



Pakkeforløb for kræft i urinvejene

For fagfolk



Pakkeforløb for kræft i urinvejene

For fagfolk

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-076-8

Sprog: Dansk

Version: 4.0

Versionsdato: 24.11.2020

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Maj, 2019

Publikationer om kræftpakkerne:

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

[Se alle publikationer her](#)

Indholdsfortegnelse

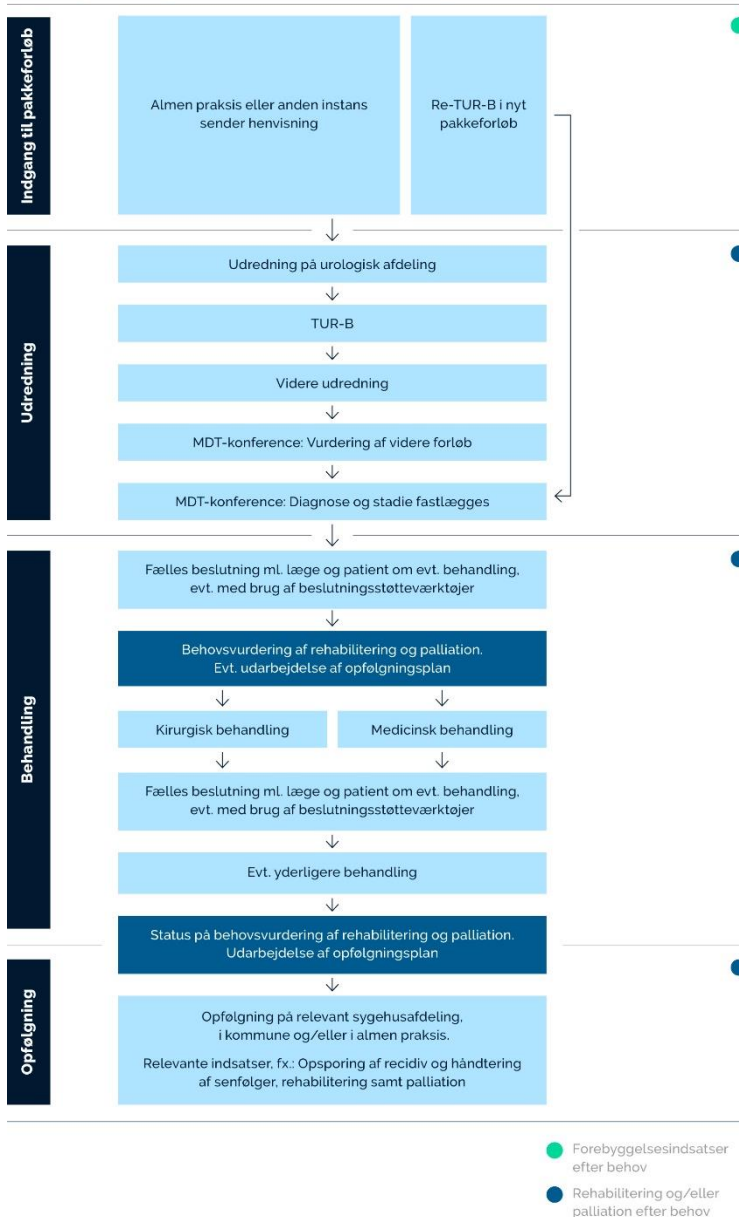
1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i urinvejene	4
1.1. Flowchart for kræft i blæren.....	4
1.2. Flowchart for kræft i nyren	5
1.3. Flowchart for kræft i nyrebækken og urinleder	6
2. Forløbsbeskrivelse	7
2.1. Indgang til pakkeforløb for kræft i urinvejene.....	7
2.2. Udredning.....	8
2.3. Behandling	8
2.4. Opfølgning og opsporing af recidiv og progression	10
3. Rehabilitering og palliation	15
3.1. Rehabilitering og palliation ved kræft i urinvejene	15
3.2. Senfølger for kræft i urinvejene	19
4. Forløbstider	21
Referenceliste.....	23
Bilagsfortegnelse	28
Bilag 1: Registreringsvejledning	29
Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning	44

