



PAKKEFORLØB FOR
MODERMÆRKEKRÆFT

2012

Pakkeforløb for modermærkekræft

– revision juni 2012

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

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

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

Emneord: Kræft, pakkeforløb, kræftbehandling, kræftplan III, cancer, modermærke, modermærkekræft, malignt melanom

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.0

Versionsdato: 27. juni 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-400-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2012.

For yderligere oplysninger om rapportens indhold henvendelse til:

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

Forord

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

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

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

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

Kræftbehandlingen i Danmark har med pakkeforløbene fået et løft. Pakkeforløbene har vist sig effektive og været med til at skabe hurtigere og veltilrettelagte forløb for en række patienter. Der er fortsat brug for et stort ledelsesmæssigt fokus på opgaven for at sikre en prioritering af ressourcerne og fokus på det samlede patientforløb for kræftpatienterne.

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

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

Sundhedsstyrelsen, februar 2012.

Else Smith

Administrerende direktør

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

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

Indhold

1	Om pakkeforløb på kræftområdet	7
1.1	Om pakkeforløb	7
1.2	Udvikling og revision af pakkeforløb for kræft	8
1.2.1	Samlet forløbsprogram for kræft	9
1.3	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	9
1.3.1	Forløbstid	9
1.3.2	Mistanke og begrundet mistanke	10
1.3.3	Diagnostisk pakkeforløb	11
1.3.4	Henvi sning	11
1.3.5	Almen praksis	11
1.3.6	Forløbskoordinationsfunktion	12
1.3.7	Multidisciplinære team konferencer og andre konferencer	12
1.3.8	Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse	13
1.3.9	Komorbidity	14
1.3.10	Sygdomsspecifik rehabilitering	14
1.3.11	Sygdomsspecifik palliation	15
1.3.12	Sygdomsspecifik understøttende behandling	15
1.3.13	Sygdomsspecifik sygepleje	15
1.3.14	Kontrol og senfølger	15
1.3.15	Recidiv	16
1.3.16	Monitorering	16
1.4	Læsevejledning for pakkeforløb	17
2	Arbejdsgruppens sammensætning	19
3	Introduktion til pakkeforløb for modermærkekræft	21
3.1	Generelt om modermærkekræft	21
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	25
3.3	Forløbskoordination	26
3.4	Det multidisciplinære team	26
3.5	Flowchart for modermærkekræft	27
4	Indgang til pakkeforløb for modermærkekræft	28
4.1	Risikogrupper	28
4.2	Mistanke	28
4.2.1	Filterfunktion	29
4.3	Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb	29
4.4	Henvi sning til pakkeforløb	30
4.5	Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke	30
4.6	Kommunikation og inddragelse	30
4.7	Ansvarlig for henvisning	31
4.8	Registrering	31
4.9	Forløbstid	31

5	Udredning	32
5.1	Undersøgelsesforløbet	32
5.2	Fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling	32
5.3	Specifik sygepleje og understøttende behandling	34
5.4	Kommunikation og inddragelse	34
5.5	Beslutning	35
5.6	Ansvarlig	35
5.7	Registrering	35
5.8	Forløbstid	36
6	Initial behandling af modermærkekræft	37
6.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	37
6.2	De hyppigst opståede komplikationer	39
6.3	Sygdomsspecifikke indsatser ved rehabilitering, palliation, understøttende behandling og sygepleje	40
6.4	Kommunikation og inddragelse	40
6.5	Beslutning	40
6.6	Ansvarlig	40
6.7	Registrering	41
6.8	Forløbstid	41
7	Efterforløbet	43
7.1	Kontrol	43
	7.1.1 Kommunikation og inddragelse	45
	7.1.2 Ansvarlig	45
7.2	Håndtering af recidiv	45
	7.2.1 Ansvarlig	45
8	Oversigtsskema for modermærkekræft	46
9	Forløbstider for modermærkekræft	48
10	Registrering	49
10.1	Pakkeforløb start	49
10.2	Udredning start	49
10.3	Beslutning vedrørende initial behandling	50
10.4	Behandling start	50
10.5	Pakkeforløb slut	50

1 Om pakkeforløb på kræftområdet

1.1 Om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløb for kræftområdet er, at kræftpatienter skal opleve et veltilrettelagt, helhedsorienteret fagligt forløb uden unødigt ventetid i forbindelse med udredning, initial behandling og efterforløbet, rehabilitering og palliation, med det formål at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne.

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

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

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

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

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

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

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

Der skal med udgangspunkt i pakkeforløbet tilrettelægges et individuelt forløb for hver enkelt patient, der tager hensyn til patientens ønsker og individuelle situation, herunder alder og sårbarhed, evt. komorbiditet samt individuelle komplikationer. Hertil kommer en konkret lægefaglig vurdering af behovet for umiddelbar behandling.

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

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

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

1.2 Udvikling og revision af pakkeforløb for kræft

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

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

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

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

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

1.2.1 Samlet forløbsprogram for kræft

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

1.3 Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb

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

1.3.1 Forløbstid

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

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

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

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

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

Reglerne om maksimale ventetider for livstruende sygdom gælder stadig for kræftpatienter (jf. bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende sygdomme mv., BEK nr. 1749 af 21/12/2006). Forløbstiderne i pakkeforløb er således ikke en retting, men kan bruges som rettesnor for tidsforløbet fra henvisning til be-

handling påbegyndes både af patienter, almen praksis samt speciallægepraksis, sygehuse, beslutningstagere og patientvejledere.

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

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

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

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

1.3.2 Mistanke og begrundet mistanke

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

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

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

1.3.3 Diagnostisk pakkeforløb

En del patienter med uspecifikke symptomer (fx uforklaret træthed, vægttab eller anæmi) på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, opfylder ikke kriterierne for henvisning til de sygdomsspecifikke pakkeforløb, idet der ikke er begrundet mistanke om en specifik kræftform. For denne gruppe patienter er der etableret et diagnostisk pakkeforløb, der i detaljer beskriver, hvordan patienterne udredes i samarbejde mellem almen praksis og sygehuset.

Se nærmere omkring *diagnostisk pakke* på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

1.3.4 Henvisning

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

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

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

1.3.5 Almen praksis

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

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

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

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

1.3.6 Forløbskoordinationsfunktion

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

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

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

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

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

1.3.7 Multidisciplinære team konferencer og andre konferencer

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

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

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

For alle konferencer gælder, at de kan foregå ved, at de relevante parter er fysisk samlet til en konference, men der kan også være tale om telefon- eller videokonferencer eller uddelegerede beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger/fagprofessionelle. Der bør udarbejdes beskrivelser af den enkelte konferences funktioner og ansvarsfordelingen blandt deltagerne samt, hvilke deltagere der skal inddrages. Der bør desuden udarbejdes en detaljeret beskrivelse af, hvem der sikrer kommunikation og koordinati- on, samt hvem der har ansvaret for kontakten til andre samarbejdspartnere i pati- entforløbet.

1.3.8 Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse

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

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

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

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

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

Alle relevante, involverede fagprofessionelle i praksissektoren og på sygehusafde- lingen bør kende til pakkeforløbet for den enkelte kræftsygdom, således at der gives

løbende ensartet information til patienten. Endvidere er det centralt, at de involverede personalegrupper også kender til andre relevante og mere generelle indsatser i forhold til den pågældende patientgruppe.

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

1.3.9 Komorbiditet

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

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

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

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

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

I notat om *komorbiditet* beskrives området yderligere.

1.3.10 Sygdomsspecifik rehabilitering

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

1.3.11 Sygdomsspecifik palliation

Palliation har til formål at lindre patientens og pårørendes symptomer og problemer forbundet med livstruende sygdom af både fysisk, psykisk, socialt og eksistentiel/åndelig art. Endvidere støttes og inddrages de pårørende. I pakkeforløb for kræft beskrives disse indsatser udelukkende, der hvor de er relevante i forløbet. Indsatserne tager afsæt i den specifikke diagnose og en behovsvurdering med efterfølgende plan som beskrevet ovenfor.

1.3.12 Sygdomsspecifik understøttende behandling

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

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

1.3.13 Sygdomsspecifik sygepleje

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

1.3.14 Kontrol og senfølger

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

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

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

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

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

1.3.15 Recidiv

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

1.3.16 Monitorering

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

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

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

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

Udover de pakkeforløbsrelaterede monitoreringspunkter skal afdelingen registrere som vanligt jævnfør Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Dette gælder i forhold til alle andre relevante registreringer vedrørende den enkelte patientkontakt i hele patientforløbet, såsom henvisningsdiagnose, procedurekoder for

undersøgelse og behandling, aktions- og bidiagnose samt ventestatus og henvisnings- samt afslutningsmåde.

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

1.4 Læsevejledning for pakkeforløb

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

Introduktion til pakkeforløbet

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

Indgang til pakkeforløbet

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

Udredning

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

Initial behandling

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

Efterforløbet

I dette kapitel beskrives indsatser efter den initiale behandling, herunder kontrol, specifik sygepleje, understøttende behandling, rehabilitering og palliation samt

håndtering af senfølger og recidiv. Indsatser i efterforløbet kan også blive besluttet på en multidisciplinær konference og involvere mange aktører.

