

N Y E V E J E I K R Æ F T B E H A N D L I N G E N

PERSPEKTIV

Nr. 20 • NOVEMBER 2015

& debat

A person's profile is visible on the left side of the cover, looking towards a glowing blue crab X-ray. The crab is the central focus, appearing as a bright, translucent blue shape against a dark background. The person's face is partially obscured by the text.

TEMA:
Value Based Health Care
i kræftbehandlingen

Vision: Lungekræftpatienter bliver kronikere



LEDER

We take
cancer
 personally

Value Based Health Care på dansk

Teorien om værdibaseret styring af sundhedsvæsenet er undfanget i USA. Men dens bud på et nyt styringsfokus på patientværdier har forbløffende hurtigt vundet klangbund i hele den vestlige verden, herunder også i Danmark, hvor sundhedsvæsenet – til forskel fra USA – er skattefinansieret.

En central forklaring på interessen, tror jeg, er, at vi i takt med udviklingen af nye, mere effektive behandlingsmuligheder er blevet stadig mere opmærksomme på, at patienter er forskellige. Patienter med samme overordnede diagnose har i virkeligheden meget ofte forskellige sygdomme, som kræver en individuelt tilpasset behandling. Samtidig er sundhedspersonalet i dag stadig mere bevidst om, at patienterne også er udrustet med forskellige forudsætninger og ressourcer, som også kan have væsentlig betydning for de behandlingsresultater, der kan opnås.

Udfordringen kan med dette udgangspunkt måske koges ned til et spørgsmål om, hvordan vi kvalitetsudvikler vores sundhedsvæsen, så det bedst muligt imødekommer patienternes behov for behandlingsforløb, der er målrettet den enkeltes sygdom, forudsætninger og ressourcer. Det er selvfølgelig en organisatorisk kompleks udfordring, da der i et sundhedsvæsen altid vil være en økonomisk tilskyndelse til at levere standardiserede behandlingsforløb til patienterne. Imidlertid er jeg ikke i tvivl om, at kvaliteten i morgendagens sundhedsvæsen vil blive målt på, om det kan levere en målrettet behandling og

pleje, som opfylder den enkelte patients specifikke behov. Værdistyring vil blive et nøgleord for dette nye fokus.

I dette nummer af Perspektiv & debat har vi sat os for at kaste lys over, hvad interessen for værdistyring af sundhedsvæsenet kommer til at betyde for Danmarks kræftpatienter. Vi er – set i et udviklingsperspektiv – meget tidligt ude med vores spørgsmål, og svarene er derfor naturligt præget af, at det som bekendt er svært at spå om fremtiden. Personligt glæder jeg mig dog over, at alle de eksperter, vi har talt med, er enige om, at kvaliteten af den kliniske faglighed og patienternes oplevede værdi af mødet med sundhedsvæsenet ikke er modsætninger, men snarere to sider af samme sag.

God læselyst!



Dr. Ron Park
 General Manager
 Roche a/s

Perspektiv & debat stiller skarpt på nye veje i kræftbehandlingen i Danmark. Magasinets formål er at sætte fokus på mulighederne og skabe debat om udfordringerne i det nationale projekt, der skal bringe den danske kræftbehandling op på højeste internationale niveau.

Perspektiv & debat, november 2015

REDAKTION: Ron Park

og Morten Wiberg, Roche a/s

TEKST: Molecule Consultancy

FORSIDEFOTO: Peter Kam - Kam & co

ARTIKELFOTOS: Peter Bilde Fogh (thvor ikke andet er angivet)

GRAFISK TILRETTELÆGGELSE: Tejlmann & Co

OPLAG: 1.500 stk.

Vi modtager gerne forslag til artikler til Perspektiv & debat.

Kontakt Morten Wiberg, tlf. +45 3639 9999 eller e-mail: morten.wiberg@roche.com

Perspektiv & debat udgives af:

Roche a/s • Industriholmen 59 • DK-2650 Hvidovre

Telefon: 3639 9999 • Fax: 3639 9800

eller e-mail: morten.wiberg@roche.com

www.cancer.roche.dk

ISSN: 1902-6110

Indhold

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

- 04 Værdistyringen kommer**
- 05 Borgernes sundhedsvæsen**
- 07 Fokus på behandlingsforløb og patientværdier**
- 08 Kulturskifte efterlyses**
- 09 Værdistyring i kræftbehandlingen**
- 12 Patientrapporterede resultatmål i kræftbehandlingen**
- 16 Nye opfølgingsprogrammer**
- 21 Vision: Lungekræftpatienter bliver kronikere**
- 24 Kronik: Fordomsfri debat om medicinudgifter efterlyses**

s.08



Stadig store problemer i overleveringen af kræftpatienterne!

s.12



Patient Reported Outcome Measures på vej i kræftbehandlingen!

s.16



Nye opfølgingsprogrammer uden evidensgrundlag!

Læs Perspektiv & debat på nettet

Du kan læse dette og tidligere numre af magasinet Perspektiv & debat på www.onkologiportalen.dk.

Du kan også downloade magasinet Perspektiv & debat, ligesom du kan finde anden nyttig information om dansk kræftbehandling.

Klik ind på www.onkologiportalen.dk

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Det værdistyrede sundhedsvæsen kommer!

Interessen for værdistyring af det offentlige sundhedsvæsen breder sig som en steppebrand – både globalt og i den danske andedam. Perspektiv & debat er hoppet på vognen og leder i vort tema efter svar på, hvilken betydning værdistyringen kan få for fremtidens danske kræftpatienter. Som et udgangspunkt har vi spurgt tre centralt placerede personer om, hvorfor det kommer netop nu.

– Mange af de vestlige sundhedsvæsener har været igennem en periode i nullerne, hvor ventelister har været et dominerende problem. Derfor er der gjort meget for at optimere produktionsprocessen. Lidt karikeret kan man sige, at det har resulteret i en form for samlebandsproduktion, hvor hvert speciale har været fokuseret på at få sine patienter igennem maskinen så hurtigt som muligt, forklarer Adam Wolf, som er adm. direktør i Danske Regioner, der har et hovedansvar for driften af det danske sundhedsvæsen.

– Missionen er i vid udstrækning lykkedes, og da det jo handler om hele adgangen til sundhedsvæsenet, er det godt. Men vi har i processen opdaget, at produktivitetsøgningen i et ikke ubetydeligt omfang er sket på bekostning af den oplevede kvalitet. Selv om der har været meget fokus på kvalitetssikring, har det haft karakter af et vedhæng – og først og fremmest er det ikke lykkedes at koble effektiviteten til den patientoplevede kvalitet, uddyber Adam Wolf.

Mickael Bech, professor i sundhedsøkonomi og direktør ved KORA, finder det positivt, at værdistyringen er kommet så massivt på dagsordenen i Danmark.

– Behovet for at ændre fokus fra aktivitet til værdiskabelse, som sætter det samlede behandlingsforløb og den patientoplevede kvalitet i centrum, er

indlysende. Det er derfor rigtigt godt, at Danske Regioner og regionernes ledelse af sundhedsvæsenet sætter en ny dagsorden for udviklingen af det danske sundhedsvæsen, siger han.

Professor på Århus Universitet Frede Olesen, som i juni afsluttede et 9-årigt formandskab for Kræftens Bekæmpelse, er enig i, at behovet for at sikre sammenhæng i behandlingsforløbene på patienternes præmisser er stort.

– Der har i min periode som formand været stor interesse for at forbedre behandlingstilbuddet til danske kræftpatienter, og det har da også fået et markant løft, når man ser på de basale kliniske kvalitetsparametre. Men der er stadig meget store tilbageværende problemer i overleveringen af patienterne og de tilhørende informationsstrømme – herunder ikke mindst i samspillet mellem primær- og sekundærsektoren, siger Frede Olesen.