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

1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i urinvejene

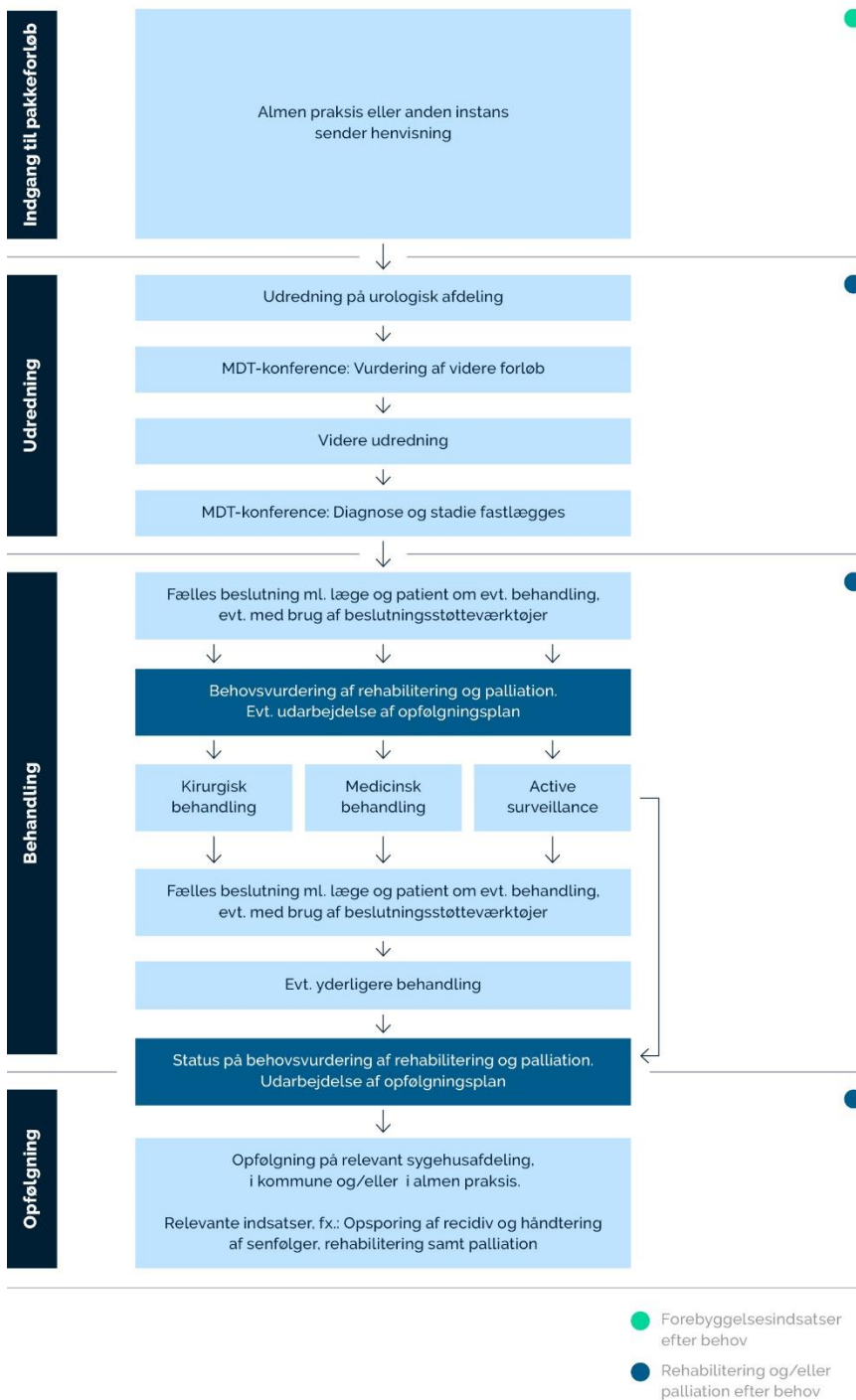
1.1. Flowchart for kræft i blæren

Oversigt over pakkeforløb for kræft i blæren



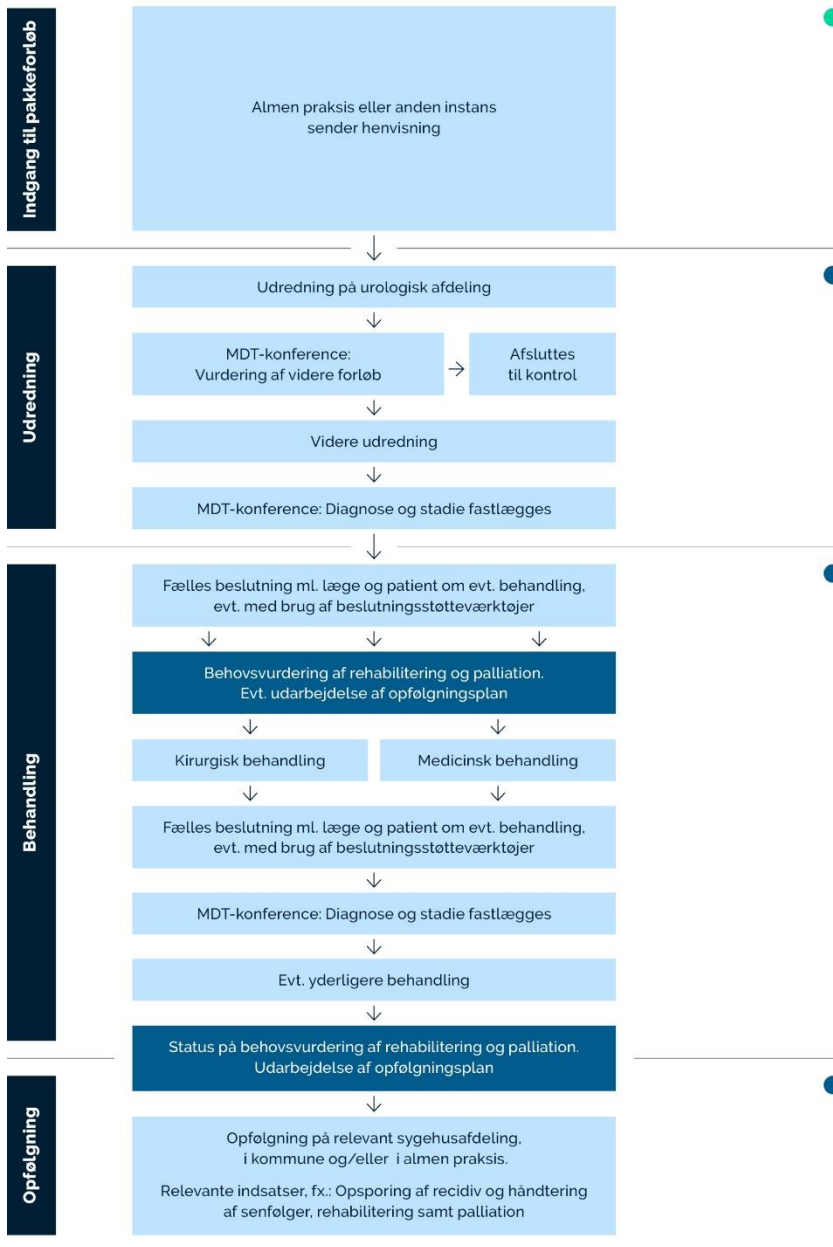
1.2. Flowchart for kræft i nyren

Oversigt over pakkeforløb for kræft i nyren



1.3. Flowchart for kræft i nyrebækken og urinleder

Oversigt over pakkeforløb for kræft i nyrebækken og urinleder



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

2. Forløbsbeskrivelse

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

I afsnittene om udredning, behandling og opfølgning beskrives tre separate forløb, hvor de særskilte forhold for hhv. blærekræft, nyrekræft samt nyrebækken- og urinlederkræft vil blive beskrevet.

2.1. Indgang til pakkeforløb for kræft i urinvejene

2.1.1. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for kræft i urinvejene

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

- Makroskopisk hæmaturi uden anden åbenbar årsag*
- Hos patienter over 60 år, hvor der findes mikroskopisk hæmaturi og minimum et af følgende symptomer eller fund:
 - smerter i blæreregionen
 - irritative vandladningsgener
 - flanksmerter
 - palpabel udfyldning
- Billeddiagnostisk undersøgelse, udført på radiologisk afdeling, som giver mistanke om kræft i blære, nyre, nyrebækken eller urinleder
- Patienter med tidligere tumor i blære, nyre, nyrebækken eller urinleder, der som del af opfølgningsregime med skopi eller billeddiagnostik får påvist ny tumor i blære, nyre, nyrebækken eller urinleder.

Patienter, der følges i et fast opfølgningsprogram i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer på grund af tidligere ikke-invasiv blærekræft (Ta-tumorer), skal ikke henvises til nyt pakkeforløb.

**Anden åbenbar årsag kan f.eks. være dysreguleret antikoagulans behandling, 1. gangs dyrkningsverificeret urinvejsbetændelse og hæmaturi efter urinretention.*

Ved behov skal henvisende læge overveje at henvise patienten til en afklarende samtale i kommunalt regi² med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (se afsnit 3)^{3,4}.

2.2. Udredning

Udredningen forløber i henhold til DaRenCa's (Dansk Renal Cancer Gruppe) retningslinje for nyrekræft og DaBlaCa's (Dansk Blære Cancer Gruppe) retningslinjer for blærekræft og kræft i urinleder og nyrebækken ⁵⁻⁷.

Det bærende element i udredningen af patienter i pakkeforløb for kræft i urinvejene er en initial udredning med objektiv undersøgelse, CT-urografi samt cystoskopi. Det efterfølges af videre udredning, afhængigt af hvilken kræfttype der mistænkes, på baggrund af resultatet ved den initiale udredning:

- Ved mistanke om kræft i blæren laves der en TUR-B (transuretral resektion af blæren).
- Ved mistanke om kræft i nyren anbefales biopsi gennem huden, hvis tumorer er <4 cm.
- Ved mistanke om kræft i nyrebækken og urinleder er skopi og biopsi centrale.

For alle tre kræftsygdomme er metastaseudredning ved billeddiagnostiske undersøgelser og eventuelle biopsier en central del af den videre udredning.

Hvis kræftdiagnosen afkræftes, er det vigtigt, at henvisende læge hurtigt får information herom for at kunne koordinere det videre forløb for de patienter, som skal videreudredes i andet regi.

2.2.1. Fastlæggelse af diagnose og stadietdeling (MDT-konference)

Beslutning om behandlingstype drøftes ved afslutningen af den diagnostiske udredning på MDT-konference ⁸. Hvis der i det diagnostiske team er konsensus om, at der er malignitet, er der i de fleste tilfælde det fornødne grundlag til at træffe beslutning om tilbud af behandlingstype.

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. Behandling

2.3.1. Behandlingsmuligheder ved blærekræft

Nedenstående beskriver overordnet behandlingsmulighederne for kræft i blæren. For en mere uddybende beskrivelse henvises der til DaBlaCa's kliniske retningslinjer ⁶.

Blærekræft deles op i ikke-invasive tumorer (Ta og CIS) og invasive tumorer (T1-T4).

De ikke-invasive tumorer behandles oftest med resektion ved TUR-B samt skyllebehandling. Størstedelen af patienter med Ta-tumorer skal ikke have yderligere behandling end

kirurgisk fjernelse af tumoren i forbindelse med TUR-B, eventuelt suppleret med lokal skyllebehandling.

For de invasive tumorer gælder det, at patienter med ikke-muskelinvasive tumorer (T1) i nogle tilfælde kan helbredes med TUR-B og perioperativ skyllebehandling. I nogle tilfælde vil man lave fornyet TUR-B efter 2-6 uger. Behandling med kurativt (helbredende) sigte af patienter med muskelinvasive tumorer (T2-T4), og i nogle tilfælde ved T1 tumorer, består af cystektomi med samtidig lymfeknudeexiase, eventuelt forudgået af kemoterapi. Patienter med inoperabel blærekræft kan tilbydes kemoterapi eller strålebehandling i pallierende øjemed, såfremt almentilstanden tillader det.

Strålebehandling med kurativt sigte kan tilbydes til nogle patienter med invasive tumorer, hvor cystektomi af forskellige årsager ikke er at foretrække (alder, komorbiditet, patientpræference mv.).

Blærekræftspecifik præhabilitering

Det er vigtigt, at de præhabiliterende indsatser påbegyndes så tidligt som muligt. Dog forudsætter tilbud om nogle præhabiliteringsindsatser, at der er taget stilling til, hvilken behandling patienten kan tilbydes.

