



SUNDHEDSSTYRELSEN

PRIM

Dato 19-11-2020

Sagsnr. 05-0400-116

72 22 74 00

## **Vejledning vedr. henvisning og visitation til billeddiagnostisk udredning af symptomer fra lunger med særlig fokus ved mistanke om lungekræft**

Denne vejledning præciserer rammerne for den lægefaglige vurdering i forbindelse med henvisning og visitation til billeddiagnostisk udredning af symptomer fra lunger, med særligt fokus på henvisning ved mistanke om lungekræft.

Vejledningen henvender sig særligt til praktiserende læger og speciallæger samt til visiterende sundhedspersoner på billeddiagnostiske afdelinger, men er også relevant for ledelser i regioner, på sygehuse m.fl.

Vejledningen supplerer og uddyber Sundhedsstyrelsens notat vedr. håndtering af symptomer fra lungerne, der kan være kræft af 24. juni 2020, som er vedlagt som bilag.

### **Initial vurdering, henvisning og visitation**

Den læge, som ser patienten primært (typisk den praktiserende læge), skal ved symptomer og tegn på lungesygdom foretage en konkret, samlet vurdering af bl.a.:

- patientens symptomer, f.eks. hoste, blodigt opspyt, åndenød og/eller vægttab
- lægens fund ved den kliniske undersøgelse, lungestetoskopi, hævede lymfekirtler
- tilstedeværende risikofaktorer, f.eks. rygning (antal pakke-år) eller erhvervsudsættelse for fx asbest.

På baggrund af den samlede kliniske vurdering skal lægen afgøre, om der skal henvises til yderligere udredning, herunder billeddiagnostisk udredning af lunger.

Lægens henvisning til billeddiagnostisk udredning af lunger er et forslag til sygehusets undersøgelse af den pågældende patient. På grundlag af henvisningen vurderer den billeddiagnostiske afdeling hvilken konkret undersøgelse, der bør tilbydes. Det er derfor vigtigt, at den henvisende læge sikrer, at der er fyldestgørende oplysninger på henvisningen, der muliggør en god faglig visitation. Vælger lægen at henvise specifikt (til pakkeforløb) på mistanke om lungekræft, skal dette tydeligt fremgå af henvisningen, og mistanken skal være begrundet i henvisningens tekst.

### **Rammer og faglig standard for billeddiagnostik ved mistanke om kræft**

Ved alarmsymptomer, der giver mistanke om lungekræft, samt ved uspecifikke symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom, som f.eks. kan være kræft, er rammerne for den billeddiagnostiske udredning beskrevet i notatet af 24. juni 2020.



Kriterierne i Sundhedsstyrelsens pakkeforløb er desuden ikke udtømmende, og de kan derfor ikke i alle tilfælde tjene som eneste grundlag for visitation til billeddiagnostisk udredning på mistanke om kræft, uanset om det sker i eller uden for et pakkeforløb. Lægen kan således godt henvise en patient på mistanke om lungekræft til billeddiagnostisk udredning med CT-skanning med kontrast af brystkasse og øvre del af maven uden at opfylde de specifikke henvisningskriterier som angivet i pakkeforløbet. Der er således plads til et konkret lægefagligt skøn, men som anført ovenfor er det særlig vigtigt, at lægen på henvisningen tydeligt begrundet mistanken om lungekræft.

Når det i pakkeforløb for lungekræft er beskrevet, at lægen 'bør overveje' CT-skanning med kontrast af brystkasse og øvre del af maven, betyder det ikke, at henvisningskriterierne generelt kan afviges. Det er anført for at give plads til et konkret lægefagligt skøn, således at lægen i helt særlige tilfælde f.eks. skal vurdere, om alternativer til CT-skanning skal overvejes pga. kontraindikationer hos den konkrete patient, eller at andre diagnoser end lungekræft kan være relevante, og derved måske tilsige at der henvises til en anden type undersøgelse eller behandling, f.eks. direkte til hæmatologisk afdeling ved mistanke om malign hæmatologisk sygdom.

