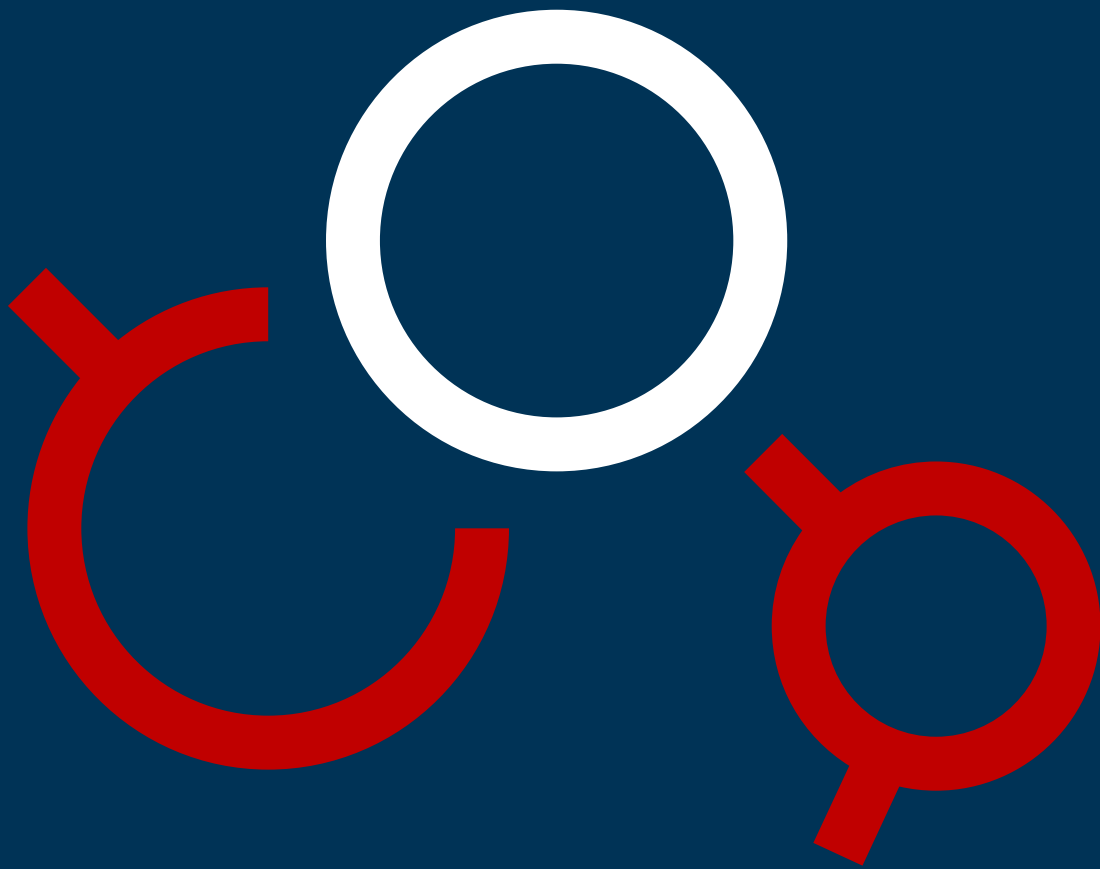




Diagnostisk pakkeforløb

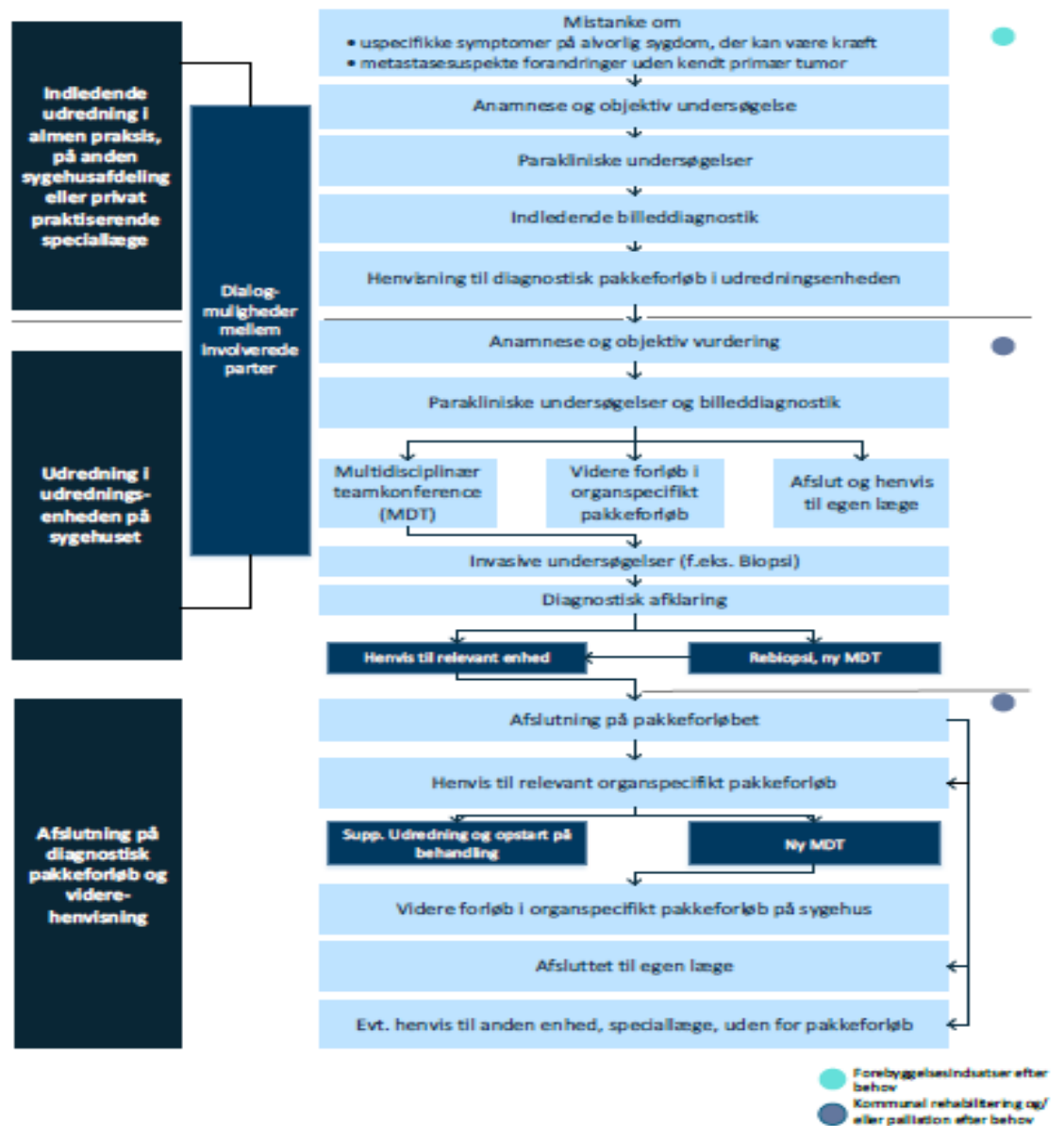
Til fagfolk



Indholdsfortegnelse

1	Oversigt over diagnostisk pakkeforløb	3
2	Om diagnostisk pakkeforløb	4
2.1	Baggrund.....	4
2.2	Formål med diagnostisk pakkeforløb	5
3	Forløbsbeskrivelse	6
3.1	Patientgrupper omfattet af Diagnostisk pakkeforløb	6
3.2	Patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft.....	7
3.2.1	Om patientgruppen	7
3.2.2	Symptomer.....	7
3.2.3	Trin 1: Indledende udredning (oftest i almen praksis)	8
3.2.4	Trin 2: Udredning på sygehuset.....	12
3.3	Patienter med metastasesuspekt forandring - uden kendt primær tumor	16
3.3.1	Om patientgruppen	16
3.3.2	Metastasesuspekt forandring, der fører til henvisning til organspecifik kræftpakke.....	17
3.3.3	Metastasesuspekte forandringer, der fører til henvisning til Diagnostisk pakkeforløb.....	17
3.3.4	Udredning af patienter med metastaser (eller mistanke om) i udredningsenheden (i Diagnostisk pakkeforløb)	18
3.3.5	Undersøgelser <i>efter</i> histologisk diagnose og svar på foretagne skanninger	20
3.4	Udredningsenheder: organisering og samarbejde	21
3.4.1	Specifikt for udredningsenheder, der udreder patienter med metastasesuspekte forandringer	23
3.5	Afslutning på Diagnostisk pakkeforløb.....	23
3.6	Psykosociale følger af udredning	24
4	Forløbstider	26
5	Referenceliste	27
6	Bilagsfortegnelse	29
	Bilag 1: Oversigt over placering af tumor/metastasesuspekt forandring.....	30
	Bilag 2: Yderligere udredning ved patologiske fund	33
	Bilag 3: Registreringsvejledning	35
	Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning	43

1 Oversigt over diagnostisk pakkeforløb



2 Om diagnostisk pakkeforløb

2.1 Baggrund

I Danmark er der flere veje til udredning af patienter med symptomer, der kan være kræft. Der er udviklet organspecifikke pakkeforløb til patienter, der præsenterer sig med alarmsymptomer, der giver mistanke om kræft. Desuden er diagnostisk pakkeforløb udviklet til udredning af patienter med uspecifikke symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft. Disse pakkeforløb bidrager samlet til at sikre rettidige forløb for udredning af kræftsygdomme af ensartet og høj kvalitet.

Derudover er der en gruppe af patienter, som præsenterer sig med vage symptomer, hvor der ikke er konkret mistanke om alvorlig sygdom. Disse patienter vil i udgangspunktet ikke være omfattet af udredning i diagnostisk pakkeforløb eller de organspecifikke pakkeforløb. Der er behov for et videre arbejde med at understøtte rettidig udredning af denne patientgruppe, hvilket ligger udenfor dette pakkeforløb.