Patienten skal have information og vejledning om:

- Ernæring, herunder identificering af ernæringsmæssige risikofaktorer samt interventioner, der retter sig mod at optimere energi- og proteinindtag op til behandlingen ⁹⁻¹³
- Fysisk træning, f.eks. hjemmebaseret fysisk træning sammensat og instrueret sundhedspersonale med særlige kompetencer ¹⁴⁻²⁰
- Støtte til rygestop og eventuel rådgivning fra uddannede rygestop-instruktører samt tilbud om nikotinsubstitution ²¹⁻²³
- Præoperativ oplæring i stomipleje ^{24, 25}
- Vejledning ift. alkohol ^{22, 26-29}

Patienter, der er tilbudt cystektomi, skal tilbydes to ugers præoperativ fysisk hjemmetræning, instrueret og løbende superviseret af sundhedspersonale med særlige kompetencer. Denne indsats skal i relevant omfang suppleres af en ernæringsindsats. Endvidere skal gruppen tilbydes urostomioplæring inden operation, ligeledes under supervision. Introduktionen til disse præhabiliteringsindsatser kan med fordel ske på et endagsseminar, hvor der også bør informeres grundigt om de fysiske, psykiske og seksuelle følger af operationen.

2.3.2. Behandlingsmuligheder ved nyrekræft

Nedenstående beskriver overordnet behandlingsmulighederne for nyrekræft. For uddybning henvises der til DaRenCa's kliniske retningslinjer ⁵.

Generelt gælder, at den eneste behandling med kurativt sigte er kirurgisk fjernelse af tumoren. Omfanget af indgrebet bestemmes primært af tumorstørrelse/T-stadie. Ved mindre tumorer, kan der foretages forskellige typer nyrebevarende kirurgi; partiel nefrektomi, kryo- eller anden ablationsbehandling. Når ovenstående ikke er muligt, kan der tilbydes nefrektomi. I tillæg til dette kan der ved mistanke om lymfeknudemetastaser foretages lymfadenektomi og ved mistanke om solitær metastase foretages fjernelse af denne. Ved nyrekræft, hvor det ikke vurderes muligt at tilbyde patienten behandling med kurativt sigte, kan patienten tilbydes onkologisk behandling enten i form af targeteret medicinsk behandling eller immunterapi. Derudover kan overvågning uden behandling ved små tumorer (active surveillance) i nogle tilfælde vælges fx hos patienter med høj alder eller betydelig komorbiditet. Denne overvågning sker via regelmæssige CT-skanninger, hvorved der kan tages stilling til behandling, hvis tumoren vokser.

2.3.3. Behandlingsmuligheder ved nyrebækken- og urinlederkræft

Nedenstående beskriver overordnet behandlingsmulighederne for nyrebækken- og urinlederkræft. For en mere uddybende beskrivelse henvises der til DaBlaCa's kliniske retningslinjer ^{7,24}.

Kræft i nyrebækken og urinleder kan overordnet deles op i non-invasive og i invasive tumorer.

Ved tumorer af høj malignitetsgrad og ved alle invasive tumorer tilbydes behandling med kurativt sigte, bestående af nefroureterektomi, hvis dette vurderes muligt. Mindre low-grade tumorer kan i nogle tilfælde fjernes ved endoskopisk behandling. Lokalavanceret eller metastatisk nyrebækken- og urinlederkræft behandles med kemoterapi samt eventuel salvage-kirurgi, hvor så meget tumorvæv som muligt fjernes for at lindre patientens symptomer

2.3.4. Vurdering af behov på diagnosetidspunktet og under behandling

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

2.4. Opfølgning og opsporing af recidiv og progression

I dette afsnit beskrives først patientens individuelle plan for opfølgning, og derefter opsporing af recidiv og progression for hver af de tre typer af kræft i urinvejene.

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. Opfølgningen kan påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling, og en opfølgningsplan skal senest udarbejdes af den behandlende afdeling ved afslutning af behandlingen. Patienten skal til alle tider kunne tilgå sin opfølgningsplan. En mundtlig opfølgningsplan er ikke tilstrækkelig.

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

- Håndtering af bivirkninger
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv eller progression (blærekræft: afsnit 2.4.2, nyrekræft: afsnit 2.4.3 og nyrebækken- og urinlederkræft: afsnit 2.4.4)
- Rehabilitering og palliation (afsnit 3)
- Håndtering af senfølger (afsnit 3.2)

Patienten bør i forbindelse med udarbejdelsen af opfølgningsplanen informeres om tegn på recidiv, progression og senfølger, samt hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse fremkommer. Afdelingen er ansvarlig for, at patienten får udleveret relevante kontaktoplysninger i forbindelse med, at patienten orienteres om planen for opfølgning.

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling kan patienten med fordel henvises til en opfølgende samtale hos egen læge. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om kræftopfølgning i almen praksis ³⁰.

2.4.2 Opsporing af recidiv og progression ved blærekræft

Der tilbydes opfølgning med henblik på opsporing af recidiv i henhold til DaBlaCa's landsdækkende kliniske retningslinjer for behandling af blærekræft i Danmark.

Strålebehandlede og opererede patienter følges på urologisk afdeling. Cystoskopi foretages på urologisk afdeling. Patienter behandlet med kemoterapi eller immunterapi for lokalavanceret sygdom eller metastatisk sygdom følges på onkologisk afdeling, så længe patienten er kandidat til yderligere behandling ved recidiv/progression.

Generelt gælder, at der efter endt behandling tages stilling til, hvor de enkelte delelementer i det valgte opfølgningsprogram skal foregå. Opgaverne placeres på det mest relevante niveau, dvs. i patientens nærhed ved egen læge eller på urologisk afdeling. Nogle patienter kræver som udgangspunkt højt specialiseret opfølgning pga. sjældenhed, kompleksitet eller lignende. Se yderligere for de enkelte delelementer nedenfor:

- Patienter med tidligere ikke-invasive blæretumorer (Ta-tumorer) følges i opfølgningsprogram med cystoskopier i fastlagte intervaller, da risikoen for udvikling af ny ikke-invasiv blærekræft er stor. Opfølgningsprogrammet er beskrevet i de landsdækkende kliniske retningslinjer for behandling af blæretumorer. Patienterne følges i intervaller

på henholdsvis 4, 8 og 12 måneder afhængig af, hvad fundet er ved seneste cystoskopi. Såfremt der er behov for TUR-B efter cystoskopi skal det ske i henhold til bekendtgørelse om maksimale ventetider.

- Patienter med pT1-tumor, som tidligere er behandlet med TUR-B, følges med fleksibel cystoskopi og cytologisk undersøgelse.
- Patienter, der har fået fjernet blæren (cystektomi), følges med CT-skanning og klinisk opfølgning på urologisk afdeling.
- Patienter, der har gennemgået strålebehandling med kurativt sigte, følges med en kombination af lokal kontrol (cystoskopi) og kontrol med henblik på at opspore fjernmetastaser (CT skanning). Første cystoskopi med biopsi i generel anæstesi 4 måneder efter strålebehandlingens afslutning skal foregå på en specialiseret afdeling jf. gældende specialeplan ³¹, idet manglende effekt af strålebehandlingen kan indicere stillingtagen til anden kurativ behandling i form af cystektomi.
- Patienter behandlet med kemoterapi følges på specialiseret onkologisk afdeling, så længe patienten er kandidat til yderligere behandling ved recidiv. Patienter som ikke er cystektomerede, men som har komplet respons på medicinsk behandling, skal kontrolleres med cystoskopi og CT-skanning.

Opfølgningen planlægges og varetages tværfagligt og multidisciplinært efter behov.

2.4.3 Opsporing af recidiv og progression ved nyrekræft

Der tilbydes individuelt tilrettelagt opfølgning med henblik på opsporing af recidiv og progression i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer.

Patienterne følges på urologisk afdeling med CT-skanninger af thorax og abdomen i bestemte tidsintervaller stratificeret efter primærtumors størrelse, kræfttype mv. Indsatser i forhold til recidiv og progression, herunder skanning.

2.4.4 Opsporing af recidiv og progression ved nyrebækken- og urinlederkræft

Der tilbydes opfølgning med henblik på opsporing af recidiv og progression i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer. Ureteronefroskopi og CT-skanning foretages på henholdsvis urologisk og radiologisk afdeling.

