale begreber/områder som har relevans for arbejdet med pakkeforløb for kræft.

1.3.1 Forløbstid

Forløbstiderne i et pakkeforløb beskriver den tid, de enkelte undersøgelser, procedurer og behandlinger i forløbs enkelte faser tager, tiden mellem de enkelte elementer i forløbet, der eksempelvis benyttes til vurdering af svar til og information af patienten, samt den tid, som er nødvendig for patienten til at træffe beslutning om samtykke til eksempelvis operation. Forløbstiderne angives i kalenderdage.

I hvert pakkeforløb angives standardforløbstider for henvisnings-, udrednings- og behandlingsforløbet. Standardforløbstiderne fremgår af de enkelte afsnit i pakkeforløbet.

Tiderne er udarbejdet ud fra standardpatientforløb og tager således ikke hensyn til eksisterende kapacitets – og ressourceforhold. Ligeledes er der i standardforløbet ikke angivet forløbstid til udredning og stabilisering af mere tungtvejende komorbiditet eller opståede komplikationer. Den faktiske forløbstid kan derfor være længere afhængig af bl.a. patientens almentilstand og omfanget af komorbiditet.

Et pakkeforløb består af faser med hver sin forløbstid. De enkelte fasers forløbstid er til sidst lagt sammen i *en samlet forløbstid*, fra henvisning er modtaget, til initial behandling er startet. Oversigt over de samlede forløbstider findes skematisk til sidst i hvert pakkeforløb.

Den enkelte region er ansvarlig for at planlægge således, at tiden fra begrundet mistanke til start på behandling bliver uden unødigt ventetid. Det er den samlede forløbstid, som de enkelte regioner skal have som målsætning at overholde.

Reglerne om maksimale ventetider for livstruende sygdom gælder stadig for kræftpatienter (jf. bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende sygdomme mv., BEK nr. 1749 af 21/12/2006). Forløbstiderne i pakkeforløb er således ikke en retting, men kan bruges som rettesnor for tidsforløbet fra henvisning til behandling påbegyndes både af patienter, almen praksis samt speciallægepraksis, sygehuse, beslutningstagere og patientvejledere.

Ved henvisning til sygehus som filterfunktion på mistanke om kræft gælder reglerne om maksimale ventetider.

Fremover vil forløbstiderne blive monitoreret ud fra registreringsdatoerne. Dvs. med udgangspunkt i kalenderdage. Der anvendes således kalenderdage ved beskrivelsen af forløbstiderne i pakkeforløbene, og der regnes i hele kalenderdage. Som tidligere er de enkelte faser i forløbet uden overlap, og når en fase slutter, begynder den næste umiddelbart. Dette er i overensstemmelse med hidtidig praksis.

Konverteringen af standardforløbstiderne fra hverdage til kalenderdage er foretaget således, at 5 hverdage svarer til 7 kalenderdage.

Hidtil har den dag, hvor en henvisning blev modtaget på en sygehusafdeling, ikke været talt med i standardforløbstiden fra modtaget henvisning til patientens første fremmøde på sygehusafdelingen. Den nye monitoreringsmetode, hvor forløbstiderne vil blive beregnet ved subtraktion af datoer, medfører, at standardforløbstiden fra modtaget henvisning til patientens første fremmøde angives med 1 kalenderdag mere end beregnet ved den umiddelbare konvertering fra hverdage til kalenderdage. Det skal understreges, at dette intet ændrer i de faktiske tidsforløb. De øvrige faser i pakkeforløbet ændres ikke tilsvarende.

1.3.2 Mistanke og begrundet mistanke

Der er for alle kræftformer udarbejdet sundhedsfaglige kriterier for, hvornår der er begrundet mistanke om en bestemt kræftsygdom, hvilket er ensbetydende med, at patienten skal henvises til et pakkeforløb.

I mange pakkeforløb er det også beskrevet, hvornår der kan opstå mistanke om en bestemt kræftsygdom, og hvilken filterfunktion der kan be- eller afkræfte mistanken. Ved en filterfunktion forstås i denne sammenhæng de undersøgelser, der kan gøre mistanken begrundet. Det kan være en undersøgelse, der iværksættes af almen praksis (fx billeddiagnostik eller blodprøver), og hvor almen praksis efter svar eventuelt henviser til et pakkeforløb. Eller det kan være undersøgelser, der foretages af en relevant speciallæge (i speciallægepraksis eller på sygehus), hvor speciallægen med udgangspunkt i sine fund kan finde begrundet mistanke og derefter henviser til pakkeforløb. Det afgørende er, at når en patient opfylder kriterierne for begrundet mistanke, skal patienten umiddelbart henvises til pakkeforløb – uafhængigt af, hvilken læge, der etablerer den begrundede mistanke. Dog kan en diagnostisk afdeling (fx røntgenafdeling), hvor der ikke er direkte læge-patient kontakt ved undersøgelsen ikke selv henviser til pakkeforløb. En sådan afdeling må i stedet foranstalte kontakt til henvisende læge ellers dennes stedfortræder med direkte kontakt (fx telefonisk) og aftale at denne sørger for det videre forløb. Når almen praksis henviser til en undersøgelse, hvis resultat kan medføre henvisning til et pakkeforløb, skal almen praksis samtidig sikre sig mulighed for at aflevere et svar samt oplysninger om det videre forløb til patienten, evt. via stedfortræder i forbindelse med fravær fra praksis.

I notatet *Indgang til pakkeforløb: mistanke, filterfunktion og begrundet mistanke* beskrives begreberne i detaljer.

1.3.3 Diagnostisk pakkeforløb

En del patienter med uspecifikke symptomer (fx uforklaret træthed, vægttab eller anæmi) på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, opfylder ikke kriterierne for henvisning til de sygdomsspecifikke pakkeforløb, idet der ikke er begrundet mistanke om en specifik kræftform. For denne gruppe patienter er der etableret et di-

agnostisk pakkeforløb, der i detaljer beskriver, hvordan patienterne udredes i samarbejde mellem almen praksis og sygehuset.

Se nærmere omkring *diagnostisk pakke* på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

1.3.4 Henvisning

Det er vigtigt at sikre hurtig og fyldestgørende informationsudveksling ved henvisning til pakkeforløb, enten dette sker fra almen praksis, speciallægepraksis eller fra en anden sygehusafdeling. Hurtig udredning forudsætter, at alle relevante oplysninger om patienten er tilgængelige, herunder om social situation, evt. sproglige barrierer, manglende læsefærdigheder eller handicap.

Henvisende læge er ansvarlig for, at henvisningen til pakkeforløb er i overensstemmelse med de gældende standarder (<http://www.medcom.dk/wm111906>), dvs. indeholder nødvendige oplysninger om patienten herunder beskrivelse af de kriterier, der ligger til grund for den begrundede mistanke om kræft, evt. komorbiditet og medicinforbrug. Især er oplysning om eventuel antikoagulationsbehandling vigtig.

Det aftales lokalt, hvordan det sikres, at alle relevante oplysninger videregives ved henvisning. Det bør lokalt aftales, præcis hvor henvisningen skal sendes hen, og eventuelt om patienten allerede på henvisningstidspunktet i konsultationen kan få tid og sted for den første kontakt i pakkeforløbet.

1.3.5 Almen praksis

Almen praksis har to centrale hovedopgaver i relation til patienter i pakkeforløb: Ved starten på et pakkeforløb og som tovholder i forbindelse med patienter, der ikke er indlagte. De bygger på almen praksis' rolle som gatekeeper, og på at almen praksis ofte har godt forhåndskendskab til patientens sociale forhold, familie, erhverv samt helbredsmæssige forhold forud for det aktuelle sygdomsforløb.

Det er ofte almen praksis, som finder begrundet mistanke om kræft, og det kan være en stor faglig udfordring for almen praksis at finde de patienter, som skal henvises til kræftpakkeforløb. Ved henvisning til et pakkeforløb for kræft har almen praksis en særlig informationsopgave, idet patienten skal informeres om, at der er begrundet mistanke om kræft og om, hvad et pakkeforløb omfatter, herunder første trin i udredningsfasen.

Almen praksis er tovholder for ikke-indlagte patienter, hvilket blandt andet omfatter opgaven som tovholder i forhold til den samlede sundhedsfaglige indsats. Ved patienter i ambulante forløb på sygehus vil almen praksis typisk have behandlingsansvaret for behandling udover kræftbehandlingen. Dette skal dog fastlægges i hvert enkelt tilfælde. Som tovholder kan almen praksis også foranstalte forebyggende, rehabiliterende og andre opfølgende indsatser i samarbejde med kommunen og sygehuset.

Det er almen praksis som har ansvaret for relevante tiltag i forhold til patienter, som er blevet frikendt for kræft i et pakkeforløb.

1.3.6 Forløbskoordinationsfunktion

Formålet med forløbskoordinationsfunktionen er at sikre sammenhæng i pakkeforløbet og undgå unødigt ventetid.

Med indførelsen af pakkeforløbene for kræft blev der sat øget fokus på forløbskoordination på sygehusene. Pakkeforløbene kan i sig selv være med til at lette koordinationsopgaven. Forløbskoordinationsfunktionen skal sikre sammenhængende aktiviteter i forhold til hele patientforløbet fra udredning, initial behandling, efterforløbet uden unødigt ventetid med samtidig effektiv udnyttelse af den forhåndenværende kapacitet. Forløbskoordinationsfunktionen bør være repræsenteret ved MDT-konferencer for at sikre kontinuiteten i patientforløbet.

Med revisionen af pakkeforløbene for kræft, hvor også efterforløbet samt rehabilitering og palliation inddrages i beskrivelserne, er der behov for at sikre forløbskoordinationen både internt i afdelingen og på tværs af afdelinger, sygehuse, almen praksis og kommuner.

Forløbskoordinationsfunktionen kan varetages på mange måder, og i forbindelse med pakkeforløb for kræft forstås forløbskoordination som en funktion, der er placeret hos en eller flere personer, som varetager forløbskoordinationen i fællesskab eller successivt, forankret i forskellige afdelinger, sygehuse eller sektorer.

Forløbskoordinationsfunktionen aftales og udvikles lokalt, tilpasset de lokale forhold. Det er et lokalt ledelsesansvar at sikre beskrivelsen af, hvordan forløbskoordinationsfunktionen organiseres og forankres i de konkrete sammenhænge.

1.3.7 Multidisciplinære team konferencer og andre konferencer

Formålet med konferencer, MDT-konferencer og andre, er, at beslutninger i pakkeforløbet bliver truffet på det bedst mulige grundlag med deltagelse af de nødvendige fagprofessionelle, så alle relevante aspekter kan blive inddraget i beslutningerne.

Det multidisciplinære team (MDT) træffer på sine konferencer (MDT-konferencer) beslutninger om især udredning og initial behandling samt skift af behandlingsstrategi eller udredning og behandling ved mistanke om eller fund af recidiv. Det er væsentligt, at alle lægefaglige specialer, der er involveret i en bestemt kræftform, er repræsenteret i MDT med tilstrækkelig beslutningskompetence. Forløbskoordinationsfunktionen bør være repræsenteret ved MDT-konferencerne for at sikre kontinuiteten i patientforløbet. Andre specialer, der er involveret i udredning og behandling af komorbiditet eller specielle komplikationer, bør kunne deltage i MDT-konferencerne ved behov. Det samme gælder andre sundhedsprofessionelle, hvis det er formålstjenligt, fx sygeplejersker ved komplekse plejemæssige aspekter etc.