Oversigtsskema

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

Forløbstid

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

Registrering

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

2 Arbejdsgruppens sammensætning

Medlemmer af arbejdsgruppen vedrørende pakkeforløb for moder- mærkekræft	
Repræsentant	Repræsentation og arbejdssted
Overlæge Grethe Schmidt (formand for arbejdsgruppen)	Region Hovedstaden Rigshospitalet, Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brand- sårsbeh.
1. reservelæge, ph.d. Rikke Riber-Hansen	Dansk Patologiselskab Regionshospitalet RandersPatologisk Institut
Overlæge, dr. med. Jørgen Lock-Andersen	Udpeget af Region SjællandPlastikkirurgisk afd. – Roskilde Syge- hus
Ledende Overlæge Morten Bischoff-Mikkelsen	Udpeget af Region Syddanmark Plast.kir. afd. – OUH
Overlæge Pia Sjøgren	Udpeget af Region Midtjylland Plastkirurgisk afsnit – Århus Sygehus
Afdelingslæge, ph.d. Birgitte Stausbøl-Grøn	Udpeget af Region Midtjylland Dermatologisk afd. – Århus Sygehus
Ledende overlæge Kenneth Finnerup	Udpeget af Region Nordjylland Plastikkirurgisk afsnit – Aalborg Sygehus
Praktiserende læge Roar Maagaard	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
Klin.oversygepl., cand. scient. san. Jette Skiveren	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Dermato- og venerologisk afd. D42, Bispebjerg Hosp.
Specialesygeplejerske Mette Nielsen	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Plastikkirurgisk afd. Z1 – OUH
Overlæge Hanne Nellemann	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk afd. – Århus Sygehus
Speciallæge Erik Løntoft	Udpeget af Danske Plastikkirurger Organisation Speciallæge i Plastkirurgi, Filsofgangen, Odense
Professor, Overlæge Robert Gniadecki	Udpeget af Dansk Dermatologisk Selskab Dermatologisk afd. Bispebjerg Hospital, København
Professor, overlæge Krzysztof Tadeusz Drzewiecki	Udpeget af Dansk Melanom Gruppe Klinik for Plast.kir. – brystkir. og brandsårsbeh. – RH
Overlæge Lars Bastholt	Udpeget af Dansk Melanom Gruppe Onkologisk afd.

Overlæge Nina Hastrup	Udpeget af Dansk Melanom Gruppe Patologiafd. – RH
Overlæge, ph.d. Helle Hendel	Udpeget af Dansk Melanom Gruppe Klinisk Fysiologisk afd. – Herlev Hospital
Overlæge Henrik Lorentzen	Udpeget af Dansk Melanom Gruppe Dermatologisk afd. – OUH
Speciallæge, dr.med. Susanne Vissing	Udpeget af Danske Dermatologers Organisation Hud-Klink

3 Introduktion til pakkeforløb for modermærkekræft

3.1 Generelt om modermærkekræft

Livsfarlig livsstilssygdom

Modermærkekræft (malignt melanom) er både en farlig kræftsygdom og en livsstilssygdom. Sygdommen, der er i stærk tiltagen og har været det konstant gennem de sidste 50 år, skyldes især for megen soldyrkelse. Det anslås således, at 9 ud af 10 tilfælde af modermærkekræft i dag skyldes, at vores hud udsættes for mere solesponering, end huden kan tåle (Dreyer og Winther 2001, IARC 2007). Især personer med lys hud- og hårfarve, som let bliver forbrændt af solen og har svært ved at blive brune, har særlig risiko for at udvikle modermærkekræft (Lock-Andersen 2000). Vores livsstil har ændret sig væsentligt gennem de seneste generationer med mere fritid og ferie, lettere påklædning, mere solbadning og lettere adgang til fritidsarealer og rejser sydpå. Også det stigende solariebrug især hos yngre personer øger risikoen betydeligt for modermærkekræft (IARC 2007).

Der findes et mindre antal familier med kendt familiær tendens til modermærkekræft, hvor der kan være en livstidsrisiko på op til 100 %. Den øgede familiære risiko skyldes genetiske ændringer, men genetisk testning og risikoberegning er fortsat et forskningsområde, og der kendes ingen målrettet behandling for genetisk øget risiko.

Nye tilfælde af modermærkekræft

Ved oprettelsen af det danske Cancerregister i 1943 var der ca. 50 personer med modermærkekræft. Siden er sygdommen tiltaget nærmest eksplosivt til ca. 1.820 personer registreret i 2009 dvs. en stigning på ca. 36 gange. Stigningstakten gælder både for mænd og kvinder (Fig. 1).

Modermærkekræft i DK 1943-2009

Nye tilfælde

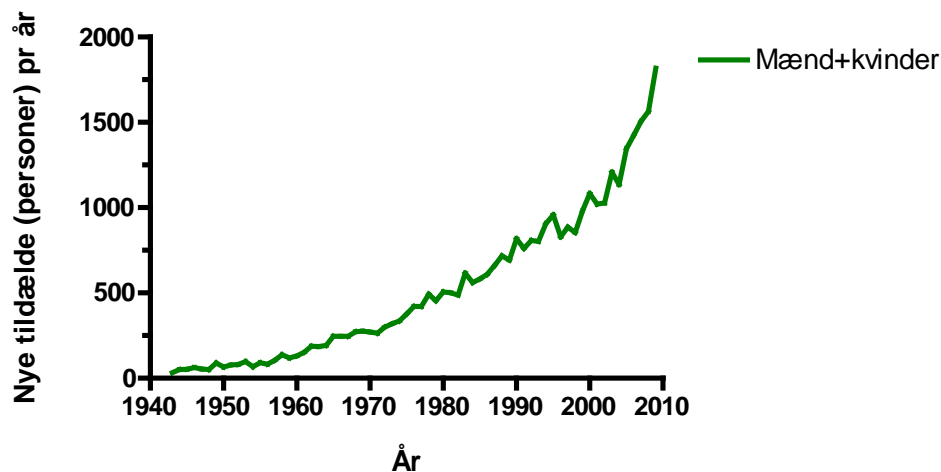


Fig. 1 viser nye tilfælde af modermærkekræft i Danmark 1943-2009.

Flere kvinder end mænd får modermærkekræft, men kønsforskellen synes aftagende gennem de senere år (Cancerregisteret 2009). Det danske antal nye tilfælde (incidensraten) adskiller sig ikke væsentligt fra incidensraterne i de øvrige nordiske lande (Nordcan data).

Selvom modermærkekræft fortrinsvist optræder hos personer i aldersgruppen 40-70 år, rammes også helt unge af sygdommen. I 2009 blev registreret 39 tilfælde af modermærkekræft hos personer i aldersgruppen 15-29 år.

Trods ret omfattende informationskampagner om solbeskyttelse og soleksponeringsnedsættelse er der ikke konstateret tegn på, at stigningstakten på 5-6 % flere nye tilfælde årligt er i aftagende. Modermærkekræft var i 2009 den 7. hyppigste kræftform i Danmark hos mænd og den 4. hyppigste hos kvinder. Med en uændret incidensøgning skønnes det, at der i 2011 vil være omkring 2.025 personer i Danmark med nydiagnosticeret modermærkekræft. Fortsætter denne stigning vil der i 2015 være ca. 2.400 nye tilfælde og i 2020 ca. 3.100 nye tilfælde.

Diagnose

Mistanke om modermærkekræft opstår ved nyopstået, hurtigt voksende modermærkelignende læsion eller hurtige ændringer af et allerede bestående modermærke; men diagnosen modermærkekræft kan kun stilles med sikkerhed ved mikroskopisk undersøgelse af en god vævsprøve (biopsi) (Drzewiecki og von der Maase 2002).

Ved utilstrækkeligt biopsimateriale til mikroskopisk klassifikation kan patientens prognose (sygdomsstadium) ikke bestemmes. Patienten må behandles som ”worst case” dvs. med kirurgisk fjernelse i stor afstand samt sentinel node diagnostik, og patienten må resten af livet leve i usikkerhed om, prognosen er god eller dårlig. Dette kan medføre betydelig personlige-, erhvervsmæssige- og forsikringsmæssige

følger, eks. vanskeliggørelse eller umuliggørelse af adoptionssag. Fjernelse af modermærkekræft området i stor afstand kan også medføre mere omfattende kirurgisk procedure, f.eks. at der må foretages hudtransplantation af den opståede defekt. Sådanne hudtransplantater er kosmetisk skæmmende, og der er kun små eller ingen muligheder for senere at forbedre det kosmetiske resultat. En stor dansk undersøgelse på Dansk Melanom Gruppens (DMG) databasemateriale påviser desuden en mulig nedsættelse af recidivfri overlevelse og samlet overlevelse ved incisionsbiopsi og curettage i forhold til excisionsbiopsi, hvor hele tumor fjernes med det samme til diagnostik (LB Hansen 2003).

Behandling

Førstevalgsbehandling af modermærkekræft er kirurgisk behandling med fjernelse af et større hudområde i op til 2 cm's afstand omkring stedet for modermærkekræften. Sygdommen spreder sig hovedsageligt via lymfesystemet og oftest til de nærmestliggende lymfeknuder, men kan også og evt. samtidig spredes gennem blodbanen til resten af kroppen.

Hvis der er statistisk risiko på mindst 10 % for spredning til lymfeknuderne, se afsnit 5.1, foretages prøvetagning af skildvagslymfeknuden (sentinel node) fra den eller de nærmestliggende lymfeknuderregioner (sentinel node biopsi). Skildvagslymfeknuden er den lymfeknude, der er i størst risiko for tidlig spredning til lymfesystemet. Ved denne teknik kan der påvises spredning på et meget tidligere tidspunkt, end det før var muligt, og alle lymfeknuder i den ramte region fjernes efterfølgende. Patientens sentinel node status er den vigtigste kendte prognostiske faktor. Foreliggende data med en observationstid på 5 år viser dog ingen sikker forlænget overlevelse for patienter med sentinel node metastasering, efter tidlig fjernelse af alle lymfeknuder i regionen, men giver længere tid før recidiv (Ross 2008). Da sentinel node status er så vigtig en prognostisk parameter, indgår denne også i TNM klassifikation af malignt melanom for evt. at kunne indgå i efterfølgende medicinsk behandling og/eller forsøgsbehandling (Balch et al 2009).