– Fokus på forløb frem for på enkeltstående behandlinger, og inddragelsen af patientoplevede outcome-mål i procesanalysen, er to helt centrale elementer i det værdistyrede sundhedsvæsen. Det er de også i det arbejde, som vi i Kræftens Bekæmpelse har sat i gang med Cancerregister 2-projektet, uddyber han.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Borgernes Sundhedsvæsen – et paradigmeskifte

Danske Regioner har sat sig i spidsen for, hvad de selv betegner som et paradigmeskifte i det danske sundhedsvæsen. Borgernes oplevelse af eget helbred skal styringsmæssigt sættes i fokus. Ambitionen er, at det samtidig skal optimere ressourceudnyttelsen.

– Det er noget, vi har snakket om i en årrække, men under betegnelsen Borgernes Sundhedsvæsen har vi nu sat gang i en lang række initiativer, som samlet set skal dreje hele kulturen og den måde, vi ser på patienterne i vores sundhedsvæsen, lyder meldingen fra adm. direktør i Danske Regioner Adam Wolf.

– Vi følger to overordnede spor: Nemlig at få udviklet nogle bedre mål for den patientoplevede sundhed – og at få dem indarbejdet i den økonomiske styring og incitaments-struktur, forklarer Adam Wolf, som understreger, at formålet med hele øvelsen er at optimere værdien af patienternes møde med sundhedsvæsenet.

– Populært sagt kan man sige, at vi vil gøre op med den nuværende aktivitetsfokuserede styring, der har som mål at få patienterne ekspederet ud af hospitalet så hurtigt som muligt – til fordel for en målsætning om at få dem tilbage til et liv med et godt helbred, siger Adam Wolf. Han anerkender samtidig, at realiseringen af Borgernes Sundhedsvæsen er en kompleks udfordring, der kræver store kulturforandringer og derfor formodentlig vil tage 10-15 år at få realiseret.

– Men jeg tror på, at løbende feedback fra patienterne om deres udbytte af det samlede behandlingsforløb vil være den mest effektive driver for processen, siger regionsdirektøren, som ikke lægger skjul på, at Borgernes Sundhedsvæsen har hentet inspiration fra det store udland.

– Vi har selvfølgelig skelet til Michael E. Porter og hans teori om Value Based Health Care, men den er kun én – omend en central – inspirationskilde for den forandringsproces, vi har sat i gang, understreger Adam Wolf.

Mere sundhed for pengene

Optimering af ressourceanvendelsen er, som hos Michael E. Porter, en anden central komponent i det regionale forandringsprojekt. »



– Vi skal have skabt en grundfølelse i hele organisationen – fra os der sidder med økonomiforhandlingerne til den enkelte medarbejder ude på afdelingerne – af, at vi går mere op i sundhed og helbred end i aktiviteter og budgetter, siger administrerende direktør i Danske Regioner Adam Wolf. (Foto: Danske Regioner)

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

– Det er jo ikke sådan, at vi bare kan gøre alting bedre for patienterne uden at skele til omkostningerne. Men vi tror faktisk på, at det kan lade sig gøre at gennemføre et regulært paradigmeskifte, der sætter patientens sundhed og helbred i centrum – og samtidig få en bedre ressourceudnyttelse og mere sundhed for pengene, påpeger Adam Wolf.

– Som eksempel kan man pege på det paradoksale i, at vi med den aktivitetsstyrede honorering belønner et hospital for en genindlæggelse, hvorimod et vellykket behandlingsforløb, der bringer patienten tilbage til et fuldt arbejdsliv, ikke udløser nogen belønning, forklarer han.

– Man kan sige, at vi buldrer af sted med en stærkt øget produktivitet i det danske sundhedsvæsen, men det er langt fra sikkert, at vi også får mere sundhed for pengene. Og under alle omstændigheder kan vi ikke fortsætte med

bare ensidigt at skruer op for den specialiserede faglighed. Den er vigtig, men vi har talrige eksempler på, at den ikke automatisk skaber optimal værdi for patienterne, slutter Adam Wolf.

Hvad er Value Based Health Care?

Ideen om Value Based Health Care har siden 2006 været tæt knyttet til Harvard-professor Michael E. Porter.¹

Michael E. Porters kernerdefinition på værdien af de ydelser, som sundhedsvæsenet yder til patienterne:

$$\text{Value} = \frac{\text{Outcomes that matter to patients}^2}{\text{Cost per patient}}$$

Ifølge Porter er denne værdiopfattelse den eneste, der kan forene alle de interesser, som er knyttet til kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenets ydelser. Målet er at optimere de patientoplevede behandlingsresultater med den lavest mulige omkostning.

Michael E. Porter anviser også praktiske veje til at realisere ideen om det værdistyrede sundhedsvæsen. Centrale elementer er:

- Reorganisering af sundhedsvæsenet i enheder (Integrated Practice Units), som kan værdioptimere behandlingsforløbene for patienter med specifikke sygdomskarakteristika.
- Indføre afregning på grundlag af hele behandlingsforløb i stedet for aktivitetsafregning som ved DRG-takstafregning.
- Definere og måle patientrelevante resultatmål (outcomes) og omkostninger (costs) for hver enkelt patient med henblik på at værdiudvikle ydelserne.

¹) Michael E. Porter og Elizabeth Olmsted Teisberg: *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, 2006

²) Gengivet efter Andreas Ringmann Ugglå: *Konference om Værdi for Patienten, Danske Regioner, 23.11.2014.*

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Fokus på behandlingsforløb og patientværdier

Principperne bag Michael E. Porters værdistyrede sundhedsvæsen giver relevante bud på et tiltrængt paradigmeskifte i det danske sundhedsvæsen – specielt på organisationsniveau, vurderer professor i sundhedsøkonomi.

Realiseringen af det værdistyrede sundhedsvæsen i Danmark vil udgøre et reelt paradigmeskifte. Det mener Mickael Bech, professor i sundhedsøkonomi og direktør ved KORA. Han har også et bud på, hvad der – set i en dansk kontekst – er det helt centrale i Michael E. Porters strategi for udviklingen af det værdistyrede sundhedsvæsen.

– Det er den særlige organisationsform, som på både mikro- og makro-niveau understøtter behovet for at optimere patienternes udbytte af mødet med sundhedsvæsenet, forklarer Mickael Bech.

– På mikroniveau skal du have den der meget tætte koordination mellem specialerne bestemt ud fra patienternes behov for mere sammenhængende behandlingsforløb. På makroniveau skal du specialisere dig på en måde, så de enkelte enheder ikke skal kunne det hele, men til gengæld være særligt rustet til at tage sig af de specifikke patientgrupper, uddyber han.

Mickael Bech vurderer, at selvom kræftbehandlingen i en årrække har nydt særlig politisk og økonomisk bevågenhed, er der fortsat et stort behov for innovative tiltag med en specialefordeling, der kan sætte behandlingsforløb og de patientoplevede værdier styringsmæssigt i fokus.

– Jeg mener sådan set ikke, at vi har for mange onkologiske afdelinger i Danmark, men det er en svaghed, at de alle sammen vil lave det samme, siger han.

– Der vil fortsat være behov for, at sygehusledelserne drøfter koordinationen inden for de enkelte sygehuse i forhold til patienternes behov, og koordination mellem sygehusene for at etablere mere specialiserede og forløbsorienterede funktioner, siger Mickael Bech, som er professor i sundhedsøkonomi. (Eget foto)



TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Kulturskifte efterlyses!

Værdistyringen skal bygge bro mellem siloerne i det danske sundhedsvæsen, mener den nu tidligere formand for Kræftens Bekæmpelse. Det handler om en kulturændring og ikke så meget om at ændre økonomiske incitamenter, fremhæver han.