Andre konferencer: Ud over beslutninger ved MDT-konferencer, vil der være behov for at træffe mange andre beslutninger i et patientforløb. Disse træffes på konferencer i de relevante afdelinger, hvori deltager de nødvendige fagprofessionelle, fx ved beslutning om rehabilitering: sygeplejersker, fysioterapeuter, kommunale repræsentanter mfl. Disse konferencer beskrives ikke nærmere i pakkeforløbene.

For alle konferencer gælder, at de kan foregå ved, at de relevante parter er fysisk samlet til en konference, men der kan også være tale om telefon- eller videokonferencer eller uddelegerede beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer

aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger/fagprofessionelle. Der bør udarbejdes beskrivelser af den enkelte konferences funktioner og ansvarsfordelingen blandt deltagerne samt, hvilke deltagere der skal inddrages. Der bør desuden udarbejdes en detaljeret beskrivelse af, hvem der sikrer kommunikation og koordinati- on, samt hvem der har ansvaret for kontakten til andre samarbejdspartnere i pati- entforløbet.

1.3.8 Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse

Kommunikation med og inddragelse af patienten og dennes pårørende er en vigtig del af det sammenhængende patientforløb, således at patienten og pårørende ople- ver hele tiden at have kontakt og dialog og ikke føler sig efterladt uden involvering, klar information eller aftale. Lovkravet om informeret samtykke skal sikre, at pati- enten inddrages i alle beslutninger omkring behandling. Patienten og den ansvarli- ge sundhedsfaglige person træffer i fællesskab beslutning om forløbet, som patien- ten efter fyldestgørende information skal samtykke til. Hvis patienten ikke er i stand til at medvirke hertil, involveres pårørende, som patienten har givet sådanne beføjelser, respektive en udpeget værge.

Kommunikationen med patienten og dennes pårørende bør i alle sammenhænge ba- seres på respekt, empati samt være dialogbaseret. Kommunikation og inddragelse skal ske på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forud- sætninger som fx alder, sociale situation, sprog, udtrykte ønsker og behov. Endvi- dere bør kommunikationen med patienten inkludere en forventningsafstemning om forløbet, herunder omfanget af inddragelse af patient og dennes pårørende. Udover viden og forståelse for patientens individuelle forudsætninger for kommunikation, kræver inddragelse, at de fagprofessionelle aktivt inddrager de ressourcer og tilgo- deser de behov, som patienten og pårørende har. Inddragelse har positiv virkning både på behandlingens udfald og patienternes tilfredshed. Inddragelse og kommu- nikation giver mulighed for at tilrettelægge patientforløb, der realiserer sammen- hæng gennem hele forløbet.

Pårørende bør som udgangspunkt inddrages gennem hele patientforløbet i den ud- strækning, patienten ønsker det, i forhold til at støtte patienten. Samtidig skal sund- hedsprofessionelle være opmærksomme på, at pårørende også kan have selvstæn- dige behov, som der skal tages hensyn til (jf. *Retningslinjer for sundhedsprofessio- nelles møde med pårørende til alvorligt syge patienter*, 2012 og *Bekendtgørelse af værgemålsloven, BEK nr. 1015 af 20/08/2007*).

Kommunikation og information skal være konsistent og koordineret. Som en del af kommunikationen skal patienten og pårørende løbende inddrages og informeres om undersøgelsesresultater og næste trin i pakkeforløbet.

Det er vigtigt, at kommunikationen foregår under forhold, hvor patienten og pårø- rendes krav på privatliv og ro respekteres, og hvor sundhedspersonalet kompetent og engageret udviser indlevelse i patientens situation og er lydhør overfor patien- tens behov.

Alle relevante, involverede fagprofessionelle i praksissektoren og på sygehusafde- linger bør kende til pakkeforløbet for den enkelte kræftsygdom, således at der gives løbende ensartet information til patienten. Endvidere er det centralt, at de involve- rede personalegrupper også kender til andre relevante og mere generelle indsats- er i forhold til den pågældende patientgruppe.

De retlige regler findes i Sundhedsloven og er uddybet i Bekendtgørelse om information, og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (nr. 665 af 14. september 1998) samt Vejledning om information, samtykke og videregivelse af helbredsmæssige oplysninger m.v. (nr. 161 af 16. september 1998).

1.3.9 Komorbiditet

Komorbiditet hos kræftpatienter kan have betydning for patienternes overlevelse og muligheder for at gennemgå udredning, behandlingsforløb samt rehabilitering og palliation i forbindelse med et pakkeforløb.

For at undgå unødigt ventetid i pakkeforløb for kræft, er det nødvendigt at sikre dels, at alle væsentlige tilgængelige oplysninger om komorbiditet videregives af den henvisende instans, ofte almen praksis, ved start på pakkeforløbet, dels at der lokalt er indgået aftaler, der sikrer, at de relevante specialer, der skal bistå ved vurdering og evt. stabilisering af patientens komorbiditet, kan medvirke til dette uden unødigt ventetid.

Betydende komorbiditet bør erkendes tidligst muligt i patientforløbet. En hurtig stabilisering og eventuel nødvendig behandling af patientens konkurrerende sygdom(me) kan være en forudsætning for et godt forløb. Det påhviler den ansvarlige afdeling at udarbejde en plan for hurtig stabilisering af de patienter, som har komorbiditet.

Patienter med særlige behov for støtte under udrednings- og behandlingsfaser bør identificeres så tidligt som muligt af den ansvarlige sygehusafdeling, så en koordination mellem den udredende afdeling, behandlende afdeling mv. kan ske proaktivt i forhold til pakkeforløbet.

Kommunikation vedrørende komorbiditet mellem region og kommune kan med fordel aftales i forbindelse med udskrivningsdelen af sundhedsaftalerne, fx i forhold til støtte til håndtering af behandling, transport, aflastning af vanskeligt stillede partnere m.m.

I notat om *komorbiditet* beskrives området yderligere.

1.3.10 Sygdomsspecifik rehabilitering

Formålet med rehabilitering er at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne med henblik på at øge patientens livskvalitet, uafhængighed og selvbestemmelse. Det er derfor vigtigt at påbegynde indsatsen så tidligt i forløbet som muligt. I pakkeforløb for kræft beskrives udelukkende den del af rehabiliteringsindsatserne, der er sygdomsspecifik, og som således tager afsæt i den specifikke kræftdiagnose eller den ydede behandling. Der skal gennemføres en behovsvurdering som basis for beslutningen om, hvilke indsatser der bør iværksættes. Disse fastlægges i en plan for den enkelte patient. Generelle indsatser beskrives i Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med kræft.

1.3.11 Sygdomsspecifik palliation

Palliation har til formål at lindre patientens og pårørendes symptomer og problemer forbundet med livstruende sygdom af både fysisk, psykisk, socialt og eksistentiel/åndelig art. Endvidere støttes og inddrages de pårørende. I pakkeforløb for kræft beskrives disse indsatser udelukkende, der hvor de er relevante i forløbet. Indsat-

serne tager afsæt i den specifikke diagnose og en behovsvurdering med efterfølgende plan som beskrevet ovenfor.

1.3.12 Sygdomsspecifik understøttende behandling

Sygdoms- og behandlingsspecifik understøttende behandling og pleje er forebyggelse og behandling af symptomer, komplikationer og bivirkninger til selve kræftbehandlingen.

Omfanget og arten af sygdomsspecifik understøttende behandling og pleje skifter i forløbet af patientens kræftsygdom og beskrives i pakkeforløbet, der hvor de er relevante i forløbet.

1.3.13 Sygdomsspecifik sygepleje

I forbindelse med pakkeforløb for kræft skal der ved sygdomsspecifik sygepleje forstås særlige indsatser i forhold til den konkrete kræftsygdom eller behandling. Indsatserne beskrives, hvor de er relevante i forløbet. Beskrivelserne skal, så vidt det er muligt, være baseret på sygeplejefaglige kliniske retningslinjer.

1.3.14 Kontrol og senfølger

Kontrolforløbene er beskrevet i de enkelte pakkeforløb. Beskrivelserne danner basis for implementeringen af de reviderede pakkeforløb. Sundhedsstyrelsen kan oplyse, at der i øjeblikket foregår en nærmere udredning af, hvordan kontrollerne i forbindelse med kræft bedst tilrettelægges. Arbejdet forventes færdiggjort i løbet af 2012.

Ved kontrol forstås det planlagte opfølgingsprogram, der følger efter behandlingen. Opfølgingsprogrammet bør så vidt muligt være evidensbaseret, ellers baseret på konsensus. Ved starten på opfølgningen, bør der foretages en forventningsafstemning med patienten og de pårørende om, hvad formålet med opfølgning er, om der er evidens for indsatsen, hvorvidt patienten og pårørende ønsker en opfølgning, hvilke elementer der indgår i programmet fx kliniske undersøgelser, vurdering og sikring af rehabilitering og palliation mm., samt hvem der foretager opfølgning, hvornår og hvor. Det er ikke givet, at al opfølgning skal foregå i et bestemt regi fx på speciallægeniveau i sygehussektoren, nogle opgaver kan med fordel delegeres til andre sundhedsprofessionelle eller almen praksis. Det beskrives i pakkeforløbet, hvem der skal varetage opfølgning, hvad den skal bestå i på forskellige tidspunkter i patientforløbet, samt fx hvornår vurdering af behov for rehabilitering og palliation skal foretages.

Ansvar for forløbet skal besluttes, således at patienten ved, hvor han/hun skal henvende sig ved problemer eller spørgsmål. Patienten og de pårørende skal informeres om, hvad de selv kan gøre for at bedre situationen, og hvilke symptomer de skal reagere på.

Indsatser i forhold til senfølger varetages i forbindelse med kontrolforløbet. Senfølger betegner følger, som patienten pådrager sig som konsekvens af sin kræftsygdom og/eller behandlingen af denne. Senfølger dækker således over en bred vifte af generelle og sygdomsspecifikke fysiske symptomer, psykologiske og sociale problemer samt eksistentielle/åndelige spørgsmål. Senfølgerne kan være komplekse og væsentlige for såvel patienten som dennes pårørende. Indsatser inden for rehabilitering, palliation og sygepleje søger at minimere disse følger.

I pakkeforløb for kræft beskrives de sygdoms- og behandlingsspecifikke senfølger, der kræver indsats af sundhedsprofessionelle.

1.3.15 Recidiv

Ved recidiv forstås et tilbagefald af en allerede diagnosticeret og behandlet kræftsygdom eller udvikling af metastaser derfra. Recidiver kan opstå på meget forskellige tidspunkter i patientforløbet bl.a. afhængig af den enkelte kræftform. Også for patienter med formodet eller påvist recidiv bør forløbet tilrettelægges, således at unødigt ventetid undgås. Ved mistanke om recidiv beskrives i pakkeforløbet, hvem der er ansvarlig for patientforløbet, hvortil patienten skal henvises, hvem der beslutter, hvilken udredning der skal foretages, og hvordan MDT beslutter, hvilken behandling, der kan tilbydes patienten, herunder standard behandling eller en evt. protokolleret behandling. Koordination med primær sektor samt hjemmesygeplejen beskrives.

1.3.16 Monitorering

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udmeldte i januar 2012, at der skal tilvejebringes en robust monitorering af faserne beskrevet i pakkeforløbene for kræftområdet, herunder at der skal indføres den nødvendige registrering heraf i Landspatientregisteret.

