



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 19. juni 2014
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: DEPPRR
Sags nr.: 1403062
Dok nr.: 1477689

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 26. maj 2014 stillet følgende spørgsmål nr. 829 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 829:

”Vil ministeren redegøre for overvejelserne omkring opfølgning af kræftpatienter fremover?”

Svar:

Til brug for min besvarelse af spørgsmålet har ministeriet anmodet om bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Baggrund og formål

I foråret 2012 igangsatte Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med regionerne, udarbejdelse af i alt 19 sygdomsspecifikke programmer for opfølgning af kræftpatienter. I alt 14 arbejdsgrupper bestående af fageksperter på kræftområdet har medvirket til udarbejdelsen af programmerne.

Status er, at det faglige indhold af programmerne i april 2014 blev behandlet af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet efter rådgivning af Kræftstyregruppen. Sundhedsstyrelsen er aktuelt i færd med at ensarte programmerne. Regionerne arbejder sideløbende på en implementeringsplan. Der planlægges en endelig drøftelse af programmerne i Task Force i løbet af efteråret og derpå implementering af programmerne.

Baggrunden for udarbejdelse af opfølgningsprogrammerne har været, at der for mange kræftformer ikke foreligger videnskabelig dokumentation for virkningen af rutinemæssige kontrolundersøgelser i forhold til overlevelsen hos kræftpatienter. De rutinemæssige kontrolundersøgelser er ressourcetunge, og det har været et spørgsmål, om der anvendes ressourcer på kontrolundersøgelser uden dokumenteret effekt, som vil kunne anvendes mere hensigtsmæssigt både ved opfølgning og i andre dele af patienternes forløb.

Samtidig har udgangspunktet været, at kvaliteten af opfølgningsforløb for kræftpatienter kan udvikles og optimeres. Patienter har bl.a. påpeget, at de har behov, som ikke bliver tilgodeset eller berørt i de eksisterende kontrolforløb, herunder rehabilitering, psykosociale indsatser m.v. Endvidere er de eksisterende opfølgningsindsatser uensartede på landsplan på en del områder, og et formål har således været en større grad af ensartethed i de tilbud, der gives patienterne.

Indhold

Det indgår i opfølgingsprogrammerne, at der foretages en behovsvurdering i dialog med patienten, idet patienter med den samme kræftform, men med forskellige prognoser, har forskellige behov for opfølgning. På baggrund af behovsvurderingen tages der en sundhedsfaglig beslutning om, hvorvidt der er basis for opfølgning og i så fald, hvilke indsatser patienten skal tilbydes.

I opfølgingsprogrammerne er de specifikke, opfølgende indsatser, der er relevante i forhold til den pågældende kræftsygdom, beskrevet. Endvidere er de indsatser, der er relevante i forhold til de enkelte patientgrupper opdelt i forhold til sygdomsstadie og behandling. På baggrund af de beskrevne indsatser vedr. de enkelte patientgrupper og den individuelle behovsvurdering, skal et opfølgingsforløb for den enkelte patient tilrettelægges. Kontrol af kræftpatienter er i denne forbindelse omdefinert til opfølgning af kræftpatienter, som dækker en bredere vifte af formål og indsatser.

Det overordnede formål med opfølgningen er at observere patienten med henblik på at identificere eventuelle behandlingsbehov, herunder identificering og behandling af senfølger. Alt efter behov, prognose og sygdomsstadie indgår regelmæssige billeddiagnostiske undersøgelser i opfølgningen med henblik på at opspore evt. tilbagefald. Endvidere er formålet med opfølgningen efter behov at tilbyde patienten rehabilitering og palliation, at støtte patienten til selvuddannelse fx. opmærksomhed på eventuelle nyopståede symptomer og sygdomsspecifikke forebyggende aktiviteter, at informere patienten om kontaktmuligheder, at yde eller henvise til psykosocial støtte samt støtte i forbindelse med eksistentielle problemstillinger.

Indholdet i opfølgingsprogrammerne bygger dels på erfaringer/evidens fra England, som har indført lignende 'stratified pathways of care' for patienter efter en kræftsygdom, og dels på erfaringer fra et projekt i Region Midtjylland vedr. opfølgning af patienter med prostatakræft, hvor en del af opfølgningen foregik i almen praksis med høj patienttilfredshed samt de relevante fagprofessionelles erfaringer.

Den grundlæggende evidens samt hvilke andre kriterier, fx bedste kliniske praksis, som indsatserne baseres på, er beskrevet i teksten for de enkelte opfølgingsprogrammer, hvoraf det også fremgår, på hvilke områder der mangler evidens. Opfølgningen bør på længere sigt beskrives i de relevante kliniske retningslinjer på kræftområdet på linje med udredning og behandling. Retningslinjerne bør så vidt muligt være evidensbaserede, og der er derfor på mange områder behov for (mere) forskning og systematisk erfaringsopsamling inden for opfølgning.

Organisering og patientinddragelse

De opfølgende indsatser bør foregå der, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patientens samlede situation i forhold til faglig indsats, viden, formål og ressourcer. Opfølgingsforløbene forankres således ikke i ét speciale, da mange patienter tilbydes indsatser i forskellige afdelinger/specialer, herunder almen praksis.

Opfølgingsprogrammerne beskriver, at indsatserne bør foregå med integrering og samspil mellem specialer og på tværs af sektorer, og at opfølgning bør

varetages af kvalificeret personale. Nogle af de opfølgende indsatser kan eksempelvis varetages af sygeplejersker, og ligeledes kan en del opfølgning foregå i almen praksis efter aftale med den relevante sygehusafdeling med mulighed for hurtig genetableret kontakt ved behov. Der er tale om 'shared care' opfølgning og ikke om, at de opfølgende indsatser hovedsageligt lægges ud til almen praksis.

I de nye opfølgingsforløb vil der være fokus på den patientoplevede tryghed særligt ved ændringer i eksisterende praksis. Patienterne, herunder fx patienter behandlet for kræft i æggestokkene og livmoderen, vil således blive informeret grundigt om mulige symptomer og behandlingsrelaterede problemer, samt om hvornår og hvordan de kan tage kontakt til relevante fagpersoner. Ved implementering af opfølgingsprogrammerne sikres det, at patienterne ved behov har mulighed for hurtig kontakt.

Patientforeninger har været involveret i drøftelserne via Kræftens Bekæmpelse, som er medlem af Kræftstyregruppen, der løbende har drøftet og rådgivet dels vedr. den overordnede tilgang og dels vedr. de sygdomsspecifikke opfølgingsprogrammer. Kræftens Bekæmpelse har holdt oplæg og deltaget i drøftelserne både på en start- og en midtvejskonference, og endvidere har Sundhedsstyrelsen og regionerne afholdt dialogmøde med repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse undervejs i processen.”

Jeg kan henholde mig til bidraget fra Sundhedsstyrelsen og i øvrigt tilføje, at indfasningen af de nye opfølgingsprogrammer fra efteråret 2014 er aftalt mellem regeringen og Danske Regioner i økonomiaftalen for 2015. Der er desuden i forlængelse af økonomiaftalen enighed mellem parterne om, at omlægningen skal medføre højere kvalitet for den enkelte kræftpatient, og samtidig bidrage til at frigøre ressourcer, som kan anvendes til anden kræftindsats.

Med venlig hilsen

Nick Hækkerup / Peter Ravn Riis