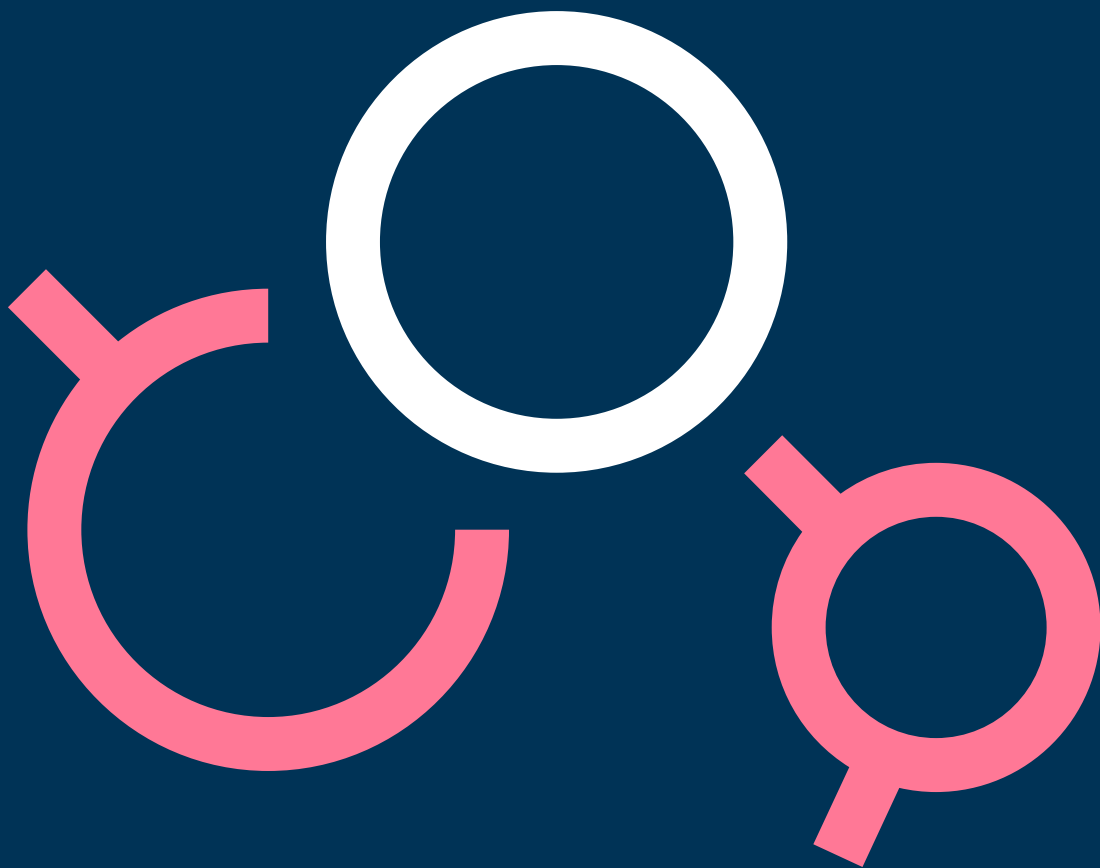




Pakkeforløb for hoved- og halskræft

For fagfolk



Pakkeforløb for hoved- og halskræft
For fagfolk

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-185-7

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 22.06.2020

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2020

Publikationer om kræftpakkerne:

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

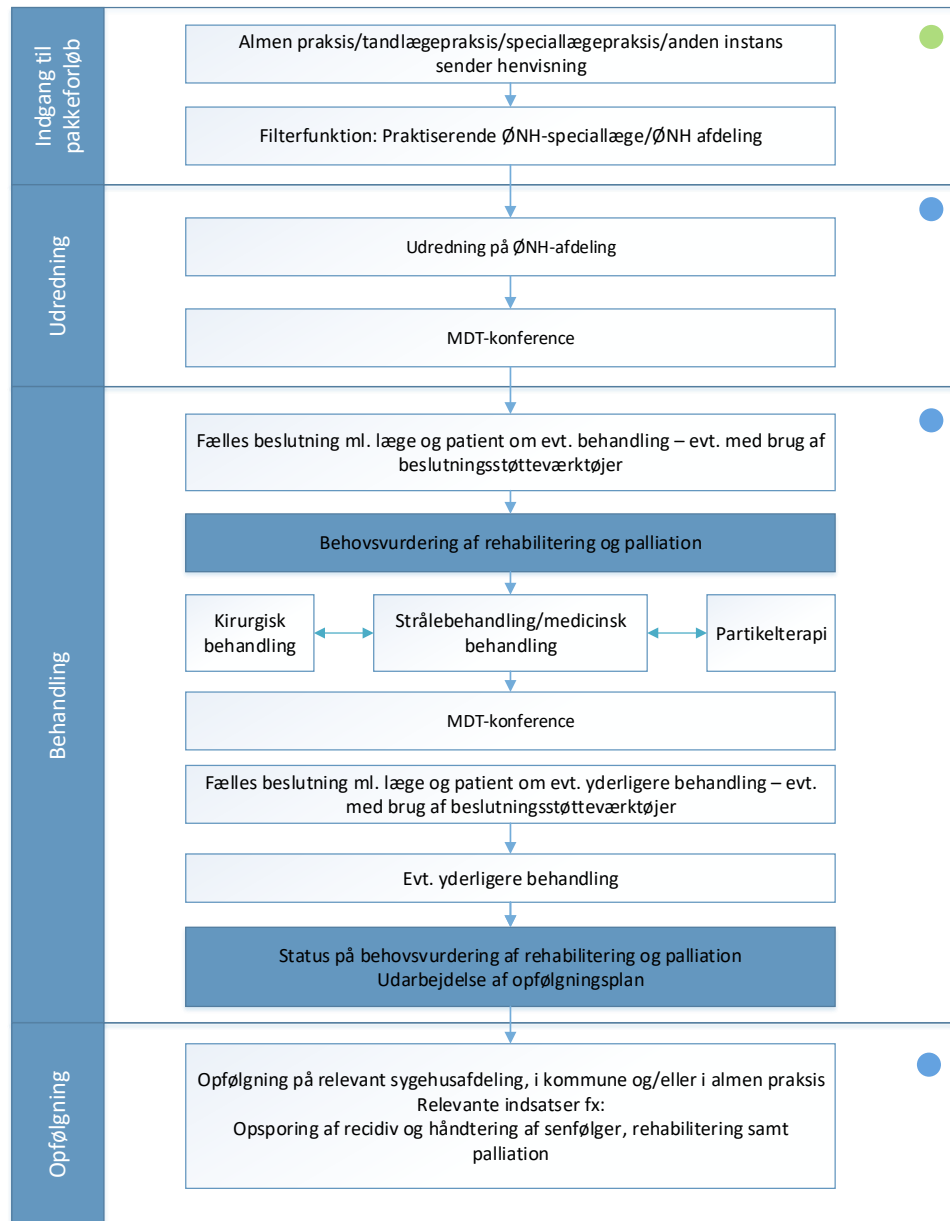
[Se alle publikationer her](#)

Indholdsfortegnelse

1	Oversigt over pakkeforløb for hoved- og halskræft	4
2	Forløbsbeskrivelse	5
2.1	Indgang til pakkeforløbet	5
2.2	Udredning.....	7
2.3	Behandling	8
2.4	Opfølgning.....	11
3	Rehabilitering og palliation	13
3.1	Hoved- og halskræfts-specifik rehabilitering og palliation	14
3.2	Hoved- og halskræfts-specifikke senfølger	16
4	Forløbstider	21
	Referenceliste.....	22
	Bilagsfortegnelse	25
	Bilag 1: Registreringsvejledning	26
	Bilag 2: Journaloplysninger før statusundersøgelse	32
	Bilag 3: Oversigt til brug ifm. med udarbejdelse af individuel plan for opfølgning	33
	Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning	34

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstiders og monitoring¹*.