Statens Serum Institut har i den forbindelse etableret et dedikeret kodehierarki til den nødvendige registrering af unikke monitoreringspunkter i pakkeforløbene for kræftområdet. Indberetning af de nye registreringer er obligatorisk fra den 1. oktober 2012 for pakkeforløb, hvor henvisning til start af pakkeforløb er sket den 1. oktober 2012 eller senere.

Relevante registreringskoder for nærværende pakkeforløbsbeskrivelse er anført i de enkelte kapitler, ligesom der til sidst i dokumentet er en samlet oversigt over de relevante koder. Herudover forefindes der en mere udførlig registreringsvejledning på hjemmesiden for Statens Serum Institut.

Patientforløb kan strække sig over flere kontakter og forskellige afdelinger, også på tværs af sygehuse og regioner. Hvis det ikke er klart i den enkelte afdeling, hvilke monitoreringspunkter der allerede er registreret for forløbet, skal afdelingen registrere monitoreringspunkterne ud fra egen vurdering af tidspunkt i forløb. Det samme monitoreringspunkt kan således potentielt registreres flere gange i forløbet. Monitoreringen vil tage højde for dette.

Udover de pakkeforløbsrelaterede monitoreringspunkter skal afdelingen registrere som vanligt jævnfør Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Dette gælder i forhold til alle andre relevante registreringer vedrørende den enkelte patientkontakt i hele patientforløbet, såsom henvisningsdiagnose, procedurekoder for undersøgelse og behandling, aktions- og bidiagnose samt ventestatus og henvisnings- samt afslutningsmåde.

Der kan læses mere om monitoreringen på hjemmesiden for Statens Serum Institut (www.ssi.dk).

1.4 Læsevejledning for pakkeforløb

Samtlige pakkeforløbsbeskrivelser er opbygget med følgende kapitler og dermed samme ramme for indholdet:

Introduktion til pakkeforløbet

Kapitlet beskriver kræftformen, overordnede epidemiologiske fund og det faglige grundlag, herunder kliniske retningslinjer, der ligger til grund for pakkeforløbsbeskrivelsen. I underafsnit om det multidisciplinære team (MDT) beskrives specifikke krav til MDT i det enkelte pakkeforløb samt forløbskoordinationsfunktionen. Til sidst i dette kapitel findes et **flowchart**, der giver overblik over det samlede forløb. Formålet med flowchartet er at visualisere patientens vej gennem forløbet.

Indgang til pakkeforløbet

Kapitlet beskriver, hvilke kriterier der skal være opfyldt for, at patienten skal henvises til pakkeforløbet. Der skelnes mellem *mistanke*, *filterfunktion* og *begrundet mistanke*, hvor det er den begrundede mistanke, der initierer pakkeforløbet. Der lægges vægt på patient- og pårørendeinddragelse og kommunikation, hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger, og forløbstiden fra begrundet mistanke opstår – ofte i almen praksis – til patienten indgår i et pakkeforløb.

Udredning

Kapitlet beskriver, hvilken udredning en patient kan gennemgå i pakkeforløbet. For nogle kræftformer er det hensigtsmæssigt at gruppere flere undersøgelser i diagnostiske blokke, hvilket angiver, at undersøgelserne finder sted i samme afgrænsede tidsperiode. De enkelte undersøgelser i en udredning bør foregå i den rækkefølge, som tillader de mest effektive forløb. Allerede her kan andre sygdomsspecifikke indsatser være relevante. Der lægges vægt på kommunikation med patienten, hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger om udredningsforløbet, og forløbstiden fra patientens indtræden i pakkeforløbet til endt udredning.

Initial behandling

Her beskrives hovedgrupperne inden for de forskellige behandlingsforløb inklusiv evt. efterbehandling, de hyppigst opståede komplikationer, specifik sygepleje samt understøttende behandling samt specifik rehabilitering og palliation. Der lægges vægt på patient- og pårørendeinddragelse, og hvem der er ansvarlig for at træffe beslutning om behandlingstilbud.

Efterforløbet

I dette kapitel beskrives indsatser efter den initiale behandling, herunder kontrol, specifik sygepleje, understøttende behandling, rehabilitering og palliation samt håndtering af senfølger og recidiv. Indsatser i efterforløbet kan også blive besluttet på en multidisciplinær konference og involvere mange aktører.

Oversigtsskema

Formålet med oversigtsskemaet er at give et overblik over hele pakkeforløbet. I kolonnen for *de sundhedsfaglige handlinger* beskrives i stikord kliniske beslutninger om patientens videre forløb, der er markeret i skemaet, ligesom relevante mulighe-

der på det givne tidspunkt i forløbet er angivet. I kolonnen *logistisk handling* beskrives de administrative og organisatoriske handlinger, eksempelvis at almen praksis finder begrundet mistanke om kræft og derfor skal sende en henvisning til sygehusafdeling eller praktiserende speciallæge. I kolonnen *kommunikation med patienten* angives den information, som patienten og pårørende skal have i forbindelse med de kliniske og logistiske handlinger eksempelvis svar på prøver og undersøgelser samt information om det videre forløb. I kolonnen *ansvarlig instans/afdeling* er angivet de involverede lægefaglige afdelinger, instanser, kommuner, der har ansvaret for de enkelte dele af pakkeforløbet.

Forløbstid

Her angives i skemaform, forløbstiden fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling, fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning, fra afslutning af udredning til start på initial behandling samt fra henvisning modtaget til start på initial behandling. Forløbstiden fra afslutning af udredning til start på initial behandling er opdelt i operation, stråleterapi samt kemo-terapi.

Registrering

Her angives i samlet form en oversigt over registreringskoder, der kan anvendes i det enkelte pakkeforløb.

2 Arbejdsgruppens sammensætning

Overlæge Torben Palshof Formand for arbejdsgruppen	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Onkologisk afd. – Århus Sygehus
Overlæge Klaus Richter Larsen	Udpeget af Region Hovedstaden Lungemed. afd. – Bispebjerg Hospital
Overlæge Asbjørn Høegholm	Udpeget af Region Sjælland Medicinsk afd. – Næstved Sygehus
Ledende overlæge Bente Thornfeldt Sørensen	Udpeget af Region Syddanmark Onkologisk afd. – Sygehus Lillebælt
Overlæge (specialeansvarlig) Jens Lundby Frandsen	Udpeget af Region Midtjylland Medicinsk afd. – Regionshospitalet Randers
Overlæge Henrik Kirstein Jensen	Udpeget af Region Nordjylland Lungemedicinsk afd. – Aalborg Sygehus
Praktiserende læge Roar Maagaard	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
Klinisk sygeplejespecialist Birgitte T. Espersen	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Onkologisk afd. – Århus Sygehus
Overlæge Finn Rasmussen	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk afd. – Århus Sygehus
Overlæge Karen Ege Olsen	Udpeget af Dansk Patologiselskab Afd. for Klinisk Patologi – Odense Universitetshospital
Overlæge Erik Jakobsen	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Thoraxkirurgisk afd. - OUH
Kvalitetschef Janne Lehmann Knudsen	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Kræftens Bekæmpelse
Overlæge Anders Mellempgaard	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Onkologisk afdeling – Herlev Sygehus
Overlæge Jann Mortensen	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Klinisk for Klinisk Fysiologi og Nuclear Medicin - Rigshospitalet

Overlæge Torben Riis Rasmussen	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Lungemedicinsk afd. – Århus Sygehus
Overlæge Hans Pilegaard	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Thoraxkirurgisk afd. – Skejby Sygehus
Specialeansvarlig fysioterapeut Marianne Holt	Rehabiliteringsafdelingen Odense Universitetshospital
Specialeansvarlig fysioterapeut Barbara Brocki	Danske Fysioterapeuters Fagforum for Hjerter- og Lungefysioterapi Aalborg Sygehus
Forskningsfysioterapeut, cand.scient.san Morten Quist	USCF, Rigshospitalet
Overlæge Jens Benn Sørensen	Udpeget af Dansk Lunge Cancer Gruppe Onkologisk klinik - Rigshospitalet

3 Introduktion til pakkeforløb for lungekræft

3.1 Generelt om lungekræft

Der skønnes at være ca. 4.300 lungekræfttilfælde årligt. Det årlige antal af nye tilfælde hos mænd er faldet siden begyndelsen af 1990'erne, mens det er steget betydeligt hos kvinder. Det er estimeret, at hyppigheden hos kvinder inden for ca. 10 år vil overstige hyppigheden hos mænd. Men allerede i 2005 blev der fra tre stærkt urbaniserede områder indberettet flere tilfælde hos kvinder end hos mænd til Dansk Lunge Cancer Register (DLCR).

Lungekræft har i en årrække været den hyppigste kræftdødsårsag hos kvinder. Det skønnes, at tobak er årsagen til ca. 90 % af alle lungekræfttilfælde. 5-års overlevelsen er ca. 10 % - lidt højere for kvinder end for mænd.

Tidlig diagnose er afgørende for at opdage sygdommen i et stadie, som tillader behandling med helbredende sigte. Ca. 4000 danske patienter har deltaget i et europæisk projekt, som vurderer virkningen af screening af personer med høj risiko for at udvikle lungekræft. Resultatet forventes at foreligge inden for få år.

3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

I DLCCG's Referenceprogram fra 1998 & 2001 beskrives otte centrale symptomer og ændringer, som skal medføre henvisning til røntgenundersøgelse af thorax. Disse faglige retningslinjer blev i 2003 udsendt til almen praksis.

(<http://www.lungecancer.dk/00002/00143/>).

De faglige retningslinjer er under revision i en proces, som forventes afsluttet primo 2012.

Den del af Referenceprogrammet for Udredning og Behandling af Lungecancer i Danmark, der beskriver udredning af lungekræft blev redigeret i 2010

(<http://www.lungecancer.dk/documents/00141.pdf>).

Retningslinjer for den specifikke sygepleje vil blive placeret på hjemmesiden for DLCCG: <http://www.lungecancer.dk>.

3.3 Forløbskoordination

Der henvises til de generelle anbefalinger 1.3.6.

3.4 Det multidisciplinære team

Ganske som det anbefales i Referenceprogrammet fra 2001, har der været en mangeårig tradition for, at behandlingsstrategien drøftes og fastlægges på en klinisk konference med deltagelse af repræsentanter fra alle involverede specialer. De multidisciplinære konferencer organiseres lidt forskelligt afhængigt af, om de deltagende specialer er tilknyttet samme matrikel eller forskellige sygehuse. Således afholdes sidstnævnte konferencer ofte som videokonferencer. Tilsvarende er konferencernes hyppighed også varierende. Oftest afholdes de ugentligt, men der findes også gode erfaringer med daglige konferencer.

I de fleste tilfælde konfereres alle aktuelle tilfælde af patienter med primær lungekræft eller begrundet mistanke om lungekræft, men enkelte har dog organiseret sig således, at patienter med oplagt avanceret sygdom umiddelbart visiteres af den udredende afdeling til den onkologiske afdeling, jævnfør lokale retningslinjer om standardiserede patientforløb. På konferencerne vurderes, hvorvidt det er muligt at tilbyde patienten kurativt intenderet behandling, enten kirurgisk eller onkologisk, og i givet fald hvilken type behandling. Patientens kliniske sygdomsstadie er afgørende for denne beslutning, men også patientens komorbiditet indgår med stor vægt i konklusionen. Findes patienten ikke at kunne tilbydes kurativt intenderet behandling, vurderes mulighederne for pallierende behandling.