### **Billeddiagnostisk udredning med et bredere differential-diagnostisk sigte**

Ved henvisning til billeddiagnostisk udredning af lunger med et bredere differential-diagnostisk sigte, dvs. i tilfælde, hvor kriterier i pakkeforløb ikke er opfyldt, eller hvor lægen ikke i øvrigt har konkret mistanke om lungekræft, vil der typisk vælges billeddiagnostisk modalitet ud fra konkret vurdering og visitation.

I disse situationer vil henvisende læge typisk have overvejet flere forskellige mulige diagnoser og tilstande, uden at én bestemt synes oplagt. Også i disse tilfælde er det derfor særligt vigtigt, at henvisende læge sikrer fyldestgørende oplysninger på henvisningen, der muliggør en god faglig visitation. Henvisende læge bør derfor tydeliggøre i henvisningen, hvorfor der i disse situationer netop ikke mistænkes lungekræft. At henvisende læge her evt. ønsker at udelukke lungekræft, uden at denne mistanke er begrundet i henvisningen, kan ikke i sig selv berettiget valg af undersøgelsesmetode.

Almen praksis kan henvise direkte til f.eks. CT-skanning, hvilket imidlertid ikke fritager billeddiagnostisk afdeling for at vurdere indikation og berettigelse for undersøgelsen.

Ledelsen på den billeddiagnostiske afdeling skal sikre opdaterede instrukser, der kan understøtte visitationen. Kliniske retningslinjer udarbejdet i regi af regionale videnscentre og faglige fora, faglige selskaber m.v. kan i relevant omfang inddrages som beslutningsstøtte i forhold til udarbejdelse af instrukser og i forhold til de konkrete kliniske skøn.

Sundhedsstyrelsen har ikke fastlagt en faglig standard for billeddiagnostisk udredning af lunger, når denne foretages med et bredere differential-diagnostisk sigte. Styrelsen er opmærksom på, at der er forskellige traditioner på tværs af landet ift., om der tilbydes



røntgenundersøgelse af lunger eller CT-skanning. Styrelsen understreger desuden, at der mangler robust dokumentation for, om der generelt bør tilbydes lavdosis CT-skanning i sådanne situationer. Styrelsen er i den forbindelse opmærksom på, at en del tilfælde af lungekræft fortsat diagnosticeres for sent, og at der derfor er behov for at sikre udvikling og faglig afklaring på området.

I den forbindelse kan det være relevant at overveje en mere systematisk udbredelse af nye billeddiagnostiske tilbud som led i den billeddiagnostiske udredning af lunger med et bredere differential-diagnostisk sigte. Men det skal indskærpes, at såfremt der systematisk indføres nye indikationer for f.eks. lavdosis CT-skanning, så gælder en række faglige rammer. Generelt kan der henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 11052 om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet af 2. juli 1999.

Det følger bl.a. heraf, at balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger skal dokumenteres før systematisk ibrugtagning af en ny undersøgelsesmetode. En sådan dokumentation kan f.eks. produceres gennem udarbejdelse af en medicinsk teknologivurdering (MTV) eller anden form for systematisk udarbejdelse af evidensbaserede anbefalinger. Såfremt der ikke foreligger sådan dokumentation, skal det nye systematiske tilbud gives i protokolleret regi med klart definerede kriterier for undersøgelse, registrering af data, beskrivelse af effektmål og mulige skadevirkninger, principper for dataanalyse m.v., ligesom der bør sikres fagfællebedømt offentliggørelse af resultater i videnskabelige tidsskrifter.

Billeddiagnostisk udredning af lunger alene begrundet i risikofaktorer som f.eks. rygning, men uden at der foreligger en konkret lægefaglig vurdering af symptomer og fund, som kan begrunde undersøgelsen, har karakter af screening, og må som systematisk tilbud kun gives som led i et nationalt besluttet screeningsprogram, en videnskabelig protokol eller lignende.



## BILAG

### Notat vedr. håndtering af symptomer fra lungerne, der kan være kræft - af 24. juni 2020

#### Baggrund og definitioner

I det følgende beskrives og præciseres regler, rammer og principper for håndtering af mistanke om lungekræft samt snitflade til håndtering af symptomer, der ikke peger på alvorlig sygdom og håndtering af befolkningsgrupper med risikofaktorer.