Adjuverende behandling til primær behandling

Patienter, der er opereret for stadium III malignt melanom, har en høj risiko for at få recidiv af deres melanom sygdom efter operation. Der findes ikke cytotoxisk kemoterapi, vaccine eller biologisk terapi, der har vist sig at have effekt i form af forbedret overlevelse sammenlignet med observation efter det operative indgreb. Aktuelt er der ikke noget standard behandlingstilbud som adjuverende medicinsk behandling til patienter opereret for malignt melanom med høj risiko for recidiv.

Kontrol efter operation for modermærkekræft

Patienterne kontrolleres normalt med klinisk kontrol i 10 år efter deres primære operation – 5 år på det behandelende hospital og yderligere 5 år hos den praktiserende læge.

Prognose og mortalitet

Ved modermærkekræft lokaliseret udelukkende til huden og uden spredning til lymfeknudesystemet er prognosen forholdsvis god med en dødelighed på ca. 15 % over 5 år (omkring 20 % for mænd og 10 % for kvinder). Overlevelsen er øget væsentlig over tid og er bedre for kvinder end for mænd og bedre for yngre personer under 45 år (Storm og Engholm 2002). Den relative 5-års overlevelse var for perioden 1981-85 hhv. 72 % og 85 % for mænd og kvinder og for perioden 2004-2006 henholdsvis 82 % og 91 % (Storm et al 2010).

Hvis sygdommen ikke er spredt på diagnosetidspunktet, afhænger prognosen især af tykkelsen af kræftsvulsten, med væsentlig bedre prognose hvis tumorthykkelsen er mindre end 1 mm (Tab. 1, AJCC 2001).

	Overlevelse		
	1-år	5-år	10-år
Tumor tykkelse			
< 1 mm	99 %	95-90 %	88-83 %
1.0 – 2.0 mm	99-98 %	89-77 %	79-64 %
2.0 – 4.0 mm	99-95 %	79-63 %	64-51 %
> 4.0 mm	95-90 %	67-45 %	54-32 %

Tabel 1: Overlevelsen ved modermærkekræft i forhold til tumors tykkelse. Beregninger på 17.600 patienter (AJCC 2001).

Ved spredning til lymfeknudesystemet falder overlevelsen markant, idet ca. 45 % vil være døde inden for 4 år efter initial behandling (Lock-Andersen 2006). Hvis sygdommen spreder sig til organer som lever, lunge eller hjerne er overlevelsen som hovedregel mindre end et år, oftest kun få måneder.

Mortaliteten (dødeligheden) af modermærkekræft har dog ikke udvist nær samme stigning som incidensen (Fig. 2). I følge data fra NORDCAN (de skandinaviske Cancerregistres fælles database) døde 41 personer af modermærkekræft i Danmark i 1951 og 247 personer i 2009 dvs. en stigning på 6 gange siden 1951. Flere mænd end kvinder dør af modermærkekræft med 141 dødsfald hos mænd og 106 dødsfald hos kvinder i 2009 svarende til en stigningstakt fra 1951 på 6.4 gange for mænd og 5.6 for kvinder (Nordcan data). Da dødeligheden i antal personer kun er øget moderat i perioden i forhold til den meget kraftig øgning i antallet i nye tilfælde, betyder det, at den relative dødelighed af modermærkekræft er faldet betydeligt i perioden 1951 til 2009. Den danske mortalitetsrate adskiller sig ikke væsentligt fra de øvrige nordiske lande (Nordcan data).

Modermærkekræft i DK 1951-2009

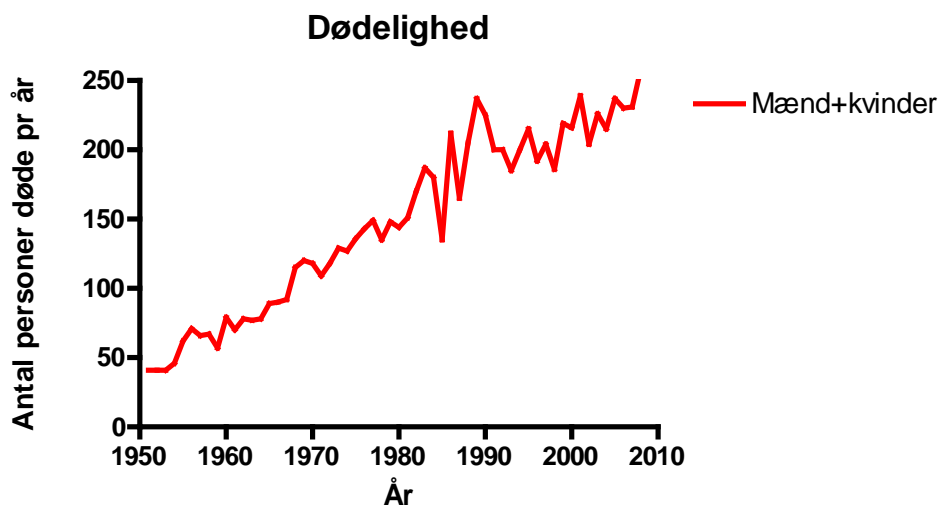


Fig. 2: Antal personer døde af modermærkekræft i Danmark i perioden 1951-2009 (Nordcan data).

Behandling af spredning/tilbagefald (recidiv)

Spredning af modermærkekræft søges i så stor udstrækning som muligt behandlet med kirurgisk fjernelse. Den medicinske behandling af metastatisk sygdom foregår på de onkologiske afdelinger. Der er særligt de seneste 2 år sket store fremskridt i den medicinske behandling af metastatisk sygdom, hvilket vil komme til at påvirke valget af behandling fremover.

Forebyggelse (profylakse)

Primær profylakse, dvs. forebyggelse af opståelse af modermærkekræft, består i informationskampagner om nedsættelse af solesponering og solariebrug især i barnealderen og ungdommen og beskyttelse ved brug af solbeskyttelsescreme, beklædning og skygge især midt på dagen om sommeren. Det er anslået i en opgørelse, at 93 % af modermærkekræft hos mænd og 95 % af modermærkekræft hos kvinder i Danmark kan undgås ved passende beskyttelse mod UV stråling (Dreyer og Winther 2002).

Sekundær profylakse, dvs. tidlig opsporing af modermærkekræft og tidlig behandling, kan i betydelig grad effektiviseres eks. gennem uddannelsesprogrammer til personer, der har haft modermærkekræft og til personer i høj risikogruppe. Tertiær profylakse, dvs. tidlig opsporing og behandling af recidiv hos personer, der har haft modermærkekræft, foregår ved langvarig klinisk kontrol ved erfarne læger samt ved information og uddannelse af patienterne om tegn til sygdomsspredning.

3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Melanom Gruppe (DMG) har siden 1984 som en tværfaglig interessegruppe organiseret behandlingen af modermærkekræft i Danmark. I gruppen indgår bl.a. billeddiagnostikere, dermatologer, plastikkirurger, patologer og onkologer. DMG har udarbejdet nationale retningslinjer for diagnosticering (biopsi teknik), mikro-

skopisk vævsundersøgelse, kirurgisk behandling inklusiv sentinel node biopsi, kontrol samt registrering på specielt udarbejdede registreringsskemaer, der indgår i DMG's database, der nu er også registreret som en kvalitetsdatabase. I perioden 1985-94 blev 68 % af de i Cancerregisteret registrerede modermærkekræft patienter behandlet og registreret i DMG's database. Det skønnes at andelen i DMG er større i dag. DMG's retningslinjer og protokoller kan findes på DMG's hjemmeside: www.melanoma.dk

Der foregår i øjeblikket et større revisionsarbejde i DMG af de eksisterende behandlings- og registreringsprotokoller, og resultatet af dette arbejde forventes primo 2012.