Der er sparsom evidens for udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft. Som forarbejde til revisionen af Diagnostisk pakkeforløb fik Sundhedsstyrelsen udarbejdet en oversigtartikel, der opsummerer den videnskabelige forskning udført med patienter henvist og udredt via det diagnostiske pakkeforløb i Danmark⁽¹⁾ og desuden blev Sundhedsdatastyrelsen analyse vedr. anvendelsen af diagnostisk pakkeforløb opdateret. Derudover er et studie gennemført, der beskriver intra-regionale og regionale forskelle på en række kliniske og organisatoriske parametre, på baggrund af spørgeskemabesvarelser fra de 21 diagnostiske enheder⁽²⁾ og dertil er en undersøgelse i gang ved Københavns Universitet, der skal udfolde hvilke konsekvenser, de forskellige implementeringer af diagnostisk pakkeforløb har haft fra et patient-prognostisk perspektiv. Endvidere har VIVE (det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Vælfærd) offentliggjort to undersøgelser af kræftudredningen uden for de organspecifikke pakkeforløb^(3,4). Disse studier og undersøgelser er blevet inddraget i arbejdet og Diagnostisk pakkeforløb er desuden revideret på baggrund af praksiserfaringer og rådgivning fra en faglig arbejdsgruppe (se bilag 4).

Der er ikke etableret en DMCG (Dansk Multidisciplinær Cancergruppe) for udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft. Der er planer om udvikling af et nationalt netværk for diagnostiske centre/enheder, som kan bidrage til kvalitetsudvikling på området, herunder koordinering og faglig ensartethed på tværs af regionerne.

2.2 Formål med diagnostisk pakkeforløb

Diagnostisk pakkeforløb omfatter patienter, som præsenterer sig med 1) uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft (MAS) og i nogle tilfælde med 2) metastasesuspekterede forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor (MUP). Diagnostisk pakkeforløb beskriver den nationale ramme for disse patientgruppers forløb fra den indledende udredning til den afsluttende udredning og videre henvisning til fx et organspecifikt pakkeforløb, anden udredning eller opfølgning hos egen læge.

Det er en udfordring at få patienterne henvist til rette sted fra starten, hvilket har resulteret i lange og uensartede forløb. Problemet er flere steder løst ved, at begge patientgrupper allerede varetages af de såkaldte udredningsenheder/diagnostiske centre (herefter udredningsenheder)¹, som alle regioner inden for de sidste 10 år har etableret primært til udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft. Disse udredningsenheder er nogle mindre organisatoriske enheder på sygehuse, som varetager koordineringen af udredningsforløb for patienterne, og som således fungerer som tovholdere for deres forløb. Men der er stadig regionale forskelle i forhold til, om udredningsenhederne er tovholdere for begge patientgruppers forløb mv.

For begge patientgrupperne er det således centralt, at der er én tovholder for udredningen. Samtidig er begge patientgrupper kendetegnet ved at have et symptombillede, der ikke fordrer henvisning til et organspecifikt pakkeforløb. Det giver derfor god mening at samle forløb for disse patienter i ét samlet diagnostisk pakkeforløb med udredningsenhederne som tovholdere.

Det skal understreges, at de to patientgrupper, som er omfattet af diagnostisk pakkeforløb, er forskellige, hvorfor udredningen skal tilpasses den enkelte gruppe og også registreres separat (se registreringsvejledning, bilag 3). Patienterne henvises desuden fra forskellige steder (enten almen praksis eller andre sygehusafdelinger), hvilket beskrives i pakkeforløbet.

¹ På udgivelsestidspunktet for Diagnostisk pakkeforløb, varetager størstedelen af landets 21 udredningsenheder også metastaseudredning for patienter uden kendt primær tumor. De diagnostiske udredningsenheder er organiseret og bemanded forskelligt på tværs af landet. Nogle steder benævnes de diagnostiske enheder eller nogle steder diagnostiske centre

3 Forløbsbeskrivelse

3.1 Patientgrupper omfattet af Diagnostisk pakkeforløb

Diagnostisk pakkeforløb er en samling af de tidligere separate pakkeforløb for hhv. uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, og metastaser uden organspecifik kræfttype. Dette samlede pakkeforløb består af én fælles indgang med forskellige udredningsforløb og to adskilte modeller for indberetning - én for hver patientgruppe. Der registreres separat for de to patientgrupper, som benævnes 'patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft' og 'patienter med metastasesuspekte forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor.

Pakkeforløbet omfatter således to patientgrupper, som principielt er forskellige, men samtidig har nogle fællestræk, der peger på behov for udredning i en udredningsenhed som tovholder for forløbet, idet deres symptombillede ikke peger på et organspecifikt pakkeforløb:

- a. Patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft (MAS) beskrives i afsnit 3.2², herunder:
 - Henvisningskriterierne for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, fremgår af afsnit 3.2.2/3.2.3.
- b. Patienter med metastasesuspekte forandringer (erkendt ved klinisk eller billeddiagnostisk undersøgelse) uden kendt primær tumor og patienter med biopsi-/vævsverificerede metastase uden kendt primær tumor (MUP) beskrives i afsnit 3.3³, herunder:
 - Henvisningskriterierne for patienter med metastasesuspekte forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor fremgår af afsnit 3.3.3.

Der er ligeledes udarbejdet oversigter over indgangskriterierne til pakkeforløbet, specifikt henvendt til almen praksis og andre henvisende enheder, typisk sygehusafdelinger ift.

² Denne patientgruppe kaldes også patienter med Mistanke om Alvorlig Sygdom (MAS)

³ Denne patientgruppe kaldes også patienter med Metastase Uden kendt Primær tumor (MUP).

Betegnelsen i dette pakkeforløb 'patienter med metastasesuspekte forandringer uden kendt primær tumor' erstatter betegnelsen i det tidligere pakkeforløb 'patienter med metastaser uden organspecifik kræfttype'.

patienter med metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor. Oversigterne indeholder kortfattede beskrivelser af de kriterier og krav, der er til henvisning til pakkeforløbet, herunder beskrivelse af håndtering af symptomer forud for henvisning til pakkeforløbet.

3.2 Patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft

3.2.1 Om patientgruppen

Alvorlige sygdomme kan ofte starte med få og almindeligt forekommende eller uspecifikke symptomer som træthed, vægttab, smerter, feber mv. Symptomerne er almindelige og i nogle tilfælde vil man ikke finde årsagen hertil og de vil forsvinde uden behandling. I nogle tilfælde fører symptomerne til, at patienten henvender sig hos den praktiserende læge.

Mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, opstår hyppigt ved undersøgelser i almen praksis. For den alment praktiserende læge er det derfor en central udfordring at identificere de patienter med uspecifikke symptomer tidligt, som bør undersøges for, om der kan være en underliggende kræftsygdom.

Danske erfaringer viser, at mellem 11-20 % af patienter med uspecifikke symptomer, der udredes via Diagnostisk pakkeforløb i Danmark, bliver diagnosticeret med kræft. De hyppigste ikke-maligne sygdomme, der konstateres via udredning i Diagnostisk pakkeforløb er led- og bindevævssygdomme, mave/tarm-sygdomme, endokrinologiske sygdomme, infektiøse sygdomme og hæmatologiske sygdomme⁽⁵⁾.

3.2.2 Symptomer

Symptombilledet, der vækker mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, er varierende og kan også opstå på baggrund af lægens fornemmelse af, at patienten er alvorlig syg⁽⁶⁾. Hvis lægen således skønner, at patienten kan være alvorligt syg og at sygdommen evt. kan skyldes kræft, understøttet af at patienten har ét eller flere af nedenstående nytilkomne symptomer uden umiddelbar anden forklaring, bør lægen (ofte almen praksis) overveje at påbegynde indledende undersøgelser, som beskrevet nedenfor (afsnit 3.2.3).

Patienten vil typisk have haft et eller flere af nedenstående nytilkomne symptomer mellem ca. 3 uger og 3 måneder, men der skal også tages højde for evt. sen lægesøgning. Listen er ikke udtømmende, men kan anvendes som inspiration:

- Almen sygdomsfølelse

- Udtalt, uforklaret træthed (samtidig med andre symptomer)
- Større, utilsigtet vægttab
- Feber uden kendt årsag
- Uforklaret lav blodprocent (anæmi)
Diffuse eller lokaliserede smerter uden kendt årsag
- En eller flere abnorme laboratorieprøver, som ikke umiddelbart kan forklares
- En markant stigning i antallet af kontakter til sundhedsvæsnet hos en patient, der tidligere ikke har været forbruger af sundhedsydelser i særlig grad
- En markant stigning i medicinforbrug (fx antibiotika eller analgetika) hos en patient, der ikke tidligere har haft behov for medicin i særlig grad.

Meget langvarige uspecifikke symptomtilstande såsom kroniske træthedstilstande og kroniske smertetilstande bør sjældent give mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft.

Ved eventuel henvisning til indledende udredende undersøgelser på sygehusafdeling bør lægen være særligt omhyggelig med at beskrive symptomer, fund samt uddybe mistanken. I tvivlstilfælde anbefales det, at lægen rådfører sig telefonisk med den lokale udredningsafdeling forud for eventuel henvisning.

Den konkrete mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, bør holdes op mod patientens alder og øvrige disponerende faktorer for kræft. Hos yngre patienter er kræft atypisk, og infektion vil være en hyppigere årsag til ovennævnte symptomer, hvilket der bør være særlig opmærksomhed på.

Får lægen mistanke om en specifik kræftsygdom, tilbydes patienten henvisning til relevant organspecifik pakkeforløb (jf. indgangskriterier beskrevet i de enkelte pakkeforløb for kræft)⁴.

3.2.3 Trin 1: Indledende udredning (oftest i almen praksis)

Ved mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, foretages de indledende undersøgelser med almen praksis som tovholder⁵, herunder en basisblodprøvepakke mv.⁶ Disse indledende undersøgelser er beskrevet nedenfor.

Anamnese og objektiv undersøgelse

⁴ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser?Serie={A79C71A8-E378-48CA-B5B2-17363ECF1C4D}>

⁵ I nogle tilfælde foregår den indledende udredning i speciallægepraksis eller på en sygehusafdeling

⁶ MAS-pakke i WebReg

Følgende undersøgelse igangsættes og skal være gennemført inden eventuelt videre forløb:

- Grundig anamnese inkl. opdateret medicinstatus (FMK)
- Grundig, relevant objektiv undersøgelse, fx inspektion af hud og mundhule samt palpation af led, lymfeknuder, hals, skjoldbruskkirtlen, mammae eller testes samt gynækologisk undersøgelse og rektal-eksploration
- Patienten skal oplyses om, at der udredes for alvorlig sygdom, der kan være kræft.

Lægen bør under anamneseoptagelsen være opmærksom på andre faktorer, der kan forklare symptomerne, fx psykisk lidelse, polyfarmaci, medicinbivirkninger eller demens, og overveje, om en eller flere af disse er en mere oplagt forklaring på patientens symptomer og dermed taler imod henvisning til diagnostisk pakkeforløb.