2.4.5 Egen læges rolle under og efter opfølgning på sygehus ved kræft i urinvejene

Hvad skal egen læge følge:

For patienter behandlet for kræft i blære eller nyrebækken og urinleder har egen læge ingen specifik rolle i forhold til kræftopfølgning, medens patienten følges på sygehuset.

Patienter, der er behandlet for nyrekræft, har øget risiko for at udvikle forhøjet blodtryk, da nyrerne spiller en rolle i reguleringen af blodtrykket. Blodtrykket bør for disse patienter følges i almen praksis, da det ofte vil være forhøjet i forbindelse med opfølgning på sygehuset ved kontrolbesøg, hvor patienten får svar på CT-skanninger. Ved langvarig opfølgning i sygehusregi og ved lange intervaller mellem kontrolbesøg kan det for patienter

med nedsat nyrefunktion være hensigtsmæssigt, at patientens egen læge kontrollerer nyrefunktionen ved måling af se-kreatinin. Opfølgende afdeling skal informere patientens egen læge om, i hvilket omfang denne skal forestå ovenstående opfølgning. Dette bør gøres i forbindelse med opstart af langvarig opfølgning.

For patienter med urostomi holdes forløbet i stomiambulatorium åbent efter endt opfølgning på sygehuset. Patienten kan derfor henvende sig direkte her ved mistanke om sygdom relateret til eller problemer med urostomien.

2.4.6 Egen læges rolle efter opfølgning på sygehus ved kræft i urinvejene

For patienter behandlet for kræft i urinvejene gælder, at patientens egen læge ved afslutning af opfølgning i sygehusregi via epikrisen konkret skal rådgives om i hvilket omfang og med hvilke undersøgelser, patienten bør følges fremadrettet. Denne information skal indeholde rådgivning om, at egen læge bør foretage nedenstående kontrol livslangt samt, at egen læge bør have fokus på at sikre, at patienten henvender sig, hvis der opstår senfølger såsom lymfødem, inkontinens eller smerter.

- Kontrol af blodtryk
- Kontrol af hæmoglobin, Se-kreatinin og eGRF minimum en gang årligt
- Ved urostomi bør cobalaminniveau (B-12 vitamin) kontrolleres på grund af hæmmet optagelse af B-12 vitamin fra tarmen

2.4.7 Hvornår skal egen læge reagere?

Den alment praktiserende læge bør via epikrisen rådgives om, ved hvilke symptomer og fund, at patienten bør henvises tilbage til urologisk afdeling. Det bør endvidere fremgå af epikrise og af patientens opfølgningsplan, hvilken afdeling der er ansvarlig for håndtering af mistanken om recidiv.

Patienterne er i øget risiko for kronisk nyresygdom, hvorfor den alment praktiserende læge ved hastigt faldende nyrefunktion og/eller udvikling af kronisk nyresygdom i stadium 4 (eGFR < 30 mL/min) bør henvise patienten til nyremedicinsk afdeling.

Ved fund af anæmi udredes årsagen, og patienten behandles årsagsrettet jf. gældende retningslinjer.

Ved fund af B-12 vitaminmangel skal patienten tilbydes behandling med peroral B-12 vitamin med aftaler om kontinuerlig opfølgning. Hvis peroral behandling ikke er sufficient, tilbydes behandling med intramuskulær B-12 vitamin.

2.4.8 Mistanke hos egen læge om recidiv og progression

Har egen læge mistanke om recidiv eller progression hos patienten, er denne ansvarlig for at henvise patienten til den afdeling, der har haft patienten i opfølgingsforløb. Henvisningen skal være kort og indeholde beskrivelse af de fund, der giver anledning til bekymringen. Herefter påhviler det afdelingen at vurdere situationen og sikre patientens videre forløb, f.eks. ved ny udredning i pakkeforløb ved mistanke om recidiv.

2.4.9 Mistanke hos patienten selv om recidiv og progression

I opfølgningsperioden på sygehuset

I opfølgningsperioden efter afslutning af behandling kan patienten henvende sig direkte til den afdeling, der forestår opfølgningen uden forudgående besøg ved egen læge.

Efter opfølgningsperioden på sygehuset

Efter endt opfølgning på afdelingen skal patienten kontakte egen læge ved mistanke om recidiv af nyrekræft, medens patienter med mistanke om recidiv af blærekræft eller mistanke om recidiv af nyrebækken- og urinlederkræft kan kontakte den afdeling, der stod for opfølgningen direkte.

3. Rehabilitering og palliation

I dette afsnit beskrives de urinvejskræftspecifikke indsatser i patientforløbet. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁴ eller i relevante forebyggelsespakker³². 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*³³ samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats*³⁴.

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, bør der henvises til en afklarende samtale i kommunen³ med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov^{4,32}. Dette kan ske på ethvert tidspunkt i kræftpakkeforløbet, når dette er hensigtsmæssigt. Henvisning hertil kan 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'³⁵. Der kan henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre eller komplekse palliative problemstillinger.

Aktiv behandling af kræft i urinvejene er ikke en hindring for at iværksætte relevante rehabiliterings- og/eller palliative indsatser. Patienter, der ikke ønsker eller ikke 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*³³ for henholdsvis regionens, kommunens og almen praksis roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

3.1. Rehabilitering og palliation ved kræft i urinvejene

De rehabiliterende og pallierende indsatser bør foregå der, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patienten i forhold til faglig indsats, viden og formål. I de kommende afsnit beskrives de specifikke indsatser for hhv. blærekræft, nyrekræft og nyrebækken og urinlederkræft.

3.1.1. Blærekræftspecifik rehabilitering

TUR-B

Patienter, der har gennemgået TUR-B, kan opleve gener fra blæren, og den rehabiliterende indsats skal derfor fokusere på:

- Information og vejledning således at patienten kender følger af TUR-B samt er i stand til at forebygge og reagere på eventuelle følger (f.eks. cystitis, hæmaturi)
- Sikring af sufficient vandladning (f.eks. med kateter)
- Allerede tidligt i forløbet bør der informeres og vejledes om rygestop for at reducere komplikationer ved fremtidig kirurgi.

Cystektomi

Patienter, der har fået fjernet blæren, får en ny urinafledning. Patienterne vil som følge heraf opleve en ændring af kroppen og dennes funktion. Dette øger risikoen for nedsat livskvalitet. Den rehabiliterende indsats til disse patienter omhandler derfor:

- Patienter med urostomi skal vejledes specifikt i stomipleje, samt hvad patienten selv kan gøre eller hvor patienten skal henvende sig ved eventuelle lækageproblemer. Vejledningen bør varetages af sundhedspersonale med kompetencer i stomipleje og bør varetages på urologisk afdeling. Patienter med neoblære skal specifikt vejledes i tømningintervaller, vandladningsteknik og bækkenbundstræning af sundhedspersonale med relevante kompetencer. Patienten skal ligeledes tilses af sundhedspersonale med relevante kompetencer i træning af bækkenbundsmuskulatur med henblik på information om og mulighed for træning af bækkenbundsmuskulatur³⁶. Vejledningen kan påbegyndes i forbindelse med indlæggelse, men kan efterfølgende tilbydes som kommunal kræftrehabilitering³³.
- Patienter med kontinent reservoir skal vejledes specifikt i kateterisation og tømningintervaller og skal vejledes i, hvad patienten selv kan gøre, eller hvor denne skal henvende sig ved kateterisationsproblemer. Vejledningen bør varetages af sundhedspersonale med kompetencer omkring kontinent reservoir og bør varetages på urologisk afdeling.
- Information, viden, vejledning og støtte i forhold til den enkelte patient og dennes urinafledning. Dette med henblik på at patienten kan tilpasse sig fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle forandringer, således at patientens hverdag genetableres. Denne opgave kan varetages i et kommunalt tilbud, såfremt de rette kompetencer er tilstede.
- Patientens pårørende skal, såfremt patient og pårørende måtte ønske det, inddrages. Dette er med baggrund i, at pårørende har en betydelig rolle som støtte for patienten i genetableringen af hverdagen og genvinding af livskvalitet.
- Cystektomerede patienter skal som minimum tilbydes ét opfølgingsbesøg hos sundhedsperson på urologisk afdeling med de nødvendige kompetencer. Herefter er det en individuel vurdering, om patienten har behov for yderligere besøg.
- Patienter, der har fået foretaget cystektomi med anlæggelse af en neoblære, skal instrueres i korrekt udført bækkenbundstræning senest i forbindelse med kateterfjernelse. Instruksen bør varetages på urologisk afdeling, skal udføres af en sundhedsperson med særlige kompetencer ift. bækkenbundstræning og skal have fokus på at sikre, at patienten kniber korrekt³⁷.
- Især hos patienter med urinafledning er rehabiliteringen efter det kirurgiske indgreb væsentligt. Der kan benyttes "patient related outcome measures" (PROM) til at følge

kontinens ved patienter med neoblære samt impotens- og seksualitetsproblematikker. Opfølgning ift. om urinafledningen er velfungerende samt kontrol af nyrefunktion er ligeledes væsentligt.