Notatet er bl.a. baseret på Sundhedsstyrelsens generelle notat vedr. henvisning og visitation til sygehusbehandling, med særligt fokus på kræft<sup>1</sup>, hvori yderligere information kan findes, herunder definitioner på relevante begreber.

I nærværende notat anvendes væsentligst følgende begreber:

*Differentialdiagnostik* er en proces der består i at skelne mellem forskellige sygdomme med overlappende symptomer med henblik på at beslutte den rette diagnose og dermed den rette behandling.

*Risikofaktorer (for sygdom)* er forhold, som øger risikoen for, at personer udvikler sygdom. Det kan eksempelvis dreje sig om genetiske, biologiske, mentale, miljømæssige og sociale forhold.

*Kræft* anvendes som betegnelse for sygdomme og tilstande med ukontrolleret celledeling og invasiv vækst eller risiko for invasiv vækst. Det følger af gældende regler, at de særlige patientrettigheder omfatter tilstande og mistanker, der kan kodes inden for følgende ICD-10-spænd: DC00-DC43, DC45-DC99 samt DD00-DD09.

*Mistanke* om kræft er en sundhedsfagligt begrundet overvejelse af kræft som mulig forklaring på symptomer, tegn, undersøgelsesfund m.v. hos en konkret patient.

*Symptom* er en kropslig sensation eller observation på egen krop, som patienten tolker som tegn på sygdom. Feber og hoste kan fx være symptomer på lungebetændelse. Kliniske *fund* er symptomer, der påvises eller fremkaldes, eller forandringer der erkendes ved den kliniske undersøgelse af patienten fx raslende vejtrækning, når lægen undersøger brystkassen med stetoskop eller ømhed, når lægen trykker et bestemt sted på kroppen.

#### Ansvar for henvisning og visitation ved mistanke om kræft

En henvisning til sygehusbehandling må betragtes som et forslag til sygehuset om undersøgelse eller behandling af den pågældende patient, men således at det er sygehuset, der på grundlag af

---

<sup>1</sup> <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Henvisning-hospital/Notat-vedr-henvisning-og-visitacion-til-sygehusbehandling-med-saerligt-fokus-paa-kræft.ashx?la=da&hash=EDE68A43192157DB53DE2BEE2A338EDCF490A537>



henvisningens oplysninger vurderer det konkrete undersøgelses- og behandlingsbehov, og om der er grundlag for at indkalde patienten.

I forbindelse med henvisning til sygehusbehandling skal både den henvisende læge og den visiterede læge sikre, at der er fyldestgørende oplysninger på henvisningen, der muliggør en god faglig visitation.

Henvisende læge har behandlingsansvaret, indtil sygehuset overtager, herunder for information til patienten om, at der er mistanke om kræft, og hvad der giver anledning til mistanken. Ved rekvisition af en diagnostisk undersøgelse som f.eks. en røntgenundersøgelse eller en blodprøve, bevarer rekvirerende læge behandlingsansvaret, men den sundhedsperson, som beskriver eller fortolker prøvesvaret, som f.eks. en speciallæge i radiologi, har ansvaret for den faglige vurdering.

Ved anvendelse af ioniserende stråling efter strålebeskyttelsesloven og Sundhedsstyrelsens tilhørende bekendtgørelse gælder særlige krav ift. berettigelse og kompetencer.<sup>2</sup> I vurdering af berettigelsen skal indgå overvejelser om muligheden for anvendelse af metoder, der ikke er baseret på stråling, patientens alder og tilstand samt det forventede resultat.

For den henvisende læge skal indikationen for at henvise til en undersøgelse med ioniserende stråling være klar, og vedkommende skal have viden om, hvad der forventeligt vil kunne ses på undersøgelsen ift. de symptomer, der ønskes udredt. Radiologisk afdeling har i sidste instans ansvaret for undersøgelsen, herunder ansvaret for indikationen for undersøgelsen ift. strålebeskyttelsesloven. Visiterende læge på en radiologisk afdeling har også ansvar for overholdelse af strålebeskyttelsesloven.