Parakliniske undersøgelser

Nedenstående undersøgelser indgår i den basale blodprøvepakke og skal som minimum tages. Der kan derudover evt. suppleres med enkelte undersøgelser efter individuel vurdering. Undersøgelserne bør foretages samlet uden unødigt ventetid på sygehuset.

Det er vigtigt, at der på dette indledende tidspunkt foretages en så sikker som muligt kategorisering af patientens eventuelle anæmi.

Hæmatologi	<ul style="list-style-type: none"> • Første trin i almen praksis: Dynamisk anæmiudredning: <ul style="list-style-type: none"> ○ B-Hæmoglobin [Hb] ○ Erc(B) – Hæmoglobinindhold [MCH] ○ Erc(B) – Erytrocyt fordelingsbredde [RDW] ○ Erc(B) – Erytrocyt Middel [MCV] ○ Erc(B) – Hæmoglobin [MCHC] ○ B-Erytrocytter [EVF] ○ B-Trombocytter ○ B-Leukocytter ○ B-Leukocyttyper ○ B-Retikulocytter ○ Ferritin; P • Andet trin i almen praksis: Afhængig af resultaterne af første trin bør følgende analyser indgå: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cobalamin; P ○ Folat; P ○ Jern; P ○ Transferrin-mætning; P
-------------------	--

Immunologi og inflammation	<ul style="list-style-type: none"> • C-reaktivt protein [CRP]; P • Immunglobulin G (IgG); P • Immunglobulin A (IgA); P • Immunglobulin M (IgM); P
Væske- og elektrolytbalance	<ul style="list-style-type: none"> • Albumin; P • Natrium; P • Kalium; P • Kreatinin (eGFR) • Calcium; P
Hæmostase	<ul style="list-style-type: none"> • Koagulationsfaktor II + VII + X [INR]; P
Metabolisme	<ul style="list-style-type: none"> • Hæmoglobin A1c; Hb(B), HbA1c
Organmarkører	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin; P • Alaninaminotransferase [ALAT]; P • Basisk fosfatase; P • Laktatdehydrogenase (LDH); P • Amylase (total); P eller Amylase Pancreastype; P
Endokrinologi	<ul style="list-style-type: none"> • Thyrotropin [TSH]; P
Urinstix	<ul style="list-style-type: none"> • Ved relevant anamnese

Der kan suppleres med fæces for blod (iFobt) og i så fald begrænses til borgere uden symptomer på kolorektalcancer og hvor koloskopi ikke er oplagt. iFobt resultatet skal så vurderes ud fra en cut-off på $\geq 50 \mu\text{g/L}^{(7)}$.

Billeddiagnostiske undersøgelser

Hvis den basale blodprøvepakke ikke tyder på sygdomme eller tilstande, som kan forklare patientens symptomer (fx medicinske tilstande, infektioner mv), kan der henvises til relevante billeddiagnostiske undersøgelser, der vil kunne bidrage til yderligere udredning af mistanken om alvorlig sygdom, der kan være kræft.

Der foreligger ikke studier, der viser den bedst mulige billeddiagnostiske udredningsalgoritme for patienter med symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft. Samtidig er patientgruppen meget heterogen og har ikke nødvendigvis symptomer, der giver en klar indikation af, hvilken specifik billeddiagnostisk undersøgelse, der bør foretages. På den

baggrund bør valg af billeddiagnostiske undersøgelser bero på en individuel lægefaglig vurdering af den enkelte patient, bl.a. baseret på overvejelser vedr. patientens alder, stråledosis, symptombillede mv. i overensstemmelse med strålebeskyttelseslovgivningen, som udover at regulere i forhold til ioniserende stråling, også indeholder krav til kompetencer og berettigelse (vurdering af indikation ift. potentiel skade).⁷

Se afsnit 3.2.4 for uddybning af de billeddiagnostisk undersøgelser.

Hvis det viser sig, at patienten opfylder kriterierne beskrevet i Pakkeforløb for lungekræft, bør lægen overveje at henvise patienten til CT-skanning med kontrast af thorax og øvre abdomen.

Ved behov for billeddiagnostik skal almen praksis have adgang til følgende to muligheder:

1. Almen praksis (eller anden afdeling på sygehuset) skal have mulighed for at kunne henvise direkte til relevant billeddiagnostisk undersøgelse, herunder røntgen af thorax, ultralydsundersøgelse (UL) eller diagnostisk CT-skanning (CT-tab: thorax, abdomen og bækken). Det fordrer, at almen praksis har adgang til disse undersøgelser i alle regioner, og at ventetiden fra rekvirering af prøve/undersøgelse til svar minimeres, så forløbstiden for den indledende udredning ikke forlænges unødigt. Almen praksis forbliver her tovholder for den videre indledende udredning. I svaret til almen praksis på den billeddiagnostiske undersøgelse bør radiologen tydeligt og forståeligt beskrive, hvad konklusionen er på undersøgelsen, eventuelt med forslag til det videre forløb.

Hvis der efter de indledende undersøgelser, med almen praksis som tovholder, fortsat ikke er anden forklaring på de beskrevne symptomer, og der stadig er mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, bør der tilbydes henvisning til udredning i Diagnostisk pakkeforløb i sygehusets udredningsenhed.

2. Almen praksis skal have mulighed for at kunne henvise direkte til Diagnostisk pakkeforløb i udredningsenheden uden krav om, at der forinden er foretaget specifikke billeddiagnostiske undersøgelser, herunder diagnostisk CT-skanning. Det kan være i tilfælde, hvor almen praksis vurderer, at det vil være mere hensigtsmæssigt, at udredningsenheden forestår den videre udredning, herunder vurdering af, hvilke billeddiagnostiske undersøgelser, der bør anvendes. Det bør derfor ikke være et kriterie, at der er foretaget specifikke billeddiagnostiske undersøgelser inden henvisning til pakkeforløbet i udredningsenheden.

⁷ Strålebeskyttelsesloven, lov nr 23 af 15. januar 2018, jfr. kapitel 2, se også bekendtgørelse nr 671 af 1. juli 2019 samt bekendtgørelse nr 669 af 1. juli 2019

Lægen, der henviser patienten til pakkeforløbet, har ansvaret for patienten, indtil sygehuset har indkaldt patienten til første aftale i udredningsenheden, hvorefter sygehuset overtager behandlingsansvaret. Hvis sygehuset *tilbagehenviser* eller *viderehenviser* henvisningen, bør dette ske umiddelbart efter henvisningen sammen med en korrespondance/epikrise. Ansvar for patienten forbliver hos henvisende læge.

Ved behov rådfører den henvisende læge sig med udredningsenheden forud for henvisningen. Henvisningen til udredning på sygehusafdeling skal indeholde omhyggelig beskrivelse af symptomer, fund, uddybning af skønnet samt at der er givet information til patienten. Patienten vil hurtigt derefter blive kontaktet af udredningsenheden med plan for den videre udredning. Der bør desuden være kontaktinformation i henvisningen, så den henvisende læge er tilgængelig for udredningsenheden ved behov for uddybning af henvisningen. Det forudsætter, at henvisningen er udfyldt korrekt med et direkte telefonnummer til henvisende læge, så der let kan opnås kontakt.

Information til patienten

Ved henvisning til Diagnostisk pakkeforløb på sygehusafdeling skal den henvisende læge ved henvisningen informere patienten om, at patientens symptomer kan skyldes alvorlig sygdom, der evt. kan være kræft, og at udredningen har til formål at undersøge, om patienten har kræft. Der indhentes informeret samtykke fra patienten til, at der henvises til udredning for kræft. Patienten vil derpå hurtigt blive kontaktet af udredningsenheden med plan for den videre udredning.

3.2.4 Trin 2: Udredning på sygehuset

Der bør på sygehusets udredningsenhed foretages en individuel vurdering af den enkelte patient i forhold til behovet for supplerende undersøgelser, herunder evt. behov for at gentage undersøgelser, der er foretaget i almen praksis med henblik på evt. dynamik. Visitator afgør, hvilke undersøgelser der skal foretages, herunder prioritering af evt. billeddiagnostiske undersøgelser i forhold til øvrige undersøgelser. Nogle undersøgelser kan man overveje at gentage, dog uden at dette medfører unødigt ventetid for patienten.

Anamnese og objektiv undersøgelse

Der optages anamnese, og der foretages klinisk undersøgelse inklusive palpation af led (ved smerter eller ømhed i bevægeapparatet), skjoldbruskkirtlen (gl. thyroidea), mælle, testikler samt lymfeknuder på halsen, i armhule (axiller) og i lyske (inguinae).

Parakliniske undersøgelser

Alt efter individuelt vurderet behov foretages relevante undersøgelser.

Nedenstående skema indeholder eksempler og kan anvendes som inspirationsliste til undersøgelser på trin 2. Der er flere relevante undersøgelser ud over dem, der nævnes i skemaet.

Ved anæmi (blodmangel)	<ul style="list-style-type: none"> • Afhængig af resultater fra anæmiudredning i trin 1
Immunologi	<ul style="list-style-type: none"> • M-komponent og frie lette kæder • Tryptase (obs mastocytose)
Tumormarkører	<p>Afhængigt af de kliniske fund og symptomer kan der undersøges for tumormarkører.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CEA • CA125 • CA 19-9 • PSA • α-fβtoprotein • hCG
Øvrige markører	<ul style="list-style-type: none"> • P-Peptidyl-dipeptidase A; P (ACE) (obs sarcoidose) • NT-proBNP; P eller BNP; P (obs hjertesvigt) • Quantiferon test (obs tuberkulose) • Calprotectin; F (obs inflammatorisk tarmsygdom)
Mikrobiologi	<ul style="list-style-type: none"> • Virusprøver: EBV, CMV, parvovirus, toxoplas-mose, borrelia • HIV test • Hepatitisprøver • Blod og urindyrkning
Reumatologiske prøver	<ul style="list-style-type: none"> • P-Anti-CCP-antistof • P-IgM reumafaktor (RF) • (ANCA) screening: Anti neutrofilocyt cytoplasma antistof • P-Antinukleære antistoffer (ANA)

Billeddiagnostiske undersøgelser

Der kan desuden foretages billeddiagnostiske undersøgelser efter individuelt vurderet behov. Der foreligger ikke studier, der indikerer den bedst mulige billeddiagnostiske udredningsalgoritme for patienter med symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft. Da der er tale om en meget heterogen/forskelligartet patientgruppe, skal der derfor i hvert patientforløb tages stilling til den mest hensigtsmæssige billeddiagnostiske udredning.

