SUNDHEDSSTYRELSEN

2019

Pakkeforløb for kræft i æggestokkene

For fagfolk

Sundhed for alle

Indholdsfortegnelse

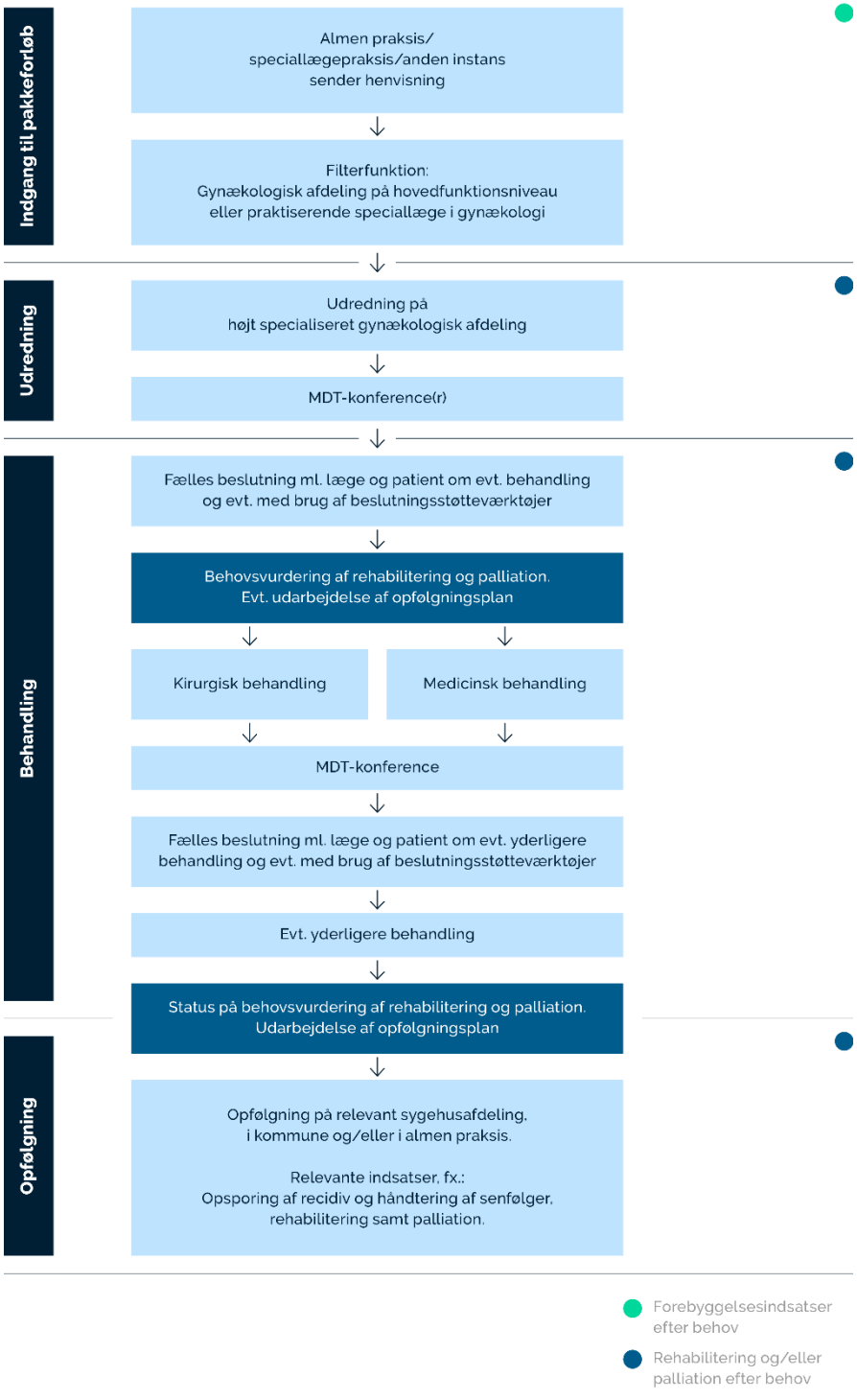
1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i æggestokkene ... 3
2. Forløbsbeskrivelse ... 4
2.1. Indgang til pakkeforløbet ... 4
2.2. Udredning ... 6
2.3. Behandling ... 7
2.4. Opfølgning ... 8

3. Rehabilitering og palliation ... 11
3.1. Specifik rehabilitering og palliation ved kræft i æggestokkene ... 11
3.2. Specifikke senfølger for kræft i æggestokkene ... 12

4. Forløbstider ... 15
Referenceliste ... 16
Bilagsfortegnelse ... 18
Bilag 1: Registreringsvejledning ... 19
Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning ... 24

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft[1].

1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i æggestokkene



2. Forløbsbeskrivelse

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

Diagnosen 'kræft i æggestokkene' dækker over en heterogen gruppe af ondartede tumorer, hvor de epiteliale tumorer udgør ca. 90%. I det følgende angives de tre diagnoser (kræft i æggelederne, kræft i bughinden og kræft i æggestokkene) under ét som *kræft i æggestokkene*. Primær kræft i æggelederne samt primær kræft i bughinden er således ligeledes omfattet af nedenstående pakkeforløbsbeskrivelse. Pakkeforløbet gælder både de epiteliale og de ikke-epiteliale æggestokkræftformer.

