



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

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

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 12-06-2018
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPLCHR
Sagsnr.: 1803417
Dok. nr.: 617465

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 6. april 2018 stillet følgende spørgsmål nr. 793 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 793:

”Vil ministeren kommentere bilag 278?”

Svar:

Jeg har til brug for besvarelsen indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Overordnet er læger forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. Autorisationslovens § 17. Derudover skal patienter inddrages i beslutninger om behandling, herunder valg mellem forskellige behandlingsmuligheder og konsekvenser heraf, inklusiv risici og bivirkninger, jf. Sundhedslovens § 15 og 16.

Er det normal procedure at få lokalbedøvelse ved biopsier, når det drejer sig om prostatakræft?

Biopsier fra prostata tages ultralyds vejledt gennem endetarmsvæggen. Indgrebet kan være forbundet med ubehag, men sjældent med egentlige smerter, da nerveenderne i vævet ikke er følsomme for stik. Lokalbedøvelse er derfor ikke standardprocedure, da anlæggelse af bedøvelsen i sig selv er et indgreb med risiko for bivirkninger og komplikationer, og derfor ikke skal foretages, hvis det ikke er nødvendigt. Ved behov kan biopsierne tages i lokalbedøvelse efter en konkret vurdering af fordele og ulemper for den enkelte patient. Beslutning om dette tages i samråd med patienten.

Er det normalt at fortælle prostatakræftpatienter, at de ikke kan MR-scannes, når de har pacemaker? At konsekvensen kan blive, at deres pacemaker rives ud af kroppen?

MR-skannere danner et kraftigt magnetfelt, og magnetiske metaller, der kommer i nærheden af magnetfeltet, bliver kraftigt tiltrukket MR-skanneren. Dette kan i teorien medføre, at placeringen af en pacemaker, eller andet magnetisk metal, kan blive rykket i kroppen og give alvorlige komplikationer. Magnetisk metal kan også give forstyrrelser i skanningen, som kan betyde dårligere billedkvalitet og potentielt mindre præcis diagnostik. Det har tidligere været praksis, at patienter med metal i kroppen slet ikke blev MR-skannet, mens det nu sker på baggrund af en individuel vurdering af patienten og risikoen for komplikationer pga. metallet, fx giver nogle typer af pacemakere ingen problemer ved MR-skanning.

Er der undersøgelser, der viser, hvilke og hvor alvorlige skader biopsier påfører prostata?

Biopsierne tages ved, at en nål stikkes ind i prostata og udtager lidt væv. Der tages typisk i alt 10-12 biopsier fra forskellige områder af prostata. Komplikationer i form af let blødning fra endetarmen, blod i urin og sædvæske er hyppige, men oftest lette og ophører af sig selv. Svær blødning ses sjældent. Infektion med bakterier i blodet ses hos 2-5 % af patienterne indenfor 72 timer efter biopsien, hvilket vil kræve indlæggelse til behandling med intravenøs antibiotika. For at undgå dette gives forebyggende antibiotika fra dagen inden biopsitagningen.

Selvom der gentagne gange tages flere biopsier fra prostata, er der samlet set kun en mindre del af vævet, der beskadiges. Dette er langt mindre indgribende end en operation med fjernelse af hele prostata (radikal prostatektomi), hvilket kan være forbundet med komplikationer og betydelige bivirkninger.

Findes der regler for, at prostatapatienter ikke må kontakte hospitalet omkring deres helbred? I negativt fald, vil ministeren indskærpe over for hospitalerne, at patienter gerne må kontakte hospitalet om deres helbred?

For kræftpatienter er det væsentligt, at de ved behov kan få kontakt med relevante fagpersoner på den behandlingsansvarlige afdeling, fx ved nyopståede symptomer eller mistanke om forværring af sygdommen. Dette er blandt andet beskrevet i Sundhedsstyrelsens Opfølgningsprogram for prostatakræft.

Muligheden for kontakt til fagpersoner på afdelingen kan organiseres på forskellig vis, fx en sygeplejerskebetjent kontakttелефон eller udlevering af kontaktinformation til patientansvarlig læge.