Frede Olesen er professor på Forskningsenheden for Almen Praksis på Århus Universitet og forlod i sommer formandsposten i Kræftens Bekæmpelse efter 9 års virke. Han hilser interessen for det værdistyrede sundhedsvæsen velkommen, fordi det repræsenterer et tiltrængt bud på, hvordan man kan få skabt mere sammenhæng i sundhedsvæsenets håndtering af kræftpatienterne.

– Der er noget grundlæggende absurd i den måde, vi har fået organiseret vores sundhedsvæsen på. Det første, vi har gjort, er at dele op i en primær og sekundær sektor, og dernæst har vi etableret en siloopbygning omkring organspecialerne. Og rehabiliteringsindsatsen har vi så lagt ud i kommunerne. Den struktur betyder selvfølgelig, at der er en masse at rette op på nu, hvor forløbsfokusering er sat på dagsordenen, siger Frede Olesen.

– På kræftbehandlingens område har vi stadig meget store problemer i overleveringerne af patienterne. Kræftpakkerne betyder, at vi i nogen grad er kommet på omgangshøjde i den primære behandlingsindsats. Men de multi-syge kræftpatienter har stadig en meget dårligere prognose end andre, og det samme gælder resourcesvage kræftpatienter. Og når det gælder udgangen – opfølgningen og rehabiliteringen – er det noget, som vi først lige er begyndt at gøre noget ved, siger han.

Kulturskiftet er det essentielle

– Det centrale i tankerne bag det værdistyrede sundhedsvæsen er at få flyttet fokus fra den enkelte behandlingsindsats til det samlede behandlingsforløb – og derudover at få patienternes oplevelse af, hvad de får ud af mødet med sundhedsvæsenet, inddraget i procesanalysen, siger Frede Olesen.

– Det er primært en kulturel udfordring, som vi på en række områder er begyndt at tage hul på. Den brede interesse for at få implementeret den behandlingsansvarlige læge er et godt eksempel. Et andet eksempel er Kræftens Bekæmpelses navigatorprojekt, som skal hjælpe svage patienter igennem behandlingsforløbet, siger han.

– Derimod synes jeg, at man overvurderer den anden dimension i Value Based Health Care, hvor man opererer med, at pengestrømmen skal drive forandringerne. Det eksperimenteres der meget med i Sverige, og det følger vi da med interesse. Men i min optik er det kulturskiftet på alle niveauer, der er det essentielle, siger Frede Olesen.

– Jeg tror, at vi ofte fejler i det danske sundhedsvæsen, fordi vi forventer, at udviklingen kommer helt af sig selv, bare vi lægger lidt økonomiske incitamenter ind i systemet, slutter han.



– Jeg savner, at det kan være lige så meriterende for en lægekarriere at bidrage til at sikre patienterne optimale behandlingsforløb, som at fordybe sig forskningsmæssigt i et superspeciale, siger Frede Olesen, som er professor på Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet og nyligt afgået formand for Kræftens Bekæmpelse.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Værdistyring i kræftbehandlingen

Værdibaseret styring af kræftbehandlingen i Danmark kræver store strukturelle forandringer. Eller gør det? Perspektiv & debat har spurgt en sundhedspolitisk regionsdirektør og en ledende overlæge på en onkologisk afdeling, hvordan de vil oversætte det amerikanske begreb Value Based Health Care til danske forhold.

Vi kan godt komme i gang med at indføre Value Based Health Care (VBHC) i kræftbehandlingen uden at rykke hverken ved den eksisterende specialeplan eller ved honoreringssystemet, lyder det samstemmende fra sundhedspolitisk direktør i Region Nordjylland Jens Winther Jensen og ledende overlæge på onkologisk og palliativ afdeling, Roskilde Sygehus, Mads Nordahl Svendsen. De strukturelle forskelle mellem det amerikanske og det danske sundhedsvæsen kræver dog en række tilpasninger af VBHC-begrebet, når man skal give et bud på, hvad værdibaseret styring indebærer i en dansk kontekst.

– VBHC på amerikansk er opfundet i et stærkt konkurrencepræget sundhedsvæsen og forudsætter, at man kan opgøre både omkostninger og den patientoplevede værdi i det samlede behandlingsforløb. Det kan vi ikke i det danske sundhedsvæsen i dag, siger Jens Winther Jensen.

– Alligevel er der mange steder, hvor vi kan fokusere meget mere på, hvordan vi skaber værdi for patienten. Vi behøver ikke lave det til en pay-by-performance model, hvor vi kobler kvalitet på penge og for eksempel helt forlader den nuværende aktivitetsbaserede DRG-afregning, uddyber han.

Kvalitetsmål som incitament for værdistyring

Mads Nordahl Svendsen er enig, men peger dog på, at DRG-afregningen har nogle uheldige indbyggede incitamenter i forhold til at skabe værdi for patienterne.

- Vi kan for eksempel have økonomisk fordel af at indkalde patienterne flere gange, selvom vi godt kunne ordne det hele på én dag, siger han.
- Men takstafregningen bør ikke hindre os i at komme i gang med i langt højere grad at værdistyre på kvalitetsmål. I Region Sjælland har vi for eksempel et projekt, vi kalder Værdi for Borgerne. Det indeholder en række konkrete kvalitetsmål, og min erfaring er, at det virkelig er med til at gøre en forskel, fordi det at levere kvalitet i sig selv er motiverende, tilføjer Mads Nordahl Svendsen.

Jens Winther Jensen supplerer:

- Der er ingen tvivl om, at der er et behov for, at vi lægger en kvalitetsstyring oven på den nuværende økonomiske styring. Det handler både om at sikre, at den faglige kvalitet af det, vi leverer, er i orden – og om, at vi skal levere »

”Vi skal give patienten en stemme og lære at bruge den som et centralt styringsværktøj”.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

varen på en ordentlig måde over for patienterne. Det er derfor, viden om den patientoplevede kvalitet så vigtig, siger han.

Værdi for patienterne

Mads Nordahl Svendsen fremhæver tryghed og nærvær som to parametre, der har central betydning for den patientoplevede værdi af mødet med kræftafdelingen på Roskilde Sygehus.

– Tryghed og nærvær vægtes ofte højere af vores patienter end mange af de kliniske kvalitetsmål. Men værdi for patienten kan også være mange andre ting. For eksempel mener jeg, at der er et stort behov for, at vi bliver bedre til at individualisere valget af behandling, siger han.

– Nogle patienter har en helt fast mening om, hvilken kemoterapi de vil have, mens andre helt overlader beslutningen til os. Og vi er nok for tilbøjelige til at give alle patienter med samme diagnose den samme behandling.



– Fremtidens specialiserede afdelinger skal skabe noget, der betyder rigtig meget for de patienter, der er i afdelingens optageområde, siger Jens Winther Jensen, sundhedspolitisk direktør, Region Nordjylland. (Foto: Region Nordjylland)

Når patienterne klager, kan vi ofte se, at klagerne kan føres tilbage til, at vi ikke i tilstrækkelig grad har involveret dem i beslutningen om valget af behandling; herunder også om man helt skulle have undladt at behandle, fortæller Mads Nordahl Svendsen.

Jens Winther Jensen bekræfter, at hvis en større gruppe patienter for eksempel vægter værdier som tryghed og nærhed højere end at ende i et standardiseret kræftpakkeforløb, så er det et signal om, at der kan være behov for at ændre i procedurerne.

– Vi skal give patienten en stemme og lære at bruge den som et centralt styringsværktøj i kvalitetsudviklingen, siger han.