1 Oversigt over pakkeforløb for hoved- og halskræft



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

2 Forløbsbeskrivelse

Kapitlet indeholder standardbeskrivelser for patienters forløb fra henvisning til udredning, behandling og opfølgning. Standardbeskrivelserne dækker over kræft i følgende organer: Mundhulen, spytkirtlerne, svælget, struben, næsen eller bihulerne, skjoldbruskkirtlen og metastaser i halsens lymfeknuder. I Bilag 1: Registreringsvejledning', findes registreringsvejledningen for det samlede patientforløb.

2.1 Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på hoved- og halskræft skal henvisende læge/tandlæge følge beskrivelsen nedenfor i afsnit 2.1.1. Såfremt patienten opfylder kriterierne for indgang i pakkeforløb jf. afsnit 2.1.2 skal patienten tilbydes at indgå i pakkeforløb for hoved- og halskræft.

2.1.1 Håndtering af symptomer på hoved- og halskræft

Det er vanskeligt generelt at beskrive, hvornår et symptom kan være betinget af hoved- og halskræft. Nedenstående symptomer og fund bør hurtigst muligt føre til en undersøgelse hos praktiserende specialelæge i øre-, næse- og halssygdomme (praktiserende ØNH-læge) med henblik på en specialistvurdering. Hvis den praktiserende ØNH-læge ikke har mulighed for at modtage patienten samme dag, som henvisningen modtages, eller den efterfølgende hverdag, skal der henvises direkte til øre-næse-halskirurgisk afdeling (ØNH-afdeling) – helst suppleret med telefonisk opringning.

I nedenstående Tabel 1 oplistes de hyppigste symptomer og fund ved de enkelte kræftformer:

Tabel 1 - Hyppigste symptomer og fund ved de enkelte kræftformer

Kræftform	Hyppigste symptomer
Kræft i næse og bihule	<ul style="list-style-type: none"> • Nyopstået ensidig nasalstenose uden anden forklaring • Blodig sekretion fra næsen • Recidiverende blødning fra næsen uden forklaring • Sår uden heling • Synlig tumor i vestibulum nasi eller næsekavitet • Hævelse på kind eller placering af øje uden anden forklaring
Kræft i struben og halssvælget (larynx- og hypopharynx)	<ul style="list-style-type: none"> • Hæshed i mere end 2 uger uden bedring og uden anden/oplagt forklaring hos patient ældre end 40 år • Synkebesvær og/eller globulusfølelse med smerteudstråling til ørerne • Nyopdaget recurrensparese

Kræft i mundhule- og mundsvælg (oropharynx)	<ul style="list-style-type: none"> • Sår uden heling • Synlig eller palpabel tumor i mundhule eller svælg
Kræft i næsesvælget (rhinopharynx)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensidig sekretorisk otitis media hos voksne uden infektiøs forklaring • Kranienervepåvirkning *Etnisk oprindelse (fx inuit, asiat, middelhavsområdet) skal øge opmærksomheden, da sygdommen forekommer endemisk her.
Kræft i spytkirtler	<ul style="list-style-type: none"> • Nytilkommen tumor i spytkirtel • Vækst i kendt tumor i spytkirtel • Tumor i spytkirtel med påvirkning af ansigtsmimik (n. facialis)
Kræft i skjoldbrusk-kirtlen (thyreoidea)	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor i thyreoidea med hæshed (recurrensparese) • Hurtig vækst af knude i thyreoidea • Hård immobil knude i thyreoidea **FDG-opladende proces i thyreoidea ved PET/CT-skanning
Metastaser på halsen	<ul style="list-style-type: none"> • Forstørrede lymfeknuder på halsen uden infektiøs eller anden benign forklaring • Cyste lateralt på hals hos patienter ældre end 40 år

- Ikke et selvstændigt kriterie, ** Henvisning til pakkeforløb hos Øre-, næse- og halsafdeling eller endokrinologer afhængigt af regional og lokal organisering

Henvissende læge/tandlæge skal informere patienten om, at denne henvises til undersøgelse hos praktiserende ØNH-læge på baggrund af symptomer på hoved- og halskræft, og at der vil ske en hurtig indkaldelse til videre udredning, hvis praktiserende ØNH-læge rejser mistanke om hoved- og halskræft.

Filterfunktionen består af en grundig øre-næse-hals undersøgelse inklusiv fiber-laryngofaryngoskopi og eventuelt ultralydsskanning foretaget ved en ØNH-læge. Hvis der i filterfunktionen ikke rejses mistanke om hoved- og halskræft udredes patienten relevant for anden årsag til symptomerne, og henvissende læge/tandlæge orienteres herom.

Ved mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, uden at der er mistanke om organspecifik kræfttype, kan patienten henvises til *Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft*².

2.1.2 Kriterier for henvisning til pakkeforløb for hoved- og halskræft

Hvis den indledende øre-næse-halsundersøgelse, som er foretaget ved den praktiserende ØNH-læge (se ovenfor), giver mistanke om hoved- og halskræft, henvises patienten til pakkeforløb suppleret med en telefonisk opringning. Hvis det skønnes at fremme patientens forløb, kan den praktiserende ØNH-læge udføre finnålsbiopsi eller anden biopsi. Biopsier må ikke have opsættende virkning på patientens forløb.

Er der fokal øget optagelse af FDG i skjoldbruskkirtlen ved FDG-PET/CT-skanning er der høj sandsynlighed for kræft³. Derfor skal patienter med fokal øget optagelse af FDG i

skjoldbruskkirtlen, som er fundet ved FDG-PET/CT-skanning i forbindelse med udredning eller opfølgning for anden sygdom, tilbydes indgang i pakkeforløb for hoved- og halskræft. Det samlede udredningsprogram skal planlægges hensigtsmæssigt, hvor der tages hensyn til patientens tilstand og prognose. Den initiale udredning af mistanke om kræft i skjoldbruskkirtlen på baggrund af fokal øget optagelse af FDG i skjoldbruskkirtlen ved FDG-PET/CT-skanning kan varetages af enten endokrinologisk eller hoved- og halskirurgisk afdeling, afhængigt af regionale forhold. Det skal dog være tydeligt, hvem der har ansvaret for forløbet.

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

2.2 Udredning

Udredningen forløber i henhold til den multidisciplinære gruppe for hoved- og halskræft Danish Head and Neck Cancer Groups (DAHANCA) kliniske retningslinjer ⁴, som beskriver håndtering af fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling mv.

I standardforløbet indgår ved mistanke om hoved- og halskræft en grundig øre-næse-halsundersøgelse inklusiv video-laryngofaryngoskopi og ultralydsskanning. Efter dette vil patienterne, alt efter hvilken kræfttype der mistænkes, udredes med følgende elementer: Billeddiagnostik (CT-skanning, MR-skanning, PET/CT-skanning), CT af thorax og biopsi af tumor. Af hensyn til ikke at forsinke udredningen unødigt skal den videre udredning, hvis primær tumor ikke findes ved den indledende kliniske undersøgelse, foregå i samme seance. Det vil sige, at lymfeknudeexcision, tonsillektomi og biopsi samt eventuel halsglandexaires, skal foretages på en afdeling, der kan udføre disse elementer under samme indgreb. Hvis den initiale udredning foregår på en afdeling, der ikke har kompetencen til dette, bør patienten henvises til en afdeling, der har godkendelse til varetagelse af behandling af hoved- og halskræft, jf. den gældende specialeplan ⁵.