Ved bekræftelse af mistanke om kræft efter billeddiagnostisk undersøgelse, skal billeddiagnostisk afdeling kontakte henvisende læge, hvorpå den henvisende læge er ansvarlig for at afgive svar samt informere og henvise patienten til relevant pakkeforløb.

### **Regler om maksimale ventetider**

For patienter, der er henvist på mistanke om kræft eller med påvist kræft, gælder særlige patientrettigheder jævnfør regler for maksimale ventetider<sup>3</sup>. Disse patientrettigheder kan ikke gradbøjes, uanset hvor stærk eller svag lægens mistanke om kræft er. De særlige regler for maksimale ventetider<sup>4</sup> angiver en handleplan for regionen. Senest 11 kalenderdage efter, at sygehuset har modtaget en henvisning af en patient til undersøgelse på mistanke om kræft, skal sygehuset meddele patienten, om vedkommende kan tilbydes udredning inden for den fastsatte

---

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

<sup>3</sup> Sundhedslovens § 88, se også bekendtgørelse om maksimale ventetider nr. 584 af 28. april 2015 samt tilhørende vejledning nr. 9259 af 28. april 2015. Bemærk at bestemmelserne ikke gælder for kræftsygdomme, som kræver knoglemarvstransplantation, for hudkræft, som ikke er modermærkekræft, og for forskningsmæssig og eksperimentel behandling.

<sup>4</sup> Sundhedslovens § 88, se også bekendtgørelse om maksimale ventetider nr. 584 af 28. april 2015 samt tilhørende vejledning nr. 9259 af 28. april 2015. Bemærk at bestemmelserne ikke gælder for kræftsygdomme, som kræver knoglemarvstransplantation, for hudkræft, som ikke er modermærkekræft, og for forskningsmæssig og eksperimentel behandling.



maksimal ventetid på 14 kalenderdage, og patienten skal have meddelt en dato for forundersøgelsen. Kalenderdage omfatter også weekender, helligdage m.v., og beregnes fra og med dagen efter, at sygehuset har modtaget henvisning og indtil patientens første fremmøde på sygehuset som start på udredningen.

Reglerne om maksimale ventetider gælder ikke i forbindelse med bred differential-diagnostik, hvor lægen ikke henviser på mistanke om kræft. Ved udredning på mistanke om kræft gælder regler om maksimale ventetider kun for regionale sygehuse, eller sygehuse og klinikker som varetager disse opgaver for regionen.

### **Pakkeforløb for kræft**

Sundhedsstyrelsens kræftpakkeforløb er udarbejdet i forlængelse af Kræftplan II. Indførelsen af pakkeforløb for kræft følger desuden af 'Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter' mellem Danske Regioner og Regeringen i 2007 samt af aftale om regionernes økonomi for 2008 og Finansloven for samme år.

I pakkeforløb for kræft angives kriterier for henvisning til udredning i pakkeforløb, de væsentligste elementer i standardforløbet beskrives, og der angives standardforløbstider for henvisnings- og udredningsforløb frem til den initiale behandling igangsættes. Behandling defineres i den sammenhæng som en indsats, der retter sig mod patientens kræftsygdom, hvad enten den er kirurgisk, medicinsk eller stråleterapeutisk.

Kræftpakkeforløbene beskriver faglige standarder og betegnes således som normative kilder på linje med protokoller, retningslinjer, instrukser m.v. De beskriver standardforløb, der skal tjene som faglige rettesnore for sygehusafdelingernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsens pakkeforløb er standardforløb, og selvom de derfor kan fraviges baseret på en konkret og individuel lægelig vurdering, kan pakkeforløbene ikke systematisk fraviges. Det er derfor regionernes generelle pligt at planlægge udredning og behandling af kræftsygdom i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for kræft.

At en konkret patient i sit udrednings- og behandlingsforløb følger hele eller dele af et defineret pakkeforløb udløser imidlertid ikke særlige patientrettigheder udover de generelle rettigheder for udredning og behandlingsfrister, sygehusvalg m.v., der følger af sundhedslovens kapitler 17a, 19 og 20 samt de mere specifikke regler for maksimale ventetider, der gælder for kræft m.v. Ved henvisning til sygehusbehandling, herunder også udredning, på mistanke om kræft vil reglerne om maksimale ventetider, samt de generelle rettigheder vedr. hurtig udredning og behandling samt udvidet frit sygehusvalg således være gældende.