2.1. Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på kræft i æggestokkene, skal henvisende læge følge beskrivelsen nedenfor i afsnit 2.1.1. Såfremt patienten opfylder kriterierne for indgang til pakkeforløb i afsnit 2.1.2., skal patienten tilbydes henvisning til pakkeforløb for kræft i æggestokkene.

2.1.1. Håndtering af symptomer på kræft i æggestokkene

Nedenstående symptomer og fund bør føre til en gynækologisk undersøgelse og vurdering af abdomen i almen praksis:

- Abdominal udspilethed / øget omfang og spændthed
- Tyngdefornemmelse i underlivet
- Smerter i bughulen / underlivet
- Væske i bughulen (ascites)
- Nedsat appetit / kvalme
- Vægttab / vægtøgning
- Hyppig vandladning
- Forstoppelse
- Træthed
- Åndenød
- Blodprop i benet

Patienterne har oftest 3-5 af ovennævnte ukarakteristiske symptomer og fund og har ofte haft disse i 4-6 måneder, når de henvender sig til almen praksis første gang.

Påvises en udfyldning i underlivet eller abdomen, og findes der ikke anden forklaring på ovenstående symptomer og fund, laves en blodprøvemåling af CA125 og patienten tilbydes henvisning til udredning i filterfunktion hos praktiserende speciallæge i gynækologi

eller på gynækologisk afdeling. CA125 er en anvendelig tumormarkør, og vil være forhøjet (>35 IU/l) i ca. 70-75 % af tilfældene af kræft i æggestokkene.

I særlige tilfælde, ved meget klare sygdomsrelaterede symptomer og fund, kan der tilbydes henvisning direkte til pakkeforløb uden at afvente filterfunktion. Dette gælder fx ved fund af ascites og/eller palpabel tumor i abdomen/bækken samt forhøjet CA125 (>35 IU/l).

Filterfunktion
Undersøgelsen hos praktiserende speciallæge i gynækologi eller på gynækologisk afdeling omfatter:

- Gynækologisk undersøgelse med ultralydsskanning
- Relevante blodprøver (fx CA125, hvis denne ikke allerede er taget)
- Anamnese for komorbiditet, medicinstatus, almen tilstand mv.

Baseret på patientens menopausale status, CA125 og ultralydsfundene beregnes Risk-of-Malignancy Index (RMI). Se DGCG's retningslinjer[2]. På denne baggrund afklares, om kræft i æggestokkene er mindre sandsynligt (RMI < 200), eller om der er mistanke om kræft (RMI ≥ 200).

Hvis praktiserende speciallæge i gynækologi eller gynækologisk afdeling ikke mistænker kræft i æggestokkene, er det vigtigt, at henvisende læge hurtigt får information herom, for at kunne koordinere det videre forløb, herunder eventuel udredning for anden sygdom. Ved behov kan praktiserende speciallæge i gynækologi / gynækologisk afdeling fortsætte udredningen af anden gynækologisk lidelse eller tilbyde henvisning til udredning på relevant afdeling.

Hvis ovenstående symptomer persisterer *uden* anden påvist årsag hos praktiserende speciallæge i gynækologi eller på gynækologisk afdeling, kan patienten udredes via *Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft* [3].

2.1.2. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for kræft i æggestokkene

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

- RMI ≥ 200
- Histologi fra operation af anden årsag viser kræft i æggestokkene

Patienter opereret på mistanke om godartet tumor i æggestokken, hvor tumoren uventet viser sig at være ondartet, skal tilbydes henvisning direkte til behandlingsforløbet i pakkeforløb.

Ved behov skal henvisende læge overveje at tilbyde patienten henvisning til en afklarende samtale i kommunalt regi[4] med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (se kapitel 3)[5,6].

2.2. Udredning

Udredningen forløber på gynækologisk afdeling med højt specialiseret funktion[7] i henhold til DGCGs kliniske retningslinjer[2]. De bærende elementer er:

- Præoperativ billeddiagnostik: MR/PET-CT (afhængigt af lokale aftaler)
- Histologisk/cytologisk undersøgelse af eventuelt udtaget ascites-, pleuravæske eller biopsi eller andet cytologisk/histologisk materiale. Evt. revision hvis præparat er udtaget på anden patologiafdeling
- Objektiv undersøgelse, gynækologisk undersøgelse, vaginal ultralydsskanning
- Vurdering og håndtering af almen tilstand, ernæringstilstand og komorbiditet med henblik på at forberede patienten til et stort kirurgisk indgreb
- Hvis de billeddiagnostiske undersøgelser giver mistanke om udbredt intraperitoneal sygdom, som skaber tvivl om hvorvidt patienten er resektabel, kan der foretages yderligere udredning med laparoskopi for vurdering heraf, inden endeligt behandlingstilbud (operation eller neoadjuverende kemotarapi) besluttes.