Nye patientflow på tværs af specialerne

En central komponent i VBHC er styringsfokus på patientforløb frem for på de enkeltstående behandlingsaktiviteter.

– At arbejde med at sikre sammenhængende flow på tværs af sygehuset og med øget fokus på det tværfaglige samarbejde praktiserer vi i vid udstrækning allerede i de multidisciplinære teams (MDT) på kræftafdelingerne. Og selv om det er tidskrævende, er der ingen tvivl om, at det er noget, som patienterne har stor gavn af, siger Mads Nordahl Svendsen. Han understreger samtidig, at kvaliteten i patientforløbene sagtens vil kunne øges yderligere, selv om der er etableret MDT-samarbejde på alle landets onkologiske afdelinger.

– Som onkologisk afdeling på et regionshospital er vi interesserede i at etablere os med gode tværfaglige teams og optimale behandlingsforløb for vores patienter. Om vi skal håndtere syv eller fire forskellige flow på vores afdeling er mindre væsentligt. Hellere fire patientkategorier end syv, hvor det halter med de sidste tre – eller endnu værre, at vi på den lange bane risikerer, at alle syv bliver flyttet et andet sted hen, siger han.

Jens Winther Jensen understreger, at forløbsfokuseringen ikke nødvendigvis kræver store strukturomlægninger, som forudsat i den amerikanske VBHC-model.

– Det handler ikke om at nedlægge specialerne, men om at styre patientens vej gennem sygehuset og om at gøre den rationel på en både kvalitetsmæs-

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

”Vi bevæger os væk fra den ophøjede fagekspert-status hen imod en højere grad af opmærksomhed på at levere en service”.

sig og økonomisk måde. Kan vi arrangere det, så patienten kun har ét flow i behandlingen, er vi allerede nået langt i arbejdet med at optimere værdien for patienterne, siger han.

Innovation og vidensdeling

Vejen til mere kvalitet går ifølge Jens Winther Jensen via en langt højere grad af innovation og vidensdeling på tværs af sygehuse.

– Nyudvikling er generelt en forsømt disciplin i det danske sundhedsvæsen; nye måder at gøre ting på, nye måder at møde patienterne på, nye måder at skrue patientflow sammen på. Jeg er sikker på, at vi med mere fokus på innovation hurtigt vil kunne finde frem til nye måder at organisere og effektivisere patientforløbene på – også på de onkologiske afdelinger, siger han.

– Det næste vigtige trin er at sikre en effektiv vidensdeling. Det er afgørende for at få etableret de nationale kvalitetsudviklingsprogrammer. De innovative kræfter, der gerne vil gå nye veje i organiseringen af patientforløbene, skal selvfølgelig have nem adgang til at kunne inspirere hinanden, uddyber han.

Kulturudfordringen

Jens Winther Jensen erkender, at de nye initiativer, der lægges op til, kræver opgør med vanetænkningen.

– Som læger har vi – groft karikeret – en frygt for, at hvis vi åbner op for dette servicebegreb, hvor vi sætter patienten i centrum og styrer derefter, vælter der en tsunami ind over os med fuldstændig urimelige krav om, hvad vi skal leve op til. Den frygt, mener jeg imidlertid ikke, er berettiget. Vi taler jo allerede i dag om tryghed for patienterne og har i den sammenhæng med bred opbakning introduceret begrebet den behandlingsansvarlige læge, pointerer han.

På kræftafdelingen på Roskilde Sygehus oplever Mads Nordahl Svendsen, at den lægefaglige skepsis over for at give patientens stemme mere styringsansvar er i opbrud.



– Den systemsatte nærhed opstår, når vi får defineret, hvad værdien er. Du skal ikke bare gøre det lettere for dig som kliniker; du skal også skabe værdi for patienten, siger Mads Nordahl Svendsen, ledende overlæge på onkologisk og palliativ afdeling, Roskilde Sygehus.

– Der sker en stor kulturel udvikling blandt lægerne i øjeblikket. Vi bevæger os væk fra den ophøjede fagekspert-status hen imod en højere grad af opmærksomhed på at levere en service. Og jeg tror, det er en udvikling, der vil tage yderligere fart, i takt med at vi i praksis oplever, at den gør en stor forskel for patienterne, siger Mads Nordahl Svendsen.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Patientrapporterede resultatmål i kræftbehandlingen

Patientens stemme er et omdrejningspunkt for fremtidens værdistyrede sundhedsvæsen. Kliniske forskere samarbejder med Kræftens Bekæmpelse om at gøre patientoplevede resultatmål brugbare til kvalitetsregistrering og -udvikling i kræftbehandlingen.

På dansk kunne man kalde det patientrapporterede resultatmål. Men som meget andet nyt er fænomenet i fuld gang med at finde dansk fodfæste med sin engelsksprogede betegnelse Patient Reported Outcome Measurements – eller mere hverdagspraktisk bare PROMs eller PROM. Vi vælger den sidste og har sat os for at finde ud af, hvilken rolle PROM er udset til at spille i kræftbehandlingen i Danmark.

– Patienternes vurdering af eget helbred og opnåede behandlingsresultater er i de senere år sat i fokus både herhjemme og internationalt. På lungekræftområdet har interessen for patientrapporterede oplysninger imidlertid også sin egen danske historik, fortæller overlæge på Odense Universitetshospital Erik Jakobsen, som er daglig leder af Dansk Lunge Cancer Register.

– I 2005 igangsatte vi på baggrund af et mindre pilotprojekt et randomiseret studie, som undersøgte effekten af en intensivere rehabiliteringsopfølgning i forhold til den almindelige kalenderstyrede opfølgning af patienterne. Den tætte opfølgning påvirkede ikke overlevelsen signifikant, men derimod kunne vi se, at den havde markant betydning for patientens livskvalitet. Den konklusion kunne vi drage på grundlag af de PROM-data, som indgik i studiet, siger Erik Jakobsen.

– Resultaterne skærpede vores interesse for at få undersøgt, om PROM-data kan inkorporeres i de kliniske kvalitetsdatabaser. Man kan sige, at hidtil har databaserne været baseret på systemets egen vurdering af, om behandlingen er gået godt. Vi mangler derimod helt data, som kan fortælle, om den også har været nyttig for patienten, tilføjer han.

Lignende interesser var på dette tidspunkt blevet udtrykt i prostatakraftmiljøet, og Kræftens Bekæmpelse havde vist interesse for at få undersøgt, om PROM-data kunne bidrage til at kvalificere den direkte kontakt med patienterne i klinikken. Desuden havde de centrale myndigheder udtrykt ønske om at få undersøgt, om PROM kan bruges til at styre ressourceanvendelsen.

– På Kræftens Bekæmpelses initiativ blev der via DMCG.dk i 2013 nedsat en gruppe, som samlede de forskellige interesser i tre konkrete projekter – to på lungekræftområdet og et på prostatakraftområdet, fortæller Erik Jakobsen. Han står selv i spidsen for indikatorprojektet PROLUC 1, mens PROLUC 2 og PROPROC afprøver potentialet i at inddrage PROM-data i interaktionen med patienterne i klinikken på henholdsvis lunge- og prostatakraftområdet.

Indikatorprojektet

– Formålet med PROLUC 1 er at teste og validere en metode til indsamling af PROM-data – og at vurdere, hvor egnede data er til kvalitetsovervågning, forklarer Erik Jakobsen.