I vurderingen af valg af billeddiagnostisk undersøgelse bør der, i overensstemmelse med strålebeskyttelsesloven, indgå overvejelser i forhold til:

- Symptombilledet
- Alder og tilstand
- Tidspunkt i udredningsforløbet
- Tidligere relevante undersøgelser eller behandlinger
- Stråledosis.

Der kan gøres brug af følgende billeddiagnostiske undersøgelser:

- Diagnostisk CT-TAB skanning. CT-skanning af halsen bør inkluderes, hvis der mistænkes sygdom på/i hals. Der foreligger ikke undersøgelser af sensitivitet og specificitet for CT ved uspecifikke symptomer
- FDG-PET-CT skanning anvendes almindeligvis ikke som første billeddiagnostiske udredning af uspecifikke symptomer grundet den betydelige strålingsdosis
- MR-skanning af hele kroppen (MR-helkrop) evt. med diffusionsvægtede sekvenser, hvilket giver informationer på niveau med CT af thorax og abdomen. Denne undersøgelse kan også overvejes til yngre patienter, hvor der ikke skønnes at være indikation for CT-skanning i forhold til stråledosis
- Ultralyd af abdomen (øvre og nedre) kan være velegnet som første billeddiagnostiske undersøgelse, hvis mistanken særligt retter sig mod sygdom i abdomen
- Røntgen af brystkassen (thorax) og ultralyd af bughulen (abdomen) kan overvejes, i stedet for mere strålebelastende undersøgelser, til yngre patienter alt efter symptomernes karakter. Det er dog vigtigt ved negativt fund at være opmærksom på undersøgelsens begrænsede sensitivitet.

Hvis sygehuset systematisk tager en ny billeddiagnostisk undersøgelsesmetode i brug eller bruger en metode på nye indikationer, skal de gældende faglige rammer overholdes. Blandt andet skal balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger være dokumenteret forinden i protokolleret regi⁽⁸⁾.

Den behandlingsansvarlig læge i udredningsenheden har ansvaret for patientens samlede udredningsforløb i Diagnostisk pakkeforløb, herunder samarbejdet om undersøgelser i andre sygehusafdelinger ved behov.

Fortsat individuelt tilpasset udredning på sygehus

Såfremt de indledende undersøgelser på sygehuset ikke giver forklaring på de beskrevne symptomer, fortsættes udredningen.

Den videre udredning beslattes af sundhedspersoner med særlige kompetencer i udredning af patientgruppen og må fortsat individualiseres efter den enkelte patients symptomer og de kliniske fund.

For at undgå forsinkelse, unødigt belastning af patienten og ressourcespild, er det afgørende, at de allerede udførte undersøgelser fra den indledende udredning ikke gentages, medmindre undersøgelserne med fordel kan gentages i forhold til en evt. sygdomsudvikling eller kvalitetssikring af resultaterne. Resultaterne af de indledende undersøgelser skal derfor være til rådighed for udredningsenheden.

Vejledt af de kliniske fund og forhistorien, kan følgende undersøgelser eksempelvis indgå i den individuelt tilpassede fortsatte udredning (listen er ikke udtømmende):

- Biopsi
- Gastroskopi og koloskopi
- Ultralydsundersøgelse af halsen
- Knoglemarvsundersøgelse
- Mammografi og gynækologisk undersøgelse inkl. vaginal ultralydsskanning
- Yderligere blodprøver fx HIV-test og relevante tumormarkører
- CT-TAB, hvis den ikke allerede foreligger
- Ved smerter i bevægeapparatet kan der med fordel foretages ultralydsundersøgelse, røntgenundersøgelse, knoglescintigrafi (NaF-PET/CT) eller evt. MR-skanning
- Ved mistanke om infektion (obs evt. hjertemislyd) kan der med fordel foretages bloddyrkning (evt. ekkokardiografi), anden symptomorienteret mikrobiologisk diagnostik eller FDG-PET-CT.

Rækkefølgen på de valgte undersøgelser tilrettelægges på baggrund af en individuel vurdering af patientens sygdomsbillede. Ved kliniske fund målrettes udredningen eller patienten henvises til et andet relevant organspecifikt kræftpakkeforløb.

Se vejledning om diagnostisk udredningsforslag til tumorer og metastaser i **bilag 1**.

På baggrund af ovenstående udredning vil mistanken i nogle tilfælde være rettet sig mod en konkret kræftsygdom, og patienten henvises til relevant kræftpakkeforløb. I de tilfælde skal der således ikke foretages yderligere billeddiagnostiske undersøgelser eller fornyet biopsi, med mindre der er tale om de patologiske fund, som beskrevet i **bilag 2**.

Den patologiske udredning vil i så fald inkludere en immunhistokemisk undersøgelse, der målrettes efter patientens køn, tumor/metastasens lokalisation og det histologiske fund. Den immunhistokemiske undersøgelse er retningsgivende for videre udredning og behandling, såfremt den billeddiagnostiske udredning ikke har sandsynliggjort lokalisation af primær tumor.

Udredningsenheden er ansvarlig for forløbet, så længe patienten er under udredning i Diagnostisk pakkeforløb. Patienten, som ikke nødvendigvis er færdigudredt efter forløbet i Diagnostisk pakkeforløb, skal derpå henvises til videre forløb ved en af følgende:

- et organspecifikt kræftpakkeforløb
- anden afdeling for videre udredning eller behandling for anden specifik sygdom (fx ved fund af endokrinologiske, gastroenterologiske eller reumatologiske sygdomme). Der bør derfor være mulighed for videre bred udredning eller behandling af en patient med uspecifikke symptomer på et specialiseret niveau på hospitalet, hvis det vurderes nødvendigt
- onkologisk eller palliativ afdeling
- almen praksis.

Se også afsnit 3.5 vedr. afslutning på Diagnostisk pakkeforløb.

3.3 Patienter med metastasesuspekt forandring - uden kendt primær tumor

3.3.1 Om patientgruppen

Forud for henvisning til Diagnostisk pakkeforløb vil der typisk være rejst mistanke om metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor ved billeddiagnostiske fund af en suspekt forandring eller ved palpation af patologisk forstørrede lymfeknuder uden anden forklaring. I nogle tilfælde vil fund af maligne celler/væv i biopsi være første tegn på kræft (metastase).

Fund af hævede lymfeknuder er hyppige i almen praksis, og specielt hos unge og ved kort symptomvarighed må virusinfektion, herunder EBV, overvejes. Hvis der ved objektiv undersøgelse ikke findes oplagt årsag til hævede lymfeknuder, bør yderligere udredning iværksættes. Særligt store, hårde, uømmelige, uregelmæssige og fikserede lymfeknuder bør rejse mistanke om metastaser.

Bemærk at patienter med livs- eller førlighedstruende sygdom såsom truende inkarceration ved hjernemetastaser eller spinalt tværsnitsyndrom ved knoglemetastaser henvises akut til behandling af disse tilstande forud for henvisning til Diagnostisk pakkeforløb.

3.3.2 Metastasesuspekt forandring, der fører til henvisning til organ-specifik kræftpakke

Billeddiagnostisk afdeling tager telefonisk kontakt til henvisende læge ved fund af metastasesuspekt forandring eller erkendt metastase i nedenstående områder. Det fordrer, at der er kontaktoplysninger til den henvisende læge mv. Andre procedurer for kontakt kan aftales lokalt, så længe det sikres, at patienten får hurtig besked og hurtigt henvises til pakkeforløbet.

Den henvisende læge, som har behandlingsansvaret og rejser mistanke om metastase, er ansvarlig for at informere og tilbyde patienten henvisning til følgende relevante organ-specifikke pakkeforløb:

- Forstørrede lymfeknuder på halsen hos patienter over 18 år uden infektiøs eller anden benign forklaring eller lateral cyste på hals hos patienter ældre end 40 år henvises til undersøgelse hos praktiserende specialelæge i øre-, næse- og hals-sygdomme
- Klinisk suspekt lymfeknude i den ene armhule hos kvinder henvises til Pakkeforløb for brystkræft
- Metastase i lunge henvises til Pakkeforløb for lungekræft
- Solitær rumopfyldende proces i hjernevævet, hvor forandringen er suspekt for primær hjernekræft, henvises til Pakkeforløb for hjernekræft
- Tumor i bløddels- eller knoglevæv med mistanke om primært sarkom henvises til Pakkeforløb for sarkomer i knogle og bløddele.

Suspekte fund i forbindelse med røntgenundersøgelser kan også medføre henvisning til et pakkeforløb.

I forhold til en indlagt patient, kan sygehusafdelingen konferere patienten med den udredningsenhed, der varetager diagnostisk pakkeforløb, så længe patienten er indlagt.

3.3.3 Metastasesuspekte forandringer, der fører til henvisning til Diagnostisk pakkeforløb

Den læge, der rejser nedenstående mistanke om metastase eller modtager svar om fund af metastasesuspekte forandringer eller fund af isolerede kræftceller hos en patient uden kendt kræftsygdom, bør tilbyde patienten henvisning til en udredningsenhed med henblik på udredning i Diagnostisk pakkeforløb. Forud for henvisningen til Diagnostisk pakkeforløb kan den henvisende læge med fordel konferere patienten med den lokale udredningsenhed, både i forhold til fortolkning af prøvesvar og undersøgelser, valg af yderligere prøver, undersøgelser samt hvad der er den optimale planlægning og koordinering af det videre forløb for patienter med metastasesuspekte forandringer.

Patienten kan henvises til Diagnostisk pakkeforløb, hvis der er fund af (eller mistanke om):

- Metastasesuspekter forandringer i lever eller andre suspekter forandringer i lever, der kræver nærmere undersøgelser (undtagen hvis der samtidig er mistanke om tyk- og endetarmskræft eller hepatocellulært karcinom (HCC). I så fald henvises patienten til udredning i Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm)
- Malignitetssuspekter forandringer i knogle(r) på baggrund af billeddiagnostik
- Én eller flere uømme forstørrede lymfeknuder (>1.5-2 cm i største diameter, som ikke er lokaliseret i hals eller i den ene armhule hos kvinder, og som ikke kan tilskrives anden oplagt forklaring som fx infektion).
- Metastasesuspekter forandringer i hjernen (undtagen hvis patienten allerede er i udredning på neurologisk afdeling, hvor udredningen fortsætter dér)
- Carcinomatose/fund af isolerede kræftceller (typisk i bughulen eller lungehinden)
- Retroperitoneal metastasesuspekter forandringer
- Metastasesuspekter forandringer i anden lokalitet end beskrevet ovenfor
- Ved mistanke om myelomatose konfereres først med hæmatologisk afdeling.