Hvis kræftdiagnosen afkræftes, er det vigtigt, at patientens egen læge 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 stadieinddeling (MDT)

Fastlæggelse af diagnose, stadieinddeling og beslutning om behandlingstilbud foregår på MDT-konferencen ⁶ ved afslutningen af den diagnostiske udredning. Hvis der i det multidisciplinære team, bestående af, er konsensus om, at der er malignitet, er der i de fleste tilfælde det fornødne grundlag til at træffe beslutning om tilbud af behandlingstype. På MDT-konferencen foretages desuden TNM-klassificering og der sikres registrering i den nationale kliniske kvalitetsdatabase. Patienten forelægges behandlingstilbuddet, og der indhentes informeret samtykke fra patienten til det endelige behandlingsvalg.

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 10¹.

2.2.2 Frysedagnostik og hastecytologi

Der skal som en del af udredningen være mulighed for at tilbyde patienten frysedagnostik og hastecytologi. Danske erfaringer har vist, at det med betydelig diagnostisk sikkerhed kan fremskynde afklaringen af kræftmistanken samt afkorte hele udredningsfasen blandt andet ved, at der hurtigere kan tages re-biopsi ved inkonklusive biopsier.

2.2.3 Udredning af patienter med recidiv

Ved mistanke om recidiv (tilbagefald) er udredningen ofte mere omstændig end ved mistanke om primær hoved- og halskræft. Derudover er patientens almentilstand ofte forværret og graden af komorbiditet er typisk steget, blandt andet som en konsekvens af følger efter behandling af patientens primærtumor. Da recidivet oftest er lokalt, og metastasering er sjælden, vil det hyppigt være relevant at vurdere, om patienten er kandidat til behandling med kurativt (helbredende) sigte. For ikke at forsinke udredningen og for at mindske genen for patienten, kan udredning i generel anæstesi og vurdering af operabilitet med fordel foregå i samme seance.

2.3 Behandling

Dette afsnit beskriver overordnet behandlingsmulighederne for hoved- og halskræft. Behandlingen forløber i henhold til DAHANCA's kliniske retningslinjer ⁴.

2.3.1 Behandlingsmuligheder

Pakkeforløbet dækker over syv kræfttyper (jf. Tabel 1 side 5), som behandles forskelligt. Behandlingerne planlægges i et tæt multidisciplinært samarbejde og inkluderer kirurgi og stråleterapi eventuelt i kombination med små doser kemoterapi (med henblik på at skabe større strålefølsomhed).

Kræft i spytkirtler, skjoldbruskkirtel, mundhule, næse-bihule og metastaser på halsen med ukendt primærtumor (CUP) behandles i de fleste tilfælde med kirurgi eventuelt suppleret med efterfølgende stråleterapi.

Kræft i svælg og strube behandles oftest med stråleterapi (evt. i kombination med kemoterapi). Dog behandles patienter med tidlig stemmelæbekræft (T1a) ofte med kirurgisk fjernelse, og mindre kræftknuder i mandler og tungebasis behandles i tiltagende omfang med robotassisteret kirurgi gennem mundhulen (TORS).

Partikelterapi og TORS er to nye behandlingsmåder, som på tidspunktet for den aktuelle revision af pakkeforløbet står over for afprøvning i nationale kliniske undersøgelser initieret af DAHANCA.

For en mere uddybende beskrivelse henvises der til DAHANCA's kliniske retningslinjer for de enkelte kræfttyper ⁴.

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 side 8 og 10 ¹.

Partikelterapi (protonterapi)

For patienter med hoved- og halskræft er partikelterapi en mulig behandling hvis en individuel vurdering med sammenlignende dosisplaner peger på, at partiklerne medfører væsentlig reduktion af strålebelastningen i det normale væv. Det vurderes, at ca. 700 patienter med hoved- og halskræft årligt skal have foretaget sammenlignende dosisplaner. Det vurderes, at ved 20-30% af disse, kan strålebehandlingen med fordel gives som partikelterapi.

Beslutning om at lave en sammenlignende dosisplanlægning vil blive taget i forbindelse med MDT/visitation eller i forbindelse med planlægning af konventionel strålebehandling, hvor man erkender, at dosisbegrænsninger til det normale væv ikke kan overholdes. Tidsforbruget ved sammenlignende dosisplanlægning er 1-2 arbejdsdage. Foton- og protonplanerne vil blive fremlagt på efterfølgende nationale videokonference, hvor beslutning om behandlingsvalg træffes.

Robotassisteret kirurgi (TORS)

TORS er en nyere behandling. Behandlingen anvendes primært til tidlige stadier af kræft i tungebasis, mandler og ganebue og er i forbindelse med et nationalt forskningsprojekt blevet udbredt til hoved- og halskræftcentre i København, Aarhus og Odense.

Behandlingsmodaliteten forventes at reducere risiko for bivirkninger og senfølger i form af mundtørhed og synkebesvær sammenlignet med konventionel stråleterapi. Samtidig åbner behandlingen muligvis op for fuldgyldig stråleterapi i tilfælde af recidiv (tilbagefald). TORS medfører endvidere mulighed for vurdering af behandlingens radikalitet ved peroperativ frysemikroskopi og mulighed for patologisk baseret stadielinddeling (pTNM).

2.3.2 Almentilstand og komorbiditet ved valg af behandling

Hvorvidt patientens tilstand tillader operation eller anden behandling er baseret på en samlet vurdering foretaget af behandlingsteamet og afgøres med udgangspunkt i anbefalingerne i DAHANCA's kliniske retningslinjer ⁴.

2.3.3 Optimering inden behandling

Ernæring

Patienter med hoved- og halskræft har ofte ernæringsproblemer og eventuelt væggtab der kan være som følge af bl.a. nedsat appetit, smerter ved kostindtag, synkeproblemer eller dårlig tandstatus. Disse problemer er ofte allerede til stede ved første ambulante besøg. Der skal derfor ernæringsscreenes og udarbejdes en ernæringsplan for patientens ernæringsmæssige risiko. Det er af stor betydning, at patienterne gennem hele forløbet

støttes og motiveres til at træne og vedligeholde synkefunktionen samt at undgå utilsigtet vægttab. Der skal være tilbud om tilsyn af diætist på alle behandlende afdelinger og endvidere bør der foreligge retningslinjer for sondeernæring. Patienten kan have behov for supplerende eller fuld sondeernæring for at optimere ernæringstilstand og behandlingsforløb.

Tobaksforbrug

Patienter med hoved- og halskræft har ofte et betydeligt forbrug af tobak. Der skal systematisk vejledes i rygestop på alle behandlende afdelinger og tilbydes substitutionsbehandling for at mindske komplikationsrisiko ved kirurgi og undgå hæmmende effekt af stråleterapi.

Tandstatusundersøgelse og tandekstraktion

Strålebehandling af hoved- og halskræft i ansigts- og kæbeskelet kan medføre kroniske vævsskader og bivirkninger i mundhule og tænder. Der kan opstå stråleskade på spytkirtelvæv, som kan medføre en betydelig reduktion i spytkirtelproduktionen og udtalt mundtørhed, der medfører øget risiko for og udvikling af karies. Derudover kan der opstå senfølger til strålebehandling i form af osteoradionekrose i kæbeknoglen.

Patienter skal forud for strålebehandling undersøges på tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling. Dette skal gøres med henblik på at vurdere behovet for udtrækning af tænder med patologi (fokussanering) for at nedsætte risikoen for udvikling af osteoradionekrose. I forbindelse med denne vurdering tages tandrøntgenbilleder, ligesom mundhulen undersøges svarende til en tandstatusundersøgelse. Tandstatusundersøgelsen før opstart af strålebehandling har til formål at sikre tandfaglig omsorg for patienten ved: 1) fokussanering af tandsættet 2) planlægning af tidlig tandforebyggelsesindsats i sygehusregi 3) dokumentation ved en evt. ansøgning til regionalt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166. I samme seance skal patienten modtage relevant information og instruktion i mundhygiejne. Tandstatusundersøgelsen skal indeholde journaloplysninger som anført i bilag 2.