– Det er selvfølgelig afgørende at anvende en valideret metode, hvis man skal kunne udtrække systematisk information af materialet og bruge det til kvalitetsopfølgning. Vi anvender et gammelt spørgeskema, EORTC30, som har været afprøvet utallige gange til livskvalitetsmålinger i randomiserede undersøgelser. Skemaet indeholder 30 generiske spørgsmål, som afdækker, hvordan patienten har det her og nu. Oven i det har vi i databaseprojektet tilføjet 13 sygdomsspecifikke spørgsmål, som er særligt relevante for lungekræftpatienter.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN



– Projektet startede i oktober 2013 og skal køre i 2 år. Det indebærer, at vi indsamler skemabesvarelser fra alle de omkring 4.500 danskere, som årligt får stillet diagnosen lungekræft. Hver patient udfylder et skema fire gange: I forbindelse med diagnosen og efter 3, 6 og 12 måneder.

Indikatorprojektet skal efter planen afrapporteres i løbet af efteråret 2016 og starten af 2017.

– Det er ingen tvivl om, at behovet for at supplere de kliniske kvalitetsindikatorer med ufiltrerede patientoplysninger er stort. Det spændende bliver at se, om vi med den anvendte metode kan få en validitet, som gør data anvendelige til kvalitetsudviklingsformål, siger Erik Jakobsen.

Klinikprojekterne

Liv Dørflinger er projektansvarlig for PROLUC 2 og PROPROC hos Kræftens Bekæmpelse. Hun påpeger, at de to patientgruppers forskelligheder har gjort det muligt at undersøge helt forskellige anvendelsesformål for PROM-data.

– Lungekræftpatienter er typisk meget syge – derfor er sigtet i PROLUC 2 at undersøge, om PROM kan bidrage til at bedre livskvaliteten i den sidste levetid. De opererede prostatakræftpatienter, som medvirker i PROPROC, er ofte meget raske, så her er det primære formål at undersøge mulighederne for at anvende PROM til at tilpasse opfølgingsforløbet til den enkelte patients forudsætninger og behov, fortæller Liv Dørflinger.

Lungekræftprojektet

PROLUC 2 gennemføres på fem afdelinger, der behandler lungekræftpatienter. Patienterne bliver bedt om at udfylde et skema på en tablet i venteværelset eller på nettet før alle planlagte kontakter med afdelingen. Det betyder, at patienten er forberedt til besøget, og lægen eller sygeplejersken kan via et farvekodesystem hurtigt få et hurtigt overblik over, hvordan patienten har det her og nu. De spørgeskemaer, som er udfyldt i forbindelse med de rutinemæssige besøg, indgår i materialet i PROLUC 1. »

– Erfaringerne med anvendelsen af PROM på kræftområdet er yderst sparsomme – også internationalt. Så vi er egentlig startet helt forfra i de tre danske kræftprojekter med PROM, fortæller overlæge på OUH, Erik Jakobsen, som står i spidsen for databaseprojektet PROLUC 1.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN



– Formålet er både at undersøge, om man ved at indhente svar på denne måde kan øge kvaliteten af PROM-data, og ikke mindst om det kan medvirke til at øge kvaliteten af det, patienten får ud af kontakten med afdelingen, siger Liv Dørflinger.

Prostatakræftprojektet

PROPROC gennemføres på fem afdelinger og omfatter i første omgang opererede prostatakræftpatienter. Når de har afsluttet deres aktive behandling, er de hidtil overgået til et opfølgingsprogram med konsultationer efter 3, 6 og 12 måneder.

– Patienterne i projektet har fået slettet alle ambulatorietider og har i stedet fået tilsendt et spørgeskema, som er udviklet på grundlag af flere afprøvede livskvalitetsskemaer. Svarene vurderes sammen med en blodprøve af en sygeplejerske og resulterer i ét af tre mulige scenarier: 1) Et brevsvar til patienten om, at alt ser fint ud, og at de først vil høre fra afdelingen igen om nogle måneder. 2) En opringning fra en sygeplejerske eller læge, hvis der er noget, der skal vendes med patienten. Eller 3) patienten får booket en almindelig tid i ambulatoriet.

– De foreløbige resultater viser, at det er under en fjerdedel af patienterne, der ender med et ambulansbesøg på afdelingen. Det tyder på, at PROM-data kan anvendes til at differentiere opfølgningen af kræftpatienter, i hvert fald når der, som her, er tale om patienter med lav morbiditet og tilbagefaldsrisiko, fortæller Liv Dørflinger. Hun peger på, at projektet påtænkes udvidet til prostatakræftpatienter i strålebehandling og medicinsk behandling.

– Et af de spændende aspekter her er at få undersøgt, om PROM-data er tilstrækkeligt valide til at fange recidiverne tidligere end rutinekontrollerne, siger hun.

Klinikprojekterne afsluttes officielt til oktober, og opsamlingen på projekterne påbegyndes efter sommerferien.

– Det kan godt være, at operationen er lykkedes ud fra rent faglige kriterier, men hvis patienten har det elendigt, kan det jo egentlig være lige meget, siger projektansvarlig hos Kræftens Bekæmpelse Liv Dørflinger om baggrunden for den stærkt voksende interesse for at registrere PROM-data.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

”Vi mangler data, som kan fortælle, om behandlingen også har været nyttig for patienten”.

Perspektiver og udfordringer

Erik Jakobsen og Liv Dørflinger ser begge store perspektiver i anvendelse af PROM-data i kræftbehandlingen.

– Jeg er sikker på, at vi ved at supplere de konventionelle kvalitetsindikatorer med PROM-data kan få sat fokus på nogle af manglerne i de nuværende behandlingsforløb – for eksempel på rehabiliteringsområdet, hvor patienterne i dag i vid udstrækning bliver svigtet, siger Erik Jakobsen.

– PROM-data kan også synliggøre klinikernes manglende adgang til nemt at henvise til relevant opfølgende behandling. På den måde kan data bidrage til at styrke sammenhængen i det samlede behandlingsforløb for kræftpatienterne, supplerer Liv Dørflinger. Hun har i det sidste halve års tid registreret en stærkt stigende interesse for især PROPROC-projektet og er ikke i tvivl om, at det blandt andet skyldes udsigten til potentielt at kunne spare ressourcer og penge i opfølgingsforløbene.

– Jeg er sikker på, at resultaterne fra dette projekt vil vække opsigt og skabe interesse for at få undersøgt mulighederne for at anvende PROM til stratificering af opfølgningen på andre kræftområder, siger Erik Jakobsen. Han peger derudover på det store analysepotentiale, som PROM-data kan tilføre kvalitetsdatabaserne.

– Vi ved for eksempel, hvilken specifik behandling den enkelte patient har fået, og det giver selvfølgelig mulighed for at analysere, om forskelle i behandling kan relateres til forskelle i PROM-data, for eksempel som følge af forskelle i bivirkninger, siger han.

Til indikatorprojektet er der knyttet et ph.d.-projekt, som skal kigge nærmere på afledte anvendelsesmuligheder for de indsamlede data, herunder for eksempel muligheden for at sammenligne behandlingskvaliteten for de forskellige afdelinger.

– Men i første omgang er formålet at undersøge, om det overhovedet er muligt at indsamle meningsfulde data, der kan belyse behandlingskvaliteten fra patientens synsvinkel, slutter Erik Jakobsen.

Hvad er PROM?

Systematisk indhentede oplysninger leveret af patienter om:

- Symptomer (smerter, træthed mv.)
- Livskvalitet
- Selvvurderet helbred
- Funktionsniveau (fysisk og psykisk)

Kilde: Erik Jakobsen

Patient reported outcomes – en definition

“Any report of the status of a patient’s (or person’s) health condition, health behavior, or experience with healthcare that comes directly from the patient, without interpretation of the patient’s response by a clinician or anyone else.”

Kilde: U.S. Food and Drug Administration, 2009

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Opfølgingsreform uden evidens

Professor efterlyser forskningsprojekter, der kan give viden om, hvilken effekt omlægningen af opfølgingsprogrammerne for kræft vil få for patienterne – og metoder til at give patientens stemme indflydelse på udviklingen.