2.2.1. MDT-konference

Udredning og behandling af kræft i æggestokkene er en specialiseret opgave for et multidisciplinært team bestående af gynækologer, patologer, onkologer og billeddiagnostikere (radiologer). Teamet kan suppleres med abdominalkirurger og/eller urologer samt andre relevante specialer.

Ved MDT-konferencen vurderes resultaterne af den diagnostiske udredning og det besluttes, om der kan afgives behandlingstilbud umiddelbart, eller om patienten skal have foretaget yderligere diagnostiske indgreb. Yderligere udredning kan tjene til endelig fastlæggelse af diagnosen 'kræft i æggestokkene', vurdering af operabilitet, afdække sygdomsudbredning uden for abdomen eller udredning på mistanke om anden kræftsygdom. Der vil ofte foretages en diagnostisk laparoskopi. Såfremt det på MDT-konferencen besluttes, at der er indikation for yderligere udredning præsenteres resultater af denne på yderligere en MDT-konference[8].

Endelig diagnose og stadie fastlægges efter kirurgisk behandling eller det diagnostiske indgreb, da disse er afhængige af histologisk eller cytologisk verifikation. Efter kirurgisk behandling og histologisvar kan patienten vurderes på MDT-konference med henblik på eventuel adjuverende kemoterapi. Såfremt patienten ikke tilbydes primær kirurgisk behandling, men henvises til neo-adjuverende kemoterapi, vurderes fornyet billeddiagnostik på MDT-konference med henblik på tilbud om intervalkirurgi.

I de tilfælde, hvor RMI er ≥ 200, men sygehistorie, billeddiagnostik, biopsier, blodprøver eller andre undersøgelser tyder på anden lidelse end kræft, afsluttes pakkeforløbet. Ved behov kan gynækologisk afdeling fortsætte udredningen af anden gynækologisk lidelse eller henvise til udredning på relevant afdeling. Det er vigtigt, at henvisende læge hurtigt får information herom, for at kunne koordinere det videre forløb for de patienter, som skal videreudredes i andet regi.

2.3. Behandling

2.3.1. Behandlingsmuligheder

Behandling af kræft i æggestokkene foregår i henhold til DGCG's retningslinjer[2], som opdateres i henhold til aktuel evidens. Her findes information om omfanget af kirurgisk behandling både ved dissemineret og lokaliseret sygdom[2].

Behandlingen tilrettes individuelt og afhænger af fund i den diagnostiske fase. I ca. 70% af tilfældene diagnosticeres kræft i æggestokkene i stadium III/IV. Grundet sygdomsudbredelsen, er der ofte tale om livsforlængende behandling og kun i nogle tilfælde kurativ (helbredende) behandling.

For hovedparten af patienterne består behandlingen af en omfattende operation og kemoterapi. Rækkefølgen afhænger af den primære sygdomsudbredelse. Afhængigt af dette, tilbydes patienten primær kirurgi og forsøg på fjernelse af alt synligt tumorvæv i bughulen med efterfølgende kemoterapi *eller* neo-adjuverende kemoterapi med efterfølgende kirurgisk indgreb (intervalkirurgi) og yderligere kemoterapi efter operationen. Nogle få patienter i det allertidligste stadium kan nøjes med operation. Nogle patienter vurderes ikke operable selv efter neo-adjuverende kemoterapi og behandles derefter med yderligere kemoterapi.

Primær behandling med kemoterapi i onkologisk regi kræver en verificeret histo-patologisk diagnose.

Hvis der foreligger relevante validerede beslutningsstøtteværktøjer, bør disse anvendes til at understøtte patientens behandlingsvalg. Læs mere i Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft s. 8 og 10[1].

2.3.2. Præoperativ optimering

Optimering af almentilstanden bør startes allerede af den henvisende læge, og fortsætte, når patienten kommer til afdelingen med højt specialiseret funktion. Når behandlingstilbuddet er givet, vurderes det, om yderligere optimering er nødvendig, inden behandlingen kan gennemføres. Patientens ernæringstilstand inkl. serum-albumin vurderes, og patienten informeres om vigtigheden af præoperativ ernæringsoptimering med proteinholdig føde- og væskeindtag.

Alle patienter, der forberedes til et større kirurgisk indgreb for kræft i æggestokkene, forberedes og markeres præoperativt til en evt. stomianlæggelse i forbindelse med operationen.

2.3.3. Genetisk rådgivning

I 10-15% af tilfældene forekommer kræft i æggestokkene i familier med genetisk disposition for kræft i æggestokkene eller kræft i æggestokkene/brystkræft. I disse tilfælde er forekomsten knyttet til mutationer i BRCA1- og BRCA2-generne.

Patienter, som har fået kræft i æggestokkene, og evt. familiemedlemmer, skal tilbydes henvisning til genetisk udredning i henhold til den kliniske retningslinje for genetisk udredning hos patienter med kræft i æggestokkene, udarbejdet af de faglige selskaber for genetik, onkologi, patologi og gynækologi[2].