Afdelingen/lægen, der varetager udredningen og finder mistanke om kræft, er ansvarlig for patientforløbet, indtil henvisningen modtages af udredningsenheden, som derefter har ansvaret for den fortsatte udredning.

I forhold til en indlagt patient, kan sygehusafdelingen konferere patienten med den udredningsenhed, der varetager diagnostisk pakkeforløb, så længe patienten er indlagt.

Se vejledning om diagnostisk udredningsforslag til tumorer og metastaser (**bilag 1**).

3.3.4 Udredning af patienter med metastaser (eller mistanke om) i udredningsenheden (i Diagnostisk pakkeforløb)

Når patienten er henvist til Diagnostisk pakkeforløb forankres udredningen i en udredningsenhed.

Alle patienter, hvor der er metastase uden kendt primær tumor (eller mistanke om), bør have foretaget følgende udredning i pakkeforløbet:

- **CT af thorax, abdomen og lille bækken (CT-TAB).** Bestilling af biopsi bør afvente CT-skanningen, med mindre der er en oplagt suspekt proces, som ligger overfladisk og tilgængelig for biopsi
- **Biopsi fra metastasen/processen** mhp. histologisk/patologisk vurdering af den suspekter proces. Det er afgørende, at der udtages tilstrækkeligt biopsimateriale til, at de omfattende patologiske undersøgelser, der kræves for at stille en endelig diagnose, kan gennemføres. Hvis det skønnes, at prognosen er meget dårlig, kan det

overvejes at afstå fra patologisk diagnostik og undlade at tage biopsi, særligt hvis der er tale om invasive biopsier i hjernen eller andre organer

- **Fyldestgørende anamnese**, herunder sikkerhed omkring evt. tidligere behandlet kræftsygdom, fx brystkræft eller modermærkekræft behandlet dekade(r) tidligere
- **Grundig klinisk undersøgelse** inkl. palpation af gl. thyroidea, mammae, testes og lymfeknuder på halsen, i axiller og i inguinae samt rektaleksploration
- **Evt. blodprøvestatus**
- **Hos mænd** anbefales følgende undersøgelser: PSA, α -f₂-globulin og HCG.

Særlige undersøgelser bør foretages afhængig af (mistænkte) metastasers lokalisation (se nedenfor).

Ved (mistanke om) metastase i lever

Forud for beslutning om biopsi (alt efter lokal organisering) bør alle patienter med metastasesuspekterede forandringer i leveren uden umiddelbare ekstrahepatiske tumormanifestationer drøftes på MDT-konference med deltagelse af leverkirurg, radiolog, patolog, gastroenterolog, nuklearmediciner og onkolog. Kun få af disse patienter kan tilbydes operation uanset kræfttypen. På konferencen tages stilling til evt. videre udredning med målrettede billeddiagnostiske undersøgelser.

Patienter med multiple metastasesuspekterede forandringer kan eventuelt biopteres uden forudgående MDT-konference, hvis det er åbenlyst, at patienten ikke er kandidat til kirurgisk behandling.

Ved (mistanke om) metastase i hjernen

Der skal suppleres med MR af hjernen (cerebrum), hvis der forinden kun er foretaget CT-skanning. Medmindre der af kliniske grunde skal foretages operation, hvorved den patologiske diagnose vil blive stillet, skal patienten udredes med CT-TAB mhp. diagnose af primær tumor. Der undlades altså biopsi. Der er ikke belæg for, at helkrops FDG-PET-CT-skanning kan erstatte CT- og MR-skanning.

Overordnet gælder følgende principper for udredning af metastase i hjernen:

- Hvis der er én tumor, som er symptomgivende (især hvis der er tale om neurologiske udfald og/eller masseeffekt med deraf følgende symptomer på forhøjet intrakranielt tryk) anbefales operation med fjernelse af tumor og dermed patologisk diagnose, såfremt tumor er "operabel", hvilket bl.a. betyder, at den er beliggende relativt overfladisk i hjernen
- Hvis der er mere end én tumor, og disse er symptomgivende, kan kirurgisk fjernelse af den største overvejes, hvorved der også opnås patologisk diagnose

- Hvis der er én eller flere tumorer, hvoraf ingen er operable, er der følgende muligheder: a) neuronavigationsvejledt biopsi, og herved opnåelse af patologisk diagnose b) Udredning med røntgen af thorax eller diagnostisk CT-TAB som anført ovenfor
- Den neurokirurgiske behandlingsalgoritme ved radiologisk mistanke om metastaser i hjernen, er betydeligt differentieret, hvorfor der bør henvises til neurokirurgisk kræftforløb sideløbende med anden udredning. Herved gennemgås skanningsmaterialet på ny mellem neurokirurger og neuroradiologer. Sygeforløb og skanningsmateriale gennemgås ligeledes i forhold til evt. differentialdiagnoser.

Ved (mistanke om) knoglemetastaser

Knoglebiopsi fra metastasesuspekt område udføres CT-vejledt eller ved operation. Ved meget udtalt destruktion eller bløddelstumor i området kan biopsien udføres UL-vejledt eller palpatorisk vejledt. Bemærk, at der ved solitær malignitets-suspekt forandring i knogle bør mistænkes sarkom og henvises til sarkomcenter, hvis tumormarkører, M-komponent og frie lette kæder eller PSA ikke giver en diagnose.

Ved (mistanke om) retroperitoneal metastase

Vævsprøve fra lymfeknude/tumor i retroperitoneum kan være vanskelig at foretage. Retroperitoneale processer bør i udgangspunktet biopteres UL- eller CT-vejledt. Er dette ikke muligt, kan der foretages andre udredningsmetoder som endoskopi, relevant billeddiagnostik eller laparoskopisk biopsi. Udredningen vil ofte bestyrke mistanke om enten tyktarmskræft (coloncancer), lymfom, udbredt metastaserende sygdom, sarkom eller Gastro Intestinal Stromal Tumor (GIST), hvorefter der henvises til relevant udredning/pakkeforløb. Ved tvivl om tolkning af de billeddiagnostiske fund kan disse med fordel konfereres med et sarkomcenter i forhold til vurdering og videre udredningsstrategi ⁽⁹⁾.

3.3.5 Undersøgelser efter histologisk diagnose og svar på foretagne skanninger

På baggrund af ovenstående udredning vil mistanken oftest rette sig mod en konkret (kræft)sygdom. Der skal således - i de fleste tilfælde - ikke foretages yderligere billeddiagnostiske undersøgelser eller fornyet biopsi, med mindre der er tale om de patologiske fund, som beskrevet i **bilag 2**. Den patologiske udredning vil i så fald inkludere en immunhistokemisk undersøgelse, der målrettes efter patientens køn, tumor/metastasens lokalisation og det histologiske fund. Den immunhistokemiske undersøgelse er retningsgivende for videre udredning og behandling, såfremt den billeddiagnostiske udredning ikke har sandsynliggjort primær tumor^(10,11).

Udredningsenheden er ansvarlig for forløbet, indtil patienten er færdigudredt i Diagnostisk pakkeforløb. Der kan derpå henvises til en af følgende:

- et organspecifikt kræftpakkeforløb
- anden afdeling med henblik på udredning for anden specifik sygdom (fx udredning for bindevævssygdom)
- onkologisk, hæmatologisk eller palliativ afdeling. I nogle tilfælde kan der være behov for, at onkologisk afdeling konfererer med palliativ afdeling, inden evt. henvisning dertil
- egen læge.

Se også afsnit 3.5 vedr. afslutning på Diagnostisk pakkeforløb.

Hvis en primær tumor ikke er identificeret efter ovenstående udredningsprogram, tages der beslutning om at henvise patienten umiddelbart til onkologisk afdeling under henvisningsdiagnosen "ukendt primær tumor" til evt. yderligere udredning og behandling.

3.4 Udredningsenheder: organisering og samarbejde

Udredningsenheder er centrale for at sikre en koordineret udredning af patienter med uspecifikke symptomer, der kan være kræft, og patienter med metastasesuspekter forandringer uden organspecifik kræfttype.

Organisering

Der er i hver region en række udredningsenheder. Det er vigtigt, at den enkelte udredningsenhed har et tilstrækkeligt befolkningsunderlag til, at effektive arbejdsgange mv. kan opbygges og vedligeholdes og til at sikre, at udredningsenheden er robust. Udredningsenhederne bør være forankret omkring et multidisciplinært samarbejde med en primær forankring i det medicinske område. Desuden er kontinuitet, dedikation og medarbejdere med organisatorisk overblik over specialiserede udredningsmuligheder vigtige parametre i forhold til bemanningen. De organisatoriske rammer bør fremme tværfaglighed i udredningen. Af hensyn til opbygning af effektive arbejdsgange anbefales det, at regionen udpeger én eller flere udredningsenheder til at varetage udredningen af patienter med metastasesuspekter forandringer uden kendt primær tumor.

Samarbejde

Forud for henvisning til Diagnostisk pakkeforløb, bør henvisende læge i tvivlstilfælde have mulighed for at rådføre sig med udredningsenheden for drøftelse af fund og eventuelle prøvesvar, der giver anledning til mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft eller mistanke om metastaser. Der kan eksempelvis etableres hotlines, så henvisende læge nemt kan få fat i udredningsenheden mhp. rådføring, hvilket fungerer godt i flere regioner. Udredningsenheden bør kunne tilbyde information, undervisning og viden til det øvrige sundhedsvæsen, patienter, pårørende, kommuner, offentlighed, medier mv og

dermed understøtte at de rette prøver og den rette information er tilstede ved henvisningen, og at henvisningen sendes til rette instans, hvilket kan være med til at sikre patienterne den bedst mulige udredning og behandling.

Samarbejde med relevante sygehusafdelinger om udredningen

Alt afhængig af udredningsenhedens organisering, vil en række undersøgelser kunne foretages i udredningsenheden, men der vil være behov for formaliserede aftaler vedr. hurtig adgang til andre undersøgelser i andre afdelinger.

Udredningsenheden bør derfor have formaliserede samarbejdsaftaler med relevante sygehusafdelinger, hvilket sikrer samarbejde i forhold til specialiserede diagnostiske undersøgelser og klinisk udredning af patienterne.