De nye opfølgingsprogrammer for kræftpatienter, som trådte i kraft i sommer, indebærer meget store forandringer, uden at vi har dokumenteret viden om, hvilken betydning det vil få for patienterne.



Christoffer Johansen (Foto: Kræftens Bekæmpelse)

Det mener forskningsleder Christoffer Johansen, som er professor på Rigshospitalets onkologiske afdeling og leder af Kræftens Bekæmpelses forskningsafdeling Livet efter Kræft.

– De nye programmer har først og fremmest karakter af en udtynding i antallet af patientens kontakter med sundhedsvæsenet i forhold til de tidligere programmer. Dernæst tror jeg, at vi – båret på vej af tidens sparekrav – vil se, at kontakterne i stort omfang bliver flyttet fra læger til sygeplejersker, siger Christoffer Johansen, som efterlyser, at implementeringen af de nye programmer i langt højere grad bliver fulgt af forskningsprojekter.

– Vi mangler både viden om, hvad der mest effektivt kan fremme patienttilfredsheden, og hvad der kan styrke effektiviteten med hensyn til tidlig opdagelse af tilbagefald og nye cancere, påpeger Christoffer Johansen. Han efterlyser samtidig klare mål for opfølgningerne og ikke mindst standarder for, hvordan patienten kan uddannes til at håndtere sin del af opfølgingsopgaven.

– Udtyndingen i kontakterne indebærer alt andet lige, at overlevende kræftpatienter i langt højere grad end tidligere vil få et medansvar for at følge deres sygdom. Men vi mangler helt konkret viden om, og standarder for, hvad det er for kompetencer og indsigt, patienterne skal have: Hvad skal de kigge efter, og hvor skal de henvende sig med hvad? Christoffer Johansen forudser også et stort fremtidigt behov for at udvikle værktøjer til at inddrage patientens oplevelser i udviklingen.

– Tiden har et stærkt fokus på, at patientens stemme skal høres og tages alvorligt på lige fod med sundhedspersonalets i planlægning og udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Foreløbig pågår der et stort arbejde med at udvikle såkaldt PROM i forbindelse med den primære behandling, men når det gælder den efterfølgende opfølgning og rehabilitering, mangler vi metoder til at give patienterne en sådan stemme, slutter Christoffer Johansen.

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

Mens vi venter på evidensen

– opfølgning på lungekræft

Hvor de øvrige opfølgingsprogrammer på kræftområdet blev udgivet i februar 2015, forventer Sundhedsstyrelsen, at programmet for lungekræft som det sidste publiceres ultimo 2015. Årsagen er behovet for evidens for tilrettelæggelsen af det nye opfølgingsprogram.

– Vi vil gerne sikre en ensartet behandling af høj kvalitet for såvel onkologiske patienter som for de radikalt opererede. Derfor har det været nødvendigt at udskyde opfølgingsprogrammet for lungekræft, fortæller Torben Riis Rasmussen, overlæge, ph.d., Aarhus Universitetshospital og formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG).

Kalenderstyret opfølgning for onkologiske patienter

Forud for det program, der ventes udgivet snarest, ligger en række overvejelser omkring evidens for den konkrete udformning.

– Fra starten anbefalede vi Sundhedsstyrelsen, at programmet skulle følge det eksisterende kontrolforløb, som senest blev revideret og gjort landsdækkende i 2011. Dengang ændrede man kontrolforløbet på baggrund af en mortalitetsanalyse, der viste, at onkologiske patienter i Region Hovedstaden havde en markant bedre overlevelse end i resten af landet. Her havde man i en årrække fulgt op på patienterne med CT-scanning hver tredje måned, hvilket så ud til at have en betydning for overlevelsen, siger Torben Riis Rasmussen.

– Før 2011 blev patienterne i for eksempel Region Midtjylland overdraget til den praktiserende læge efter den initiale behandling. Konsekvensen var, »



– Det vil være naturligt at se på effekten af opfølgningen efter nogle år ud fra de data, der er registreret, så vi får endnu bedre evidens for det, vi gør. Den seneste mortalitetsanalyse, vi lavede, gik frem til 2011, og vi har efterhånden akkumuleret nok data til, at det vil være aktuelt og relevant at lave en ny analyse, siger overlæge ph.d. og formand for DLCG, Torben Riis Rasmussen. (Foto: Jakob Birgens)

TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

”Der er desværre en stor risiko for, at sygdommen recidiverer, eller at der opstår en ny lungekræft – også selvom patienten er radikalt opereret”

at patienterne først kom til os, når de følte symptomer, og at en del af patienterne derfor havde for dårlig performance status til at kunne modtage behandling igen, uddyber han.

Ingen evidens for værdien af opfølgning på radikalt opererede

Langt de fleste lungekræftpatienter gennemgår onkologisk behandling. Men den mindre gruppe af radikalt opererede patienter med sygdom på et tidligt stadie ville med de foreslåede ændringer stå uden for opfølgningsprogrammet. De ville fortsat skulle henvende sig til den praktiserende læge, hvis de fik symptomer. Ved revisionen i 2011 valgte man at inkludere dem i den samme kalenderstyrede opfølgingsstrategi som for de onkologisk behandlede patienter uden på forhånd at have den samme epidemiologiske dokumentation for deres gavn heraf.

– Der er desværre en stor risiko for, at sygdommen recidiverer, eller at der opstår en ny lungekræft – også selvom patienten er radikalt opereret. Samtidig ved vi fra et stort amerikansk studie, at screening for lungekræft har overlevelseseffekt. Derfor mener vi, at denne patientgruppe også bør tilbydes kalenderstyrede opfølgninger, dog med lidt lavere hyppighed. Men da opfølgningsprogrammet skulle publiceres, manglede vi evidens for, at patienterne ville have gavn af kontrollerne, fortæller Torben Riis Rasmussen.

På lungemedicinsk afdeling på Odense Universitetshospital har man fulgt en række patienter, der var udredt og diagnosticeret med lungecancer i perioden før 2011, og fra 2011 og frem til foråret 2015. Man har bl.a. kigget på overlevelse og fundet, at der er en overlevelsesgevinst for de radikalt opererede patienter, der følger en kalenderstyret opfølgning.

– Da opfølgningsprogrammet skulle offentliggøres, var der endnu ikke data nok på opfølgningen på gruppen efter 2011. Efter aftale med Sundhedsstyrelsen valgte vi derfor at udskyde publiceringen af programmet, forklarer Torben Riis Rasmussen.

– De data, vi nu bygger opfølgningen for de radikalt opererede patienter på, kan dog ikke betegnes som evidens i den strikte videnskabelige form. Problemet med de historiske opgørelser er, at vi ikke kan udelukke, at der er andre årsager til den forbedrede overlevelse, tilføjer han.

Opfølgningsprogram for lungekræft

Ifølge overlæge ph.d. og formand for DLGG, Torben Riis Rasmussen, forventer man, at hovedelementerne i opfølgningsprogrammet for lungekræft vil være:

- Alle patienter, der har modtaget onkologisk behandling, følges med CT-scanning hver 3. måned i 5 år, eller til patientens performance status er for dårlig til onkologisk behandling.
- For de radikalt opererede patienter modificeres ovenstående, således at kontrolhyppigheden efter de første 2 år, hvor der er den største risiko for recidiv, reduceres til CT hver 6. måned.
- Udvidet sygeplejerskekontakt med fokus på bl.a. social funktion og psykisk velbefindende.

Disciplin skal sikre ensartet opfølgning – opfølgning på brystkræft

1. juni 2015 var skæringsdato for implementering af det nye opfølgningsprogram for brystkræft. Hidtil har opfølgningen været præget af regionale variationer. Ambitionen med det nye opfølgningsprogram er derfor bl.a. at sikre en ensartet opfølgning af høj kvalitet med mulighed for at styrke evidensen.