Patienter kan desuden altid kontakte deres egen læge ved bekymringer eller spørgsmål, også vedrørende kræftsygdom.

Er det i orden, at Herlev Hospitals ansatte urologer sideløbende driver privat klinik, hvor de selv er så involverede, at de personligt varetager deres private patienter i klinikkerne?

Der findes regler om bibeskæftigelse for læger, blandt andet i tjenestemandsgulativet og funktionærloven.

Er det accepteret, at en prostatakræft diagnosticeret, efter endt udredningsforløb på hospitalet, ikke får nogen skriftlig rapport om udredningens resultater? Diagnose, sværhedsgrad og fremtidig behandling?

Ved endt udredning for prostatakræft skal patienten, evt. sammen med pårørende, informeres om resultatet af udredningen og om behandlingsmuligheder. Patienten informeres om sygdommen og behandlingsmuligheder. Ved behandlingens afslutning udarbejdes en individuel opfølgningsplan, som kan udleveres til patienten. Patienter har desuden altid ret til at få udleveret en kopi af deres egen journal, denne kan oftest også ses elektronisk på sundhed.dk. Det er ikke almindelig praksis at udlevere en særskilt skriftlig rapport med patientens individuelle resultater, diagnose, sværhedsgrad og behandling.

Er det ministerens opfattelse, at prostatapatienter bør have grundlæggende ret til at få den samme læge, hver gang han er til kontrol på sygehuset for prostatakræft?

Det er væsentligt for kræftpatienter, at de oplever et sammenhængende behandlingsforløb, og at der ikke er usikkerhed om ansvaret for forløbet. Danske Regioner er aktuelt ved at implementere en ordning med patientansvarlig læge, netop

for at sikre dette. Det er et mål i Kræftplan IV, at 90 % af alle kræftpatienter i 2020 oplever at have en patientansvarlig læge.

Ved ministeren, at der foretages et meget stort antal af radikale prostataoperationer, som ikke er nødvendige for patientens grad af kræft? Er det et problem, ministeren vil gøre noget ved?

Nogle tilfælde af prostatakræft udvikler sig meget langsomt over en længere år-række og påvirker ikke patientens helbred eller overlevelse. Tilbud om behandling sker på baggrund af en risikovurdering, og særligt for patienter med lavrisiko prostatakræft findes behandlingsmuligheden "active surveillance", hvor patienten i stedet for aktiv behandling følges tæt med monitorering af sygdomsudviklingen. Aktiv behandling med fx radikal prostatektomi iværksættes først, hvis sygdommen udvikler sig. Derved undgås overbehandling af patienter, hvor sygdommen aldrig bliver behandlingskrævende.

Radikal prostatektomi er forbundet med risiko for komplikationer og betydelige bivirkninger. I forbindelse med operationen er der risiko for blødning og infektion samt skader på nerver og tarme. Efter operationen ses bivirkninger med impotens hos cirka 70 % og inkontinens hos cirka 30 % af patienterne.

Da active surveillance og radikal prostatektomi er ligeværdige behandlinger i forhold til overlevelse, tilbydes patienter typisk begge behandlinger. Valg af behandling træffes af patient og læge i fællesskab efter en vurdering af fordele og ulemper for den enkelte patient, men det kan være en svær beslutning. Det er Sundhedsstyrelsens indtryk, at der ikke er en ensartet praksis i forhold til valg af behandling til patienter med lavrisiko prostatakræft. Det er endvidere Sundhedsstyrelsens vurdering, at behandling med radikal prostatektomi med fordel kunne reduceres til fordel for øget behandling med active surveillance set i lyset af de betydelige bivirkninger, der følger med radikal prostatektomi.

Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt på en faglig visitationsretningslinje for radikal prostatektomi. Den faglige visitationsretningslinje skal være med til at sikre, at de rigtige patienter opereres, og at alle patienter, for hvem active surveillance er en behandlingsmulighed, tilbydes og i relevant omfang også får active surveillance."

Jeg kan henholde mig til ovenstående.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Mathias Ørberg Dinesen