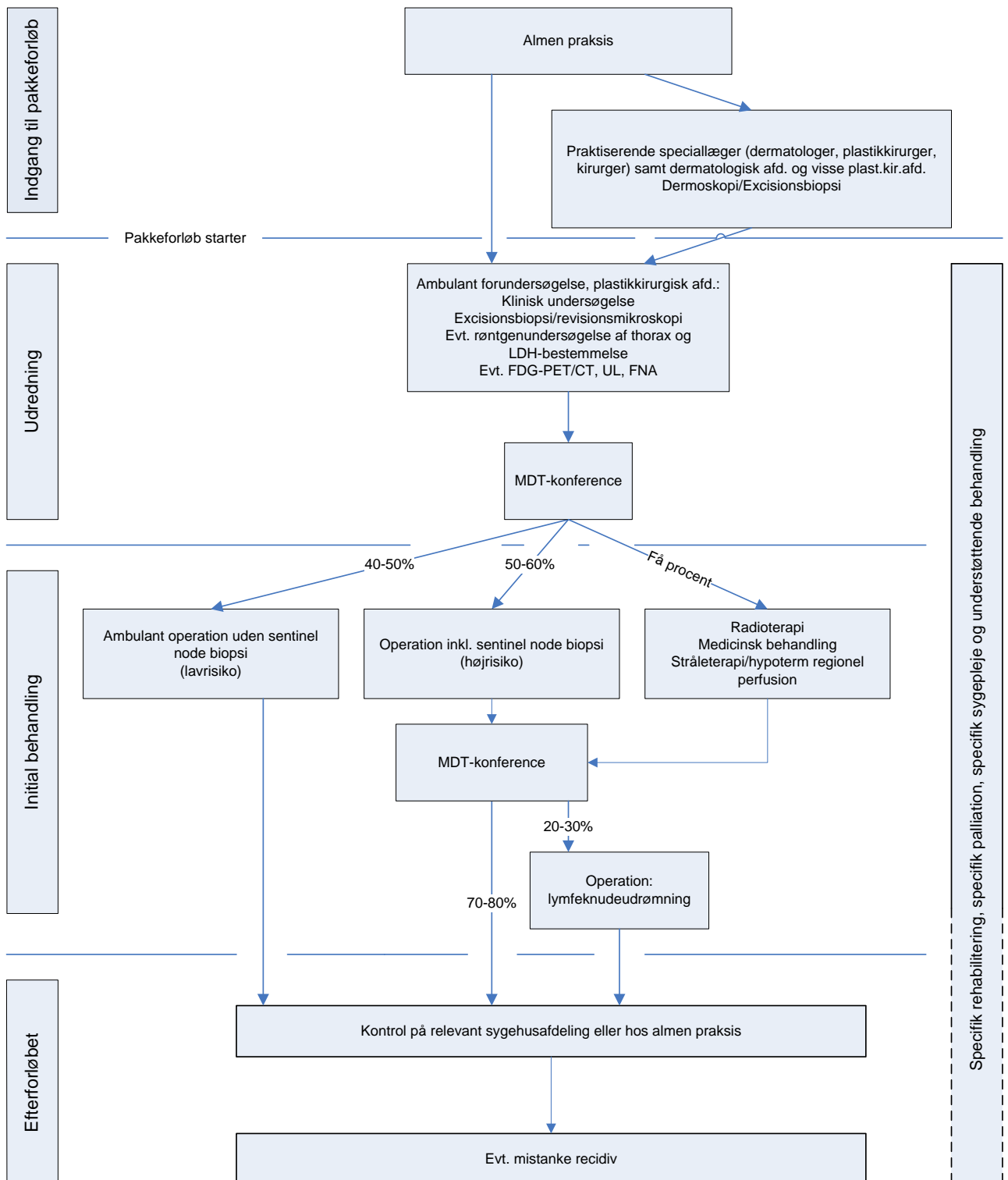
3.3 Forløbskoordination

Forløbskoordinationen varetages i sygehusregi af patientens sundhedsfaglige kontaktperson, MDT eller forløbskoordinator iht. lokale aftaler.

3.4 Det multidisciplinære team

Den kirurgiske behandling foregår centraliseret på de plastikkirurgiske hospitalsafdelinger samt ved de plastikkirurgiske funktioner. På de enkelte plastikkirurgiske afdelinger er der et formaliseret samarbejde med billeddiagnostik (klinisk fysiologi/nuklearmedicin til identifikation af sentinel nodes), patologi, onkologi og ofte også dermatologi (hvor dermatologisk afdeling findes i regionen). Dette samarbejde er en forudsætning for et effektivt samarbejde fx til at drøftelse/afklaring af diagnose- og behandlingssituationer.

3.5 Flowchart for modermærkekræft



4 Indgang til pakkeforløb for moder- mærkekræft

4.1 Risikogrupper

Risikoen for at få modermærkekræft er 1-2 % i et livsforløb, og risikoen er særlig høj hos personer med:

- Familiær tilbøjelighed til modermærkekræft
- Personer med særligt mange eller abnorme modermærker (dysplastisk nævus syndrom / atypiske modermærker)
- Personer, der tidligere har haft modermærkekræft
- Personer, der har været udsat for store mængder af sol- eller solarielys

Der findes et mindre antal familier med kendt familiær tendens til modermærkekræft, hvor der kan være en livstidsrisiko på op til 100 %. Den øgede familiære risiko skyldes genetiske ændringer, men genetisk testning og risikoberegning er fortsat et forskningsområde.

4.2 Mistanke

Mistanke om modermærkekræft opstår hos personer med et af nedenstående symptomer:

- Symptomgivende modermærke (markant ændring i et eksisterende eller nyttilkommet pigmenteret element, især i form, farve og/eller symmetri)
- Nyopstået eller hurtigt voksende knude i huden, eventuelt pigmenteret og eventuel med sår dannelse

Nedenstående forandringer og fund giver *ikke* mistanke om modermærkekræft:

- Ensartede og symmetriske hudforandringer
- Regelmæssigt og skarpt afgrænset hudforandringer
- Ingen ændring i de enkelte hudforandringer
- Ingen risikofaktorer
- Dermoskopisk undersøgelse med klassifikationstræk, som ikke tyder på melanocytær hudforandring

I tvivlstilfælde henvises til filterfunktion.

Modermærkekræft opdages hyppigst af personen selv eller pårørende. Patienters diagnostiske evne kan forbedres ved instruktion i selvundersøgelse af forandringer i huden. Instruktion i selvundersøgelse hos risikogrupper reducerer dødeligheden af modermærkekræft (Berwick et al. 1996, Fisher og Turrisi 2002).

Den læge, som konstaterer mistanke om modermærkekræft, tager beslutning om henvisning til filterfunktion.

4.2.1 Filterfunktion

Filterfunktion indbefatter:

- Praktiserende speciallæger (hudlæger, plastikkirurger, kirurger)
- Dermatologiske afdelinger, hvoraf nogle af universitetsafdelingerne har nævusklinik som en funktion, hvor der foretages undersøgelse af huden ved anvendelse af dermoskopi
- Visse plastikkirurgiske afdelinger

Ved mistanke om modermærkekræft foretages excision i overensstemmelse med retningslinjerne fra DMG (se nedenfor). Det vil sige, at tangentielt afskæring og curettage ikke anvendes. Ved særlige anatomiske lokalisationer som for eksempel ansigtet, især næse, øjenlåg og ydre øre, kan det være hensigtsmæssigt, at excisionsbiopsi foretages af plastikkirurg, da planlægning af det endelige indgreb herved lettes. Hvor dette ikke er tilfældet foretages excisionsbiopsien af filterfunktionens læger. Det er afgørende, at excisionsbiopsien er den bedst mulige for den histologiske undersøgelse.

Excisionsbiopsi i henhold til DMG

Mistanke om modermærkekræft bør udløse excisionsbiopsi iht. DMG's retningslinjer.

- Anvendes lokal infiltrationanalgesi, skal huden infiltreres uden om excisionsområdet
- Ved excisionsbiopsi exciseres tumor så vidt muligt i 5 mm's afstand fra tumors rand og medtagende et tyndt lag af subkutis under hele biopsien, men ikke ned til muskelfascien
- Ved direkte lukning af defekten efter biopsiproceduren skal underminering og hjørneplastikker så vidt muligt undgås
 - Kan defekten efter biopsiproceduren ikke lukkes direkte, anlægges okklusiv forbindelse, og endelig lukningsprocedure besluttet, når histologisk undersøgelse af biopsien foreligger

Det er væsentligt, at den plastikkirurgiske afdeling, der varetager re-excision, modtager en sufficient beskrivelse af den primære kirurgiske procedure.

Dermoskopi er standardmetode til undersøgelse af suspekterede pigmenterede hudforandringer i dermatologisk regi. Anvendelse af dermoskopi betyder, at ikke-pigmenterede hudforandringer som f.eks. gammelmandsvorter (seborøiske keratoser), kartumorer og basalcellekræft (almindelig hudkræft), med stor sikkerhed kan skelnes fra modermærkekræft.

4.3 Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb

Begrundet mistanke om modermærkekræft opstår hos personer med:

- Klinisk oplagt modermærkekræft (kulsort, blandet kulsort og rødbrun eller sløret gråblå knude, eventuelt med sår dannelse)
- Histologisk undersøgelse, som viser modermærkekræft eller mistanke

herom

- Dermoskopisk undersøgelse tydende på begrundet mistanke om modermærkekræft
- Sygehistorie, objektiv undersøgelse og dermoskopisk mistanke om modermærkekræft

Pakkeforløb startes *ikke*, når det drejer sig om godartede elementer, der ved almindelig klinisk undersøgelse kan forveksles med modermærkekræft, men som ved dermoskopisk undersøgelse entydigt kan identificeres som ikke-melanom.

4.4 Henvisning til pakkeforløb

Ved begrundet mistanke henvises til plastikkirurgisk afdeling, og pakkeforløbet starter.

Henvisning til pakkeforløb skal indeholde:

- Oplysninger om symptomer og fund, som ligger til grund for begrundet mistanke om modermærkekræft
- Dato for evt. excisionsbiopsi og kopi af operationsbeskrivelsen
- Histologi beskrivelse, hvis en sådan foreligger
- Oplysninger om komorbiditet
- Medicinforbrug, specielt antikoagulationsbehandling
- Særlige behov s.s. behov for tolk, transport
- Telefonnummer, hvor patienten kan træffes i dagtiden

Der henvises i øvrigt til det generelle afsnit om kræftpakkeforløb, 1.3.4 Henvisning.

4.5 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

Den læge, som konstaterer begrundet mistanke om modermærkekræft, tager i samråd med patienten beslutning om at henvise til pakkeforløb på plastikkirurgisk afdeling.

4.6 Kommunikation og inddragelse

Det er almen praksis' ansvar at informere patienten om, at der er mistanke om modermærkekræft og vurdere, om patienten tilhører højrisikogruppen. Det er ligeledes almen praksis' ansvar, i samråd med patienten, at varetage henvisningen til filterfunktionen med henblik på en speciallæges vurdering.

Hvis der er begrundet mistanke om modermærkekræft, er det almen praksis' ansvar at afholde en samtale med patienten om, at hudelementet vil blive nærmere undersøgt på plastikkirurgisk afdeling, som efter al sandsynlighed vil fjerne elementet.