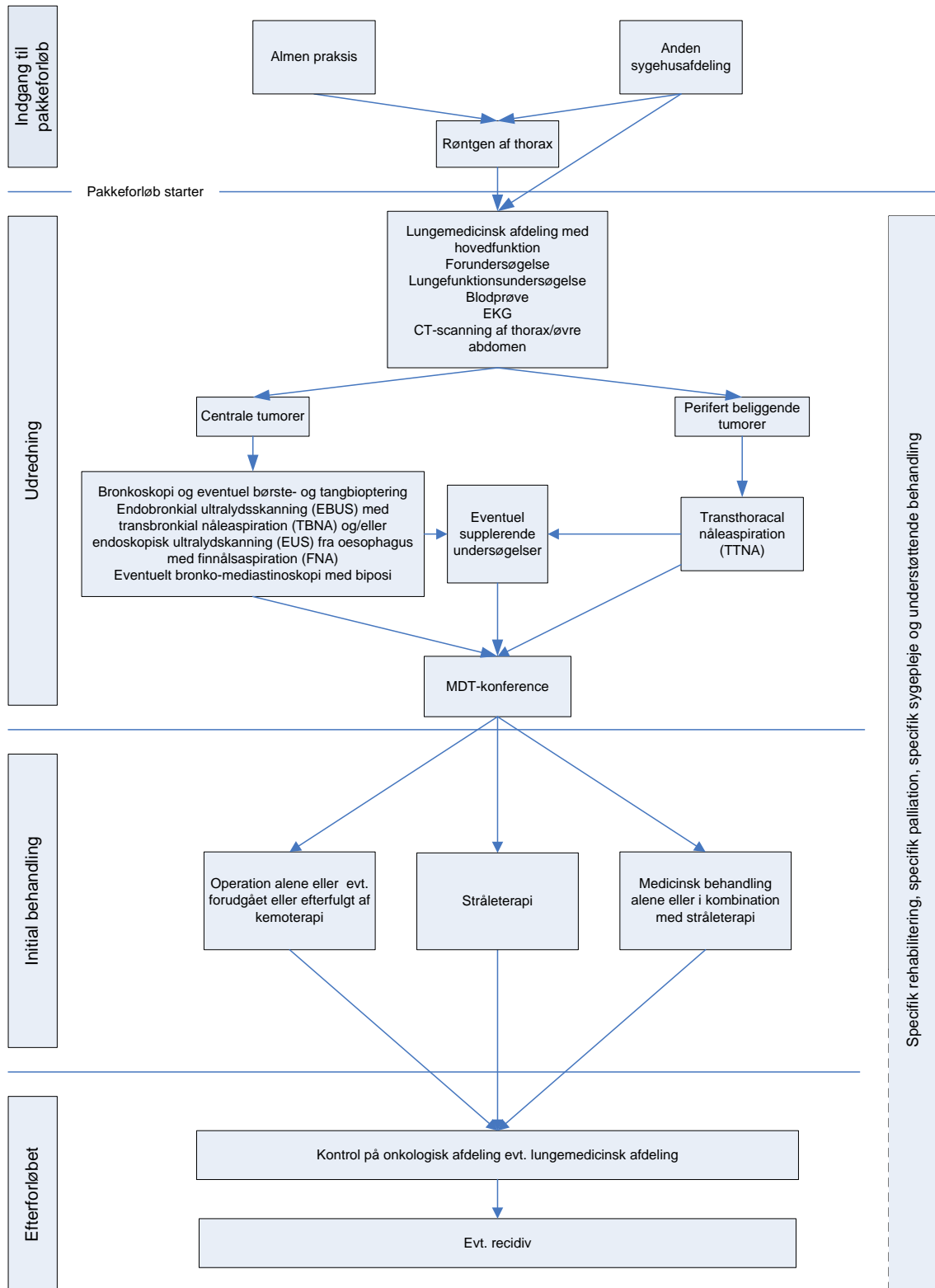
Det multidisciplinære team (MDT) for pakkeforløb for lungekræft rummer typisk lægelige afdelingsrepræsentanter fra:

- Lungemedicinsk afdeling.
- Patologisk afdeling.
- Otologisk afdeling.
- Onkoradiologisk afdeling.
- Thoraxkirurgisk afdeling.
- Onkologisk afdeling.
- Nuklearmedicinsk afdeling (PET-kyndig).

Der afholdes MDT-konferencer med relevante deltagere fra det multidisciplinære team.

Konferencebeslutninger indføres sædvanligvis straks i journalen, ligesom der ofte kan aftales tid til for eksempel fremmøde i onkologisk afdeling. Patienten informeres oftest ved en samtale dagen efter.

3.5 Flowchart



4 Indgang til pakkeforløb for lungekræft

4.1 Risikogrupper

På befolkningsniveau kan identificeres en klar risikogruppe, nemlig rygere og tidligere rygere over 40 år. Det anslås, at op mod 90 % af al lungekræft kan relateres til tobaksforbrug. I denne gruppe er risikoen for at udvikle lungekræft op til 20 gange større end hos aldrig-rygere. Risikoen aftager ved rygestop, men når ikke ned på niveau med aldrig-rygerens risiko. Der er identificeret andre mindre betydende risikofaktorer relateret til enten eksponering for tobaksrøg eller for inhalation af stoffer i miljøet - fx radon.

På borgerniveau betyder dette, at rygere eller tidligere rygere over 40 år må anses for at være i risiko for at udvikle lungekræft. Dette bør indgå i kommunikationen med borgeren ved kontakt til sundhedsfagligt personale. Herunder bør informeres om betydningen af rygestop. Borgeren bør informeres om, at nytilkomne symptomer fra luftvejene eller almensymptomer kan være de første tegn på lungekræft, og at man i så fald bør søge læge. Patienter med eksisterende symptomer fra luftvejene bør ved ændring i disse forholde sig på tilsvarende vis.

4.2 Mistanke

Nedenfor anføres en række alarmsymptomer, som bør give mistanke om lungekræft, og som *skal* medføre henvisning til røntgen af thorax. Prævalens blandt personer med lungekræft er angivet i parentes. Disse alarmsymptomer optræder hos ca. en tredjedel af patienterne.

- Hoste (65 %) af mere end 4-6 ugers varighed hos en tidligere lungerask person eller ændringer i hostemønstret hos person med kronisk bronchitis.
- Nytilkommet åndenød (ca. 50 %).
- Hæmoptyse (20 %) er hyppig hos patienter med kronisk bronchitis, men også hos patienter med lungekræft. Hæmoptyse af mere end en uges varighed hos risikopatienter bør føre til bronkoskopi, også selvom røntgen af thorax er normalt.
- Hæshed/stridor af mere end 3-4 ugers varighed uden andre ledsagesymptomer bør undersøges af otolog. Venstresidig stemmebåndsparese kan opstå ved tumorindvækst i nervus recurrens og bør undersøges med laryngo-bronkoskopi og MR scanning af hals samt CT scanning af thorax.

Nedsat lungefunktion sammen med åndenød og blodigt opsput er stærkt korreleret til lungekræft.

Patienter kan dog ved sygdomsdebut også fremstå med almene eller ukarakteristiske symptomer på alvorlig sygdom. Fremstår en patient med betydende tobaksanamnese med flere af disse symptomer bør det give anledning til overvejelser om henvisning til røntgen af thorax.

Et diagnostisk pakkeforløb på mistanke om alvorlig sygdom er den naturlige udredningsvej for nedenstående symptomer (prævalens blandt personer med lungekræft er angivet i parentes):

- Smerter i brystkassen (40 %).
- Træthed (35 %).
- Vægttab (25 %).
- Nedsat appetit (20 %).

Som tegn på lungekræft ses herudover blandt andet:

- Pleuraeffusion.
- Stokes krave.
- Stridor.
- Neuropathi.
- Knoglesmerter.
- Trommestikfingre.

4.2.1 Filterfunktion

Almen praksis varetager en betydelig “filterfunktion” ved identifikation af patienter med lungekræft.

Almen praksis diagnosticerer årligt ca. én patient med lungekræft pr. praktiserende læge. Kræftpatienten skal identificeres blandt det store antal patienter, som har kronisk lungesygdom.

To ud af 100 patienter, som almen praksis henviser til røntgen af thorax, får påvist lungekræft. Hvis eksempelvis ca. 1.500 af de årlige lungekræfttilfælde er patienter, som henvises fra almen praksis, er der forinden foretaget ca. 75.000 røntgen af thorax.

Det er forståeligt ofte vanskeligt for almen praksis at tolke et kompliceret sygdomsbillede, og dette kan derfor resultere i, at patienten indlægges til udredning på en lungemedicinsk afdeling med symptomer tydende på pneumoni eller eksacerbation i KOL, og at mistanken om lungekræft opstår under udredningen heraf. Ca. 2 ud af 3 patienter med lungekræft debuterer således ikke med alarmsymptomer, og hvis sygdomsbilledet giver anledning til klinisk mistanke om kræft, bør patienten primært udredes i henhold til det såkaldte diagnostiske pakkeforløb.

Normalt røntgen af thorax

Konventionelt røntgen af thorax har en rimelig diagnostisk sikkerhed, når det gælder tumorer større end 2 cm beliggende i lungeparenchymet. Ved mindre tumorer falder den diagnostiske sikkerhed kraftigt, ligesom centrale tumorer og tumorer beliggende i mediastinum samt basalt bag hjerteskyggen meget let kan overses ved konventionelt røntgen af thorax.

Ca. 15 % af patienterne med lungekræft har initialt et “normalt” røntgen af thorax. Denne patientgruppe får derved ofte et længere samlet udredningsforløb og dermed dårligere prognose. Det er således ca. hvert 5. år, at almen praksis har en patient med lungekræft, som ved tidspunktet for klinisk mistanke havde et normalt røntgen af thorax, som derfor bliver henvist til udredning for anden sygdom end lunge-

kræft- eller i værste fald slet ikke, da et normalt røntgen af thorax svar beroliger såvel læge som patient.

De faglige retningslinjer, jf. afsnit 3.2, åbner derfor nu mulighed for, at almen praksis i situationer, hvor patienten udviser vedvarende kliniske symptomer på lungekræft, hurtigt og selvstændigt har adgang til de primære diagnostiske undersøgelser, eksempelvis CT-scanning af thorax og øvre abdomen.

Almen praksis' procedure herfor kan være:

- Henvisning til CT-scanning af thorax samt øvre abdomen. De konkrete kliniske indikationer og de praktiske procedurer herom aftales lokalt. Almen praksis har ansvaret for, at der reageres relevant på undersøgelsens resultat.
- Henvisning til en lungemedicinsk afdeling, som herefter vurderer patienten og tilrettelægger det videre forløb.
- Kontakt til den lokale forløbsansvarlige for det diagnostiske forløb i pakkeforløbet på sygehus med henblik på aftale om det videre forløb.

4.3 Begrundet mistanke- kriterier for henvisning til pakkeforløb

Der er begrundet mistanke om lungekræft:

- Når der på et konventionelt røntgen af thorax eller på CT-scanning ses malignitetssuspekt infiltrat.
- Når der er normalt røntgen af thorax, men samtidig klare sygdomsrelaterede symptomer såsom åndenød og hæmoptyse af mere end 1 uges varighed.
- Når biopsi fra metastase tyder på primært udgangspunkt i lungen.