2.3.4. Vurdering af behov

Der foretages systematisk vurdering af patientens behov for forebyggelse, rehabilitering og palliation i forbindelse med opstart og ved afslutning af behandlingsforløbet. Vurderingen bør desuden gentages ved ændringer i patientens tilstand og på andre relevante tidspunkter. Der skal ved vurderingen være fokus på såvel æggestokkræft-specifikke som generelle behov. Se kapital 3 for en nærmere beskrivelse af forebyggelse, rehabilitering og palliation.

2.4. Opfølgning

I opfølgningsperioden tilrettelægges forløbet individuelt. Med udgangspunkt heri udarbejdes en individuel plan for opfølgning sammen med patienten. Patienten skal til alle tider kunne tilgå sin opfølgningsplan. En mundtlig opfølgningsplan er ikke tilstrækkelig.

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling kan patienten tilbydes henvisning til en opfølgende samtale hos egen læge. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om kræftopfølgning i almen praksis[9].

2.4.1. Den individuelle plan for opfølgning

På baggrund af en individuel vurdering af patientens behov, skal der udformes en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation. Opfølgningsplanen kan påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling, og skal senest udarbejdes af den behandlende afdeling ved afslutning af behandlingen.

Planen skal beskrive patientens opfølgningsforløb, herunder behov for indsatser og status på eventuelt igangværende indsatser i form af:

- Håndtering af bivirkninger
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv (afsnit 2.4.2.)

- Rehabilitering og palliation (afsnit 3)
- Håndtering af senfølger (afsnit 3.2.)

Patienten skal i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle plan for opfølgning informeres om symptomer på recidiv og senfølger, samt hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse forekommer.

2.4.2. Opsporing af recidiv

Ved tidlig sygdom (Stadium I/II) er recidivfrekvensen ca. 15-30%, mens recidivfrekvensen ved udbredt sygdom er ca. 80%. De fleste recidiver kommer indenfor de første 3 år. Hyppigst vil recidiverne være lokaliseret i bughulen, men spredning til fx lever, lunger, hjerne og knogler ses også. En opfølgningsstrategi skal indbefatte information om, at udbredt kræft i æggestokkene sjældent er en kurabel sygdom.

Patienten skal tilbydes en individuelt tilrettelagt opfølgning i forhold til recidiv på baggrund af sygdomsstadie og behandling, og i henhold til DGCG's retningslinjer[2]. Dette vil, som oftest, indebære et tilbud om regelmæssig kontakt, evt. suppleret med blodprøver og billeddiagnostik. Det er vigtigt, at patienten har indflydelse på egen opfølgning, og at der er fokus på tidlig opsporing af recidiv. Patienten skal selv kunne reagere ved tegn på recidiv, og skal derfor instrueres i disse. Der skal gives såvel skriftlig som mundtlig information om, hvilke symptomer patienten skal reagere på.

Symptomer på recidiv/progression kan være:

- Vedvarende udspilethed af maven
- Tyngdefornemmelse
- Almen svækkelse
- Usædvanlig træthed
- Utilsigtet vægttab og/eller manglende appetit
- Vedvarende smerter eller nyopståede smerter
- Symptomer fra urinveje, f.eks. blod i urinen eller ændringer i vandladning / hyppig vandladning
- Symptomer fra tarmsystemet, f.eks. ændringer i afføringsmønster/blod i afføringen
- Smerter i den nederste del af ryggen
- Vejrtrækningsbesvær
- Feber
- Influenzalignende symptomer over længere tid
- Ændret udflåd eller blødning fra skeden

Patienten vil i opfølgningsperioden være tilknyttet den primært behandlende afdeling dvs. gynækologisk afdeling ved ren kirurgisk behandling; onkologisk afdeling ved efterfølgende kemoterapi. Afdelingen er ansvarlig for, at patienten får udleveret relevante kontaktoplysninger til den opfølgende afdeling. Det skal fremgå af epikrise til egen læge og

af patientens opfølgningsplan, hvilken afdeling, der er ansvarlig for håndtering af mistanken om recidiv.

Mistanke hos egen læge om recidiv

I opfølgningsperioden:
Har egen læge mistanke om recidiv hos patienten, er denne ansvarlig for at tilbyde patienten henvisning til den afdeling, der har patienten i opfølgningsforløb. Henvisningen skal indeholde beskrivelse af de fund, der giver anledning til bekymringen. Herefter påhviler det afdelingen at vurdere situationen og sikre patientens videre forløb, fx ved at tilbyde ny udredning i pakkeforløb.

Efter opfølgningsperioden:
Opstår mistanken efter endt opfølgningsperiode, skal egen læge tilbyde patienten henvisning direkte til nyt pakkeforløb for kræft i æggestokkene på mistanke om recidiv, *uden om* filterfunktion.

Mistanke hos patienten selv om recidiv

I opfølgningsperioden:
Patienten kan selv henvende sig direkte til den afdeling, der varetager opfølgningen, ved mistanke om recidiv.