Det er filterfunktionens ansvar at afholde en samtale med patienten om, at undersøgelse med dermoskopi udføres for at undgå at fjerne godartede elementer og ved excision at informere om indgrebets art og risici, samt at indgrebet foretages for at få en sikker diagnose. Ved begrundet mistanke er det filterfunktionens ansvar at in-

formere om, at der kan være tale om modermærkekræft, og at diagnosen stilles ved nærmere mikroskopisk undersøgelse af den fjernede hudforandring.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til udredningen.

Det er vigtigt, at filterfunktionen ved henvisning til pakkeforløb sørger for, at henvisningen indeholder de nødvendige oplysninger, se 4.4.

Der henvises i øvrigt til det generelle afsnit om kræftpakkeforløb, 1.3.8 Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse.

4.7 Ansvarlig for henvisning

I tilfælde af henvisning har den henvisende læge ansvaret, indtil filterfunktionen eller den plastikkirurgiske afdeling har modtaget henvisningen.

I tilfælde af excision har den læge, som har udført denne, ansvaret for i tilfælde af modermærkekræft at henvise direkte til pakkeforløb på plastikkirurgisk afdeling.

Det er speciallægen i filterfunktionen, som har ansvaret, indtil plastikkirurgisk afdeling tager over.

4.8 Registrering

AFB25A	Modermærkekræft i hud: henvisning til pakkeforløb start
---------------	--

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for modermærkekræft i hud skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for modermærkekræft i hud modtages i afdelingen, eller når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til målgruppebeskrivelsen jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen uanset henvisningsmåde. Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra eksternt part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

4.9 Forløbstid

Forløbstiden er 6 kalenderdage, 10 kalenderdage i tilfælde, hvor revisionsmikroskopi er nødvendig i henhold til Dansk Melanom Gruppens retningslinjer.

Patienten med begrundet mistanke om modermærkekræft henvises til plastikkirurgisk afdeling. Derefter må der gå 6 kalenderdage, som bruges til at håndtere henvisningspapirerne, booke relevante undersøgelser og samtaler. Patienten skal ses senest på 7. kalenderdag på plastikkirurgisk afdeling, dog senest 11. kalenderdag i tilfælde, hvor revisionsmikroskopi er nødvendig i henhold til Dansk Melanom Gruppens retningslinjer.

5 Udredning

5.1 Undersøgelserforløbet

Den diagnostiske fase kan inddeles i to faser:

- udredningsfasen
- fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

Diagnosen modermærkekræft stilles på en korrekt udført biopsi med efterfølgende patologisk undersøgelse af vævsprøve af en patolog med stor erfaring i melanom diagnostik.

TNM-klassifikation betegner status for, hvor fremskreden primærtumor er (T), status for spredning (metastaser) til nærmeste lymfeknudestation(-er) (N0 for ingen spredning, N3 for alvorlig spredning) og status for fjermetastaser (M).

Fastlæggelse af sygdomsstadium er målet for udredningen inden den kirurgiske behandling. Sygdomsstadium fastlægges på basis af klinisk og patologisk undersøgelse for patienter med modermærkekræft med lav risiko for spredning eller recidiv (≤ 1 mm i tykkelsen, level II – III, uden ulceration, det vil sige T1aN0M0). Hos patienter med modermærkekræft med høj risiko for spredning eller recidiv, men uden klinisk mistanke om spredning (> 1 mm eller level IV-V eller ulceration – ændres i begyndelsen af 2012 til: ≥ 1 mm eller ulceration eller 1 eller flere mitoser pr. mm^2 – det vil sige klinisk T1b4N0M0) fastlægges sygdomsstadium desuden på basis af resultatet af sentinel node biopsi.

For at der kan udføres sentinel node biopsi, skal der være adgang til en klinisk fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling, som kan udføre kutan lymfeskintigrafi mhp. identifikation af sentinel nodes umiddelbart før den kirurgiske behandling, dvs. på operationsdagen eller dagen før.

Ved klinisk mistanke om sygdomsspredning bør der foretages udvidet udredning ved hjælp af relevante undersøgelser, fx ultralydsskanning, CT-skanning, PET skanning og relevante blodprøver, se næste afsnit.

5.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

Når primære melanom er til stede ved den ambulante forundersøgelse, foretages excisionsbiopsi. Der aftales ambulante information om undersøgelsens resultat og planlægning af behandlingen.

Når histologi foreligger, undersøges patienten med henblik på fastlæggelse af klinisk stadium.

Lav risiko (T1a)

Yderligere udredning anbefales ikke til patienter uden klinisk mistanke om spredning.

Høj risiko (T1b - 4)

Hvis der ikke er klinisk mistanke om spredning fastlægges sygdomsstadium (N-stadium) på basis af resultatet af sentinel node biopsi (Morton DL NEJM 2006). Desuden foretages LDH bestemmelse, som indgår i TNM klassifikationen. Den definitive behandling fastlægges, herunder stillingtagen til excisionsafstand, lukning af defekt og sentinel node biopsi.

Den vigtigste prognostiske faktor ved nydiagnosticeret malignt melanom er regional lymfeknudestatus (Balch CM et al J Clin Oncol 2001;19:1622-34). Derfor bør sentinel node biopsi (SNB) tilbydes patienter med primærtumor T1b - 4 uden klinisk spredning, dvs. N0M0. Ved klinisk mistanke om lymfeknudemetastaser er SNB kontraindiceret.

Før SNB foretages (^{99m}Tc Nanocoll) lymfeskintigrafi mhp. identifikation af sentinel node (SN) (Balch CM NEJM 2006). 20 - 30 % har metastaser ved SNB (Klode J 2010 ref). I erfarne hænder er andelen af falsk negative lymfeknuder diagnosticeret ved SNB under 5 % og undersøgelsen er minimalt invasiv sammenlignet med lymfeknudeudrømning, som kan udelades hos de sentinel node negative patienter.

Mikrometastaser (Nxa, stage IIIA)

Der er ikke sikker evidens for at udrede asymptomatiske patienter med positiv sentinel node (Klode J 2010), idet yderligere metastasering er sjælden (Xing Y JNCI 2010). Ved symptomer kan patienten f.eks. tilbydes FDG-PET/CT (se i øvrigt nedenfor).

Makrometastaser (Nxb), in transit- eller satellittumorer

Diagnosticering af lymfeknudemetastaser og fjerne metastaser er central, idet selve tumoren/recidivet kan diagnosticeres klinisk med efterfølgende histologisk diagnose af tumorstadium. I en metaanalyse (Xin 2011) er det vist, at ultralyd (UL) har højest sensitivitet og specificitet til diagnosticering af kliniske lymfeknudemetastaser (makrometastaser), og at PET/CT skanning har højest sensitivitet og specificitet til diagnosticering af fjerne metastaser både ved den initiale stadietinddeling og ved recidiv.

Kliniske lymfeknudemetastaser kan udredes med UL og finnålsaspiration (FNA). Den positive prædiktive værdi af FNA er næsten 100 %, men den negative prædiktive værdi er væsentligt lavere. Patienter i denne gruppe er højrisikopatienter, og skal udredes for okkult fjerne metastasering/stadium IV mhp. mulighed for metastasektomi.

Fjerne metastaser (M-stadium).

Malignt melanom har stort metastaseringspotentiale. Tidlig metastasering til de regionale lymfeknuder er relativt hyppig, og fjerne metastasering kan ses overalt: hud og bløddele, lymfeknuder, knogler, knoglemarv, lunger, hjerne og indre organer (lever, milt, binyrer). Forskellige billed- og funktionsdiagnostiske undersøgelser har forskellige styrker, men overordnet set er helkrops FDG-PET/CT skanning den mest sensitive og specifikke undersøgelse til udredning af ekstracerebral sygdom. Ved mistanke om lungemetastaser anbefales det, at PET/CT skanningen inkluderer diagnostisk CT-skanning, da FDG-PET har relativt lav sensitivitet, men høj specificitet ved små lungemetastaser (Reinhardt MJ J Clin Oncol 2006). MR-skanning af cerebrum skal anvendes ved mistanke om hjernemetastaser og knoglemarvsinvolvering.

Ved solitære metastaser kan metastasektomi øge overlevelsen eller palliere (Allen Ann Surg Oncol 2002). Patienterne bør inden operation udredes med PET/CT skanning for at udelukke andre metastaser

På basis af klinisk undersøgelse, histologi og billeddiagnostik (TNM-klassifikation af sygdommen) fastlægges sygdomsstadium, hvorefter der tages stilling til individuel kirurgisk behandling eller onkologisk behandling.

5.3 Specifik sygepleje og understøttende behandling

Sygeplejen ved primær operation omfatter observation og pleje af primær cicatrice, herunder mulig lapplastik, og eventuelt cicatrice efter sentinel node biopsi samt transplantat og donorsted.

Hvis der er foretaget hals-, axil- eller ingvinal lymfeknudeudrømning, omfatter sygeplejen ligeledes observation og pleje af denne cicatrice samt vacuumdræn. Patienten hjælpes med og vejledes i lejrning, fysiske begrænsninger, smertevurdering og -behandling samt regime for mobilisering afhængig af indgrebet (Williamson 2005, Skiveren 2001, Fawzy 1995). Sygeplejen omfatter tiltag, der kan afhjælpe lymfødeme, som f.eks. kompression.

I sygeplejen indgår vejledning i hensigtsmæssig sol-adfærd og selvundersøgelse mhp. forebyggelse og tidlig opsporing af tilbagefald samt nye tilfælde af malignt melanom.

Patienten bør have tilbud om opfølgende ambulant samtale eller telefonisk kontakt med den plejeansvarlige sygeplejerske til håndtering af evt. komplikationer som lymfødeme og /eller psykosociale problemer ved kræftdiagnosen (Cox 2003).