I det nye opfølgningsprogram indkaldes alle patienter til en kirurgisk kontrol efter 1 år, hvorefter den kalenderstyrede kontrol ophører. Ifølge professor og overlæge på Rigshospitalet Niels Kroman er det en af de væsentligste ændringer i opfølgningsprogrammet.

Den nye type 1-årsopfølgning betyder bl.a., at alle afdelinger efterfølgende skal overdrage ukomplicerede patienter til den praktiserende læge, og at patienterne skal uddannes i at overvåge symptomer på tilbagefald. Men det kræver disciplin af komme de regionale variationer til livs.

– Inden for brystkræftområdet har vi altid været meget disciplinerede i forhold til de retningslinjer, DBCG har udstukket. I dette tilfælde er det Sundhedsstyrelsen, der, udover DBCG, står bag, så jeg har en klar forventning om, at opfølgningsprogrammet for brystkræft vil komme til at fungere ensartet i hele landet, siger Niels Kroman. »

– 1-års opfølgningen, forestiller jeg mig, skal foregå ved, at patienten først kommer ind til sygeplejersken, som foretager en grovsortering. Hvis der ikke er nogen problemer, er der ikke nogen grund til at sende patienten videre til lægen, siger professor, overlæge og medlem af arbejdsgruppen for opfølgningsprogrammet for brystkræft, Niels Kroman.



TEMA · VALUE BASED HEALTH CARE I KRÆFTBEHANDLINGEN

”Det, vi fokuserer på ved 1-års opfølgningen, er, om patienterne har fysiske eller kosmetiske senfølger, som vi skal tage os af”.

Mulighed for at styrke evidensen

En ensartet implementering af opfølgningsprogrammet vil ikke kun sikre patienterne samme høje kvalitet, uanset hvor i landet de bliver behandlet, men det vil også gøre det muligt at opbygge en database, der kan være med til at styrke evidensen for opfølgningsindsatsen.

– Det, vi fokuserer på ved 1-års opfølgningen, er, om patienterne har fysiske eller kosmetiske senfølger, som vi skal tage os af. Det er en form for kvalitetskontrol for os. Ved opfølgningen vurderer vi blandt andet bevægeligheden i armen, og om patienten har smerter. Derudover vil vi tage et billede af brystet inden operationen og ved 1-års kontrollen. Det skyldes, at omkring 1/3 af patienterne får et kosmetisk resultat, der ikke er tilfredsstillende, forklarer Niels Kroman.

I DBCG er man enige om, at det er en fornuftig måde at gøre det på, som samtidig giver mulighed for at indsamle data fra 1-års opfølgningen i en database.

– Missionen er at samle alle data, inklusive billederne, så vi på sigt har mulighed for at styrke evidensgrundlaget for den måde, vi følger op på, slutter Niels Kroman.

Opfølgningsprogram for brystkræft

De væsentligste ændringer i opfølgningsprogrammet for brystkræft er ifølge professor, overlæge, Niels Kroman følgende:

- Overdragelse af ukomplicerede patienter til den praktiserende læge efter 1 år
- Fokus på fysiske og kosmetiske senfølger ved 1-års opfølgningen med mulighed for opbygning af billeddatabase på det kosmetiske resultat
- Sygeplejefaglig vurdering af patientens behov for at konsultere en læge ved 1-års opfølgningen
- Fokus på fysiske senfølger som smerter og bevægelighed i armen ved 1-års opfølgningen
- Fokus på kosmetiske senfølger ved 1-års opfølgningen med mulighed for opbygning af billeddatabase på det kosmetiske resultat

ET KIG I KRYSTALKUGLEN:

Lungekræftpatienter bliver kronikere

Bedre diagnostik kombineret med mere specifik brug af målrettede behandlinger og nye terapier er nogle af de tiltag, der vil præge fremtidens behandling af lungekræft.

Takket være nye diagnostiske metoder, bedre kirurgi og stråleterapi samt nye målrettede medicinske behandlinger er der sket markante fremskridt i behandlingen af lungekræftpatienter i det seneste årti.

Men hvilke nye fremskridt vil præge det kommende årti? Perspektiv & debat har bedt to specialister, Jean-Charles Soria, Institut Gustave Roussy, Cancer Campus, Grand Paris, og Peter Meldgaard, Aarhus Universitetshospital, om sammen at kigge i krystalkuglen og give deres bud på en vision for fremtidens behandling af lungekræft.

Multitestning af molekulære markører

– De seneste års udvikling har givet os et videnskabeligt rationale og et klinisk fundament for at sige, at fremtidens håndtering af lungekræft bør omfatte en molekylær karakteristik af tumor.

Jean-Charles Soria, professor i medicinsk onkologi ved Institut Gustave Roussy, Cancer Campus i Paris, lægger for med denne udtalelse. Han er



– Inden for en overskuelig årrække kan vi definere og behandle lungekræft som en kronisk sygdom, siger assisterende professor, MD og ph.d. Peter Meldgaard, Aarhus Universitetshospital.



overbevist om, at yderligere fremskridt i diagnostikken vil bane vejen for en afgørende ændring af lungekræftpatienternes prognose.

– Den foretrukne metode i dag er at tage en vævsbiopsi af tumor, hvor vi som minimum tester for ALK- og EGFR-mutationer. Men jeg tror, at vi inden længe bevæger os mod en meget mere omfattende testning af tumor med implementeringen af *next generation sequencing*. Omkostningerne med denne metode er stort set konstante, uanset om vi tester to biomarkører eller mange forskellige biomarkører.

Testning af mutationer i plasma

Diagnostikken vil ikke kun blive styrket via en mere omfattende molekylær karakteristik af tumor. Også anvendelsen af "plasmabiopsier" vinder frem, og inden for en overskuelig årrække kan de tages i anvendelse til molekylær multitestning af lungekræftpatienter.

Assisterende professor, MD og ph.d. Peter Meldgaard, Aarhus Universitets-hospital, udfører allerede i dag *next generation sequencing* via blodprøver, og han vurderer, at denne testmetode har et stort potentiale i fremtiden:

– Så snart vi har de rette kliniske beviser for, hvordan vi kan og skal anvende "plasmabiopsier", skal vi have dem implementeret i klinisk praksis. I vores laboratorier udfører vi i dag *next generation sequencing* med blod fra de progredierede tilfælde. Testningen rummer naturligvis stadig udfordringer, men fordelene er, at en blodprøve er langt mere repræsentativ for den samlede tumorbyrde end en mere eller mindre tilfældigt udtaget biopsi.

Både forskningen og den teknologiske udvikling giver løfter om, at det inden længe bliver muligt at måle progression i sygdomsudviklingen via blodet. Dette giver behandlerne et helt nyt og langt mere skånsomt redskab til at give patienterne en "realtids-evaluering".

– Vi er nødt til at kombinere målrettet terapi og immunterapi, vurderer Jean-Charles Soria, professor i medicinsk onkologi ved Institut Gustave Roussy, Cancer Campus, Grand Paris. (Eget foto)

– Den store fordel er, at det giver os mulighed for at skifte fra ineffektive behandlinger på et langt tidligere tidspunkt, end vi har kunnet hidtil, siger Peter Meldgaard.

Screeningspotentialet

Der ligger også et stort potentiale i anvendelsen af blodprøver til tidlig opsporing af lungekræft.