Efter opfølgningsperioden:
Efter endt opfølgning på afdelingen, skal patienten kontakte egen læge ved tegn på recidiv.

3. Rehabilitering og palliation

I dette kapitel beskrives de specifikke indsatser i patientforløbet for kræft i æggestokkene. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*[6] eller i relevante forebyggelsespakker[5]. De generelle rammer for vurdering af patientens behov for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation for kræftpatienter beskrives i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*[10] samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats*[11].

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen[4], med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov[5,6]. Dette kan ske på ethvert tidspunkt i kræftpakkeforløbet, når dette er hensigtsmæssigt. Henvisning hertil kan også foretages, inden der er stillet en diagnose.

Ved lægefagligt begrundet behov skal der udarbejdes en genoptræningsplan til enten 'almen genoptræning', 'genoptræning på specialiseret niveau' eller 'rehabilitering på specialiseret niveau'[12]. Der bør henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre eller medfører komplekse palliative problemstillinger.

Aktiv behandling af kræft i æggestokkene er ikke en hindring for at iværksætte relevante rehabiliterings- og/eller palliative indsatser. Patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at modtage behandling, skal også have foretaget en vurdering af deres behov.

Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*[10] for hhv. regionens, kommunens og almen praksis' roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

3.1. Specifik rehabilitering og palliation ved kræft i æggestokkene

Patienter, der behandles for kræft i æggestokkene, gennemgår oftest et meget langvarigt forløb, der er præget af gentagne recidiver med tilhørende tilbud om kemoterapeutisk behandling, antistofbehandling samt evt. re-operation. Den glidende overgang mellem kurativ og palliativ fase fordrer regelmæssig, systematiseret behovsvurdering samt adgang til rehabiliterende og palliative indsatser i hospitalsregi såvel som i almen praksis og kommune.

Støtteforanstaltninger for både fysiske og psyko-sociale følger af kræft i æggestokkene bør udgøre en del af opfølgningen, afhængig af behovet. Der vil ofte være tale om kombinationer af forskellige rehabiliterings- og/eller palliative indsatser sammen med mere direkte behandlinger af specifikke senfølger. Se yderligere i afsnit 3.2.1 og 3.2.2.

Når det vurderes, at der ikke er yderligere onkologiske behandlingstilbud ved progredierende sygdom, afsluttes forløbet på onkologisk afdeling, og patienten henvises til et palliativt forløb på gynækologisk afdeling på lokalt sygehus. Det er den onkologiske afdelings ansvar at henvise patienten samt i en samtale med patienten og eventuelt pårørende at informere om, hvor der henvises til. Den pågældende gynækologiske afdeling har ansvar for at indkalde patienten og eventuelt pårørende til en samtale, hvor der i fællesskab lægges en plan for det palliative forløb. Ved behov inddrages kommunale hjælpetilbud og patienten tilbydes henvisning til en specialiseret palliativ indsats.

Palliativ symptomlindring ved kræft i æggestokkene omfatter hyppigst følgende:

- Ascitesdrænage
- Udtømning af pleuravæske
- Råd om daglig afføring, afføringsmidler og kost. Evt. samtale om aflastende stomi (ved intermitterende subileus)
- Lymfødembehandling
- Smertebehandling
- Lindring af åndenød

3.2. Specifikke senfølger for kræft i æggestokkene

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

Læs yderligere i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*[13] samt i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*[10]. For information om bivirkninger til medicinsk behandling, henvises der til produktresuméer for de enkelte lægemidler

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

3.2.1. Fysiske senfølger

Nedenfor beskrives de fysiske senfølger, som relaterer sig til de forandringer, som kirurgisk og medicinsk behandling af kræft i æggestokkene kan medføre.

Seksualitet og kropsforandringer

Både kirurgisk behandling og kemoterapi kan initiere eller forøge menopausale symptomer så som hede- og svedeture, vaginal tørhed, søvnforstyrrelser, påvirket seksuel lyst og muskuloskeletale symptomer. Præmenopausale patienter går i menopause ved behandlingsstart og bliver infertile, dog med undtagelse af de ganske få patienter som kirurgisk behandles konservativt, indtil de har fået et barn.

Patienterne skal informeres om de mulige symptomer og muligheder for at afhjælpe disse. Sundhedsprofessionelle bør tage initiativ til drøftelser af seksuelle spørgsmål, evt. med inddragelse af patientens partner. Der skal vejledes i håndtering af seksuelle problemstillinger, og ved behov kan der henvises til sexologisk rådgivning.

Blære- og tarmproblemer

Efter kirurgisk behandling kan patienten være påvirket af arvæv og brok, problemer med tarmfunktion og vandladning samt skader på væv og nerver. Hos patienter med recidiv af kræft i æggestokkene, kan der være gentagne tilfælde med både ileus og sub-ileus, og patienten bør efter behov vejledes om hensigtsmæssig kost, tarmfunktion, brug af midler til regulering af afføring og evt. undervisning i stomipleje. Patienten skal ved behov tilbydes vejledning ved urogynækologisk fysioterapeut.