5.4 Kommunikation og inddragelse

Når alle undersøgelsesvar foreligger og disse er vurderet på MDT-konference, afholdes en samtale med patienten og evt. pårørende om behandlingsmuligheder, herunder fremlæggelse af behandlingstilbud, evt. sentinel node undersøgelse og/eller hudtransplantation af den opståede defekt. Endvidere drøftes tidsperspektivet i behandlingstilbuddet, mulige bivirkninger, risiko for postoperative komplikationer og konsekvenser af at undlade behandling (Grønvold 2006). Ved samtalen afklares patientens forventninger til forløbet og endvidere afdækkes patientens livssituation, frygt, ressourcer, behov og ønsker. Patienten opfordres til at tage en pårørende med til samtalen. Patienten modtager den skriftlige information.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til behandlingen.

Patienten informeres om evt. forandringer ved kirurgiske indgreb kan have indflydelse på patientens body image (Winterbottom 2004, Wheeler 2006, Fawzy 1995, Clinical Practice Guidelines 2008). Patienten vejledes i mulige netværk og/eller patientskole for patienter med modermærkekræft (Grønvold 2006, Kræftcentrum Aalborg 2001, Netværk Modermærkekræft i Vejle, Aalborg og København, 2011).

5.5 Beslutning

Ved forundersøgelsen besluttet på grundlag af klinisk undersøgelse, om der er behov for relevante billeddiagnostiske undersøgelser.

Når patienten kommer til svar på vævsprøve (mikroskopisvar), vil der i næsten alle tilfælde være det fornødne grundlag til at træffe beslutning om behandlingstilbud og yderligere udredning af sentinel nodes. Planen for behandlingstilbuddet drøftes med patienten.

Såfremt revideret, histologisk undersøgelse af vævsprøven foreligger ved forundersøgelsen, er der i de fleste tilfælde det fornødne grundlag for at træffe beslutning om behandlingstilbud, og planen for behandlingstilbuddet drøftes umiddelbart med patienten.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten til behandlingen.

5.6 Ansvarlig

Ansaret ligger hos den plastikkirurgiske afdeling, fra henvisning er modtaget.

5.7 Registrering

AFB25B	Modermærkekræft i hud: udredning start, første fremmøde
---------------	--

Registreres ved patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræftområdet.

Første fremmøde kan omfatte:

- besøg på paraklinisk afdeling i henvisningsperioden, som assistance til stamafdeling
- besøg / indlæggelse på stamafdeling
- besøg på paraklinisk afdeling efter henvisning til pakkeforløb med start på paraklinisk afdeling

Paraklinisk afdeling defineres som radiologiske, fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger.

Hvis stamafdelingen har modtaget henvisning til pakkeforløb og bestiller undersøgelse i henvisningsperioden, vil første fremmøde til udredning start svare til dato for pågældende undersøgelse i paraklinisk afdeling.

Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret. Hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, skal stamafdelingen således foretage indberetningen.

Ved henvisning fra almen praktiserende læge og speciallæge direkte til paraklinisk afdeling til udredning i pakkeforløb for organspecifik kræfttype skal paraklinisk afdeling, som værende stamafdeling, registrere første fremmøde.

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

AFB25C1	Modermærkekræft i hud: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB25C1A	Modermærkekræft i hud: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB25C2	Modermærkekræft i hud: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB25C2A	Modermærkekræft i hud: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Klinisk beslutning vedrørende initial behandling vil for de fleste forløb ske ved den multidisciplinære konference. Beslutningen kan dog også tages, og dermed registreres, ved beslutning om initial behandling uden multidisciplinær konference.

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

AFB25X1	Modermærkekræft i hud: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB25X2	Modermærkekræft i hud: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	--

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

5.8 Forløbstid

Forløbstiden for udredning er 14 kalenderdage.

Udredningstiden består af - enten:

- Ambulant forundersøgelse og diagnostisk excisionsbiopsi
- Analyse på patologi afdeling
- Svarafgivelse

eller

- Ambulant forundersøgelse med samtidig svar på revisionsmikroskopi

Der afsættes desuden tid til:

- Vurdering og eventuelt stabilisering af komorbiditet
- Ophør med AK-behandling

6 Initial behandling af modermærkekræft

6.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Modermærkekræft \leq 1 mm tykkelse, level II – III, uden ulceration (T1aNOM0).

Udgør 40 - 50 % af al modermærkekræft. Definitiv behandling kan som regel foretages ambulant og i lokal bedøvelse. I enkelte tilfælde kan indlæggelse og/eller operation i generel anæstesi være nødvendig. Det kan være tilfælde, hvis det på grund af lokaliseringen er nødvendigt at lukke defekten med hudtransplantat eller lokal hudlap, eller hvis patienten ikke kan medvirke til operation i lokalbedøvelse.

Modermærkekræft $>$ 1 mm tykkelse eller level IV-V eller med ulceration uden klinisk spredning (T1bNOM0, se også afsnit 5.1).

Definitiv behandling omfatter dels radikal operation af primærtumor dels sentinel node biopsi. Hos 20-30 % af patienterne påvises metastase i sentinel node. Konsekvensen af metastase i sentinel node er lymfeknudeudrømning (exairese) i den pågældende lymfeknuderegion.

Radioterapi (RT):

Nyere undersøgelser peger på at følsomheden for radioterapi i det maligne melanom udviser samme store variabilitet som andre cancerformer. Det betyder, at man bør vælge samme fraktioneringsmønster ved strålebehandling af maligne melanomer som ved andre cancerformer.

RT af primærtumor: Anvendes kun i situationer, hvor der ikke kan opnås radikalitet med kirurgisk resektion. Kan også overvejes ved lentigo maligna melanomer hos ældre som et alternativ til større kirurgiske indgreb.

RT af regionale lymfeknudemetastaser: Adjuverende strålebehandling kan nedsætte risikoen for regionalt recidiv efter kirurgi hos selekterede ptt. Det drejer sig om ptt. med højt antal metastatiske lymfeknuder ($>$ 5) ved exairese, ptt. med store lymfeknudemetastaser ($>$ 3 cm) og især ptt. med ekstrakapsulær vækst. Det er vigtigt at pointere, at man udelukkende kan nedsætte risikoen for lokalt recidiv, men ikke forbedre overlevelsen. Det skyldes, at de samme ptt. også har høj risiko for at få dissemineret melanom. Ved indikation for adjuverende strålebehandling gives i alt 50-60 Gy på 25-30 fraktioner med daglige behandlinger.

Adjuverende medicinsk behandling:

Patienter, der er opereret for stadium III malignt melanom, har en høj risiko for at få recidiv af deres melanom sygdom efter operation.

Aktuelt er der ikke noget standard behandlingstilbud med adjuverende medicinsk behandling til denne patientgruppe. Behandling af denne gruppe patienter bør, indtil der foreligger en evt. godkendelse fra EMA vedr brug PEG-introna jf godken-

delsen fra FDA, udelukkende foregå inden for rammerne af videnskabelige undersøgelser.

I forbindelse med FDAs godkendelse af PEG-Introna, blev der stillet krav om at EORTC skulle iværksætte en videnskabelig undersøgelse af interferons værdi hos patienter med ulceration i det primære melanom uden samtidige lymfeknudemetastaser. Denne protokol forventes aktiveret med dansk deltagelse primo 2012.

Primær modermærkekræft med samtidig fjernmetastasering på diagnosetidspunktet (T1a – 4b, N1b-3, M1-3).

Behandlingen vil rette sig efter sygdomsstadium.

Kirurgisk behandling

- Patienter, hos hvem der er påvist spredning af modermærkekræft udover til nærmest liggende lymfeknude-stationer, bør søges behandlet kirurgisk. Behandlingen er individuel og bør planlægges efter konference mellem kirurger og onkologer. Operation kan indebære involvering af flere kirurgiske specialer.

Ikke-kirurgisk behandling

- I få tilfælde af lokoregionalt metastaserende sygdom, som ikke er tilgængelig for kirurgi, vil hyperterm regional perfusion eller strålebehandling kunne komme på tale.
- Vurdering mhp. medicinsk antineoplastisk behandlingstilbud af metastaserende sygdom sker på én af de onkologiske afdelinger på højt specialiseret niveau, der er involveret i behandling af modermærkekræft.

Mellem 6 og 10 patienter per år debuterer med metastaserende modermærkekræft, som ikke er tilgængeligt for kirurgisk behandling.

Medicinsk behandling af metastatisk sygdom foregår på de onkologiske afdelinger. Der er særligt de seneste 2 år sket store fremskridt i behandlingen af metastatisk sygdom, som vil komme til at påvirke valget af behandling fremover.

Vi har i Danmark siden 1994 anvendt behandling med cytokinerne interleukin-2 og interferon som basisbehandling i en række protokoller; senest som første linje behandling med intravenøs højdosis interleukin-2 og pegyleret interferon. Denne behandling giver klinisk respons hos 15 - 20 % af patienter og langtidsoverlevelse og helbredelse hos ca. en tredjedel af disse respondere (Mocellin 2010, Wheatley 2007, Hansson 2011).

Indenfor de seneste 2 år er der publiceret to Fase III undersøgelser med ipilimumab, et immunmodulerende antistof, som har vist en effekt på overlevelsen og langtidsoverlevelse hos 15 - 20 % af de behandlede patienterne (Hodi 2010, Robert 2011). Denne behandling er nu godkendt til markedsføring i Danmark til 2. linje behandling af metastatisk melanom.

Afdelingerne i Danmark deltager i øvrigt i videnskabelige protokoller, som skønnes at kunne forbedre patient behandlingen, og disse kan tilbydes i stedet for de nedenfor nævnte behandlinger. Dette afgøres af onkologiudvalget i Dansk Melanom Gruppe.