Vurderingen af behov for tandudtrækning bør ske umiddelbart efter, at histologisk kræftdiagnose foreligger, og at indikation for stråleterapi er stillet. Indikation for tandudtrækning samt selve tandudtrækningen foretages efter landsdækkende kliniske retningslinjer⁴.

Ved patientens samtykke bør tandudtrækningen ske samme dag, som der er fundet indikation for tandudtrækning. Efter tandudtrækning skal oralslimhinden være helet og dække tandalveolerne inden stråleterapi påbegyndes. Det anbefales, at tand- mund- og kæbekirurgen foretager en individuel vurdering af helingen af oral slimhinden hos patienten med henblik på, at strålebehandling kan iværksættes så hurtigt som muligt og umiddelbart efter, at helingen vurderes tilstrækkelig.

Ved behov for anden tandbehandling end fokussanering og videre forebyggelse skal patienter, som skal have strålebehandling, når dette er muligt, søge egen tandlæge. Patienter

ter som ikke skal i strålebehandling og derfor ikke risikerer strålebetinget osteoradionekrose, bliver ikke undersøgt på en tand- mund- og kæbekirurgisk afdeling med henblik på fokussanering. For disse patienter anbefales det at opsøge egen tandlæge med henblik på at få en tandstatusundersøgelse samt en individuel forebyggelsesindsats inden opstart af kræftbehandlingen.

2.3.4 Vurdering af behov

Der foretages systematisk individuel 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 hoved- og halskræftspecifikke som generelle behov.

Se afsnit 3 for en nærmere beskrivelse af forebyggelse, rehabilitering og palliation. Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 2.4.1).

2.4 Opfølgning

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

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling kan patienten tilbydes henvisning til en opfølgende samtale hos patientens praktiserende læge med henblik på almenmedicinsk kræftopfølgning og støtte i forløbet. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om *kræftopfølgning i almen praksis*⁷.

2.4.1 Den individuelle plan for opfølgning

På baggrund af en individuel vurdering af patientens behov, skal der udformes en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation. Opfølgningsplanen kan påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling og skal udarbejdes af den behandlende afdeling senest ved den anden MDT-konference, som ligger i forlængelse af den initiale behandling.

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

- Håndtering af komplikationer
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv eller progression (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 sygdommen, med henblik på at patienten selv kan varetage den fornødne egenomsorg samt tegn på recidiv (tilbagefald) og senfølger, herunder hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse fremkommer.

I Bilag 3 ses et skema, som er vejledende, og som kan benyttes som et værktøj til vurdering af, hvornår der kan spørges til relevante komplikationer, bivirkninger, senfølger og andre behov, som kan opstå hos patienter, der har/har haft hoved- og halskræft. Skemaet kan benyttes både af patienter og pårørende, sygehus, almen praksis og kommune.

2.4.2 Opsporing af recidiv og progression

Dette afsnit beskriver overordnet opsporing af recidiv og progression for hoved- og halskræft. Patienter, der er behandlet med kurativt (helbredende) sigte, tilbydes systematisk opfølgning i henhold til DAHANCA's kliniske retningslinjer ⁴.

I opfølgningen skal den kliniske undersøgelse indeholde en vurdering af tumorrespons og behandlingsrelaterede gener/bivirkninger, herunder patientens vurdering af disse. Ved kræft i mundhule, svælg eller strube skal undersøgelsen som minimum indeholde inspektion af huden, inspektion af slimhinder i mundhule, svælg og strube samt systematisk palpation af mundbund, tunge og halsens lymfeknuder. Ved klinisk behov suppleres med fiber-laryngofaryngoskopi og klinisk ultralydsskanning af halsen. Undersøgelserne skal udføres på patienter med palpatorisk mistanke om lymfeknudemetastaser, eller hvis palpation af halsen ikke vurderes sufficient (fibrosedannelse, rekonstruktioner mm.) og endvidere hos undergrupper af patienter med stor risiko for regional metastasering/resttumor.

Der findes ingen evidens for, at systematisk billeddiagnostisk opfølgning efter kirurgi eller strålebehandling ændrer prognosen. Efter kirurgi med anvendelse af lapper til rekonstruktion vil normalanatomen være permanent forandret. Her kan en skanning efter 3-6 mdr. have sin anvendelse men henblik på at beskrive de nye anatomiske forhold til sammenligning ved senere mistanke om recidiv.

Afhængig af lokale aftaler vil patienten i sit opfølgningsforløb være tilknyttet en onkologisk afdeling eller en ØNH-afdeling. Mistanke om eller fund af recidiv skal som udgangspunkt håndteres i nyt pakkeforløb af den afdeling, som varetager opfølgningen. I tilfælde, hvor billeddiagnostik eller anden undersøgelse entydigt peger på metastaserende, udbredt sygdom og dermed behandling med palliativt sigte, kan afdelingen vælge selv at varetage yderligere individualiseret udredning efter samråd med patienten. Efter 5 år afsluttes opfølgningsforløbet, og det er derfra patientens praktiserende læge, der er ansvarlig for henvisning af patienten ved mistanke om recidiv.

Patienter, der går ind i en behandlingsfri periode efter behandling med palliativt sigte, eller som ikke er sygdomsfri efter endt behandling med kurativt sigte, tilbydes systematisk opfølgning med billeddiagnostisk og klinisk vurdering med henblik på opsporing af sygdomsprogression. Se Bilag 3: Oversigt til brug ifm. med udarbejdelse af individuel plan

for opfølgning” for opfølgningsskema med beskrivelse af et standard opfølgningsprogram.

2.4.2.1 Mistanke hos egen læge eller tandlæge om recidiv og progression

I opfølgningsperioden på sygehuset:

Ved mistanke hos praktiserende læge eller ved tandlægebesøg om recidiv eller progression er denne ansvarlig for at tilbyde patienten henvisning til den afdeling, der har patienten i et opfølgningsforløb. 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 ved ny udredning i pakkeforløb. Så længe patienten er i et opfølgningsforløb, vil det aldrig være praktiserende læges opgave at forestå udredningen ved mistanke om recidiv eller progression.

Efter opfølgningsperioden på sygehuset:

Opstår mistanken efter endt opfølgningsperiode skal praktiserende læge eller tandlæge tilbyde patienten henvisning direkte til nyt pakkeforløb for hoved- og halskræft på mistanke om recidiv (se afsnit 2.1.2).

2.4.2.2 Mistanke hos patienten selv om recidiv og progression

I opfølgningsperioden på sygehuset:

Patienten kan selv kontakte den afdeling, der varetager opfølgningen, ved mistanke om recidiv eller progressiv sygdom. Afdelingen er ansvarlig for, at patienten informeres om tegn på recidiv og får udleveret relevante kontaktoplysninger i forbindelse med udlevering af patientens plan for opfølgning.

Efter opfølgningsperioden på sygehuset:

Efter endt opfølgning på afdelingen skal patienten kontakte sin praktiserende læge ved mistanke om recidiv.

3 Rehabilitering og palliation

I dette kapitel beskrives de hoved- og halskræftspecifikke indsatser for rehabilitering og palliation. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁸ eller i relevante forebyg-

gelsespakker⁹. 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 kommunen¹² med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov. 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'¹³. Der bør henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre eller har komplekse palliative problemstillinger. Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 2.4.1).

Aktiv behandling af hoved- og halskræft 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 Hoved- og halskræftspecifik rehabilitering og palliation

Den rehabiliterende indsats bør rette sig mod såvel kortsigtede som mere langsigtede følger af sygdom og behandling. Formålet med rehabilitering af hoved- og halskræft er at sikre patientens samlede livskvalitet efter behandlingen, samt sikre at hverdagslivet genetableres. Denne del af indsatsen er centreret omkring understøttelse af almen helbred, livssituation samt netværk.