Udredningsenheden vil typisk have samarbejde med følgende afdelinger:

- Klinisk biokemisk afdeling
- Radiologisk afdeling
- Kirurgisk afdeling
- Klinisk fysiologisk og nuklearmedicinsk afdeling
- Hæmatologisk afdeling
- Ortopædkirurgisk afdeling, øre-næse-hals kirurgisk afdeling eller anden afdeling med henblik på glandelektirpation eller biopsi af tumorsuspekt proces konstateret ved klinisk eller billeddiagnostisk undersøgelse
- Klinisk onkologisk afdeling
- Patologisk afdeling.

Udredningsenhederne har ansvaret for at koordinere udredningsforløbet.

Henvissningsveje og –kriterier

Udredningsenhederne har forskellige navne på tværs af landet, og det kan derfor være uklart for de henvisende læger, hvilken lokal enhed, der skal henvises til. Benævnelsen af de enheder i sygehusregi, der varetager Diagnostisk pakkeforløb, bør derfor ensrettes, hvilket kan bidrage til at gøre henvissningsvejene mere gennemskuelige og lette henvisningen.

Henvissningskriterierne i udredningsenhederne bør desuden ensartes i overensstemmelse med dette pakkeforløbs anvisninger, hvilket fx kan gøres tværregionalt i regi af det nationale netværk for diagnostiske centre/enheder eller nationalt i regi af Sundhedsstyrelsen, hvor der ligeledes følges op på implementeringen. Dette for at sikre, at patienter på tværs af landet har lige muligheder for henvisning til Diagnostisk pakkeforløb, hvor de vil være omfattet af patientrettighederne vedr. maksimale ventetider.

3.4.1 Specifikt for udredningsenheder, der udreder patienter med metastasesuspekter forandringer

En del patienter med metastaser vil have behov for indlæggelse - fx i neurologisk/neurokirurgisk regi for patienter med hjernemetastaser. Den regionale udredningsenhed, der varetager pakkeforløbet, vil i den forbindelse have rådgivende funktion for den afdeling, som patienten er indlagt på, så længe patienten er indlagt.

Det anbefales, at udredningsenheder, der varetager udredning af patienter med metastasesuspekter forandringer, har formaliserede samarbejdsaftaler med relevante afdelinger for at sikre hurtig adgang til skanninger, vævsprøver, udtag af lymfeknuder samt forelæggelse på relevante MDT-konferencer. Følgende er en ikke udtømmende liste af afdelinger, som udredningsenheden bør have formaliserede aftaler med:

- Radiologisk afdeling med henblik på adgang til billeddiagnostiske undersøgelser
- Klinisk Fysiologisk og Nuklearmedicinsk Afdeling med henblik på adgang til billeddiagnostiske undersøgelser
- Patologisk Afdeling med henblik på adgang til patologiske undersøgelser
- Øre-Næse-Hals Kirurgisk Afdeling eller anden kirurgisk afdeling, der kan varetage udtag af lymfeknuder
- Ortopædkirurgisk afdeling med henblik på biopsier
- Organkirurgisk afdeling med henblik på skopi-undersøgelser
- Organkirurgisk afdeling med henblik på adgang til forelæggelse på lever-MDT
- Hæmatologisk afdeling med henblik på rådgivning
- Klinisk Onkologisk afdeling med henblik på rådgivning (i tilfælde hvor de onkologiske funktioner er spredt på flere matrikler, anbefales en enstretiget onkologisk rådgivningsfunktion)
- Neurokirurgisk afdeling med henblik på vævsprøve/resektion hos patienter med metastaser i hjernen
- Gynækologisk afdeling med henblik på gynækologiske undersøgelser inkl. ultralydsundersøgelser.

3.5 Afslutning på Diagnostisk pakkeforløb

- Hvis organspecifik kræft erkendes eller mistænkes på baggrund af udredningen, afsluttes Diagnostisk pakkeforløb og patienten henvises til relevant organspecifikt pakkeforløb
- Hvis der ikke findes primær tumor efter endt udredning ved kræftmetastaser, afsluttes Diagnostisk pakkeforløb ved, at patienten henvises til det mest relevante organspecifikke pakkeforløb eller onkologisk palliativ behandling

- Hvis kræftmistanken afkræftes, inklusiv tilfælde hvor anden sygdom konstateres eller mistænkes som årsag til patientens symptomer, afsluttes Diagnostisk pakkeforløb, og patienten henvises til videre udredning og behandling enten i samme eller anden enhed i hospitalsregi (fx ved fund af endokrinologiske, gastro-enterologiske eller reumatiske sygdomme). Der bør derfor være mulighed for videre bred udredning eller behandling af en patient med uspecifikke symptomer på et specialiseret niveau på hospitalet, hvis det vurderes nødvendigt. Eller hos patientens egen læge efter aftale (hvis det ikke er relevant med yderligere udredning/behandling i hospitalsregi).
- Hvis kræftmistanken afkræftes, men der ikke findes eller mistænkes anden årsag til patientens symptomer, rådgiver sygehuset patientens egen læge i relevant omfang om evt. opfølgning af patienten.

3.6 Psykosociale følger af udredning

Uanset om udredningsforløbet fører til fund af kræft, anden alvorlig sygdom eller ej, kan det være en psykisk belastning at gennemgå forløbet. Desuden kan udredningen forårsage utilsigtede skadelige konsekvenser, der bør tages hånd om.

Udredningsenheden bør derfor allerede inden afslutning på udredningsforløbet vurdere, om patienten har behov for en indsats. Viser vurderingen, at patienten har behov for støtte/indsats, henvises patienten til afklarende samtale i kommunen, hvor der også foretages en individuel behovsvurdering mhp. at tilrettelægge et forløb, der er tilpasset den konkrete patient. Patienten tilbydes derpå relevant rehabilitering eller palliativ indsats, baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation.

Psykosociale følger af udredningen kan omfatte angst og depression, søvnforstyrrelser, mental træthed og kognitive problemer, som fx nedsat hukommelse/koncentrationsbesvær, samt sociale og økonomiske følger som fx nedsat arbejdssevne og arbejdsløshed.

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft⁽¹²⁾ bør der derfor være opmærksomhed på patientens behov for indsatser i forhold til fysiske, psykiske, eksistentielle/åndelige samt sociale problemstillinger, jf. WHO's brede definition af rehabilitering og palliation.

Den psykosociale støtte/indsats kan omfatte samtaler, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende, fx orientering om mulighed for at deltage i relevante patientforeningers tilbud.

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, fx psykolog eller psykiater. Den praktiserende læge bør

desuden være opmærksom på eventuelle senfølger hos patienten, herunder at de kan opstå sent efter udredningsforløbet.

4 Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for Diagnostisk pakkeforløb. Det er vigtigt at understrege, at standardforløbstiderne ikke hviler på konkrete lovgivne patientrettigheder, men er faglige rettesnore for sygehusafdelingernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb.

Der vil for nogle patienter være grunde til, at forløbet bør være længere eller kortere end den her beskrevne tid, grundet de individuelt tilpassede forløb, herunder faglige hensyn eller ønske fra patienten om f.eks. yderligere betænkningstid. Imidlertid bør det tilstræbes at overholde forløbstiderne.

For patienter med uspecifikke symptomer inkluderer den samlede forløbstid otte dage fra mistanke, oftest i almen praksis, til henvisning til udredningsenheden. Forløbstiden på de otte dage er en faglig rettesnor og opfordring til, at den indledende udredning (Trin 1) foregår uden unødigt ventetid. Såfremt der er faglige begrundelser herfor, er der mulighed for at afvige fra denne forløbstid. Der registreres ikke på forløbstiden, og den er ikke omfattet af den nationale monitoreringsmodel, hvor der alene monitoreres på forløb på sygehuset med standardforløbstider (Trin 2).

Tabel 1 Oversigt over forløbstider for Diagnostisk pakkeforløb

Oversigten omfatter forløbstider både for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, og patienter med metastasesuspekterede forandringer.

Indledende udredning inden henvisning	
Den indledende udredning af uspecifikke symptomer i almen praksis, fra mistanke til modtagelse af henvisning på sygehusniveau, skal være afsluttet indenfor 8 kalenderdage.	8 kalenderdage
Henvisning til og udredning i udredningsenhed	
Det tilstræbes, at udredningen i udredningsenheden skal være afsluttet indenfor 22 kalenderdage*.	22 kalenderdage
Samlet forløbstid fra mistanke til afsluttet udredning.	30 kalenderdage

* De 6 dage i det tidligere pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype, fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling, er nu indeholdt i de 22 dage. Fordelingen af de 22 dage administreres lokalt.

5 Referenceliste

- (1) Moseholm E. Oversigtsartikel af forskningslitteraturen vedr. diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Sundhedsstyrelsen, 2019.
- (2) Damhus CS, Siersma V, Dalton SO, Brodersen J. Non-specific symptoms and signs of cancer: different organisations of a cancer patient pathway in Denmark. *Scand J Prim Health Care* 2021;39(1):23-30.
- (3) VIVE. Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb – Fordele, ulemper og forbedringspotentialer i nuværende organiserings- og samarbejdsformer. VIVE, 2021.
- (4) VIVE. Kræftudredning uden for kræftpakkerne – Analyse: Hvordan fungerer udredningen i almen praksis og i diagnostisk pakkeforløb? 2018.
- (5) Sundhedsdatastyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom 2017-2018 Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
- (6) Smith CF, Drew S, Ziebland S, Nicholson BD. Understanding the role of GPs' gut feelings in diagnosing cancer in primary care: a systematic review and meta-analysis of existing evidence. *Br J Gen Pract* 2020;70(698):e612-e621.
- (7) Westwood M, Lang S, Armstrong N, van Turenhout S, Cubiella J, Stirk L, et al. Faecal immunochemical tests (FIT) can help to rule out colorectal cancer in patients presenting in primary care with lower abdominal symptoms: a systematic review conducted to inform new NICE DG30 diagnostic guidance. *BMC Med* 2017;15(1):189.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om indføring af nye behandlinger i sundhedsvæsenet: VEJ nr. 11052 af 02/07/1999 Sundheds- og Ældreministeriet, 1999.
- (9) NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline: Metastatic malignant disease of unknown primary origin in adults: diagnosis and treatment National Institute for Health and Care Excellence, 2010.
- (10) Losa F, Soler G, Casado A, Estival A, Fernández I, Giménez S, et al. SEOM clinical guideline on unknown primary cancer (2017). *Clin Transl Oncol* 2018;20(1):89-96.
- (11) Fizazi K, Greco FA, Pavlidis N, Daugaard G, Oien K, Pentheroudakis G, et al. Cancers of unknown primary site: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2015;26 Suppl 5:133-138.