Patienten skal ved begrundet mistanke om lungekræft straks henvises til videre udredning i pakkeforløb for lungekræft.

4.4 Henvisning til pakkeforløb

En del patienter henvises fra andre sygehusafdelinger, eksempelvis fra neurokirurgisk afdeling, idet den primære symptomatologi skyldes spredning af lungekræft til hjernen. I andre situationer opstår mistanken ved et rutinemæssigt røntgen af thorax eksempelvis præoperativt for fraktur. I disse tilfælde starter patienten i pakkeforløbet på det klinisk relevante sted.

Patienterne kan være henvist fra:

- Almen praksis eller radiologiske afdelinger.
- Kliniske sygehusafdelinger idet den primære symptomatologi skyldes spredning af lungekræften
 - Neurokirurgisk afdeling (hjernemetastase).
 - Øre-Næse-Hals afdeling (recurens parese).
 - Reumatologisk afdeling (Pancoast tumor).

- Andre lignende.
- Kliniske afdelinger, der varetager andre pakkeforløb for kræft, hvor udredningen eller kontrol rejser mistanke om konkurrerende lungekræft og eller metastatisk lungekræft.
- Diagnostiske pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, hvor mistanken opstår som led i udredningen.
- I andre situationer opstår mistanken ved et rutinemæssigt præoperativt røntgen af thorax.

I alle tilfælde starter patienten i pakkeforløbet på det klinisk relevante sted.

4.5 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

En malignitetssuspekt fortætning på røntgen af thorax eller CT-scanning skal medføre henvisning til pakkeforløb. Omtrent halvdelen af patienterne initieres i og henvises fra almen praksis, og de resterende henvises fra anden sygehusafdeling - se afsnit 4.4.

Patienterne starter på det relevante sted i pakkeforløbet.

4.6 Kommunikation og inddragelse

Almen praksis er ofte den lægefaglige instans, som finder mistanke om kræft (kan dog også være en sygehusafdeling) og sørger for at henvise til røntgen af thorax. Patienten informeres om dette.

Patienten får svar på røntgen af thorax og, hvis der begrundet mistanke om lungekræft, henvises patienten til pakkeforløb for lungekræft. Der er informationspligt ved henvisning til pakkeforløb for lungekræft, idet patienten både skal informeres om, at der er begrundet mistanke om kræft, og om hvad et pakkeforløb omfatter, herunder information om de indledende undersøgelser.

Hvis røntgen af thorax ikke viser tegn på lungekræft, får patienten dette svar, og lægen benytter da lejligheden til at tale rygestop med patient og eventuelle pårørende. Almen praksis eller anden henvisende instans er kontaktpunkt i perioden, indtil patienten overgår til lungemedicinsk afdeling. Patienten må aldrig være i tvivl om, hvor han/hun kan henvende sig for information.

Informationsprocedurer ved begrundet mistanke om lungekræft, jf. afsnit 4.3:

- Radiologisk afdeling giver straks besked til henvisende læge/afdeling.
- Henvisende læge kontakter/informerer patienten.
- Henvisende læge eller radiologisk afdeling informerer lungemedicinsk afdeling.
- Der aftales tid for CT-scanning af thorax/øvre abdomen og P-creatinin måling.*
- Der aftales tid for patientens fremmøde i lungemedicinsk afdeling.*
- Patienten informeres om ovenstående.

*Lokale retningslinjer beskriver, om der foretages CT-scanning *før* eller *efter* fremmøde i lungemedicinsk afdeling.

4.7 Ansvarlig for henvisning

Almen praksis eller anden henvisende instans er ansvarlig for, at patienten bliver henvist til pakkeforløb ved begrundet mistanke.

4.8 Registrering

AFB26A	Lungekræft: henvisning til pakkeforløb start
---------------	---

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for lungekræft skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for lungekræft 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.

4.9 Forløbstid

Se også afsnit 1.3.1.

Forløbstiden er 6 kalenderdage.

En patient med begrundet mistanke om lungekræft henvises umiddelbart til lungemedicinsk afdeling. Derefter må der gå 6 kalenderdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne, booke relevante undersøgelser og samtaler. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest den 7. kalenderdag fra henvisningen til lungemedicinsk afdeling.

5 Udredning

5.1 Undersøgelserforløbet

Strategien for udredningsforløbet tilrettelægges i henhold til, om det drejer sig om et perifert eller centralt beliggende infiltrat, eller om der er oplagte kliniske tegn på dissemineret sygdom, eksempelvis lever/binyremetastase påvist ved den initiale CT-scanning af thorax og øvre abdomen.

Af de patienter, som henvises til diagnostik primært med suspekter radiologiske forandringer, er forholdet mellem ondartet og ikke ondartet sygdom (den såkaldte "hit-rate") gennemsnitlig 1:3. Det vil sige, at der udredes ca. 12.000 patienter årligt for at diagnosticere ca. 4.000 med lungekræft.

Udover at be- eller afkræfte mistanken om lungekræft har udredningsforløbet som overordnet mål at resultere i en så korrekt klinisk vurdering af sygdomssituationen som muligt. Dette er afgørende for, hvilket behandlingstilbud patienten skal tage stilling til.

Overordnet vil udredningen resultere i:

- At resultatet af CT-scanning hos ca. 50 % af patienterne, som henvises fra almen praksis, afkræfter mistanken om kræft. De fleste af disse afsluttes, mens enkelte overgår i et CT-kontrolforløb.
- En differentiering af dem, som i udredningsforløbet får påvist lungekræft:
 - Ca. 60 % har dissemineret og dermed uhelbredelig sygdom. Dette sygdomsstadie kan ofte hurtigt påvises, og patienten kan derfor relativt hurtigt henvises til pallierende, det vil sige symptomlindrende og livsforlængende onkologisk behandling.
 - De resterende ca. 40 % har loco-regional sygdom og er dermed potentielt helbredelige. Denne patientgruppe gennemgår ofte relativt komplekse og længerevarende udredningsforløb.

5.1.1 Undersøgelserprocessen i detaljer

Udredningsforløbet omfatter indledningsvis:

- Journaloptagelse.
- Klinisk undersøgelse.
- Vurdering af eventuel komorbiditet.
- Blodprøver.
- Lungefunktionsundersøgelse.
- CT-scanning af thorax og øvre abdomen.

Den videre specialiserede udredning af patienter med begrundet mistanke omfatter en række af nedenstående undersøgelser. Disse er tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af de forudgående undersøgelser.

Der er primært to udredningsforløb:

1. Centrale tumorer
 - Bronkoskopi og eventuel børste- og tangbioptering.
 - Endobronkial ultralydsscanning (EBUS) med transbronkial nåleaspiration (TBNA) og/eller endoskopisk ultralydsscanning (EUS) fra oesophagus med finnålsaspiration (FNA).
 - Eventuelt bronko-mediastinoskopi med biopsi.
2. Perifert beliggende tumorer
 - Transthoracal nåleaspiration (TTNA).

Analyse af biopsier kan suppleres med nedenstående undersøgelser afhængig af sygdomsstatus:

- Vurdering af den mediastinale status omfatter en række alternative og indbyrdes supplerende undersøgelser:
 - Endobronkial ultralydsscanning (EBUS) med transbronkial nåleaspiration (TBNA) og/eller endoskopisk ultralydsscanning (EUS) fra oesophagus med finnålsaspiration (FNA).
 - Mediastinoskopi.
- Vurdering af eventuelle metastaser til binyre, lever og andre organer må gennemføres hos en relativt stor gruppe patienter:
 - Transkutan nålebiopsi af leverproces.
 - Triple CT-/MR-scanning af binyre.
 - MR/scintigrafi/biopsi af fx knogleproces.
 - CT-/MR-scanning af hjernen.
- Patienter, som skønnes potentielt kurable:
 - Udvidet lungefunktionsundersøgelse (diffusionskapacitet), eventuelt regional lungeperfusionsscintigrafi og eventuelt kardiologisk vurdering.
 - PET-/CT-scanning.

Udredningsforløbet må undertiden inkludere gentagelse af inkonklusive undersøgelser og/eller supplerung med andre undersøgelser, som er afledt af resultatet fra en af de rutinemæssige undersøgelser (fx undersøgelse af et uventet fund ved PET-undersøgelse eller en inkonklusiv nålebiopsi).

Forud for eventuel behandling er det vigtigt, at patientens behandling af anden sygdom optimeres, således bør fx eventuel tilstedeværende KOL eller hjertesygdom være velbehandlet. Derved mindses risikoen for behandlingsrelaterede komplikationer, og chancerne for en optimal rehabiliteringsfase efter behandling bedres.

5.2 De hyppigst opståede komplikationer

I forbindelse med nålebiopsi gennem brystvæggen af tumorer, som ligger ude i lungen, opstår der hos ca. 10 % luftindtrængning mellem lungehinderne. Denne er i de fleste tilfælde ikke behandlingskrævende, men skal overvåges. Såfremt luftindtrængningen tiltager eller i tilfælde med større mængder luft, er det nødvendigt at udtømme luften ved at anlægge dræn.

Der er sjældent komplikationer i forbindelse med mediastinoskopi, men der kan optræde blødning eller læsion af n. recurrens.

I forbindelse med CT-scanning kan optræde overfølsomhedsreaktioner mod det anvendte kontraststof.

5.3 Fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling

Fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling sker på MDT-konferencen.

For yderligere information om stadieinddeling se afsnit 6.1.

5.4 Specifik sygepleje, understøttende behandling og specifik rehabilitering

Information om rygestop og -vejledning gives til patienter, der har fået stillet en lungekræftdiagnose, med henblik på at reducere behandlingskomplikationerne. Til patienter, der ikke har fået diagnosticeret lungekræft og afsluttes i pakkeforløbet, gives information om rygestop og -vejledning af hensyn til forebyggelse af fremtidig lungesygdom.

5.5 Kommunikation og inddragelse

Almen praksis eller anden henvisende instans aftaler tid til patienten til en orienterende samtale på lungemedicinsk afdeling, tid til CT-scanning og efterfølgende diagnosesamtale på lungemedicinsk. Disse tider bliver oplyst til patienten af almen praksis eller fra henvisende afdeling.

Ved samtalen på lungemedicinsk afdeling før CT-scanning og eventuelle andre undersøgelser orienteres patient og pårørende om det videre forløb frem til diagnosesamtalen. På en MDT-konference drøftes undersøgelsesresultater og behandlingsplan. Ved diagnosesamtalen informeres patienten og pårørende om sygdomssituationen. Det vil sige den kræftspecifikke information om type, ætiologi, stadie og, hvis patienten ønsker det, om prognose. Derudover gives en kort information om den tiltænkte behandling, så patienten i samråd med de pårørende kan træffe beslutning og give informeret samtykke til henvisning til videre behandling.

Det sikres, at patienten har forstået informationen og føler sig tryk ved afgivelse af informeret samtykke til henvisning til anbefalet behandling.

Patientinformationen ”Lungekræft” fra Kræftens Bekæmpelse og ”Lungekræft – din egen håndbog” af Patientforeningen Lungekræft kan udleveres. Patienten informeres om, hvor vedkommende kan rette henvendelse ved eventuelle supplerende spørgsmål efter samtalen.

5.6 Beslutning

Når undersøgelserne er afsluttet, skal det endelige behandlingstilbud fastlægges. Behandlingsplan drøftes ved en MDT-konference, og fremlægges efterfølgende for patienten. Den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten. Ved uklarheder skal der endvidere tages beslutning om eventuelle supplerende undersøgelser.