Lymfødem

Risikoen for udvikling af lymfødem er især relateret til lymfeknudefjernelse ved kirurgisk behandling, desuden kan overvægt bidrage til den samlede risiko.

Patienter, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse skal vurderes særligt med hensyn til udvikling af lymfødem. Patienten opfordres til en sund og aktiv livsstil og instrueres i at lave venepumpeøvelser. Hvis der opstår ødem, skal patienten tilbydes henvisning til lymfødembehandling og vejledning ved lymfødemterapeut (specialiseret fysioterapeut) i regionalt regi.

Bevægeapparatet

Efter kirurgisk behandling med åben operation kan patienten være påvirket af svækket mavemuskulatur og bør vejledes forebyggende i genoptræning af mavemuskulatur.

3.2.2. Psyko-sociale senfølger

Psyko-sociale senfølger kan omfatte angst og depression, frygt for recidiv, søvnforstyrrelser, mental træthed, seksuelle problemer, og kognitive problemer som fx nedsat hukommelse/koncentrationsbesvær samt sociale følger af diagnose og behandling, fx svækket arbejdsevne og arbejdsløshed. Kræft i æggestokkene er en alvorlig sygdom, der i de fleste tilfælde indebærer omfattende og langvarig behandling med både kirurgisk behandling og kemoterapi. Der kan være udtalte psyko-sociale senfølger.

Hos patienter behandlet for kræft i underlivet, kan der optræde problemstillinger så som ændret kropsopfattelse og seksualitet, som kan påvirke patientens selvbillede og relationer. Ca. 20% af patienter, der diagnosticeres med kræft i æggestokkene, er præmenopausale og ud af disse er en lille del så unge, at de endnu ikke har fået børn eller ikke er færdige med at få børn. Tabet af fertilitet kan udgøre en massiv psyko-social belastning for yngre patienter med kræft i æggestokkene.

Særligt for patienter behandlet for kræft i æggestokkene kan bevidstheden om den ofte store risiko for recidiv give utryghed og angst, og man bør derfor lytte til patientens ønsker og behov i forbindelse med opfølgningen. I denne situation vejer det psyko-sociale aspekt ofte langt tungere end eventuelle fysiske bivirkninger/senfølger.

Den psyko-sociale støtte kan bygge på samtaler, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende samt information om relevante patientforeninger (se links nedenfor). Det kan også være relevant med henvisning til afklarende samtale i kommunen og vejledning om muligheden for at opsøge en socialrådgiver.

Patientens egen læge kan give støtte ved en opfølgende samtale og evt. et samtaleforløb ved behov. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, bør patienten henvises til relevant instans, f.eks. psykolog eller psykiater. Dette sker typisk via patientens egen læge.

Patientforeninger:
Kræft i underlivet (KIU)
Kræftens bekæmpelse

Læs yderligere i DGCG's retningslinjer for sygepleje[14,15].

4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for kræft i æggestokkene. Det er vigtigt at understrege, at forløbstiderne ikke er udtryk for en patientrettighed, men en faglig rettesnor med anbefalede forløbstider. Der vil for en række patienter være grunde til, at forløbet bør være længere eller kortere end den her beskrevne tid, grundet faglige hensyn eller ønske fra patienten om fx yderligere betænkningstid. De samlede forløbstider til pakkeforløbet fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 1 Oversigt over forløbstider for kræft i æggestokkene

Henvisning		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		13 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	12 kalenderdage
	Medicinsk behandling	11 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	31 kalenderdage
	Medicinsk behandling	30 kalenderdage

Referenceliste

(1) Sundhedsstyrelsen. . Pakkeforløb og opfølgningsprogrammer - Begreber, forløbstider og monitorering. Opdateret: 2018. Link: https://www.sst.dk/~/media/028409D2A0F94772B19868ABEF06B626.ashx.

(2) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . Ovariecancer retningslinier - Retningslinier for visitation, diagnostik, behandling og opfølgning af epitelial ovarie-, tuba- og primær peritonealcancer samt borderline tumorer. Opdateret: 2016. Link: http://www.dgcg.dk/index.php/guidelines/ovariecancer-guidelines.

(3) Sundhedsstyrelsen. . Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Opdateret: 2016. Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/media/3AACA5B705B44EAF84F62B9FBB16AC7A.ashx.

(4) Sundheds- og Ældreministeriet. . Sundhedsloven. Opdateret: 2016. Link: https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=183932.

(5) Sundhedsstyrelsen. . Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Opdateret: 2018. Link: https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker.

(6) Sundhedsstyrelsen. . Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Opdateret: 2016. Link: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/kommunale-forebyggelsestilbud.

(7) Sundhedsstyrelsen. . Specialeplan for gynækologi og obstetrik. Opdateret: 2018. Link: https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/gynaekologi-og-obstetrik.

(8) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. . Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. Opdateret: 2016. Link: http://www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt-rev-15-02-2016.pdf.