(12) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2018.

6 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Oversigt over placering af tumor/metastasesuspekt forandringer
- Bilag 2:** Yderligere udredning ved patologiske fund
- Bilag 3:** Registreringsvejledning
- Bilag 4:** Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Oversigt over placering af tumor/metastasesuspekt forandring

Oversigt over placering af tumor/metastasesuspekter forandringer og anbefaling om henvisning til relevant pakkeforløb.

Placering af tumor/metastasesuspekt forandring	Kriterier for henvisning	Pakkeforløb
Lymfeknude		
Forstørrede lymfeknuder på halsen uden infektiøs eller anden benign forklaring hos patienter over 18 år eller lateral cyste på hals hos patienter ældre end 40 år.	Palpation, patologisvar eller billeddiagnostik	Filterfunktion i Pakkeforløb for hoved- og halskræft hos praktiserende ØNH-speciallæge eller på ØNH-afdeling.
Forstørret lymfeknude i den ene armhule hos kvinder Forstørret lymfeknude i den ene armhule hos mænd	Palpation eller billeddiagnostik	Pakkeforløb for brystkræft Diagnostisk pakkeforløb alt efter lokal organisering.
Én eller flere uømme forstørrede lymfeknuder (> 1.5-2.0 cm i største diameter, som ikke er lokaliseret i hals eller i den ene armhule hos kvinder, og som ikke kan tilskrives anden oplagt forklaring som fx infektion).	Palpation	Diagnostisk pakkeforløb alt efter lokal organisering.
Alle andre lokalisationer inkl. retroperitoneum	Palpation eller billeddiagnostik	Diagnostisk pakkeforløb

Leveren		
Fokal solid proces, hos patienter med levercirrose, kronisk hepatitis, hæmokromatose eller forhøjet alfa-føtoprotein		Pakkeforløb for primær leverkræft
Uden samtidig mistanke om eller kendt tyk- eller endetarmskræft		Diagnostisk pakkeforløb
Samtidig mistanke eller kendt tyk- eller endetarmskræft		Pakkeforløb for tyk- og endetarmskræft inklusive tarmkræftmetastaser i leveren
Lunge		
Malignitetssuspekt lungeinfiltrat		Pakkeforløb for lungekræft
Tumor i mediastinum		Pakkeforløb for lungekræft
Hjerne		
Ved fund af kræftceller i spinalvæske		Diagnostisk pakkeforløb, hvis patienten ikke er under udredning på neurologisk afdeling, ellers fortsættes udredning på neurologisk afdeling.
Knogler		
Malignitetssuspekter forandringer i knogle(r) på baggrund af billeddiagnostik		Diagnostisk pakkeforløb
Solitær malignitetssuspekt forandring i knogle		Pakkeforløb for sarkomer
Andre		
Carcinomatose/fund af isolerede kræftceller (typisk i		Diagnostisk pakkeforløb

<p>bughulen eller lungehinden).</p> <p>Ved øget væske i bughulen (acites) og forhøjet CA125</p>		<p>Pakkeforløb for gynækologiske kræftformer</p>
<p>Metastasesuspekt forandring i lokalitet, som ikke er beskrevet ovenfor.</p>		<p>Diagnostisk pakkeforløb</p>

Kilde: Oversigt fra Region Sjælland, tilpasset af arbejdsgruppen

Bilag 2: Yderligere udredning ved patologiske fund

Ved følgende patologiske fund skal der foretages yderligere udredning:

a. Ved patologisk påvisning af adenokarcinom

Påvist adenokarcinom-metastaser vil oftest stamme fra kræft i bryst (mammar), skjoldbruskkirtel (thyreoidea), prostata, æggestok (ovarie), livmoder (endometrie), lunger eller mavetarmkanalen. Peritoneal karcinomatose med serøst adenokarcinom stammer oftest fra æggestokke, sjældnere lunger, bryst eller mavetarmkanal.

Kvinder med peritoneal karcinomatose med serøst adenokarcinom henvises til gynækologisk afdeling til start på **Pakkeforløb for kræft i æggestokkene**.

Kvinder med adenokarcinom i aksillære glandler skal behandles som patienter med brystkræft og henvises til **Pakkeforløb for brystkræft**.

Hos kvinder og mænd foretages der endoskopi af mavetarmkanalen, såfremt der er blod i afføringen eller symptomer fra mavetarmkanalen.

Hos kvinder foretages:

- Ultralydsundersøgelse (UL) af mammar og mammografi
- Gynækologisk undersøgelse inkl. transvaginal ultralyd evt. med udskrabning (abrasio)
- Palpation og ultralyd af skjoldbruskkirtlen.

Hos mænd foretages:

- Palpation af prostata
- Palpation af mammar
- Palpation og ultralyd af skjoldbruskkirtlen.

Mænd med peritoneal karcinomatose med serøst adenokarcinom udredes med CT-TAB og palpation af bryst.

b. Patologisk påvisning af planocellulært karcinom

Planocellulær karcinom-metastaser i lysken kan stamme fra genitalier (penis, ydre kvindelige kønsorganer, skeden, livmoderhals, urinblære eller anus).

Hos kvinder foretages:

- Objektiv undersøgelse af de ydre kønsorganer inkl. gynækologisk undersøgelse og vaginal ultralyd
- Endoskopi af urinrør og urinblære
- Endoskopi af endetarmen

Hos mænd foretages:

- Objektiv undersøgelse af de ydre kønsorganer
- Endoskopi af urinrør og urinblære
- Endoskopi af endetarmen.

c. Patologisk påvisning af Planocellulær carcinom-metastase på halsen og i axiller

Patologisk påvisning af Planocellulær carcinom-metastase på halsen og i axiller kan stamme fra øsofagus eller øre-næse-halsområdet.

Hvis der ikke ved CT hals-thorax-abdomen med kontrast eller anden billeddiagnostik er fundet primærtumor, foretages gastroskopi og øre-næse-halsundersøgelse i henhold til Pakkeforløb for hoved- og halskræft.

d. Patologisk påvisning af lavt differentieret karcinom hos mænd

Mænd med lavt differentieret karcinom henvises til **Pakkeforløb for testikelkræft**, såfremt blot to af følgende tre karakteristika er til stede:

- 1) Patienten er en mand under 55 år
- 2) Tumor er lokaliseret i midtlinjen (mediastinum, retroperitoneum)
- 3) Der findes forhøjet HCG eller α -fætprotein.

e. Patologisk påvisning af anaplastisk karcinom

Patienter med småcellet, anaplastisk karcinom af ukendt oprindelse (dvs. at der hos kvinder fx ikke er mistanke om livmoderhalskræft) henvises til onkologisk afdeling.

f. Patologisk påvisning af neuroendokrine tumorer

Patienterne henvises til en afdeling, der i henhold til specialeplanlægningen er ansvarlig for udredning af disse patienter: [specialeplanlægning](#).

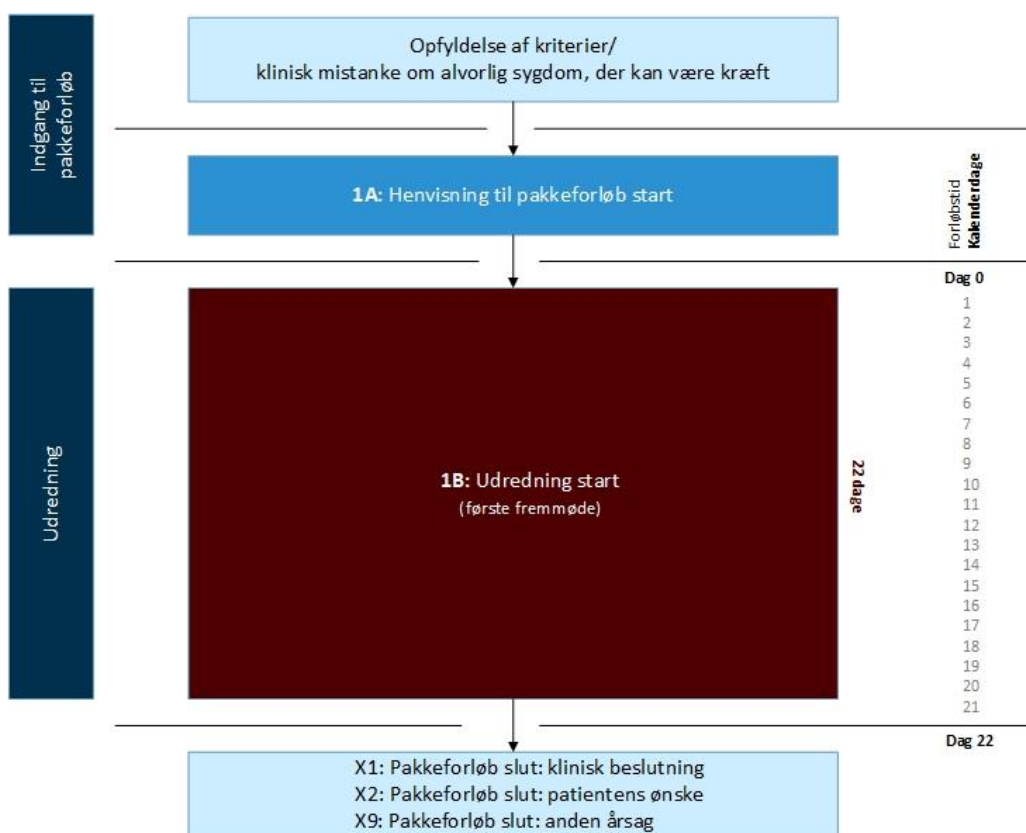
g. Primær tumor ikke identificere. Hvis en primær tumor ikke er identificeret efter ovenstående udredningsprogram, tages der beslutning om at henvise patienten umiddelbart til det relevante pakkeforløb under henvisningsdiagnosen "ukendt primær tumor" (10) (11).

Bilag 3: Registreringsvejledning

Der registreres separat for de to patientgrupper: 'patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft' og 'patienter med metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor.

Registreringsvejledning vedr. patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft

Indberetningen er uændret, i forhold til det tidligere pakkeforløb, for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, men registreringskoderne for denne patientgruppe er omdøbt til 'uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb' – se nedenfor.