5.7 Ansvarlig

Ansvar for udredningsforløbet påhviler en lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion i lungemedicin.

5.8 Registrering

AFB26B	Lungekræft: udredning start, første fremmøde
---------------	---

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:

AFB26C1	Lungekræft: beslutning: tilbud om initial behandling
----------------	---

AFB26C1A	Lungekræft: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB26C2	Lungekræft: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB26C2A	Lungekræft: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

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

AFB26X1	Lungekræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB26X2	Lungekræft: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	---

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

5.9 Forløbstid

Se også afsnit 1.3.1.

Forløbstid er 24 kalenderdage

Udredningsforløbet omfatter indledningsvis:

- Journaloptagelse, klinisk undersøgelse, vurdering af eventuel komorbiditet samt blodprøver
- Spirometri og CT-scanning af thorax og øvre abdomen
- MDT-konference
- Patienten informeres

Den videre udredning af suspekterede forhold (det vil sige, at kræftmistanken endnu ikke er bekræftet/afkræftet) omfatter en række af nedenstående undersøgelser. Disse er tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af den forudgående undersøgelse:

Der er primært to udredningsforløb, der begge inkluderer biopsitagning, se afsnit 5.1.1:

1. Centrale tumorer.
2. Perifert beliggende tumorer.

Analyse af biopsi.

Begge udredningsforløb kan suppleres med undersøgelser afhængig af sygdomsstatus:

- Vurdering af den mediastinale status ved en række alternative og indbyrdes supplerende undersøgelser :
 - EBUS / EUS / mediastinoskopi.
- Vurdering af eventuelle metastaser til binyre, lever og andre organer må gennemføres hos en relativt stor gruppe patienter :
 - FNA, fx UL-vejledt, af leverproces.
 - Triple CT-/MR-scanning af binyre.
 - MR-scanning/scintigrafi/biopsi for eksempel knogleproces.
 - CT-/MR-scanning af hjernen.
- Patienter som skønnes potentielt kurable :
 - Udvidet lungefunktionsundersøgelse, evt. regional lungeperfusions-scintigrafi og evt. kardiologisk vurdering.
 - PET-/CT-scanning.

Ved behov kan udføres molekylærbiologiske undersøgelser, herunder genmarkører.

MDT-konference.

Patienten informeres.

Patienter i udredningsforløb for lungekræft vil have forskellige længde af udredningsforløb. Patienter, som skønnes potentielt operable, har erfaringsmæssigt et udredningsforløb, som er ca. 7 kalenderdage længere på grund af behovet for ekstra undersøgelser end de patienter, der ikke kan opereres.

6 Initial behandling af lungekræft

6.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Efter udredning vil der foreligge et biopsisvar, som giver typen af lungecancer, og en eller flere undersøgelser, som viser stadiet.

Lungecancer opdeles i småcellet lungecancer (SCLC), hvor man skelner mellem begrænset eller udvidet sygdom, og ikke-småcellet lungecancer (NSCLC), hvor man beskriver stadiet med TNM systemet, som kan oversættes til stadium I-IV.

Ved begrænset sygdom (SCLC) forstår man at primær tumor, og eventuelle lunge eller lymfeknude metastaser findes indenfor et begrænset område, som kan dækkes af et konventionelt strålefelt. Sygdomsudbredning udenfor dette område opfattes som udvidet sygdom.

TNM systemet (NSCLC) beskriver størrelse og lokalisation af tumor (T), patologiske lymfeknuder (N) og metastaser (M). De mange mulige kombinationer kan reduceres til stadium I til IV, hvor I-III hver har 2 undergrupper. Ved en simplificeret beskrivelse af stadiene, kan man definere stadium I som tilstande, hvor tumor er mindre end 5 cm og uden patologiske lymfeknuder eller metastaser. Ved stadium II er der en tumor større end 5 cm, eller med kontakt til thoraxvæggen, eller med patologiske N1 lymfeknuder eller flere tumorer i samme lap. Ved stadium III er der involvering af N2 og N3 lymfeknuder og/eller en tumor med kontakt til strukturer i mediastinum. Stadium IV er defineret som yderligere udbredning med metastaser eller malign pleuraeffusion.

Man skelner mellem behandling som er kurativt intenderet (operation eller kombineret kemo-stråleterapi) og pallierende behandling. Formålet med pallierende behandling ved ikke-helbredelig lungecancer er at fastholde eller forbedre livskvaliteten og forlænge livet.

6.1.1 NSCLC

Patienter med stadium I og II sygdom

Operation er den primære behandling for denne patientgruppe. Da det kirurgiske indgreb har et helbredende sigte, bør det være teknisk radikalt, det vil sige, at der ikke efterlades makro/mikroskopisk sygdom. Den præoperative stadietvurdering bør være så korrekt, at mindre end 10 % af indgrebene er eksplorative, det vil sige, at helbredende/radikal kirurgi viser sig ikke at være mulig under operationen.

Vurdering af, hvorvidt patientens tilstand tillader operation, er baseret på en samlet vurdering og specielt af den kardiopulmonale tilstand og afgøres med udgangspunkt i anbefalingerne i Referenceprogrammet for Udredning og Behandling af Lungecancer i Danmark, jf. afsnit 3,2. Alder er i sig selv ikke en kontraindikation, men er ofte associeret med betydende komorbiditet. Overordnet stiles der mod et så lungebesparende indgreb som muligt under hensyn til bevarelse af operationens radikalitet. Den hyppigste radikale kirurgiske behandling er lobektomi.

Patienter, som opereres for stadium II eller højere, eller tumor større end 4 cm, kan tilbydes adjuverende kemoterapi. Hidtil bedste resultater er opnået ved at anvende en kombination af cisplatin og vinorelbin, men også andre 2-stofs regimer har dokumenteret effekt. Et alternativ til operation efterfulgt af adjuverende kemoterapi er neoadjuverende kemoterapi efterfulgt af operation. Metaanalyser har vist samme effekt af neoadjuverende kemoterapi (givet før operation) og adjuverende kemoterapi (givet efter operation).

Adjuverende strålebehandling til ikke-radikalt opererede patienter

Tilbydes patienter med efterladt restsygdom ved bronkiestumpen eller ved pleura parietale samt ved perinodal vækst. Ved efterladt patologisk lymfeknude kan overvejes adjuverende kemoterapi før strålebehandlingen.

Patienter, som ikke tåler operation

Patienter med mindre tumorer og uden tegn på lymfeknudemetastaser kan i nogle tilfælde behandles med stereotaktisk behandling eller radiofrekvens behandling. Ved brug af disse behandlinger er dårlig lungefunktion sædvanligvis ikke begrænsende for strålebehandling.

I andre situationer kan det overvejes at tilbyde kurativ strålebehandling såfremt følgende kriterier opfyldes: PS < 2 (ECOG Performance Status), væggtab < 5-10 % på 3 mdr., tumor < 8 cm ligesom der skønnes at være en tilstrækkelig lungefunktion efter behandling. Ved tumorer > 8 cm kan der foretages en revurdering efter 2-3 serier kemoterapi.

Patienter med stadium III sygdom

Patienter hvor stadium IIIA skyldes T3N0 sygdom er potentielt operable, og behandles som beskrevet ovenfor. Stadium IIIA på grund af N2 involvering og IIIB sygdom opfattes som avanceret inoperabel sygdom og tilbydes behandling med en kombination af kemoterapi og stråleterapi. Stråleterapi givet samtidig (konkomi-tant) med kemoterapi har lidt bedre effekt, men også øgede bivirkninger, hvorfor ikke alle patienter kan tåle denne behandling. I stedet kan behandles med kemoterapi efterfulgt af stråleterapi (sekventielt). Ved kombineret kemo-stråleterapi er 5-års overlevelsen 15-25 %.

Patienter med T4 og ikke-operabel T3 kan forsøges downstaget med kemoterapi og/eller stråleterapi.

Patienter med stadium IV sygdom

Behandling med EGFR tyrosinkinasehæmmere (EGFR-TKI) er vist at have mindst samme virkning på overlevelse som kemoterapi og med bedre livskvalitet hos de patienter, hvis tumor har bestemte mutationer i EGFR genet. Man bør derfor overveje EGFR mutationstest eller andre tests, som kan identificere patienter med bestemte mutationer i tumor. På sigt forventes det, at flere molekylærbiologiske tests vil komme til, og at dette vil gøre det muligt at tilbyde en mere individualiseret behandling.

Foreligger der en af de mutationer, som vides at prædiktere sensitivitet for EGFR-TKI, bør første linje behandling bestå i enten gefitinib eller erlotinib givet til pro-

gression. Patienter uden EGFR mutation bør ikke behandles med EGFR-TKI i første linje.

Hvis mutationen ikke er til stede skal patienter i rimelig almen tilstand (ECOG performance status (PS) 0-1) tilbydes 2-stof kemoterapi, hvor det ene stof er cisplatin eller carboplatin, og det andet stof et anden/tredje-generations kemostof (gemcitabin, irinotecan, vinorelbine, docetaxel, pemetrexed eller paclitaxel). Man kan i nogle tilfælde tillægge targeteret behandling, som for eksempel bevacizumab. Antallet af behandlinger er 4 eller højst 6. Såfremt patienter ikke tåler platiner kan non-platin kombinationer forsøges.

Operation for en i forvejen operabel lungecancer kan overvejes hos de meget få tilfælde med solitære hjerne og/eller binyremetastaser, hvor disse forinden er fjernet radikalt.

Nedsat almentilstand og høj alder

Almentilstanden (performance status (PS)) er en betydningsfuld faktor for udfald af behandling. Høj alder ser ud til at være forbundet med flere bivirkninger, men ikke med nedsat effekt af behandling. Man bør derfor ved behandling af patienter med nedsat almentilstand (PS=2), overvejer en mindre toksisk behandling i form af enkelt stof (samme 3. generations kemostoffer, som ovenfor beskrevet). Der er ikke evidens, som støtter kemoterapi til patienter i dårlig almentilstand (PS=3 eller 4).

Vedligeholdelsesbehandling

Flere studier har vist en øget overlevelse ved umiddelbar overgang fra første linje behandling til en vedligeholdelsesbehandling med enten kemoterapi eller targeteret behandling. Det er dog usikkert, om dette resultat skyldes selve konceptet om vedligeholdelsesbehandling eller forskelle i brug af den givne behandling. Vedligeholdelsesbehandlingen kan derfor overvejes i nogle tilfælde.

6.1.2 SCLC

Andelen af patienter med SCLC har gennem de seneste år været faldende (nu under 15 %), ligesom andelen af patienter med SCLC med dissemineret sygdom på diagnosetidspunktet har været stigende (nu ca. 75 %). Årsagerne hertil er ukendte.

Sygdommen er biologisk og klinisk ganske forskellig fra den ikke-småcellede type (NSCLC). Den er ofte hurtigt voksende, og en del patienter behandles derfor akut, det vil sige i diagnosedøgn. Også selv om almentilstanden er svært påvirket.

På trods af hurtigt og prompte respons hos de fleste patienter er prognosen uændret dårlig. Således er median overlevelse med udvidet sygdom under 1 år.

Patienter med såvel begrænset som udvidet stadie behandles med kemoterapi, og selv patienter i betydeligt nedsat almentilstand kan tilbydes behandling såfremt svækkelsen skyldes sygdommen.