### **Håndtering af symptomer på lungekræft**

Erkendelse af symptomer, der kan rejse mistanke om kræft og medføre henvisning til udredning i pakkeforløb, er et centralt omdrejningspunkt i at sikre hurtig udredning og behandling af patienter med mistanke om kræft.

Pakkeforløbet for lungekræft, som blev udsendt i 2018, angiver kriterier for at mistænke lungekræft. Kriterierne er sammenfaldende med retningslinjer udsendt af DLCC i 2018. Pakkeforløbet indeholder også vejledning for udredning, når der er symptomer på lungekræft.



I pakkeforløb for lungekræft bør henvisende læge ved følgende symptomer hos personer over 40 år med relevant tobaksanamnese overveje at henvise til CT-skanning med kontrast af thorax og øvre abdomen:

- Hoste af mere end 4-6 ugers varighed hos en tidligere lungerask person eller ændringer i hostemønstret hos person med kronisk bronchitis
- Nytilkommet åndenød med abnorm spirometri uden anden oplagt forklaring herpå
- Almensymptomer i form af træthed, manglende appetit, vægttab, trombocytose
- Andre symptomer på lungekræft kan være opspyt, brystmerter, pneumoni, pleuraeffusion, Stokes krave, neuropati, knoglesmerter og trommestikfingre, skuldersmerter
- Stridor af ukendt årsag bør, udover ovennævnte CT-skanning, føre til spirometri og laryngo-bronkoskopi
- Hæmoptyse er det enkeltsymptom med den største risiko for bagvedliggende lungekræft, og man bør derfor altid ved hæmoptyse og uanset alder og tobaksanamnese overveje henvisning til CT-skanning med kontrast af thorax og øvre abdomen.

Hæshed af mere end 3-4 ugers varighed uden andre ledsagesymptomer kan være symptom på lungekræft, men bør primært undersøges af speciallæge i øre-næse-halssygdomme for kræft i struben.

Hvis CT-skanningen rejser mistanke om lungekræft, skal billeddiagnostisk afdeling kontakte henvisende læge telefonisk, hvorpå denne er ansvarlig for at informere og henvise patienten til pakkeforløb for lungekræft. Andre procedurer kan aftales lokalt, så længe det sikres, at patienten får hurtig besked og hurtigt henvises i pakkeforløb for lungekræft.

Hvis CT-skanningen udelukker mistanke om lungekræft, skal billeddiagnostisk afdeling kontakte henvisende læge, hvorpå denne er ansvarlig for at informere patienten og for koordinering af det videre forløb, herunder eventuel udredning for anden sygdom.

Patienten skal tilbydes henvisning til pakkeforløb for lungekræft, hvis mindst ét af nedenstående kriterier er opfyldt:

- Når der ved en billeddiagnostisk undersøgelse ses malignitetssuspekt lungeinfiltrat eller tumor i mediastinum
- Når biopsi fra metastase tyder på primært udgangspunkt i lungens
- Når en patient har meget klare sygdomsrelaterede symptomer på lungekræft uanset om der måtte foreligge et nyligt røntgen af thorax, som er beskrevet som normalt.

Ved symptomer på lungekræft skal vejledningen i pakkeforløb for lungekræft således følges. Ved erkendelse af de symptomer, som er angivet i pakkeforløbet, er det den faglige standard at udrede med CT-skanning med kontrast af brystkasse og øvre del af maven. Når det i pakkeforløb for lungekræft er beskrevet, at lægen 'bør overveje' CT-skanning med kontrast af brystkasse og øvre del af maven, er det fordi at lægen skal overveje, om andre diagnoser kan være relevante.