Rehabilitering har til formål at støtte patienten i at opnå og vedligeholde den bedst mulige funktionsevne med henblik på at øge patientens livskvalitet, uafhængighed og selvbestemmelse.

Støtteforanstaltninger for både fysiske og psyko-sociale følger af hoved- og halskræft bør udgøre en del af opfølgningen, afhængig af behovet.

På grund af de anatomiske forhold kan behandling af hoved- og halskræft kompromittere vitale funktioner såsom respiration og fødeindtag. Typen af følgevirkninger og omfanget er afgørende for den rehabiliterende indsats. Hos patienter med hoved- og halskræft ses

på baggrund af sygdommen og som en konsekvens af behandlingen en række problemstillinger såsom træthed, nedsat spise- og synkefunktion, ødemer, vægttab og forskellige mund- og tandproblemer. Følgevirkningerne kan give anledning til væsentligt nedsat livskvalitet samt nedsat fysisk, psykisk og socialt funktionsniveau. Ved planlægning af rehabiliterende og pallierende indsatser er det vigtigt at være opmærksom på, at gruppen af patienter med hoved- og halskræft er heterogen, og at rehabiliteringsbehovet for den enkelte patient kan ændre sig over tid. Fysiske og psykosociale støtteforanstaltninger bør indgå på lige vilkår. Endvidere er det vigtigt at motivere til relevante livsstilsændringer.

Dysfagi

Der skal i den rehabiliterende og i den pallierende indsats være særlig opmærksomhed på spise- og synkefunktion herunder fejlsynkning (dysfagi). Prævalensen af dysfagi efter stråleterapi er 25 % efter 5 år, men op til 80 % i den akutte fase ¹⁴. Jf. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer: *Øvre dysfagi (synkebesvær) – opsporing, udredning og udvalgte indsatser* ¹⁵, bør man ved alle patienter med hoved- og halskræft overveje at tilbyde systematisk opsporing af dysfagi samt systematisk klinisk undersøgelse af alle patienter med tegn på dysfagi. Hos patienter med hoved- og halskræft er der risiko for silent aspiration, hvorfor der ved tegn på dette (subfebrilia, rallende vejrtrækning, lungebetændelse) bør udføres instrumentel undersøgelse af synkefunktionen ved Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen (FEES) eller Videofluoroskopisk Evaluering af Synkefunktion (VFES).

Opfølgning på tandstatus

Patienter behandlet for hoved- og halskræft kan få betydelige senfølger i tænder, mund og kæber, hvorfor patienterne under og efter kræftbehandlingen bør følges tæt med forebyggende tandplejeindsatser.

Patienter, der modtager strålebehandling, er i høj risiko for udvikling af senskader i tænder og mundsærligt som følge af nedsat spytsekretion er der en risiko for hastig udvikling af karies. En intensiv tidlig forebyggelsesindsats med brug af fluoridholdige midler bør foregå på sygehus allerede under patientens strålebehandling. Efter afsluttet sygehusbehandling anbefales patienten en livslang forebyggelsesindsats, der videreføres hos patientens egen tandlæge. Der er mulighed for at søge enkelttilskud til tandpasta med højt fluoridindhold og fluoridgel i Lægemiddelstyrelsen.

Patienter, der ikke modtager strålebehandling, anbefales at gå til kontrol og forebyggelse hos egen tandlæge efter individuel vurdering og tidligt efter den initiale kræftbehandling.

Ernæring og rygestop

Hos patienter med terminal sygdom kan underernæring øge risikoen for yderligere komplikationer som f.eks. decubitus. Det kan derfor bedre patientens livskvalitet, hvis der iværksættes en ernæringsindsats (herunder også sondeernæring) og evt. vejledning ved diætist.

Rygestop er af stor betydning for patienternes helbred, da patienternes risiko for ny primær kræft reduceres ved rygestop. Effekten af strålebehandling samt heling efter kirurgi forbedres sandsynligvis også ved rygestop.

Fysisk aktivitet herunder tab af muskelmasse

Tab af muskelmasse er et velkendt fænomen hos patienter med hoved- og halskræft. Patientgruppen kan have svært ved at indtage nok kalorier og protein under sygdomsforløbet, og derfor anbefales det, at denne patientgruppes træning og genoptræning er fokuseret på styrketræning frem for konditionstræning¹⁶. Der findes evidens for, at blot let til moderat styrketræning giver øget muskelstyrke og kondition, reducerer træthed og forbedrer livskvalitet. Alle patienter bør derfor gøres opmærksomme på vigtigheden af fysisk træning under og efter endt behandling samtidig med, at der er fokus på at patienten får sufficient næring.

3.2 Hoved- og halskræftspecifikke senfølger

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

Læs yderligere i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*¹⁷ 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 opfølgingsforløb, som er ansvarlig for, at senfølgerne vurderes af de rette fagpersoner fra relevante specialer. Det kan være relevant med henvisning til en afklarende samtale i kommunen og ved et lægefagligt vurderet behov fremsendelse af en genoptræningsplan.

3.2.1 Fysiske senfølger og komplikationer

Det kan være vanskeligt at opstille klare skillelinjer mellem senfølger og komplikationer til det at have eller have haft hoved- og halskræft. Ligeledes er det vanskeligt at adskille forskellige indsatser i forhold til senfølger og/eller komplikationer. Der vil ofte være tale om kombinationer af forskellige rehabiliterings- og/eller palliative indsatser sammen med mere direkte behandlinger af specifikke senfølger.

Senfølger efter stråleterapi kan være i form af skader i tænder, mund og svælg der kan medføre problemer med den orale funktion og have væsentlig betydning for tilstrækkelig ernæring. En væsentlig andel af patienter med avanceret sygdom vil derfor få brug for sondeernæring for at mindske vægttab under og efter behandlingen.

Fibrosedannelse og ødemer forekommer i varierende grad efter kirurgi. Stråleterapi kan forstærke disse komplikationer. Senfølger til kemoterapi vil ofte være nedsat muskelstyrke, kondition og øget fysisk træthed.

Da hoved- og halskræft omfatter en meget heterogen sygdomsgruppe, er senfølger nedenfor ikke opgjort ud fra sygdomskategorier eller modtaget behandling men i stedet ud fra symptomer.

Nedsat bevægelighed

Patienter kan få påvirket bevægelighed af hoved og hals, skulderled eller arme som følge af kirurgi og strålebehandling og bør henvises til fysio- eller ergoterapi. Kompromitteret mundåbning (trismus) kan medføre reduceret evne til at kommunikere, spise og udføre mundhygiejne og er en invaliderende tilstand. Trismus er påvist hos 32 % af patienterne 1-3 år efter afsluttet stråleterapi^{18,19}. Det er derfor vigtigt at have fokus på behov for forebyggelse hos den enkelte patient samt vejledning og instruktion i vedligeholdende træning ved ergoterapeut.

Ernæringsproblemer og spise-synke besvær (dysfagi)

Patienter med hoved- og halskræft har ofte ernæringsproblemer i form af vægttab, nedsat appetit samt smerter ved kostindtag allerede ved første ambulante besøg. Der skal ernæringsscreenes, og hvis patienten er i ernæringsmæssig risiko udarbejdes en ernæringsplan for patienten. Knap halvdelen af patienterne med hoved- og halskræft vil før, under og efter behandlingen opleve synkebesvær, og disse patienters ernæringsindtag kan derfor have været for lavt igennem længere tid. Det er derfor af stor betydning, at patienterne gennem hele forløbet støttes og motiveres til at træne og vedligeholde synkefunktionen og dermed undgå vægttab. Patienterne skal gennem hele forløbet instrueres og motiveres til at træne og vedligeholde spise-synkefunktion. Ved nedsat spise-synkefunktion skal patienterne vejledes i hensigtsmæssig kost- og væskekonsistens (dysfagi-diæt).