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af Diagnostisk pakkeforløb for udredning af patienter med uspecifikke på alvorlig sygdom, der kan være kræft, skal indberettes når:

- Henvisning til Diagnostisk pakkeforløb er modtaget i afdeling/central visitations-enhed og det af visiterende læge vurderes, at henvisningen til pakkeforløbet be-grunder, at mistanken om kræft opretholdes. Dette gælder uanset henvisnings-måde.

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

Der registreres følgende kode:

[AFA01A] Uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: Henvisning til pak-keforløb start

Fra afdelingen/central visitationsenhed modtager henvisningen til udredningen starter skal:

- Henvisningen håndteres
- Relevante undersøgelser og samtaler bookes.

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde, skal indberettes ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i Diagnostisk pakkeforløb i en udred-ningsenhed.

Første fremmøde defineres som fysisk konsultation eller virtuel kontakt med sundheds-fagligt indhold i forbindelse med udredning i pakkeforløb.

Der indberettes følgende kode:

[AFA01B] Uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: Udredning start, første fremmøde

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.
- Billeddiagnostik
- Skopi
- Biopsitagning
- MDT-konference
- Konferering med organspecifikke specialer.

Konferering med organspecifikke specialer. Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

Koden for afslutning af pakkeforløb skal indberettes, når der ved MDT konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende det videre forløb. (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 det videre forløb).

Der indberettes en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at mistanken kan bekræftes eller afkræftes, indberettes:

[AFA01X1] Uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: Pakkeforløb slut, klinisk beslutning

Den kliniske beslutning kan indebære:

- Begrundet mistanke om kræft eller verificeret kræft
- Begrundet mistanke om anden sygdom
- Mistanke om kræft afkræftet
- Ingen anden sygdom.

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling indberettes:

[AFA01X2] Uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: Pakkeforløb slut, patientens ønske

Hvis patienten udebliver vedvarende efter at henvisningen til 'pakkeforløb start' er modtaget i afdelingen, registreres:

[AFA01X9] Uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: Pakkeforløb slut, anden årsag

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

Forløbstiden er samlet 22 kalenderdage

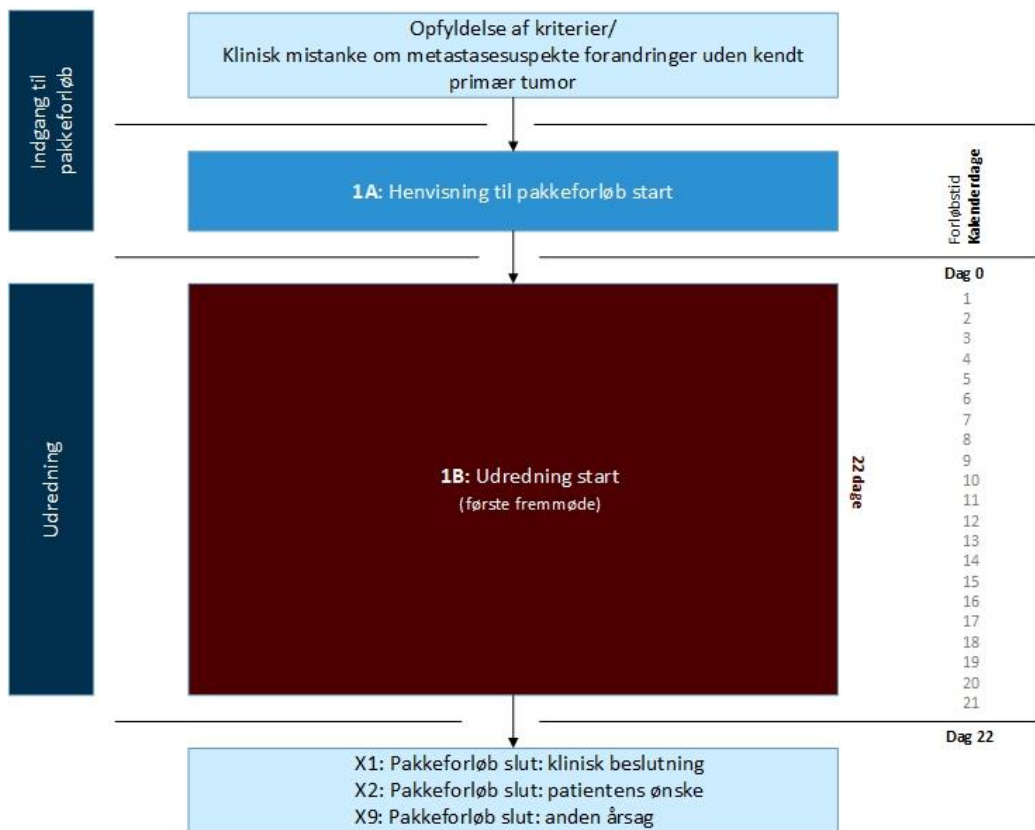
Det tilstræbes, at udredningen er afsluttet inden for 22 kalenderdage.

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.
- Billeddiagnostik
- Skopi
- Biopsitagning
- MDT-konference
- Konferering med organspecifikke specialer.

Registreringsvejledning vedr. patienter med metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor

Indberetningen er ændret for patienter med metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor, idet indberetning vedr. sekundær udredning er bortfaldet. Der gøres desuden opmærksom på, at det tidligere pakkeforløb var benævnt 'Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype'. I dette pakkeforløb benævnes patientgruppen generelt 'patienter med metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor'. Registreringskoderne for patientgruppen er således omdøbt til 'metastaser uden kendt primær tumor, diagnostisk pakkeforløb' – se nedenfor.



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af diagnostisk pakkeforløb for udredning af patienter med metastasesuspekterede forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor skal indberettes, når:

- Henvisning til Diagnostisk pakkeforløb er modtaget i afdeling/central visitationsenhed, og det af visiterende læge vurderes, at henvisningen til pakkeforløb begrundes, at mistanken om kræft opretholdes. Dette gælder uanset henvisningsmåde.

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

Der registreres følgende kode:

[AFD01A] Metastaser uden kendt primær tumor, diagnostisk pakkeforløb: Henvisning til pakkeforløb start

Fra afdeling/central visitationsenhed modtager henvisningen til udredningen starter skal:

- Henvisningen håndteres
- Relevante undersøgelser og samtaler bookes.

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal indberettes ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i Diagnostisk pakkeforløb i en udredningsenhed.

Første fremmøde defineres som fysisk konsultation eller virtuel kontakt med sundhedsfagligt indhold i forbindelse med udredning i pakkeforløb.

Der indberettes følgende kode:

[AFD01B] Metastaser uden kendt primær tumor, diagnostisk pakkeforløb: Primær udredning start, første fremmøde

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.
- Billeddiagnostik
- Skopi
- Biopsitagning
- MDT-konference
- Konferering med organspecifikke specialer.

Konferering med organspecifikke specialer. Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

Koden for afslutning af pakkeforløb skal indberettes, når der ved MDT-konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende det videre forløb. (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 indberettes en af følgende koder:

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

[AFD01X1] Metastaser uden kendt primær tumor, diagnostisk pakkeforløb: Pakkeforløb slut, klinisk beslutning

Den kliniske beslutning kan omhandle:

- At en mistanke om metastasesuspekterede forandringer bekræftes, og der viderehenvises til et organspecifikt pakkeforløb for kræft
- At mistanke om metastasesuspekterede forandringer kan afkræftes, hvis anden sygdom konstateres eller mistænkes som årsag til patientens symptomer eller der ikke findes anden årsag til patientens symptomer.

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling indberettes:

[AFD01X2] Metastaser uden kendt primær tumor, diagnostisk pakkeforløb: Pakkeforløb slut, patientens ønske

Hvis patienten udebliver vedvarende efter at henvisningen til 'pakkeforløb start' er modtaget i afdelingen, registreres:

[AFA01X9] Metastaser uden kendt primær tumor, diagnostisk pakkeforløb: Pakkeforløb slut, anden årsag

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

Forløbstiden er samlet 22 kalenderdage

Det tilstræbes, at udredningen er afsluttet inden for 22 kalenderdage.

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
- Billeddiagnostik
- Skopi
- Biopsitagning
- MDT-konference
- Konferering med organspecifikke specialer.

Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpegning og arbejdssted
Formand for arbejdsgruppen Læge Lotte Klitfod	Sundhedsstyrelsen
Chefkonsulent Karen Nørgaard	Udpeget af Sundhedsministeriet
Professor John Brodersen	Udpeget af Forskningsenheden for Almen Praksis (København)
Praktiserende læge Helle S. Ibsen	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
Seniorforsker Henry Jensen	Udpeget af Forskningsenheden for Almen Praksis (Århus)
Afdelingslæge Mette Jegstrup Villadsen	Udpeget af Dansk Selskab for Endokrinologi
Overlæge Erik Søegaard-Andersen	Udpeget af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Overlæge Morten Salomo	Udpeget af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Overlæge Klaus Richter Larsen	Udpeget af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Overlæge René J. Laursen	Udpeget af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Overlæge Lars Bo Svendsen	Udpeget af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Overlæge Tina Ormstrup	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab

Overlæge Annika Loft Jakobsen	Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Ledende overlæge Lisa Sengeløv	Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
Overlæge Karen Ege Olsen	Udpeget af Dansk Patologiselskab
Overlæge Nete Hornung	Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Biokemi
Overlæge Peter Nørregaard	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Hovedstaden
Overlæge Bue Juvik	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Sjælland
Overlæge Gunnar Lauge Nielsen	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Nordjylland
Specialeansvarlig overlæge Peter Thye-Rønn	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Syddanmark
Ledende overlæge Else Vestbo	Regional repræsentant udpeget af Danske Regioner Region Midtjylland
Specialkonsulent Søren Gray Worsøe Laursen	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse
Formand for Dansk Myelomatose Forening Søren Dybdahl	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen:

Chefkonsulent Sundhedsstyrelsen

Cecilie Iuul

Fuldmægtig Sundhedsstyrelsen

Naja Vyberg

Fuldmægtig Sundhedsstyrelsen

Anne Friis Kreilgaard

Læge Sundhedsstyrelsen

Jens Wehl

Sekretær Sundhedsstyrelsen

Tina Birch

Diagnostisk pakkeforløb

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-415-5

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 20.1.2022

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
januar 2022.

Andre publikationer om Diagnostisk Pakkeforløb på sst.dk:

- Indgangsoversigter til Diagnostisk Pakkeforløb. Til brug i almen praksis, sygehusafdelinger m.fl.
- Læsevejledning: Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering
- Patientpjece om Diagnostisk Pakkeforløb

[Se alle publikationer her](#)