Strålebehandling

Patienter, der har gennemgået strålebehandling for blærekræft, er i risiko for at få kroniske blæresymptomer i form af hyppig og smertefuld vandladning (14-26 % af patienterne). Den rehabiliterende indsats fokuserer derfor på:

- Information, vejledning og eventuel medicinsk behandling, der er nødvendig for, at patienterne kan opnå bedst muligt fysisk, psykisk og social funktionsevne.

Cystektomi eller strålebehandling

Fælles for patienter, der har gennemgået cystektomi eller strålebehandling, er høj risiko for at opleve seksuelle problemstillinger (36-67 % af patienterne er efter behandlingen ikke tilfredse med seksuallivet; risikoen er størst for cystektomerede patienter). Den rehabiliterende indsats fokuserer derfor på:

- Information, vejledning og eventuel medicinsk behandling der er nødvendig for, at patienten opnår bedst mulig samliv og seksualliv.

Patienterne har endvidere risiko for at udvikle problemer i forhold til tarmfunktion (blod og slim i afføringen samt tendens til diarre). Den rehabiliterende indsats fokuserer derfor på:

- Information, vejledning og eventuel medicinsk behandling for at disse patienter kan opnå bedst mulig fysisk, psykisk og social funktionsevne.

Cystektomerede og strålebehandlede patienter er i risiko for at udvikle afløbshindring og nyreinsufficiens. Den rehabiliterende indsats fokuserer derfor på:

- Information og vejledning således at patienten er opmærksom på feber, flankesmerter og tendens til urinvejsinfektion, så eventuel behandling kan iværksættes (nefrostomikateter, JJ-kateter, reimplantation af urinleder m.m.) Hos patienter med kontinent reservoir skal man være opmærksom på hyppigheden af katarisation af reservoiret.

3.1.2. Blærekræftspecifik palliation

For nogle patienter er behandling med kurativt sigte ikke mulig eller behandlingen er fra-valgt. Disse patienter kan opleve symptomer i form af blødning, vandladningsbesvær, på-virket nyrefunktion eller smerter. Den pallierende indsats kan omfatte:

- Behandling af eventuelle anæmisymptomer
- Sikring af sufficient vandladning (kateter)
- Onkologisk, strålebehandling eller kirurgisk intervention med henblik på at standse/reducere blødning

Patienterne har endvidere risiko for at udvikle afløbshindring pga. tumorvækst i blæren. Den palliative indsats fokuserer derfor også på:

- Information og vejledning med henblik på, at patienten kan være opmærksom på feber og flankesmerter, så eventuel behandling kan iværksættes (nefrostomikateter, JJ-kateter) for at bevare nyrefunktion.

3.1.3. Nyrekræftspecifik rehabilitering

Patienter, der har fået fjernet en nyre eller en del af nyren, skal have støtte til egenomsorg, information og vejledning omkring, hvad dette kan medføre. Endvidere at patienten kan forebygge hjertekarsygdom (f.eks. vejledning om kost, motion, rygestop) og nyreinsufficiens (f.eks. vejledning om væskeindtag, reduktion i saltindtag), således at patienten vil være i stand til at reagere på eventuelle symptomer på dette (f.eks. hypertension og tegn på nedsat nyrefunktion som hudkløe og anæmi).

3.1.4. Nyrekræftspecifik palliation

For patienter, der debuterer med eller senere udvikler metastatisk sygdom, skal relevansen af følgende overvejes:

- Palliativ systemisk behandling
- Patienter med knogle-, organ- eller bløddelsmetastaser kan have gavn af strålebehandling med palliativt sigte
- Behandling af anæmi/anæmisymptomer
- Radiologisk, strålebehandling eller kirurgisk intervention for at standse/reducere blødning
- Patienterne bør følges på urologisk afdeling eller ved palliativ enhed

3.1.5. Nyrebækken- og urinlederkræftspecifik rehabilitering

Da patienter, der er behandlet med kurativt sigte, får fjernet en nyre, omhandler rehabiliteringsindsatsen de samme tiltag, som hos nyrekræftpatienter, der er nefrektomerede.

3.1.6. Nyrebækken- og urinlederkræftspecifik palliation

For patienter, der debuterer med eller senere udvikler metastatisk sygdom, skal relevansen af følgende overvejes:

- Behandling af anæmi
- Sikring af sufficient vandladning (eventuelt med nefrostomi)
- Radiologisk, strålebehandling eller kirurgisk intervention for at standse/reducere blødning

3.2. Senfølger for kræft i urinvejene

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

Læs yderligere i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*³⁸ samt i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*³³. For information om bivirkninger til medicinsk behandling henvises til produktresuméer for de enkelte lægemidler.

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

3.2.1. Blærekræftspecifikke senfølger

Mulige senfølger efter kirurgi

Mulige senfølger ved kirurgisk behandling af blærekræft vil ofte være seksuel dysfunktion, inkontinens, hernie, tarmobstruktion³⁸, ændret kropsbillede samt lymfødem (ved fjernelse af lymfeknuder)³⁹. Ved behov henvises til lymfødembehandling hos sundhedspersonale med relevante kompetencer, der afgør typen af lymfødembehandling.

Mulige senfølger efter strålebehandling

Som mulige senfølger efter strålebehandling kan blæren over en årrække gennemgå varierende grader af fibrotisk forandring samt svækkelse af slimhindebelægningen med nedsat blærekapacitet til følge. Kliniske symptomer inkluderer hyppig vandladning, akut behov for vandladning, smerter eller ubehag i forbindelse med vandladning, overaktiv blære, hæmaturi, ulceration og risiko for perforation og fisteldannelse. Urininkontinens kan påvirke livskvaliteten og er associeret med seksuel dysfunktion, social isolation, problemer med at passe arbejdet samt angst og depression. Risikoen for lymfødem øges ved fjernelse af lymfeknuder kombineret med strålebehandling³⁷.

Mulige senfølger efter kemoterapi/immunoterapi

Patienter, der har fået behandling med kemoterapi/immunoterapi, har risiko for sekundære maligne sygdomme. Ved nogle behandlinger med kemoterapi er der risiko for udvikling af hørenedsættelse, føleforstyrrelser i hænder og fødder og udvikling af nyreskade. Selvom en eventuel akut nyreskade ofte er reversibel, kan irreversibel skade også forekomme. Eksisterende nyresygdom, alder og samtidig brug af nefrotoksiske lægemidler øger risikoen for kronisk nedsat nyrefunktion hos kræftoverlevende.

Senkomplikationer til immunterapi forårsages af immunsystemets uhensigtsmæssige reaktion mod kroppens normale celler, hvilket kan føre til irreversible skader på hjerne, hjerte, kroppens kirtler, lunger, tarm m.m.

3.2.2. Nyrekræftspecifikke senfølger

Mulige senfølger efter kirurgi

Patienter, der er kirurgisk behandlet for nyrekræft, kan udvikle brok og tarmobstruktion ⁴⁰. Andre senfølger kan være nedsat nyrefunktion og nyresvigt med risiko for kardiovaskulær sygdom, hypertension, anæmi og forstyrrelser i kalkstofskiftet ³⁷.

Mulige senfølger efter systemisk behandling

Hovedparten af patienterne tilbydes primært targeteret medicinsk behandling. Bivirkningerne fra disse behandlinger kan ramme alle organer. Hypertension er en hyppig bivirkning, som ubehandlet kan øge risikoen for kardiovaskulære senkomplikationer. Blodtrykket skal følges hos alle patienter, om muligt kan dette gøres af patienten selv. Ved stigende værdier bør patienten søge læge. Der kan ses irreversibel påvirkning af nyrefunktionen, lungefunktionen og hjertets pumpefunktion med potentielt behov for opfølgning og involvering af relevante specialer.