En del patienter med lungekræft udredes via indgangskriterierne til lungekræftpakken, mens andre bliver opdaget ad andre veje og henvist direkte til udredning i lungemedicinsk regi. En del patienter med lungekræft har ikke de typiske alarmsymptomer som blodigt opspyt, nytilkommen åndenød eller brystmerter, men bliver fx henvist med uspecifikke symptomer på mistanke om alvorlig





sygdom, og derfor udredt i 'Pakkeforløb for uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft' (Diagnostisk pakkeforløb).

For alle Sundhedsstyrelsens pakkeforløb gælder, at indgangskriterierne ikke er udtømmende, og de kan derfor ikke tjene som eneste grundlag for visitation til udredning på mistanke om kræft, uanset om det sker i eller uden for et pakkeforløb. En patient kan således godt henvises med mistanke om en konkret type kræft uden at opfylde indgangskriterier i det tilsvarende pakkeforløb. Ved lungekræft kan det eksempelvis være en storryger på 39 år, der hoster blod, som således ikke opfylder alle kriterier, men alligevel bør henvises til pakkeforløbet.

Tilsvarende kan manglende opfyldelse af indgangskriterier ikke alene anvendes som begrundelse for tilbagehenvisning, hvis der i øvrigt er angivet oplysninger på henvisning, som ud fra et konkret skøn tilsiger visitation til udredning på mistanke om kræft. I den forbindelse skal henvisende læges begrundede kliniske mistanke om kræft indgå med tyngde i grundlaget for den samlede visitation.

Pakkeforløbene er ikke konkrete patientrettigheder, og da der er tale om standardforløb, forventes de ikke opfyldt for alle patienter, da både det konkrete faglige forhold, patientpræferencer m.v. kan betyde, at der tilrettelægges et andet forløb, end det, der er beskrevet i pakkeforløbet. Pakkeforløbet kan således fraviges i konkrete og individuelle tilfælde, men et sygehus kan ikke systematisk fravælge at følge pakkeforløbene.

### **Situationer for anvendelse af billeddiagnostisk udredning**

Der er fire situationer, hvor billeddiagnostisk udredning kan anvendes til at be- eller afkræfte lungekræft. Sundhedsstyrelsens vurdering af den faglige standard for billeddiagnostisk udredning i de enkelte situationer fremgår af følgende:

1. Alarmsymptomer, der giver mistanke om lungekræft. Her er sigtet med den billeddiagnostiske udredning med sikkerhed at be- eller afkræfte mistanke om lungekræft, og den faglige standard som beskrevet i pakkeforløb for lungekræft er primær udredning med CT med kontrast af brystkasse og øvre del af abdomen. Udredning patienten på sygehus ved mistanke om kræft vil være omfattet af de særlige regler om maksimale ventetider.
2. Uspecifikke symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom som f.eks. kan være kræft. Her er sigtet at be- eller afkræfte alvorlig sygdom, herunder lungekræft, og den aktuelle faglige standard som beskrevet i styrelsens diagnostiske pakkeforløb er den primære billeddiagnostiske udredning enten CT med kontrast af brystkasse, mave- og bækkenregion, eller røntgen af brystkasse og ultralydsundersøgelse af maveregion.
3. Uspecifikke symptomer, hvor der ikke er konkret mistanke om alvorlig sygdom. Her er sigtet bred differential-diagnostik, og der vil typisk vælges billeddiagnostisk modalitet ud fra konkret vurdering og visitation. I det omfang, der systematisk indføres nyt tilbud som f.eks. lavdosis-CT, bør balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger dokumenteres, eller systematiske tilbud bør gives i protokolleret regi med klart definerede kriterier, effektmål, dataanalyse, publikation m.v. Ved udredning med bredt differential-diagnostisk





sigte vil udrednings- og behandlingsretten være gældende, men patienten vil ikke være omfattet af de særlige regler om maksimale ventetider.

4. Personer uden symptomer, men som har risikofaktorer. Her vil der være tale om screening, der som systematisk tilbud kun bør gives som led i et screeningsprogram, en videnskabelig protokol eller lignende. Når nye nationale screeningsprogrammer overvejes indført, må det vurderes, om fordelene opvejer ulemperne. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet kriterier og anbefalinger, der bør lægges til grund ved beslutning om at indføre, ændre eller afvikle et nationalt screeningsprogram.