Taleproblemer

Taleevner kan påvirkes af behandling og sygdom i hoved- og halsområdet. Påvirkning af stemmekvalitet, styrke og artikulation har betydning for livskvalitet, social interaktion og sandsynlighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Ved udtalebesvær kan der via specialiseret logopædisk behandling med fokus på stemmerehabilitering arbejdes med forbedring af mundåbning, udtale, hensigtsmæssig stemmebrug ved stemmetræning og/eller hæshed, sekretophobning samt optimering af stemmestyrken.

Ved laryngektomi mister patienten sin naturlige stemme. Patienten vil ikke være i stand til at tale postoperativt, men senere i forløbet vil de fleste patienter kunne hjælpes til at etablere en "ny stemme" ved hjælp af taleventil, stemmevibrator eller spiserørsstemme. Hvilken stemmerehabilitering ("ny stemme") patienten kan tilbydes, afhænger af operationens omfang, individuelle forhold og ønsker. Alle tre kommunikationsformer fordrer tale-

træning, som etableres typisk 3-4 uger efter operationen. Laryngektomi påvirker patienten både fysisk, psykisk og socialt. Laryngektomerede patienter kan også opleve nedsat lugte- og smagssans, synkebesvær, øget sekret, smerter i nakken samt nedsat energi.

Respiratoriske problemer

Respirationsbesvær kan forekomme før, under og efter behandlingen. Der kan anlægges midlertidig eller permanent tracheostomi, hvor patienten skal oplæres i pleje og håndtering af tracheakanylen evt. via patientskoler eller sundhedspersonale med specialiseret viden om disse problemstillinger.

Tand- og mundproblemer

Efter såvel strålebehandling, kirurgi og kemoterapi kan der i varierende grad opstå senfølger i tænder og mund. Dette kan være i form af nedsat mundåbning (trismus), mundtørhed, karies, svampeinfektion, parodontitis, slimhindeforandring, fibrose af blødtvæv og osteoradionekrose. Patienten tilrådes en tidlig forebyggende tandplejeindsat hos tandlæge efter individuelt behov. Se endvidere afsnit 3.1.

Lugtgener

Henfalden tumorvæv kan skabe lugtgener. Lugtgener er en del af en ændret kropsoptagelse, og det er vigtigt at tale med patienterne om denne problemstilling.

Høreproblemer

Høreproblemer kan opstå som følge af tumorvækst, kirurgi eller stråleterapi mod ydre og indre høresanseapparat. Desuden er hørenedsættelse efter behandling med cisplatin almindeligt forekommende pga. præparatets direkte ototoksiske virkning.

Lymfødem

Et ukendt antal patienter udvikler sekundært ødem som senfølge til kirurgi og strålebehandling. Tidlig identifikation af lymfødem er essentielt for afhjælpning af gener. Vurdering af lymfødem bør foregå senest ved afslutning af stråleterapiforløb og ved efterfølgende kliniske opfølgninger. Der skal rettes opmærksomhed på stråleinduceret fibrosedannelse med deraf nedsat bevægelighed i bindevæv og muskler og dermed påvirket muskel- og ledfunktion. Fysioterapeutiske indsatser for at mindske lymfødem er relevante både i den præoperative fase samt under opfølgningen. Samtidig bør patienten oplæres i, hvad denne selv kan gøre for at forebygge og afhjælpe lymfødem.

Smerter

Smerter i hoved- og halsområdet forårsages af de destruktive forandringer, som kræftsygdommen i sig selv forårsager samt af selve behandlingen eller som komplikation her til.

Påvirkning af syn

Øjne og syn er relativt påvirkelige over for tumorvækst, kirurgi og stråleterapi i og omkring øjnene. Evaluering af syn bør ske ved behov både i forhold til akutte og sene strålereaktioner. Nogle senfølgepåvirkninger af synet kan behandles kirurgisk eller medicinsk.

Hypofyseinsufficiens

Hypofyseinsufficiens kan optræde måneder til år efter afsluttet stråleterapi. Risikopatienter (patienter, der har modtaget stråleterapi inddragende hypofyselejet) bør identificeres og følges med regelmæssige blodprøver af opfølgende afdeling.

Thyroideainsufficiens

Påvirkning af skjoldbruskkirtlens funktion kan indtræde efter både kirurgi, stråleterapi og kemoterapi og kan optræde fra få måneder til mange år efter afsluttet stråleterapi og kan medføre generel træthed, muskeltræthed, vægtændringer og kognitive problemer. Det er vigtigt at etablere livslang overvågning af stofskiftets udvikling hos opfølgende afdeling og senere hos patientens egen læge.

Facialisparese og accessoriusparese

Facialisparese kan opstå som følge af primær tumor eller behandling og medføre øjenlukkedefekt, tåreflåd og vansiring. Rekonstruktion tilrådes i forbindelse med primær kirurgi.

Øvrige neurologiske symptomer

Neurologiske symptomer kan forekomme som følge af destruktive forandringer forårsaget af tumor eller behandling.

3.2.2 Psyko-sociale senfølger

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

Det anbefales at have opmærksomhed på, om patienten har psyko-sociale problemer. Den psyko-sociale støtte kan bestå i at give anbefalinger til samtaler, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende, f.eks. orientere om mulighed for at deltage i relevante patientforeninger. Det kan også være relevant med henvisning til afklarende samtale i kommunen og vejledning om muligheden for at opsøge en socialrådgiver.

Patientens praktiserende 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 praktiserende læge.

Forandret udseende

Patienternes udseende i hoved- og halsregionen kan forandres synligt som følge af tumorforandringer og kirurgiske indgreb. Da kropsforandringerne er relateret til ansigtet, kan dette ofte have negativ indflydelse på den enkelte patients selvopfattelse, hvilket igen kan medvirke til social isolering og depression. Information og åbenhed omkring det æn-

drede udseende er vigtig. Samtidig bør der gives støtte og hjælp til sygdomsmestring således, at patienternes følelse af stigmatisering begrænses eller undgås. Foruden åbenhed kan kognitiv terapi og støttegrupper være gavnlige.

Fatigue

Nogle patienter oplever overvældende træthed og mangel på energi efter endt behandling. Trætheden kan påvirke den enkeltes hverdags- og arbejdsliv i en grad, hvor det er svært at opretholde en normal hverdag. Ud over fysisk aktivitet kan vejledning i energibesparende teknikker og energiforvaltning hjælpe patienten med at genvinde en mere normal hverdag.

Angst og depression

Der bør være fokus på opsporing af angst og depression, som kan være en konsekvens af nedsat funktionsniveau/livskvalitet, ændret udseende, kommunikationsvanskeligheder, social isolering og frygt for recidiv. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, bør patienten henvises til relevant instans, f.eks. psykolog eller psykiater. Dette sker typisk via patientens praktiserende læge. Trods dette skal det understreges, at vurderingen af psyko-soziale behov er en del af behovsvurdering i forbindelse med patientens forløb på sygehuset før og efter behandling ²⁰.

4 Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for hoved- og halskræft. 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 2 viser de samlede forløbstider til pakkeforløbet.

Tabel 2 Oversigt over forløbstider for hoved- og halskræft

Henvisning		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		15 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	7 kalenderdage
	Medicinsk behandling	11 kalenderdage
	Strålebehandling	11 kalenderdage
	Partikelterapi	18 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	28 kalenderdage
	Medicinsk behandling	32 kalenderdage
	Strålebehandling	32 kalenderdage
	Partikelterapi	39 kalenderdage

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer - begreber, forløbstider og monitorering 2018 - for fagfolk. <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~me-dia/028409D2A0F94772B19868ABEF06B626.ashx>. Updated 2018.
2. Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. . 2016.
3. Soelberg K, Bonnema S, Brix T, Hegedüs L. Risk of malignancy in thyroid incidentalomas detected by 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography: A systematic review. *Thyroid*. 2012;22(9):918-925.
4. The Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA). Til fagfolk - guidelines. <https://www.dahanca.oncology.dk/page1.html#header1-u>. Updated 20192019.
5. Sundhedsstyrelsen. Gældende specialeplan. <https://www.sst.dk/da/viden/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan>. Updated 2019.
6. Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. http://www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt-rev-15-02-2016.pdf. Updated 2016.
7. Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis. . 2018.
8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom>. Updated 2016.
9. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

<https://www.sst.dk/da/planlaegning/kom-muner/forebyggelsespakker>. Updated 2014.

10. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. . Updated 2012.

11. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. . Updated 2017.

12. Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsloven. LBK nr 1188 af 24/09/2016. . 2016.

13. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

<https://www.retsinformatio.n.dk/forms/r0710.aspx?id=164976>. Updated 2014.

14. Jensen K, Lambertsen K, Grau C. Late swallowing dysfunction and dysphagia after radiotherapy for pharynx cancer: Frequency, intensity and correlation with dose

and volume parameters

. *Radiother Oncol*. 2007;85(1):74-82.

15. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser.

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~me-dia/7E4C638B32204D5F97BCB9805D12C32F.ashx>. Updated 2015.

16. Den Danske Hoved-Hals Cancer Gruppe (DAHANCA). DAHANCA 25 studierne – styrketræning til hoved-halscancer patienter. https://www.dahanca.onco-logi.dk/assets/files/GUID_Styrketra-ning%20til%20hoved-halscancer.pdf. Updated 2015.

17. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. . Updated 2017.

18. Watters A, Cope S, Keller M, Padilla M, Enciso R. Prevalence of trismus in patients with head and neck cancer: A systematic review with meta-analysis. *Head Neck*. 2019;41(9):3408-3421.

19. Høgdal N, Juhl C, Aadahl M, Gluud C.
Early preventive exercises versus usual
care does not seem to reduce trismus in
patients treated with radiotherapy for can-
cer in the oral cavity or oropharynx: A ran-
domised clinical trial
. *Acta Oncol.* 2015;54(1):80-87.

20. Center for Kliniske Retningslinjer. Kli-
nisk retningslinje for behandling af klinisk
depression hos kræftpatienter ≥ 18 år.
[http://www.cfkr.dk/media/359001/kr_be-
handling_af_depression.pdf](http://www.cfkr.dk/media/359001/kr_be-
handling_af_depression.pdf). Updated
2017.

Bilagsfortegnelse

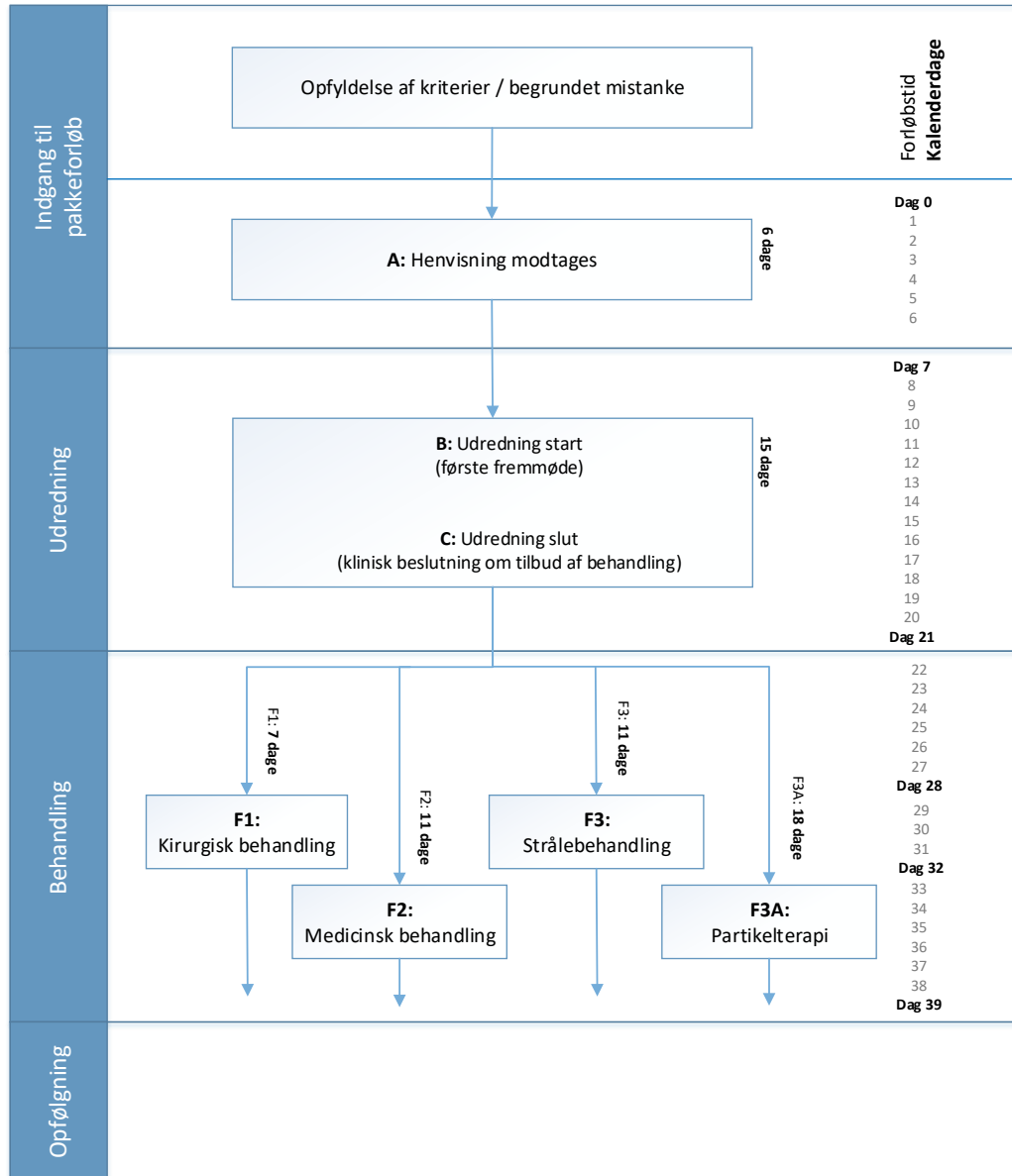
Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Journaloplysninger før statusundersøgelse

Bilag 3: Skematisk beskrivelse af opfølgningens indsatser og tidsforløb

Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning



1.1.1. Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for hoved- og halskræft skal registreres, når:

- Henvisning til pakkeforløb for hoved- og halskræft er modtaget i afdeling/central visitationsenhed og opfylder kriterier for indgang i pakkeforløb.
- Det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til kriterier for indgang i pakkeforløb for hoved- og halskræft 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:

AFB02A: Hoved- og halskræft: 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

1.1.2. Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal registreres ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for hoved- og halskræft, hvad enten det er på onkologisk afdeling eller øre-næse-hals afdeling

Der registreres følgende kode:

AFB02B Hoved- og halskræft: Udredning start, første fremmøde

1.1.3. 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 én af følgende koder:

AFB02C1 Hoved- og halskræft: Beslutning, tilbud om initial behandling

AFB02C1A Hoved- og halskræft: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

AFB02C2 Hoved- og halskræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant

AFB02C2A Hoved- og halskræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 15 kalenderdage

Der må gå 15 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af en række af nedenstående undersøgelser. Disse er tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af den forudgående undersøgelse:

- Journaloptagelse, klinisk undersøgelse, blodprøver og vurdering af eventuel komorbiditet
- MDT-konference
- Øre-næse-halsundersøgelse, fiberskopi, finnålsbiopsi, og ultralydsskanning af hals
- Tandlægeundersøgelse og billeddiagnostik (ortopantomografi, MR, CT, PET/CT, røntgen af thorax)
- Undersøgelse i generel anæstesi med biopsi
- Histologisk undersøgelse, evt. cytologi