Immunterapi benyttes til en stigende andel. Senkomplikationer til immunterapi forårsages af immunsystemets uhensigtsmæssige reaktion mod kroppens normale celler, hvilket kan føre til irreversible skader på hjerne, hjerte, kroppens kirtler, lunger, tarm m.m.

3.2.3. Nyrebækken og urinlederkræftspecifikke senfølger

Mulige senfølger efter kirurgi

Da den kirurgiske behandling ofte omfatter en fjernelse af den samsidige nyre, vil patienterne være i risiko for de samme senfølger som patienter kirurgisk behandlet for nyrekræft (se afsnit 3.2.2).

Mulige senfølger efter kemoterapi

Patienter med kræft i nyrebækken og urinleder, som er behandlet med kemoterapi kan opleve de samme senfølger, som patienter med blærekræft, der er behandlet med kemoterapi (se afsnit 3.2.1).

4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for henholdsvis kræft i blæren, nyre, nyrebækken og urinleder. 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 f.eks. yderligere betænkningstid.

Tabel 1-3 viser forløbstider for henholdsvis kræft i blæren, nyre og nyrebækken og urinleder.

Tabel 1. Oversigt over forløbstider for kræft i blæren

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	31 kalenderdage	
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk	16 kalenderdage
	Medicinsk	11 kalenderdage
	Stråle	15 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk	53 kalenderdage
	Medicinsk	48 kalenderdage
	Stråle	52 kalenderdage

Tabel 2. Oversigt over forløbstider for kræft i nyren

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	28 kalenderdage	
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk	11 kalenderdage
	Medicinsk	11 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk	45 kalenderdage
	Medicinsk	45 kalenderdage

Tabel 3. Oversigt over forløbstider for kræft i nyrebækken og urinleder

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	31 kalenderdage	
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk	7 kalenderdage
	Medicinsk	11 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk	44 kalenderdage
	Medicinsk	48 kalenderdage

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. [Læsevejledning til pakkeforløb og opfølgingsprogrammer](#). 2018.
2. Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsloven §119 LBK nr 1188 af 24/09/2016. 2016.
3. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.
4. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.
5. Dansk Renal Cancer Gruppe. Kliniske retningslinjer for nyrecancer. 2009, revideret 2013.
6. Dansk Blære Cancer Gruppe. Nationale kliniske retningslinier for behandling af blæretumorer i danmark. Opdateret november 2017.
7. Dansk Blære Cancer Gruppe. Nationale kliniske retningslinier for behandling af urethracancer i danmark. Opdateret november 2017.
8. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. . 2016.
9. Kabata P, Jastrzebski T, Kakol M, et al. Preoperative nutritional support in cancer patients with no clinical signs of malnutrition--prospective randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2015;23(2):365-370.
10. Jensen BT, Lauridsen SV, Jensen JB. Prehabilitation for major abdominal urologic oncology surgery. *Curr Opin Urol*. 2018;28(3):243-250.
11. Jensen BT, Dalbagni G, Borre M, Love-Retinger N. Preoperative nutritional

- status and the impact on radical cystectomy recovery: An international comparative study. *Urol Nurs*. 2016;36(3):133-40, 152.
12. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017;36(3):623-650.
13. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: A position paper from the PROT-AGE study group. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):542-559.
14. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet hos voksne, fysisk aktivitet hos ældre. In: *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. 3.1st ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2011:115-201.
15. Banerjee S, Manley K, Shaw B, et al. Vigorous intensity aerobic interval exercise in bladder cancer patients prior to radical cystectomy: A feasibility randomised controlled trial. *Support Care Cancer*. 2018;26(5):1515-1523.
16. Jensen BT, Jensen JB, Laustsen S, Petersen AK, Sondergaard I, Borre M. Multidisciplinary rehabilitation can impact on health-related quality of life outcome in radical cystectomy: Secondary reported outcome of a randomized controlled trial. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:301-311.
17. Jensen BT, Petersen AK, Jensen JB, Laustsen S, Borre M. Efficacy of a multi-professional rehabilitation programme in radical cystectomy pathways: A prospective randomized controlled trial. *Scand J Urol*. 2015;49(2):133-141.
18. Jensen BT, Laustsen S, Jensen JB, Borre M, Petersen AK. Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways-secondary results from a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2016;24(8):3325-3331.
19. Jensen BT, Borre M, Borre M, Sondergaard I, Jensen JB. One year follow up of the efficacy of physical prehabilitation in radical cystectomy pathways - secondary

- results from a randomized controlled trial. *European Urology Supplements*. 2018;17(2):e1556.
20. Thoft Jensen B, Dalbagni G, Jensen J, Retinger C, Bowker M, Love N. Mp38-14 implementing a multimodal prehabilitation program in a high-volume bladder cancer center. *J Urol*. 2016;195(4):e538.
21. Sundhedsstyrelsen. Alkohol, rygning og postoperative komplikationer. 2012.
22. Lauridsen SV, Thomsen T, Kaldan G, Lydom LN, Tonnesen H. Smoking and alcohol cessation intervention in relation to radical cystectomy: A qualitative study of cancer patients' experiences. *BMC Cancer*. 2017;17(1):793-017-3792-5.
23. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3):CD002294. doi(3):CD002294.
24. Dansk BlæreCancer Gruppe. Kliniske retningslinier for uroteliale tumorer i øvre urinveje. . Opdateret november 2017.
25. Jensen BT, Kiesbye B, Soendergaard I, Jensen JB, Kristensen SA. Efficacy of preoperative uro-stoma education on self-efficacy after radical cystectomy; secondary outcome of a prospective randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;28:41-46.
26. Lauridsen SV, Thomsen T, Thind P, Tonnesen H. STOP smoking and alcohol drinking before OPERATION for bladder cancer (the STOP-OP study), perioperative smoking and alcohol cessation intervention in relation to radical cystectomy: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):329-017-2065-6.
27. Eliasen M, Gronkjaer M, Skov-Ettrup LS, et al. Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2013;258(6):930-942.
28. Oppedal K, Moller AM, Pedersen B, Tonnesen H. Preoperative alcohol cessa-

- tion prior to elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(7):CD008343. doi(7):CD008343.
29. Tonnesen H. Alcohol abuse and post-operative morbidity. *Dan Med Bull.* 2003;50(2):139-160.
30. Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis. 2018.
31. Sundhedsstyrelsen. Specialeplan for urologi. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan>.
32. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>. Updated 20142017.
33. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. . 2018.
34. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. 2017.
35. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. <https://www.retsinformatio.dk/forms/r0710.aspx?id=164976>. Updated 2014.
36. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habbie-Seguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(5):CD005654. doi(5):CD005654.
37. Talasz H, Himmer-Perschak G, Marth E, Fischer-Colbrie J, Hoefner E, Lechleitner M. Evaluation of pelvic floor muscle function in a random group of adult women in austria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(1):131-135.
38. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. . 2017.
39. Cormier JN, Askew RL, Mungovan KS, Xing Y, Ross MI, Armer JM. Lymphedema

beyond breast cancer: A systematic review and meta-analysis of cancer-related secondary lymphedema. *Cancer*. 2010;116(22):5138-5149.

40. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. 2017.