(9) Dansk Selskab for Almen Medicin. . Kræftopfølgning i almen praksis. Opdateret: 2018. Link: https://vejledninger.dsam.dk/cancer/.

(10) Sundhedsstyrelsen. . Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Opdateret: 2012. Link: http://www.sst.dk/~/media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx.

(11) Sundhedsstyrelsen. . Anbefalinger for den palliative indsats. Opdateret: 2017. Link: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx;.

(12) Sundheds- og Ældreministeriet. . Bekendtgørelse om genoptræningspla-

ner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Opdateret: 2014. Link: https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164976.

(13) Sundhedsstyrelsen. . Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Opdateret: 2017. Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx;.

(14) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . National, procedurespecifik klinisk vejledning for patienter, med gynækologisk cancer.
Psykosocialt - at tilbyde kvinder, med gynækologisk kræft, den bedst mulige psykosociale støtte i det gynækologiske kræftpakkeforløb. Opdateret: 2017. Link: http://www.dgcg.dk/images/Grupper/Sygeplejegruppen/Opdateret2017/Psykosocialt.Klinisk%20vejledning%20DGCD%20NOV.%202016.pdf.

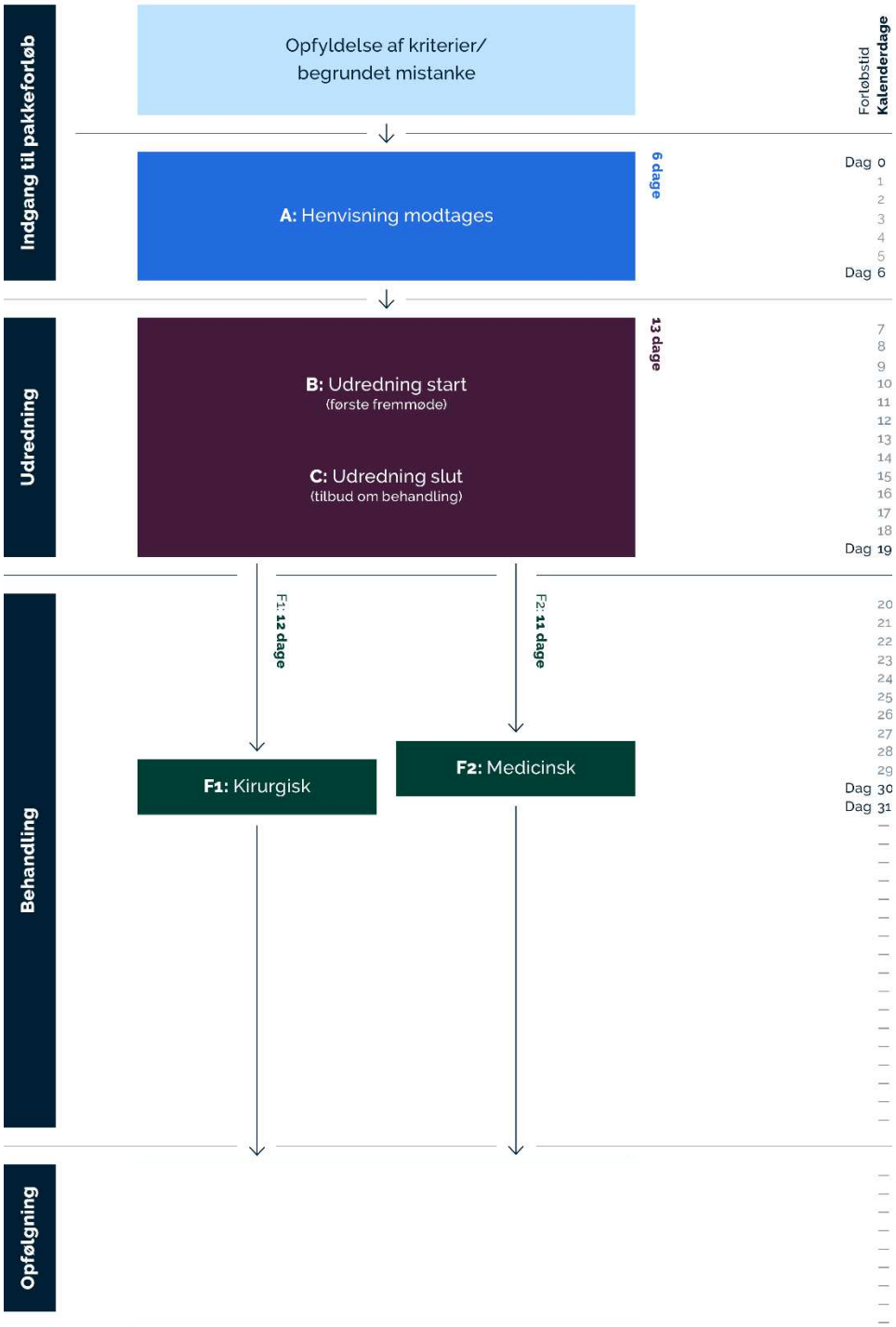
(15) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. . National, procedurespecifik klinisk vejledning til patienter, der henvises på mistanke om gynækologisk cancer - Sexualitet. Opdateret: 2017. Link: http://www.dgcg.dk/images/Grupper/Sygeplejegruppen/Opdateret2017/Ovariecancer_kv_sexualitet_2013.pdf.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i æggestokkene skal registreres:

- Når henvisning til pakkeforløb for kræft i æggestokkene er modtaget i afdeling/central visitationsenhed og opfylder kriterier for indgang til pakkeforløb.
- Når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til kriterier for indgang til pakkeforløb for kræft i æggestokkene uanset henvisningsmåde.

Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

Der registreres følgende kode:

AFB21A: Kræft i æggestok: Henvisning til pakkeforløb start

Forløbstiden er 6 kalenderdage

Der må gå 6 kalenderdage fra afdelingen/central visitationsenhed modtager henvisningen, til at udredning starter. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 7. kalenderdag. Denne dag for første fremmøde indregnes ikke i henvisningsperioden, men er den første dag i udredningsperioden.

Tiden består af:

- At håndtere henvisningen
- At booke relevante undersøgelser og samtaler

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal registreres ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræft i æggestokkene, hvad enten det er på gynækologisk, billeddiagnostisk eller anden paraklinisk afdeling.

Der registreres følgende kode:

AFB21B: Kræft i æggestok: Udredning start, første fremmøde

Registrering: Udredning slut (C)

Koden for udredning slut skal registreres, når udredningen er afsluttet, og der ved MDT-konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling. (Dette er ikke svarende til fælles beslutning med patienten, men registreres ved MDT-konference eller i forbindelse med at den kliniske beslutning er truffet om tilbud om initial behandling).

Der registreres en af følgende koder:

AFB21C1: Kræft i æggestok: Beslutning, tilbud om initial behandling

AFB21C1A: Kræft i æggestok: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

AFB21C2: Kræft i æggestok: Beslutning, initial behandling ikke relevant

AFB21C2A: Kræft i æggestok: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 13 kalenderdage

Der må gå 13 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af:

- Journaloptagelse, vurdering af almen tilstand, samtale om ernæringsoptimering, medicingennemgang og evt. stillingtagen til pausering forud for kirurgi
- Vurdering og stabilisering af evt. komorbiditet
- Revision af evt. patologi fra henvisende afdeling
- Billeddiagnostiske undersøgelser
- MDT-konference med stillingtagen til indikation for yderligere udredende/diagnostisk indgreb
- Evt. yderligere udredning/diagnostisk indgreb, herunder laparoskopi
- Evt. fornyet MDT-konference med fremvisning af patologi efter ovenstående yderligere udredning

Registrering: Afslutning af pakkeforløb for kræft i æggestokkene (X)

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

AFB01X1: Kræft i æggestok: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

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

AFB01X2: Kræft i æggestok: Pakkeforløb slut, patientens ønske

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

Registrering: Initial behandling (F)

Koden for initial behandling start skal registreres:

- Ved først forekommende behandlingstiltag rettet mod kræftsygdommen. Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling.

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

AFB21F1: Kræft i æggestok: Initial behandling start, kirurgisk

AFB21F2: Kræft i æggestok: Initial behandling start, medicinsk

Forløbstiden til kirurgisk behandling er 12 kalenderdage

Der må gå 12 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten modtager kirurgisk behandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Samtale med sygeplejerske, anæstesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik og blodprøver
- Bookning af kirurger (gynækolog, mave-tarm kirurg og evt. urolog)
- Bookning af intensiv plads
- Ernæringsoptimering
- Fortsat håndtering af komorbiditet

Forløbstiden til medicinsk behandling er 11 kalenderdage

Der må gå 11 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage medicinsk behandling.

Tiden består af:

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

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpegning og arbejdsplads
Formand for arbejdsgruppen Læge Nanna Cassandra Læssøe	Sundhedsstyrelsen
Fysioterapeut Jette Marquardsen	Udpeget af KL Center for Kræft og Sundhed København
Overlæge Erik Søgaard	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
Overlæge Jon Thor Asmussen	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Onkoradiologisk Sektion, Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Klinikchef Lene Lundvall	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
Overlæge Pernille Christiansen	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Patologiafdelingen, Rigshospitalet
Professor Pernille Jensen	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Trine Nøttrup	Udpeget af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe Onkologisk klinik, Rigshospitalet
Praktiserende læge Annika Norsk Jensen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

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

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen.

Specialkonsulent Marie Maul	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Tamara Elisabeth Steiner	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Jonas Vive	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Naja Vyberg	Sundhedsstyrelsen
Sekretær Tina Birch	Sundhedsstyrelsen

Pakkeforløb for kræft i æggestokkene

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-037-9

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

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2019

Publikationer om kræftpakkerne:

- Indgang til pakkeforløb for kræft i æggestokkene
- Læsevejledning: pakkeforløb og opfølgningsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering.
- Patientpjece om pakkeforløb for kræft i æggestokkene

Se alle publikationerne her