Sygdommen udredes efter samme principper som NSCLC.

Patienter med begrænset sygdom behandles med kemoterapi og samtidig bestråling mod lungen samt eventuelt senere profylaktisk helhjernebestråling. Patienter med udvidet sygdom behandles primært med kemoterapi eventuelt efterfulgt af profylaktisk helhjernebestråling.

Patienter med små tumorer uden spredning bør tilbydes operation med efterfølgende kemoterapi / kurativ strålebehandling mod den opererede lungehule.

Kemoterapien vil bestå i cisplatin eller carboplatin i kombination med etoposid. Der gives 4-6 behandlinger, og vedligeholdelsesbehandling er ikke vist at forbedre overlevelsen.

Ved recidiv kan forsøges genbehandling, eller andre stoffer som topotecan, eller kombinationen af cyclofosamid, doxyrubicin og vincristin.

Palliativ strålebehandling

Palliativ strålebehandling kan tilbydes ved smertegivende metastaser især i knogle-systemet – truende afklemning af rygmarven – forsnævring i luftveje – vena cava superior syndrom – symptomgivende hjernemetastaser - generende metastaser i fx huden/andre organer.

6.2 De hyppigst opståede komplikationer

Operation

Foruden de generelle komplikationer til operation ses ved lungeoperationer:

- Forbigående påvirkninger af hjerterytmen. Denne overvåges bl.a. under opholdet på intensivafsnit i timerne efter operation.
- Smerter omkring arret.
- Luftlækage (pneumothorax).
- Dødsfald indtræder hos ca. 2 % inden for 30 dage efter operationen oftest som følge af alvorlige komplikationer for eksempel lunge/hjertesvigt i tilslutning til operationen.

Kemoterapi

Foruden de generelle komplikationer til medicinsk kræftbehandling ses ved behandling af lungekræft:

- Kosmetisk generende hududslæt.

Mere specielle bivirkninger er knyttet til de stoffer, som indgår i behandlingen, fx risiko for påvirkning af nyrefunktionen samt nervepåvirkning.

Stråleterapi

Foruden de generelle komplikationer til strålebehandling ses ved behandling af lungekræft:

- Betændelse i spiserøret.
- I sjældne tilfælde kan indtræde en strålelungebetændelse, som varigt kan påvirke lungefunktionen, samt betændelse af hjertesækken, som ligeledes kan give nedsat hjertefunktion.
- Hudreaktion, reaktion fra thoraxvæg (efter stereotaksi).
- Tryksymptomer fra hjernen (ved bestråling af hele hjernen).

Ved bestråling af særlige områder vil der blive givet information om de særlige bivirkninger, som kan optræde i forbindelse hermed eller i efterforløbet heraf.

6.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling, specifik rehabilitering og palliation

Patienter med lungekræft – fra diagnosen er stillet og til evt. terminal fase – oplever flere svære symptomer sammenlignet med andre kræftpatienter. De kan bl.a. være plaget af træthed, dyspnø, vægttab, smerter, søvnforstyrrelser, eksistentielle overvejelser, depression og væsentligt forringet livskvalitet.

Mange af symptomerne er generelle for mange kræftdiagnoser og ikke specifikke for patienten med lungekræft.

Opererede patienter kan have tre hovedproblemer postoperativt, der er specifikke for lungekræft:

- Smerter betinget af torakotomien – optræder vedvarende hos ca. 30 %. Det kan dreje sig om neurogen smerte ved cicatricen, ledsmerter svarende til sternum- og/eller costocondral ligament eller smerte som følge af adherencer i brystvæggen.
- Dyspnø, betinget af reduktionen af lungeparenchym.
- Hoste, oftest som led i eksisterende KOL og forværret grundet det operative indgreb.

Dyspnø

Dyspnø er ikke specifik for patienter med lungekræft, men prævalensen af dyspnø er meget høj. Således har ca. 50 % af patienterne dyspnø på diagnosetidspunktet og ca. 85 % i den terminale fase.

Dyspnø er en af de hyppigste årsager til akut indlæggelse og oplevelsen af dyspnø kan have negativ indflydelse på patientens livskvalitet. En kompetent pleje og behandling kan lindre de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af symptomet.

Der bør være fokus på dyspnø og rygestop allerede på diagnosetidspunktet, jf. afsnit 5.3.

Pleje og behandling af dyspnø udføres i henhold til ”Klinisk retningslinje for behandling og pleje af uhelbredeligt syge kræftpatienter med dyspnø”, udarbejdet af DMCG.

Der udleveres patientinformationen ”At leve med åndenød”, der findes på de fleste onkologiske afdelinger og endvidere fås hos Patientforeningen Lungekræft.

Hoste

Hoste er et almindeligt symptom hos 23-37 % af alle kræftpatienter, mens prævalensen hos patienten med lungekræft er ca. det dobbelte, 47-86 %. Symptomet optræder ofte sammen med åndenød og træthed, men beskrives som mindre belastende.

de end åndenød. Dog kan en enkelt patient hoste 13-14 gange i timen, og dermed flere hundrede host i døgnet – ofte tør hoste om natten, når patienten ligger ned.

Hoste er et generende symptom, som påvirker patientens hverdagsliv med både fysiske, psykiske og sociale problemer. Bl.a. vrede, irritabilitet, bekymring, depression, brystsmærter, brok, stressinkontinens, hovedpine, udmattelse, søvnproblemer, flovhed over hoste, social isolation, spiseproblemer, m.fl.

Hosten bliver ofte provokeret af vandret stilling, kulde, damp, røg, visse lugte, fysisk udmattelse, indtagelse af visse typer mad og tale.

Hoste er undervurderet og ofte underbehandlet.

Behandling af hoste kan indbefatte:

1. Vurdering af hoste – identificering af årsag/årsager.
2. Behandling af reversible årsager – kræftspecifikke eller komorbiditet.
- 3 Symptom behandling.

Fysisk genoptræning / rehabilitering

Fysisk genoptræning/rehabilitering i forbindelse med onkologisk behandling (kurativ og palliativ) bør påbegyndes så tidligt i forløbet som muligt. Genoptræningen/rehabiliteringen baseres på individuelle tests og tilpasses efter konditions-, styrke- og funktionsniveauet hos patienten. Formålet med genoptræningen/rehabiliteringen er at opretholde og/eller øge patientens funktionsniveau.

Patienter i den umiddelbare postoperative fase kan i henhold til lokale aftaler tilbydes fysisk genoptræning, herunder lungefysioterapi, da dette er hensigtsmæssigt for det videre behandlingsforløb for lungekræftpatienter. Den fysiske genoptræning planlægges i dialog med patienterne, og med baggrund i individuelt tilpassede programmer og med speciel fokus på de for opererede lungecancerpatienter identificerede specielle problemstillinger. Alle patienter (uanset sygdomsstadie) bør motive-res til at undgå inaktivitet.

6.4 Kommunikation og inddragelse

Patient og pårørende kommer til første samtale om det initiale behandlingsforløb på behandlende afdeling. Her foregår den endelige vurdering, og beslutning om operation eller onkologisk behandling træffes af det sundhedsfaglige personale efter en konkret klinisk vurdering og i samråd med patienten og de pårørende.

Der informeres om den tilbudte behandling. Den behandlingsrelaterede information omfatter bl.a. behandlingsplan samt begrundelsen for planen, forventet virkning og mulige bivirkninger og komplikationer.

Det drøftes, hvordan patient og pårørende kan mestre sygdom, behandling og mulige bivirkninger i forhold til daglige aktiviteter, følelsesmæssige reaktioner og mulighed for støtte.

Derudover udforskes eventuelle sociale problemstillinger såsom konsekvenser for social- og arbejdsliv, økonomi og konsekvenser for familie og venner. Information om rehabilitering og evt. palliation bør omfatte rygestop, ernæring, motion, dyspnø, træthed, smerter, seksualitet og derudover eventuelle senfølger samt kontrolforløb efter afsluttet behandling.

Der udleveres patientinformationer om relevante behandlinger så som kemoterapi, strålebehandling eller operation. Det kan også være aktuelt at udlevere og gennemgå patientinformationer om rygestop, dyspnø, smerter, træthed etc. Igen skal mængden af informationer og interventioner afstemmes med patientens situation og ressourcer.

6.5 Beslutning

Behandlingsplan drøftes ved en MDT-konference, og fremlægges efterfølgende for patienten. Den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten.

6.6 Ansvarlig

Ansvar for det medicinske behandlingsforløb påhviler en onkologisk afdeling med hoved- eller regionsfunktion. For kirurgiske behandlingsforløb ligger ansvaret på en thoraxkirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion.

6.7 Registrering

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

AFB26F1	<i>Lungekræft: initial behandling start, kirurgisk</i>
AFB26F2	<i>Lungekræft: initial behandling start, medicinsk</i>
AFB26F3	<i>Lungekræft: 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 lungekræft. 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

AFB26X1	Lungekræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB26X2	Lungekræft: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	---

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

6.8 Forløbstid

Se også afsnit 1.3.1.

Patienten kan behandles med henholdsvis:

- Operation alene eller efterfulgt af kemoterapi/medicinsk behandling, stråleterapi eller en kombination af de to sidstnævnte.
- Stråleterapi alene eller i kombination med kemoterapi.
- Kemoterapi/medicinsk behandling.

Operation alene eller efterfulgt af kemoterapi/medicinsk behandling

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage behandling, er højst 14 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking samtaler og undersøgelser
- Forundersøgelse med klinisk undersøgelse, patientinformation, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik eller anden undersøgelse

Desuden afsættes tid til:

- Patienttid til refleksion.
- Vurdering og eventuel stabilisering af komorbiditet.

Behandling

- Operation

Efter operation vil en nøje histologisk vurdering fastlægge det endelige sygdomsstadie og dermed give en endelig afklaring af planen for en eventuel efterfølgende behandling.

Stråleterapi alene eller i kombination med kemoterapi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten modtager første stråleterapi, er højst 15 kalenderdage.

Tiden består af:

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

Behandling

- Stråleterapi.

Kemoterapi/medicinsk behandling

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten modtager primær kemoterapi, er højst 11 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking samtaler, undersøgelser og MDT-konference
- Journaloptagelse og information inklusiv informeret samtykke
- Forberedelse af patienten til kemoterapi

Behandling

- Kemoterapi.

7 Efterforløbet

7.1 Kontrol

Kontrolforløbene er beskrevet i de enkelte pakkeforløb. Beskrivelserne danner basis for implementeringen af de reviderede pakkeforløb. Sundhedsstyrelsen kan oplyse, at der i øjeblikket foregår en nærmere udredning af, hvordan kontrollerne i forbindelse med kræft bedst tilrettelægges. Arbejdet forventes færdiggjort i løbet af 2012.

Intenderet radikalt behandlede patienter (såvel kirurgisk som onkologisk)

Klinisk kontrol + CT thorax/øvre abdomen hver 3. mdr. første 2 år, herefter hver 6. mdr. indtil 5 år.

Ovenstående i regi af onkologisk afdeling eller lungemedicinsk afdeling efter lokal aftale.

Inkurable patienter

Klinisk kontrol + CT thorax/øvre abdomen hver 3. mdr. i regi af den behandlende onkologiske afdeling – så længe patienten fortsat har performance status til at kunne modtage aktiv onkologisk behandling.