1.1.4. Registrering: Afslutning af pakkeforløb for hoved- og halskræft (X)

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

AFB02X1 Hoved- og halskræft: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

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

AFB02X2 Hoved- og halskræft: Pakkeforløb slut, patientens ønske

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

AFB02X9 Hoved- og halskræft: Pakkeforløb slut, anden årsag

Kode for "Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet" kan anvendes efter udredning er startet med indberetning af 'udredning start, første fremmøde' med koden AFB02B. For de to øvrige gælder det, at disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

1.1.5. 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 f.eks. indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

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

AFB02F1 Hoved- og halskræft: Initial behandling start, kirurgisk**AFB02F2 Hoved- og halskræft: Initial behandling start, medicinsk****AFB02F3 Hoved- og halskræft: Initial behandling start, strålebehandling****AFB02F3A Hoved- og halskræft: Initial behandling start, partikelterapi****Forløbstiden til kirurgisk behandling er 7 kalenderdage**

Der må gå 7 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage 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 med klinisk undersøgelse, patientinformation, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik eller anden undersøgelse

Desuden afsættes tid til:

- Præoperativ optimering herunder vurdering og eventuelt stabilisering af kormorbiditet

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:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Forberedelser af patienten til kemoterapi

Forløbstiden til strålebehandling er 11 kalenderdage

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

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Fokussanering
- Teknisk forberedelse af patienten

Forløbstiden til partikelterapi er 18 kalenderdage

Der må gå 18 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage partikelterapi.

Tiden består af:

- Sammenlignende dosisplanlægning
- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Teknisk forberedelse af patienten

Bilag 2: Journaloplysninger før statusundersøgelse

Journaloplysninger, der bør være indeholdt ved en statusundersøgelse af tandsættet hos patienter i sygehusregi inden påbegyndelse af behandling af kræft med stråleterapi. Dette med henblik på kunne finde anvendelse som dokumentation ved evt. ansøgning om tilskud til tandpleje iht. Sundhedslovens § 166.

Anamnese: Oplysninger om tandplejeadfærd, kostvaner, alkoholvaner og rygevaner

Klinisk undersøgelse:

Tanddiagram med registrering af antal tilstedeværende tænder, radices, tandfrakturer, fyldningsregistrering, mistede fyldninger

Forekomst af aftagelige proteser, beskrivelse af retention, okklusion og pasform til prote-seunderlaget

Karies: Aktive carieslæsioner med angivelse af tand, flade, diagnose

Parodontitis: Klinisk fæstetab med angivelse af tand, flade, løsningsgrad, diagnose

Mundhygiejne. beskrivelse

Forekomst af mundtørhed, subjektive symptomer på mundtørhed, kliniske symptomer på nedsat spyttsekretion (ikke silaometri)

Forekomst af bruksisme og tandslid

Forekomst af forandringer på slimhinder og tunge

Røntgen optagelser

OP panoramarøntgen

Bitewings i begge sider af tandsættet, hvor dette er indiceret

Røntgen af tænder i fronten, hvor dette er indiceret

Bilag 3: Oversigt til brug ifm. med udarbejdelse af individuel plan for opfølgning

Der anbefales nedenstående i Tabel 3.

Der bør, som beskrevet i afsnit 3, løbende foretages behovsvurderinger med henblik på beslutninger vedrørende palliative og rehabiliterende indsatser m.v. Som minimum ved afslutning på behandlingen, ved første fremmøde efter behandling (2 uger) og ved opfølgning efter 12 mdr. Behovsvurderingen foretages i forbindelse med opfølgningskontakterne.

Hoved- og halskræft er en heterogen patientgruppe med forskellige kræfttyper, der varierer med hensyn til genese, behandlingsmetoder og -intensitet samt prognose. Patienter, der kan få behov for en hyppigere opfølgning end beskrevet som standard, er skitseret nedenfor i stratificeringstabellen. Der skelnes desuden mellem histologi, differentieringsgrad, HPV-status samt radikalitet og/eller ekstrakapsulær vækst ved operativt indgreb.

Der foretages løbende behovsvurderinger med henblik på beslutninger vedrørende palliative og rehabiliterende indsatser m.v. som minimum ved afslutning på behandlingen, ved første fremmøde efter behandling (2 uger) og ved opfølgning ved 12 mdr. Behovsvurderingen foretages i forbindelse med opfølgningskontakterne.

Tabel 3: Skema over tidsforløb og indsatser

	Ca. 2 uger	2 mdr.	6 mdr.	12 mdr.	18 mdr.	24 mdr.	36 mdr.	48 mdr.	60 mdr.
Behovsvurdering	X			X					
Støtte til egenomsorg		X							
Klinisk vurdering	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Senfølger		X	X	X	X	X	X	X	X
Billeddiagnostik			evt.						

Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens sammensætning	
Navn	Repræsentantskab
Formand for arbejdsgruppen Niels Moth Christiansen (fratrådt juli 2019)	Sundhedsstyrelsen
Formand for arbejdsgruppen Camilla Noelle Rathcke (tiltrådt juli 2019)	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Mathias Ørberg Dinesen	Sundheds- og Ældreministeriet
Konsulent Line Møller Rasmussen	Danske Regioner
Overlæge Kristine Bjørndal	Region Syddanmark
Overlæge Birgitte Charabi	Region Hovedstaden
Specialeansvarlig overlæge Christian Godballe	Region Syddanmark
Ledende overlæge Henrik Jacobsen	Region Nordjylland
Ledende overlæge Mads Nordahl Svendsen	Region Sjælland
Ledende overlæge Karin Lambertsen	Region Midtjylland
Overlæge Claus Andrup Christensen	Region Hovedstaden
Specialkonsulent Astrid Christine Jensen-Kanstrup (tiltrådt 01-08-2019)	KL
Specialkonsulent Anne Hagen Nielsen (fratrådt 01-08-2019)	KL

Udviklingsergoterapeut Tanja Schøller Nord	Hvidovre Kommune
Afdelingssygeplejerske Helle Toft-Andersen	Dansk Sygepleje Selskab
Klinisk sygeplejespecialist Stine Askholm Rosenberg	Dansk Sygepleje Selskab
Fysioterapeut Anne-Mette Ragle	Dansk Selskab for Fysioterapi
Overlæge Jørgen Johansen	Dansk Hoved- og Hals Cancer Gruppe
Overlæge Elo Andersen	Dansk Hoved- og Hals Cancer Gruppe
Overlæge Irene Wessel	Dansk Hoved- og Hals Cancer Gruppe
Overlæge Stine Rosenkilde Larsen	Dansk Hoved- og Hals Cancer Gruppe
Praktiserende ØNH-læge Lars Gosvig	Danske Øre-Næse-Halslægers Organisation
Klinikchef Thomas Kofod	Dansk Selskab for Oral og Maxillofacial Kirurgi
Overlæge Annika Loft Jakobsen	Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Chefkonsulent Lisbeth Høeg-Jensen	Kræftens Bekæmpelse
Formand Niels Jessen	Netværket for Hals- og Mundhulecancer
Ergoterapeut Maria Bensen	Ergoterapifagligt Selskab for Kræft og Palliation
Overlæge Edith Nielsen	Dansk Radiologisk Selskab
Klinisk diætist Mette Theil	Fagligt selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen

Specialkonsulent Marie Maul	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Hjalte Borum	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Naja Vyberg	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Sine Borg Hjalager	Sundhedsstyrelsen
Læge Jens Wehl	Sundhedsstyrelsen
Tandlæge Lene Vilstrup	Sundhedsstyrelsen
Sekretær Tina Birch	Sundhedsstyrelsen