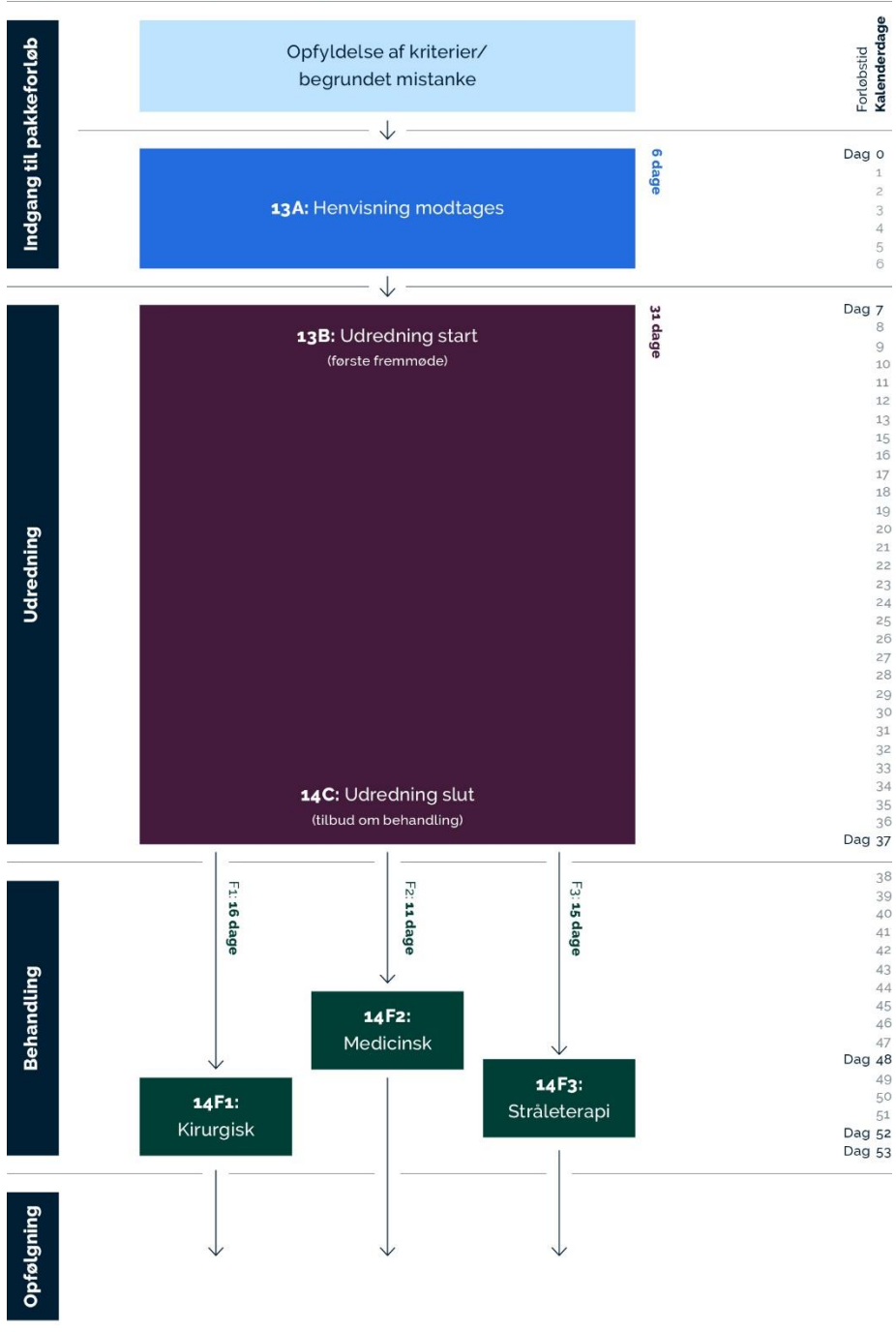
Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning

Registreringsvejledning – kræft i blæren



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

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

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

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

AFB13A Kræft i urinveje: 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 urinvejene, hvad enten det er i billeddiagnostisk eller kirurgisk afdeling.

Der registreres følgende kode:

AFB13B Kræft i urinveje: Udredning start, første fremmøde

Har patienten fået foretaget en TUR-B under udredning, vurderes til at være radikalt opereret og vil eventuelt indgå i kontrolforløb, registreres **AFB14C2 Kræft i blæren: Beslutning, initial behandling ikke relevant** – Det er også muligt at specificere yderligere (ifm radikal operation under udredning) ved at anvende den frivillige 8. karakter B i forløbsmarkøren (**AFB14C2B**). Hvis det klinisk skønnes, at der ikke er foretaget radikal operation under udredning, fortsættes indberetning af pakkeforløbet som normalt med relevant AFB14C ved klinisk beslutning om behandling og AFB14F1 ved den efterfølgende re-TURB.

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:

AFB14C1 Kræft i blæren: Beslutning, tilbud om initial behandling

AFB14C1A Kræft i blæren: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

AFB14C2 Kræft i blæren: Beslutning, initial behandling ikke relevant

AFB14C2A Kræft i blæren: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 31 kalenderdage.

Der må gå 31 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af:

- Journaloptagelse, EKG og blodprøver
- Cystoskopi
- CT-urografi og cytologi
- Information af patient og eventuelt anæsthesitilsyn
- TUR-B efter cystoskopi og analyse af biopsi
- Vurdering og eventuelt stabilisering af komorbiditet
- Eventuel pause med blodfortyndende medicin inden TUR-B
- MDT-konference
- Patienten informeres

Patienter, der initialt udredes på hovedfunktionsniveau henvises efterfølgende til afdeling med højt specialiseret funktion i ³¹:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Chrom-EDTA-clearence
- CT af thorax eller PET-CT af thorax, abdomen og bækken
- MDT-konference

Hvis der findes metastaser eller andre forandringer ved CT-skanning eller PET/CT, som kræver yderligere udredning, vil det kunne medføre et længere forløb end angivet i det beskrevne pakkeforløb.

Skønsmæssigt vil minimum 25 % af alle forløb kræve yderligere undersøgelser, og dermed et længere forløb end pakketiderne, pga. udredning af metastasesuspekterede fund på CT eller PET/CT-skanning.

Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

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

AFB13X1 Kræft i urinveje: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

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

AFB13X2 Kræft i urinveje: Pakkeforløb slut, patientens ønske

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i pakkeforløbet, efter udredning er startet.

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:

AFB14F1 Kræft i blæren: Initial behandling start, kirurgisk

AFB14F2 Kræft i blæren: Initial behandling start, medicinsk

AFB14F3 Kræft i blæren: Initial behandling start, strålebehandling

Forløbstid til kirurgisk behandling er 16 kalenderdage

Der må gå 16 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage primær kirurgisk behandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Forundersøgelse og information, anæstesitilsyn
- Patient/pårørende samtale med sygeplejerske om blandt andet rehabiliteringsforløb
- Eventuelt yderligere stabilisering af komorbiditet
- Præhabiliteringsindsatser
- Patienttid til refleksion
- Operation

Forløbstiden til medicinsk behandling er 11 kalenderdage

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

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booke samtaler og undersøgelser
- Journaloptagelse og information, inklusiv informeret samtykke
- Forberedelse af patienten til kemoterapi
- Primær kemoterapi

Forløbstiden til behandling med stråleterapi er 15 kalenderdage

Der må gå 15 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage primær strålebehandling.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Journaloptagelse og information, inklusiv informeret samtykke
- Teknisk forberedelse af patienten
- Stråleterapi

Registreringsvejledning – kræft i nyren



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for kræft urinvejene skal registreres:

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

AFB13A Kræft i urinveje: 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 urinvejene, hvad enten det er i billeddiagnostisk eller kirurgisk afdeling.

Der registreres følgende kode:

AFB13B Kræft i urinveje: 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:

AFB15C1 Kræft i nyre: Beslutning, tilbud om initial behandling

AFB15C1A Kræft i nyre: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

AFB15C2 Kræft i nyre: Beslutning, initial behandling ikke relevant

AFB15C2A Kræft i nyre: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 28 kalenderdage.

Der må gå 28 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af:

- Journaloptagelse, EKG og blodprøver
- Cystoskopi
- CT-urografi, i og eventuelt urincytologi
- Renografi, Chrom-EDTA-clearance
- MDT-konference
- Patienten informeres
- Knoglescintigrafi og supplerende billeddiagnostik (UL med kontrast og MR-skanning)
- Ultralydsvejledt biopsi af nyre og analyse af biopsi
- Vurdering og eventuelt stabilisering af komorbiditet
- Eventuel pause med blodfortyndende medicin inden nyrebiopsi

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

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

AFB13X1 Kræft i urinveje: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

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

AFB13X2 Kræft i urinveje: Pakkeforløb slut, patientens ønske

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i pakkeforløbet, efter udredning er startet.