7.1.1 Kommunikation og inddragelse

Patient og pårørende orienteres om kontrolforløbet med hensyn til bl.a. formål, indhold (hvilke undersøgelser der foretages og hvorfor) samt tidsplan. Patienten informeres endvidere om symptomer, der skal reageres på og hvordan.

Patienten orienteres om, at der i forløbet efter afsluttet kræftbehandling kan opstå såvel fysiske som psykiske reaktioner, som er en naturlig konsekvens af det forløb, patienten har været igennem. Der udleveres evt. skriftlige materialer som Kræftens Bekæmpelses folder: ”Kontrolforløb – om livet efter endt kræftbehandling” og rådgivning om, hvor patienten kan henvende sig (lokale tilbud, Kræftens Bekæmpelses rådgivninger mv.).

Patienten informeres endvidere om, hvordan mistanke om recidiv skal håndteres, samt hvem patienten skal kontakte i tilfælde af mistanke, herunder den for kontrolprogrammet ansvarlige afdeling og evt. almen praksis.

7.1.2 Beslutning

Såfremt en kontrol giver anledning til at mistænke recidiv vil behov for udredning og behandling blive drøftet ved en MDT-konference. Den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten.

7.1.3 Ansvarlig

Ansvar for kontrolforløb efter intenderet radikal behandling kan efter lokal aftale være placeret på lungemedicinsk afdeling eller på onkologisk afdeling.

For inkurabile patienter vil ansvaret ligge hos den behandlende onkologiske afdeling, så længe der forsat er et behandlingspotentiale.

For inkurabile patienter, hos hvem der ikke længere er mulighed for aktiv onkologisk behandling, fx pga. for dårlig performance status, overgår ansvaret for det videre forløb til almen praksis.

7.1.4 Håndtering af recidiv

Ved recidiv forstås et tilbagefald af en allerede diagnosticeret og behandlet kræftsygdom eller udvikling af metastaser derfra. Recidiver kan opstå på meget forskellige tidspunkter i patientforløbet bl.a. afhængig af den enkelte kræftform. Også for patienter med formodet eller påvist recidiv bør forløbet tilrettelægges, således at unødigt ventetid undgås.

7.1.5 Kommunikation og inddragelse

Hvis recidiv mistænkes hos en patient, som har gennemgået kurativt intenderet terapi skal patienten orienteres herom og om, hvorledes det planlægges afklaret, om der reelt er tale om recidiv.

Ansvaret for orienteringen af patienten og for initiering af relevant udredning vil påhvile den instans/afdeling, som har ansvaret for patienten på det pågældende tidspunkt. Det vil sige, at det efter lokale forhold og den enkelte patients konkrete omstændigheder kan være onkologisk, lungemedicinsk afdeling eller almen praksis.

Den udredningsansvarlige afdeling (onkologisk eller lungemedicinsk) har ansvar for at informere patienten og pårørende om resultatet af udredningen og om den endelige beslutning om behandlingstilbud. Patienten skal i den forbindelse i lighed med proceduren ved en primær udredning oplyses om, hvor og hvornår han/hun skal møde til behandlingsstart eller 1. samtale herom.

7.1.6 Udredning

Udredningen vil hos den tidligere radikalt behandlede patient i vid udstrækning svare til den primære udredning for lungecancer hos en patient uden tidligere diagnosticeret lungecancer. Det kan derfor ofte være fordelagtigt, at recidivudredningen foretages af en lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion.

Hvis mistanken om recidiv opstår på baggrund af symptomer, vil den initiale undersøgelse ofte være en CT-scanning omfattende den kropsdel, hvor patienten udviser symptomer.

Hvis recidivmistanke opstår på baggrund af en kontrolscanning, vil denne diktere de relevante videre undersøgelser.

Recidivudredningen skal i lighed med den primære udredning afklare, om der reelt er tale om recidiv af lungecancer og herunder hvilken type, da cancerens oprindelige karakteristika kan have ændret sig, ligesom man skal være opmærksom på, at et tilsyneladende recidiv i thorax kan være en ny metakron lungecancer. Herudover skal udredningen i lighed med den primære udredning stadieafklare recidivet. Dvs. at den videre udredning kan omfatte alle de undersøgelsesmodaliteter, som anvendes under en primær udredning for lungecancer. Der vil også være behov for en

fuld revurdering af patienten for komorbiditet, i særdeleshed lungefunktion, hvis der overvejes mulighed af tilbud om fornyet operation eller stråleterapi, som omfatter lungevævet. Patientens aktuelle performance status må også vurderes.

7.1.7 Beslutning

Med mindre der ved udredningen for recidiv findes at være tale om oplagt dissemineret sygdom, såsom verificerede lever- eller knoglemetastaser, for hvilken der alene kan tilbydes palliativ behandling, skal beslutning om udredningsafslutning og behandlingstilbud i lighed med en primær udredning drøftes på MDT-konference. Den endelige beslutning tages efter informeret samtykke fra patienten.

7.1.8 Ansvarlig

Ansvar for det medicinske behandlingsforløb påhviler en onkologisk afdeling med hoved- eller regionsfunktion. For kirurgiske behandlingsforløb ligger ansvaret på en thoraxkirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion.

7.2 Specifik sygepleje og understøttende behandling/senfølger

Senfølger efter lungebestråling

Ødelæggelse af lungevæv som følge af strålebetændelse – fisteldannelse til hud, spiserør og andre organer – forsnævring af spiserør eller luftveje – nedsat hjerte-funktion.

Senfølger efter profylaktisk hjernebestråling

Grå stær og nedsatte kognitive evner.

Senfølger efter stereotaktisk strålebehandling

Ardannelse i brystvæg, ribbensbrud, bronkiefistler, spiserørsforsnævring og hjerte-påvirkning.

8 Oversigtsskema

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans fagprof./speciale
Indgang til pakkeforløb			
Beslutning: Almen praksis/sygehusafdeling finder <i>mistanke</i> om kræft og henviser til røntgen af thorax	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes ▪ Eventuelle supplerende relevante oplysninger til radiologisk afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mistanke om kræft ▪ Videre forløb 	Almen praksis /sygehusafdeling
Visitation: røntgen af thorax	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: røntgen af thorax 	Indkaldelse: Røntgen af thorax	Radiologisk afdeling
Røntgen af thorax			Radiologisk afdeling
Konsultation i almen praksis eller på sygehusafdeling		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtale ang. svar på undersøgelse, og ▪ Det videre forløb 	Almen praksis /sygehusafdeling
Beslutning: Almen praksis/sygehusafdeling finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft og henviser til undersøgelsesprogram	Henvisning sendes inklusiv oplysninger om komorbiditet	Informeret samtykke	Almen praksis /sygehusafdeling
Visitation til pakkeforløb: Forundersøgelse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: Forundersøgelse i lungemedicinsk ambulatorium 	Indkaldelse: Forundersøgelse i lungemedicinsk ambulatorium	Lungemedicinsk afdeling med hovedfunktion
Udredning			
Forundersøgelse i lungemedicinsk ambulatorium: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lungefunktion, blodprøve, EKG, CT thorax/øvre abdomen 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtale ang. resultater af indledende undersøgelser, og om ▪ Det videre forløb ▪ 	Lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion
Beslutning: Centrale tumorer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bronkoskopi og eventuel børste- og tangbioptering. ▪ Endobronkial ultralydsscanning (EBUS) med transbronkial nåleaspiration (TBNA) og/eller endoskopisk ultralydsscanning (EUS) fra 	Booking: konsultation i lungemedicinsk ambulatorium	Indkaldelse: Konsultation i lungemedicinsk ambulatorium. Patientinformation vedr. planlagte undersøgelser Informeret samtykke	Lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans fagprof./speciale
oesophagus med finnålsaspiration (FNA). Perifert beliggende tumorer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transthoracal nåleaspiration (TTNA) 			
Eventuelle yderligere undersøgelser: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endobronkial ultralydsscanning (EBUS) med transbronkial nåleaspiration (TBNA) og/eller endoskopisk ultralydsscanning (EUS) fra oesophagus med finnålsaspiration (FNA) ▪ Mediastinoskopi. ▪ Transkutan nålebiopsi af leverproces. ▪ Triple CT-/MR-scanning af binyre. ▪ MR/scintigrafi/biopsi af fx knogleproces. ▪ CT-/MR-scanning af hjernen. ▪ Udvidet lungefunktionsundersøgelse (diffusionskapacitet), eventuelt regional lungeperfusions-scintigrafi og eventuelt kardiologisk vurdering. 	Booking af undersøgelser	Patientinformation vedr. planlagte undersøgelser Informeret samtykke	Lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion
Konsultation		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtale ang. svar på undersøgelse, og ▪ Det videre forløb 	Lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operation alene eller evt. forudgået eller efterfulgt af kemoterapi ▪ Stråleterapi ▪ Medicinsk behandling alene eller i kombination med stråleterapi 	Booking: Konsultation ved speciallæge i lungemedicin	Indkaldelse: Konsultation ved speciallæge i lungemedicin Informeret samtykke	MDT
Initial behandling			

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans fagprof./speciale
Konsultation	Booking: Operation, stråle-/kemoterapi	Svarafgivelse Videre forløb Informeret samtykke Indkaldelse: operation, stråle-/kemoterapi	Lungemedicinsk afdeling med regionsfunktion
Indlæggelse			Thoraxkirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion
Operation			Thoraxkirurgisk afdeling med højt specialiseret funktion
Histologisvar på operationspræparat			Patologisk afdeling
Stråleterapi			Onkologisk afdeling
Medicinsk behandling alene eller i kombination med stråleterapi			Onkologisk afdeling
Efterforløbet			
Beslutning: Foretager <i>postoperativ</i> stadievurdering. Derefter besluttet om eventuel postoperativ efterbehandling: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adjuverende kemoterapi ▪ Stråle-/ kemoterapi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: Konsultation ved onkolog ▪ Almen praksis: epikrise 	Indkaldelse: Konsultation ved onkolog	MDT
Kontrolforløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: CT-scanning, Konsultation 	Information om formål med og strukturering af kontrolforløb.	Lungemedicinsk afdeling eller onkologisk afdeling – afhængig af lokal aftale/organisering.
Mistanke om recidiv	Booking: konsultation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse til konsultation ▪ Videre forløb, herunder informeret samtykke 	Lungemedicinsk afdeling

9 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		6 kalenderdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		24 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Operation	14 kalenderdage
	Stråleterapi	15 kalenderdage
	Kemoterapi	11 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Operation	44 kalenderdage
	Stråleterapi	45 kalenderdage
	Kemoterapi	41 kalenderdage

10 Registrering

10.1 Pakkeforløb start

AFB26A	Lungekræft: henvisning til pakkeforløb start
---------------	---

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for lungekræft skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for lungekræft 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.

10.2 Udredning start

AFB26B	Lungekræft: udredning start, første fremmøde
---------------	---

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.

10.3 Beslutning vedrørende initial behandling

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

AFB26C1	Lungekræft: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB26C1A	Lungekræft: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB26C2	Lungekræft: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB26C2A	Lungekræft: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

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.

10.4 Behandling start

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

AFB26F1	Lungekræft: initial behandling start, kirurgisk
AFB26F2	Lungekræft: initial behandling start, medicinsk
AFB26F3	Lungekræft: initial behandling start, strålebehandling

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 lungekræft. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

10.5 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

AFB26X1	<i>Lungekræft: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	---

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB26X2	<i>Lungekræft: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	---

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