Palliativ radioterapi:

Radioterapi spiller en vigtig rolle i forbindelse med palliation af mange symptomer hos melanompatienter. Som regel foretrækkes et kort intensivt stråle regime, og god palliation kan påregnes hos ca. 2/3 af patienter, afhængig af lokalisation og tumorbyrde.

Knoglemetastaser: 60-75 % af patienter med smertegivende knoglemetastaser vil have gavn af palliativ strålebehandling. Dosis og antal fraktioner kan variere og gives iht. de lokale retningslinjer.

Hjernemetastaser: Af de melanompatienter, som senere udvikler metastaser, får omkring halvdelen hjernemetastaser, og dette medfører i mange tilfælde en markant forringelse af deres livskvalitet.

Patienter med solitære hjernemetastaser påvist på MR scanning bør vurderes med henblik på lokal behandling – enten kirurgi eller stereotaktisk strålebehandling. Lokalisationen er meget afgørende for om kirurgi kan gennemføres uden for store risici, mens den stereotaktiske strålebehandlings begrænsninger primært ligger i tumors størrelse, max 3-4 cm.

Patienter med multiple metastaser bør vurderes onkologisk. Patienter med svære symptomer bør umiddelbart starte med højdosis steroid og tilbydes palliativ hel-hjerne-strålebehandling. Behandlingsregime kan ligeledes variere og gives iht. lokale retningslinier. Patienter med begrænsede symptomer bør vurderes mhp. systemisk antineoplastisk behandling.

Andre metastatiske manifestationer: Efter individuel onkologisk vurdering kan palliativ strålebehandling anvendes.

6.2 De hyppigst opståede komplikationer

Komplikationerne ved direkte sutur af defekten efter den radikale operation for primærtumor:

- Blødning
- Sårinfektion
- Nedsat følesans langs arret
- I tilfælde, hvor der er anvendt hudlap til dækning af defekten, er der desuden risiko for hel eller delvis vævsdød (nekrose) af lappen
- Ved anvendelse af frit hudtransplantat er der risiko for hel eller delvis nekrose af den transplanterede hud

Komplikationer ved sentinel node biopsi:

- Blødning
- Sårinfektion
- Lymfævesømsansamling i biopsikaviteten, hvilket kan kræve udtømning ambulantly
- Ved biopsi i lyskere regionen risiko for forbigående ødem og lille risiko for kronisk ødem af underekstremiteten i den pågældende side

Komplikationer ved radikal lymfeknude exairese:

- Blødning
- Sårinfektion
- Vævsdød (nekrose) af huden langs operationsarret
- Lymfевæskeansamling (serom), som kan kræve gentagne udtømminger ambulant og evt. re-operation
- Forbigående og kronisk ødem
- Nedsat sensibilitet omkring arret

6.3 Sygdomsspecifikke indsatser ved rehabilitering, palliation, understøttende behandling og sygepleje

Der henvises til 5.3.

6.4 Kommunikation og inddragelse

Der henvises til 5.6.

6.5 Beslutning

Når resultatet af histologisk undersøgelse af sentinel node biopsi foreligger, og der ikke er fundet spredning, er patienten færdigbehandlet, og beslutning om kontrolforløb tages. Der tages beslutning om hyppigheden af klinisk, ambulant kontrol og beslutning om eventuel supplerende billeddiagnostisk undersøgelse ved efterladte, utilgængelige sentinel nodes. I de fleste tilfælde varetages den ambulante kontrol af den behandlende plastikkirurgiske afdeling, men hvor dette ikke er tilfældet, tages beslutning om viderevisitation, herunder hvem der er den fremtidige ansvarlige instans.

Når der er spredning til sentinel node(-s), tages beslutning om exairese, og specielt ved modermærkekræft i hoved-hals regionen tages beslutning om omfanget. Operationsdato fastlægges.

Vedrørende stadium III sygdom henvises til relevant underafsnit i 6.1.

6.6 Ansvarlig

Den afdeling, som har opereret patienten, er ansvarlig for beslutning om konsekvens af behandling og alle diagnostiske procedurer samt information til patienten herom.

6.7 Registrering

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

AFB25F1	<i>Modermærkekræft i hud: initial behandling start, kirurgisk</i>
AFB25F2	<i>Modermærkekræft i hud: initial behandling start, medicinsk</i>
AFB25F3	<i>Modermærkekræft i hud: initial behandling start, strålebehandling</i>

Initial behandling er defineret i pakkeforløbsbeskrivelsen som værende specifikke behandlingsforløb inklusiv eventuel efterbehandling. Registreringen skal fortages ved først forekommende behandlingstiltag.

Kirurgisk behandling defineres som al behandling fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for modermærkekræft i hud. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

AFB25X1	<i>Modermærkekræft i hud: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i>
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB25X2	<i>Modermærkekræft i hud: slut, pakkeforløb patientens ønske</i>
----------------	--

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

6.8 Forløbstid

Forløbstiden fra udredning er afsluttet, til primær operation er foretaget, er 11 kalenderdage, og i alt 27 kalenderdage til eventuel lymfeknude exairese er foretaget.

Tiden til primær operation består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking samtaler og undersøgelser

- Eventuelt lymfeskindtografi, anæstesitilsyn, eventuelt supplerende billeddiagnostik og eventuelt yderligere præoperativ udredning
- Operation og eventuelt sentinel node biopsi

Tiden til lymfeknude exairese:

- MDT og analyse af sentinel node biopsi samt eventuelt analyse af operationspræparat
- Svarafgivelse
- Planlægning af operation
- Lymfeknude exairese

Der afsættes desuden tid til:

- Patient/pårørende samtale med sygeplejerske om blandt andet rehabiliteringsforløb
- Eventuel stabilisering af komorbiditet

7 Efterforløbet

7.1 Kontrol

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

Formålet med kontrol efter behandling af primært modermærkekræft er:

1. Forhindring af nye primære melanomer og non-melanom kræft

Består i information og uddannelse af patienten om risikofaktorer for melanom og non-melanom hudkræft samt information om nedsættelse af soleksponering og solariebrug.

2. Tidlig opdagelse af ny modermærkekræft

Det antages, at hele patientens hudoverflade har været udsat for den carcinogene virkning af ultraviolet lys fra sol og eventuelt også solarier, og at samtlige af patientens melanocytter eventuelt også kan være underlagt en ”arvelig disposition”, der førte til de primære modermærkekræft. Af denne grund er patienten i høj risiko for at udvikle en ny primær modermærkekræft. Denne risiko er anslået til at være 5-15 gange større end hos en person, som ikke tidligere har haft modermærkekræft.

3. Tidlig opdagelse af spredning af primært melanom

Spredningen kan være lokaliseret mellem det primære kræftområde og de regionale lymfeknuder eller fjerne metastaser. Ca. 80 % af recidiver vil forekomme indenfor de første 3 år efter operation for det primære melanom (Clinical Practice Guidelines (Draft) 2008).

Ved hvert kontrolbesøg bør der optages sygehistorie, og patienten undersøges for kliniske tegn på lokalt, in-transit, regionært eller fjernrecidiv.

(Mere detaljerede anbefalinger forventes fastsat af DMG primo 2012)

Risikoen for recidiv er størst de første år efter diagnosen er stillet, og patienter med positive sentinel nodes har oftere recidiv end patienter med negative sentinel nodes.

Samlet set får ca. 50 % af patienterne recidiv. De fleste (70 %) er lokoregionale (20 % lokale, 50 % i regionale lymfeknuder). De resterende 30 % opstår som fjernmetastaser. De fleste (70 %, Meyers MO 2009) recidiver opdages af patienten (eller dennes pårørende) eller er symptomgivende. De resterende recidiver diagnosticeres ved klinisk kontrol, og kun få diagnosticeres primært billeddiagnostisk (Meyers MO Ann Surg Oncol 2009).

Patienter uden primær lymfeknudeinvolvering (AJCC stage 0 og I)

Der er i de europæiske, australske/new zealandske og amerikanske guidelines enighed om, at patienter med primært kutant melanom kun skal udredes med billed- og/eller funktionsdiagnostik ved symptomer.

Patienter med tykke eller ulcererede melanomer med eller uden lymfeknudeinvolvering (AJCC stadium II og III)

Brugen af rutinemæssig billed- og/eller funktionsdiagnostik er kontroversiel. Der ingen europæiske guidelines på området. Der er enighed om, at patienter med symptomer skal udredes med billed- og/eller funktionsdiagnostik afhængigt af symptomerne.

Diagnostiske metoder til udredning af metastaser

Overordnet set anbefales PET/CT skanning. Ved mistanke om hjernemetastaser udredes med MR-skanning. Ved mistanke om regionale lymfeknudemetastaser er UL i trænedede hænder god.

UL:

Har høj specificitet (97 %), men moderat sensitivitet (60 %) til diagnostik af lymfeknudemetastaser (Xing Y JNCI 2010). Anvendes evt. til screening af regionale lymfeknuder. Anvendes ved klinisk forstørrede lymfeknuder mhp. FNA. Vejledende ved biopsi i øvrigt.

Røntgen af thorax:

Har traditionelt været anvendt i Danmark. Det er en let tilgængelig og relativt billig metode, som kan detektere metastaser i lungerne, som er relativt hyppige og som kan behandles kirurgisk. Undersøgelsen har dog en meget lav sensitivitet, og det kan diskuteres om den fortsat bør anbefales (Brown RE Surgery 2010).

CT-skanning:

Den bedste metode til visualisering af små lungemetastaser. Bør i øvrigt foretages som led i FDG-PET/CT skanning.

FDG-PET/CT:

Malignt melanom har høj affinitet for FDG, høj sensitivitet (80%) og specificitet (87%) til diagnosticering af fjernmetastaser i hud, bløddele, lymfeknuder, viscera og skelettet (Xing Y JNCI 2010).