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:

AFB15F1 Kræft i nyren: Initial behandling start, kirurgisk**AFB15F2 Kræft i nyren: Initial behandling start, medicinsk****AFB15F3 Kræft i nyren: Initial behandling start, strålebehandling****Forløbstid til kirurgisk behandling er 11 kalenderdage**

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

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Forundersøgelse og information, anæstesitilsyn, Patient/pårørende samtale med sygeplejerske om bl.a. rehabiliteringsforløb
- Eventuel yderligere stabilisering af komorbiditet
- Operation

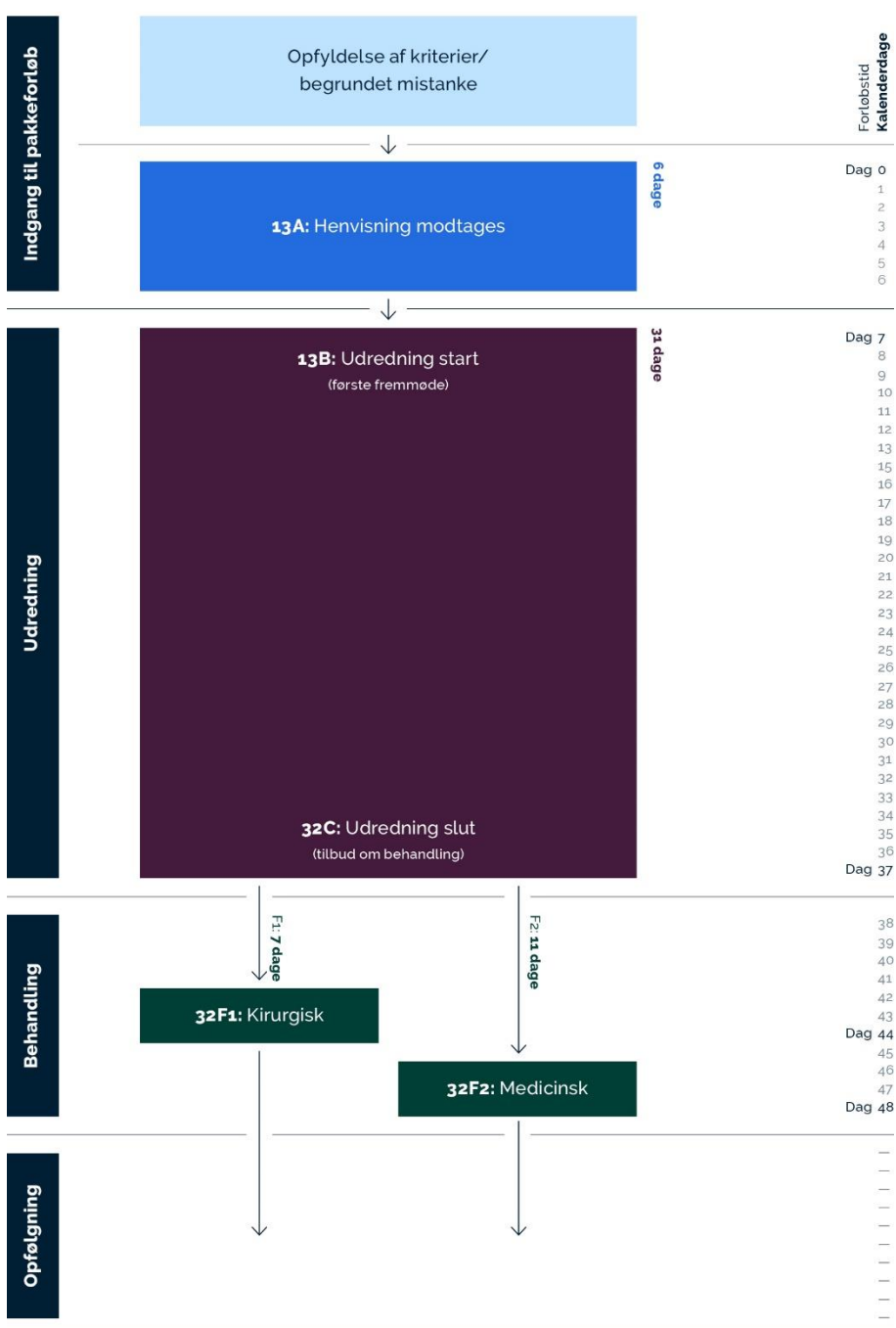
Forløbstiden til medicinsk behandling er 11 kalenderdage

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

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Journaloptagelse og information, inklusiv informeret samtykke
- Forberedelse af patienten til medicinsk behandling
- Immunterapi/targeteret behandling

Registreringsvejledning – kræft i nyrebækken og urinleder



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for kræft urinvejene skal registreres:

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

AFB13A Kræft i urinveje: 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 urinvejene, hvad enten det er i billeddiagnostisk eller kirurgisk afdeling.

Der registreres følgende kode:

AFB13B Kræft i urinveje: 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:

AFB32C1 Kræft i nyrebækken og urinleder: Beslutning, tilbud om initial behandling

AFB32C1A Kræft i nyrebækken og urinleder: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

AFB32C2A Kræft i nyrebækken og urinleder: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 31 kalenderdage.

Der må gå 31 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af:

- Journaloptagelse, EKG
- CT-urografi
- Anæstesitilsyn
- Ureteronefroskopi og analyse af eventuel biopsi
- Renografi
- MDT-konference
- Information af patienten
- Vurdering og eventuelt stabilisering af komorbiditet
- Eventuel pause med blodfortyndende medicin

Patienter, der initialt udredes på hovedfunktionsniveau henvises efterfølgende til afdeling med højt specialiseret funktion i ³¹:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- CT-skanning af thorax eller PET/CT af thorax, abdomen og bækken
- Chrom-EDTA-clearance-undersøgelse ved patienter med behov for kemoterapi
- MDT-konference

Eventuel ekstra tid til, hvis der findes metastaser eller andre forandringer ved CT-skanning eller PET/CT, som kræver yderligere udredning, vil kunne medføre et længere forløb end angivet i det beskrevne pakkeforløb.

Skønsmæssigt vil minimum 25 % af alle forløb kræve yderligere undersøgelser pga. udredning af metastasesuspekterede fund på CT eller PET/CT-skanning.

Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

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

AFB13X1 Kræft i urinveje: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

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

AFB13X2 Kræft i urinveje: Pakkeforløb slut, patientens ønske

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i pakkeforløbet, efter udredning er startet.

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:

AFB32F1 Kræft i nyrebækken og urinleder: Initial behandling start, kirurgisk

AFB32F2 Kræft i nyrebækken og urinleder: Initial behandling start, medicinsk

AFB32F3 Kræft i nyrebækken og urinleder: Initial behandling start, strålebehandling

Forløbstid til kirurgisk behandling er 7 kalenderdage

Der må gå 7 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage primær kirurgisk behandling.

Tiden består af:

- Forundersøgelse og information, anæstesitilsyn
- Patient/pårørende samtale med sygeplejerske om blandt andet rehabiliteringsforløb
- Eventuelt yderligere stabilisering af komorbiditet
- Operation

Forløbstiden til medicinsk behandling er 11 kalenderdage

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

Tiden består af:

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

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens sammensætning	
Navn	Repræsentantskab
Niels Moth Christiansen	Sundhedsstyrelsen (formand)
Mathias Ørberg Dinesen	Sundheds- og Ældreministeriet
Natacha Jensen	Danske Regioner
Ulla Geertsen	Region Syddanmark (Udpeget af Danske Regioner)
Camilla Lindgren (udtrådt af gruppen juni 2018)	Region Hovedstaden (Udpeget af Danske Regioner)
Camilla Hald (indtrådt i gruppen juni 2018)	Region Hovedstaden (Udpeget af Danske Regioner)
Betina Ulla Nielsen	Region Midtjylland (Udpeget af Danske Regioner)
Hanne Svane Weinreich	Region Nordjylland (Udpeget af Danske Regioner)
Hanne Agerbak (indtrådt i gruppen august 2018)	KL
Anne Hagen Nielsen (udtrådt af gruppen august 2018)	KL
Asger Kudahl	Odense Kommune (Udpeget af KL)
Michael Kirkeby Hoffmann	Dansk Selskab for Almen Medicin
Bente Thoft Jensen	Dansk Sygepleje Selskab
Maria Rothgart Petersen	Dansk Selskab for Fysioterapi
Bjarne Kromann-Andersen	Dansk Renal Cancer Gruppe
Poul Geertsen	Dansk Renal Cancer Gruppe

Thomas Hasselager Dansk Renal Cancer Gruppe
Dansk Blære Cancer Gruppe

Claus V. Jensen Dansk Renal Cancer Gruppe
Dansk Blære Cancer Gruppe

Gitte Lam Dansk Blære Cancer Gruppe

Mads Agerbæk Dansk Blære Cancer Gruppe

Gratien Andersen Dansk Radiologisk Selskab

Lisbeth Høeg-Jensen Kræftens Bekæmpelse

John Redlef Blærekraftforeningen

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen

Nanna Kure-Biegel

Hjalte Borum

Nanna Cassandra Læssøe

Jens Wehl

Marie Maul

Tina Birch

Sine Borg Hjalager