MRI:

Den bedste undersøgelse til udredning af metastaser i hjernen, spinalkanalene, knoglemarven og evt. leveren.

Knogleskintigrafi:

Har lav sensitivitet ved osteolytiske metastaser og har generelt lav specificitet. Anvendes ikke.

NaF PET/CT:

Indtil videre er der ikke evidens for at anvende NaF-PET.

Laboratorietests:

LDH har lav sensitivitet og specificitet til diagnosticering af fjernmetastaser.

Fremtiden:

PET med tracere, som kan visualisere melanin biosyntesen eller metalloptider, som bindes til melanocortin type 1 receptorerne, der er opregulerede i maligne melanomer.

7.1.1 Kommunikation og inddragelse

Der foretages en forventningsafstemning mellem den ansvarlige afdeling og patienten vedr. kontrolforløbet, der skal afklare, hvilke ønsker patienten har, hvad behandlingsstedet kan tilbyde, hvad patienten kan få hjælp til, hvad kontrolforløbet indebærer samt afdækning af patientens senfølger.

Ved en samtale informeres patienten om, at opfølgningen primært har til formål at sikre livskvaliteten og forebygge/afhjælpe eventuelle problemer. Endvidere informeres patienten om, hvilke symptomer hun/han skal være opmærksom på, samt hvor og hvornår hun/han skal henvende sig med opståede symptomer. Der indhentes informeret samtykke fra patienten til kontrolforløbet.

Der henvises i øvrigt til det generelle afsnit om kræftpakkeforløb, 1.3.8 Patient og pårørende – kommunikation og inddragelse.

7.1.2 Ansvarlig

Hvis der under hospitalskontrolforløbet (første 5 år) opstår mistanke om recidiv, iværksættes relevant udredning, herunder billeddiagnostik og diagnostisk biopsi iht. afsnit 5.1. Den hospitalsafdeling, som finder patienten recidivfri ved en 5 års kontrol, har ansvaret for at henvise patienten til fortsat kontrol hos almen praksis og for at sende relevante oplysninger til denne.

Efter 5 års recidivfrihed henvises patienten til almen praksis med henblik på en årlig kontrol indtil 10 år efter kirurgisk færdigbehandlet modermærkekræft. Hvis der under kontrolforløbet i almen praksis opstår mistanke om recidiv, genhenvises patienten til den plastikkirurgiske eller onkologiske afdeling, som kontrollerede patienten tidligere.

Ansvarlig for iværksættelse af udredning for tilbagefald/spredning af modermærkekræft er den læge, som finder mistanke herom. I de fleste tilfælde vil det være samme afdeling, som er behandlende afdeling. I de tilfælde, hvor patienten henvises til udredning/behandling på i anden instans, er den læge, som finder mistanke om recidiv, ansvarlig for at sende henvisning.

7.2 Håndtering af recidiv

Ved mistanke om recidiv henvises til den plastikkirurgiske eller onkologiske afdeling, hvor patienten går til kontrol eller sidst har været til kontrol eller har været i behandling for modermærkekræft.

7.2.1 Ansvarlig

Der henvises til 7.1.2.

8 Oversigtsskema for modermærkekræft

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
Indgang til pakkeforløb			
Beslutning: Almen praksis finder <i>mistanke</i> eller <i>begrundet mistanke</i> om kræft	Telefonisk henvisning og samtidig elektronisk henvisning	Videre forløb	Almen praksis
Udredning			
Beslutning: Praktiserende dermatolog, plastikkirurg, kirurg eller dermatologisk afdeling (og visse plastikkirurgiske afd.) finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Telefonisk henvisning og samtidig elektronisk henvisning ▪ Eventuelt supplerende relevante oplysninger til plastikkirurgisk afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrundet mistanke ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb 	Dermatolog /Plastikkirurg /Kirurg
Visitation til pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: undersøgelsesprogram 	Indkaldelse: undersøgelsesprogram	Plastikkirurg
Undersøgelsesprogram: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Excisionsbiopsi eller revisionsmikroskopi ▪ Eventuelt røntgen af thorax ▪ Eventuelt LDH bestemmelse ▪ Eventuelt udvidet billeddiagnostik, for eksempel helkrops PET-scanning 	Forsendelse af materiale til patologiafdeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarsamtale ▪ Videre forløb 	Patologiafdeling Plastikkirurgisk afdeling
Histologisvar	Svar sendes til rekvirerende læge og behandlende afdeling		Patologiafdeling
Beslutning: Kirurgi med eller uden præoperativ kutan lymfesintigrafi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: operation eventuel sentinel node biopsi ▪ Booking: konsultation 	Indkaldelse: konsultation	Multidisciplinære team
Initial behandling			
Konsultation		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Informeret samtykke ▪ Indkaldelse: operation ▪ Videre forløb 	Plastikkirurgisk afdeling
Ambulant operation uden sentinel node bi-		Videre forløb	Plastikkirurgisk afdeling

Sundhedsfaglig handling	Logistisk handling	Kommunikation med patienten	Ansvarlig instans/afdeling
opsi			
Operation under indlæggelse med sentinel node biopsi og præoperativ kutan lymfeskindtografi	Forsendelse af materiale til patologiafdeling	Videre forløb	Nuklearmedicinsk afdeling Plastikkirurgisk afdeling
Histologisvar	Svar sendes til plastikkirurg		Patologiafdeling
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operation med lymfeknudeudtømning ▪ Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: operation med lymfeknude-udtømning ▪ Booking: kontrol ▪ Booking: konsultation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: operation med lymfeknude-udtømning ▪ Indkaldelse: kontrol 	Multidisciplinære team
Operation med lymfeknudeudtømning	Forsendelse af materiale til patologiafdeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: konsultation 	Plastikkirurgisk afdeling
Histologisvar	Svar sendes til plastikkirurg		Patologiafdeling
Konsultation i plastikkirurgisk ambulatorium	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: kontrol ▪ Almen praksis/ praktiserende speciallæge: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: kontrol ▪ Videre forløb 	Plastikkirurgisk afdeling
Efterbehandling			
Sygehistorie og klinisk undersøgelse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ For T1a, N0, M0 1 gang årligt i 5 år (lavrisiko) ▪ For T1b-T4, Nx, M0 hver 3. måned i 2 år og hver 6. måned i 3 år (højrisiko) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartsamtale ▪ Videre forløb 	Plastikkirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling
Beslutning: Kontrol afsluttes	Almen praksis/ praktiserende speciallæge: epikrise	Svartsamtale	Plastikkirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling

9 Forløbstider for modermærkekræft

Tabellen viser de samlede forløbstider i pakkeforløbet.

Det bemærkes, at forløbstiderne er en rettesnor, og at det fortsat er bekendtgørelsen om maksimale ventetider for livstruende sygdom, der er gældende (se endvidere kapitel 1.3.1).

Forløbstider (se også pkt. 1.3.1)

Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage	
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	14 kalenderdage	
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Operation	11 kalenderdage
	Ved exairese	27 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Operation	31 kalenderdage
	Ved exairese	47 kalenderdage

10 Registrering

10.1 Pakkeforløb start

AFB25A	Modermærkekræft i hud: henvisning til pakkeforløb start
---------------	--

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for modermærkekræft i hud skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for modermærkekræft i hud modtages i afdelingen, eller når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til målgruppebeskrivelsen jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen uanset henvisningsmåde. Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

10.2 Udredning start

AFB25B	Modermærkekræft i hud: udredning start, første fremmøde
---------------	--

Registreres ved patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræftområdet.

Første fremmøde kan omfatte:

- besøg på paraklinisk afdeling i henvisningsperioden, som assistance til stamafdeling
- besøg / indlæggelse på stamafdeling
- besøg på paraklinisk afdeling efter henvisning til pakkeforløb med start på paraklinisk afdeling

Paraklinisk afdeling defineres som radiologiske, fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger.

Hvis stamafdelingen har modtaget henvisning til pakkeforløb og bestiller undersøgelse i henvisningsperioden, vil første fremmøde til udredning start svare til dato for pågældende undersøgelse i paraklinisk afdeling.

Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret. Hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, skal stamafdelingen således foretage indberetningen.

Ved henvisning fra almen praktiserende læge og speciallæge direkte til paraklinisk afdeling til udredning i pakkeforløb for organspecifik kræfttype skal paraklinisk afdeling, som værende stamafdeling, registrere første fremmøde.

10.3 Beslutning vedrørende initial behandling

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

AFB25C1	Modermærkekræft i hud: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB25C1A	Modermærkekræft i hud: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB25C2	Modermærkekræft i hud: beslutning: initial behandling ikke relevant
AFB25C2A	Modermærkekræft i hud: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Klinisk beslutning vedrørende initial behandling vil for de fleste forløb ske ved den multidisciplinære konference. Beslutningen kan dog også tages, og dermed registreres, ved beslutning om initial behandling uden multidisciplinær konference.

10.4 Behandling start

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

AFB25F1	Modermærkekræft i hud: initial behandling start, kirurgisk
AFB25F2	Modermærkekræft i hud: initial behandling start, medicinsk
AFB25F3	Modermærkekræft i hud: initial behandling start, strålebehandling

Initial behandling er defineret i pakkeforløbsbeskrivelsen som værende specifikke behandlingsforløb inklusiv eventuel efterbehandling. Registreringen skal foretages ved først forekommende behandlingstiltag.

Kirurgisk behandling defineres som al behandling fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for modermærkekræft i hud. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

10.5 Pakkeforløb slut

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

AFB25X1	Modermærkekræft i hud: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
----------------	--

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

AFB25X2	Modermærkekræft i hud: slut, pakkeforløb patientens ønske
----------------	--

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