– Den molekylære screening af risikopatienter via blodet har mange fordele. Svaret vil forventeligt være meget mere sikkert, og da metoden kan gennemføres uden en invasiv procedure, vil den også være meget mere skånsom for patienterne sammenlignet med gentagne CT-skanninger og biopsier, siger Jean-Charles Soria og fortsætter:

– I Frankrig kommer vi i meget nær fremtid til at introducere ”risikoklinikker”, hvor vi vil benytte denne metode til screening for lungekræft. Jeg tror, at vi i fremtiden vil se et pres fra samfundet og højrisikopatienter med et krav om at kunne tilbyde videnskabelige metoder til at opspore – eller afvise – en cancer i et meget tidligt stadie.

Nye medicinske terapier

Immunterapi vil få en central rolle i fremtidens medicinske behandling af lungekræft, spår Jean-Charles Soria, men tilføjer, at der er behov for et mere nuanceret syn på denne terapiform.

– Der er en tendens til, at målrettet behandling og immunterapi ses som to adskilte religioner, men virkeligheden er, at vi er nødt til at kombinere dem. Vi vil højst sandsynligt lære i fremtiden, at ikke alle har de samme typer af immuninfiltrationer, så vi står over for en stor opgave med at identificere de forskellige immunprofiler og de tilhørende specifikke strukturelle DNA-forandringer, siger Jean-Charles Soria og fortsætter:

– Samtidig skal vi huske på, at vi kun er ved introduktionen af den første bølge af immunterapi. Der er mere end 30 forskellige stoffer på vej, og vi kommer i de næste år til at se en række studier med kombinationer af mange forskellige immunkomponenter. Så den store opgave bliver at finde ud af, hvordan vi optimerer brugen af immunterapi inden for den klassiske behandling af lungekræft.

– Personligt tror jeg på, at immunterapien skal testes i kombination med stråleterapi, da der er flere faktorer, der tyder på, at det vil give nogle interessante resultater, forudser Jean-Charles Soria.

Peter Meldgaard deler opfattelsen af, at immunterapien skal finde sin optimale anvendelse i kombinationen med andre både nye og etablerede behandlinger.

– Vi skal ikke glemme, at vi fortsat har meget virkningsfulde kemoterapier, som vi faktisk er blevet rigtig gode til at finde de rette patienter til. Og vi vil fortsætte med at gå systematisk til værks og konstant finde nye målrettede veje til at angribe de mekanismer, der driver sygdomsudviklingen hos den enkelte patient, siger Peter Meldgaard, som lægger vægt på, at det er en udvikling, der går meget hurtigt.

– Tidligere tog det 15-20 år at udvikle de nye behandlinger. I dag tager det typisk 3-4 år, hvilket er meget opmuntrende.

Lungekræft bliver en kronisk sygdom

Med udsigten til mere effektive screenings- og diagnostikredskaber og med flere lovende behandlingsregimer i pipelinen er der grund til optimisme.

– Jeg er overbevist om, at vi inden for en overskuelig årrække kan definere og behandle lungekræft som en kronisk sygdom, hvilket vil være et kæmpe fremskridt for en gruppe af kræftpatienter, der i dag har en af de ringeste overlevelsesprognoser, siger Peter Meldgaard.

– Vi har så mange forskellige behandlingsmuligheder, vi har redskaber til at profilere patienterne, og vi har sofistikeret stråleterapi og målrettede behandlinger. Derfor er jeg enig i, at vi i fremtiden vil se flere og flere patienter, der kan leve et næsten almindeligt liv i mange år med deres sygdom. Jeg tror ikke, vi kommer til at kunne helbrede fremskreden lungekræft i min levetid, men visionen om at gøre den til en kronisk sygdom er bestemt inden for rækkevidde, siger Jean-Charles Soria.



Det mener jeg!

Danske patienter skal have uhindret adgang til ny innovativ medicin

Af koncernchef Ida Sofie Jensen, Lægemiddelindustriforeningen

Alle har formentlig, mindst én gang hen over sommeren, set eller læst de journalistisk skarpt vinklede historier i medierne om eksplosioner i priserne på sygehusmedicin. Endnu sværere har det været at overse de mindst lige så dramatiske historier om konsekvenserne i form af massive afskedigelser, som sygehusenes ledelser var tvunget til, når nu medicinen var så dyr, og fordi pengene som bekendt kun kan bruges et sted.

Det er dramatisk. Der er tilsyneladende voldsomme afledte konsekvenser. Men det er blot ikke sandt. Det er forkert.

Nu er det indledningsvist vigtigt at understrege, at der er forskel på pris- og udgiftsstigninger. Det kan synes banalt. Banalt, fordi udgifterne er sammensat af pris og mængde, og det er netop udviklingen i aktiviteten/mængderne på sygehusene, der forklarer en betydelig del af væksten i sygehusenes medicinudgifter: Vi bliver ældre, vi har indført screeningsprogrammer og pakkeforløb for diverse kræftsygdomme, og der føres kampagner for, at vi skal hurtigere til lægen, hvis vi har mistanke om en kræftsygdom. Alt dette lægger naturligvis et pres på sygehusenes medicinudgifter. Desværre forplumres debatten på grund af dette netop helt banale forhold

Aftalebaserede introduktionspriser

Når det er sagt, kan der være god grund til at se nærmere på de fremtidige indkøb af medicin på sygehusene.

Her skal man dog huske på, at nogle lægemidler vil have en så betydelig mergevinst, at det legitimerer

selv en høj pris på grund af omkostningseffektivitet. Derfor bliver sundhedsvæsenet udfordret på budgettet. Og derfor er der behov for at se på nye måder at introducere nye lægemidler, der sikrer både patienternes adgang til nye produkter og hensynet til de offentlige budgetter.

Vi har set forskellige udbuds- og kontraktmodeller i flere europæiske lande. Udbuds- og kontraktmodellerne er bedre kendt under deres populære navne: risikodelingsmodeller, "managed entry" osv. Modellerne spænder vidt fra omfattende outcome-baserede modeller til mere simple modeller, hvor fx prisen afhænger af de købte mængder. Fællestrækket er, at der indgås individuelle aftaler mellem myndighederne og den enkelte virksomhed om vilkårene for introduktionen af de nye lægemidler.

Grundlæggende kan man skelne mellem økonomisk baserede eller resultatbaserede aftaler.

Økonomisk baserede aftaler kan sammensættes på flere måder, fx at pris eller mængde er aftalt på forhånd, og virksomhederne vil typisk refundere udgifter, der ligger over det aftalte. Der kan være tale om en fast pris per dag, per behandlingsforløb eller per patient, eller loft over hvor lang tid behandlingen må strække sig over – hvis behandlingen varer længere tid, er den gratis. Resultatbaserede aftaler tager ofte udgangspunkt ved lancering af et nyt produkt, hvor der kan være usikkerhed omkring produktets "real life"-effektivitet.

Fællestrækket ved modellerne er, at de deler usikkerheden om fx lægemidlets faktiske effekt, og ikke

mindst usikkerheden om de økonomiske konsekvenser forbundet med anvendelsen af et givent lægemiddel.

Det vil være vanskeligt at lægge sig fast på en enkelt model, da det i virkeligheden vil være en individuel aftale, hvor det konkrete indhold og den konkrete model afhænger af sygdomsområdet, patientgrundlag osv.

Behov for en fordomsfri debat

Modellerne repræsenterer hver især et modigt brud med, hvad der lidt populært kaldes traditionel offentlig budgetlægning; en betegnelse der iøvrigt er lige så lidt retvisende som mediernes omtale af de dyre lægemidler. For de mange dygtige og højt kvalificerede ledere i den offentlige sektor, herunder i sundhedssektoren, er det et meget nyttigt ledelses- og prioriteringsredskab, såfremt de også fik mulighed for at inddrage kvalitetsdimensionen i deres arbejde.

Lad mig give et eksempel. Vi har for nylig set regionernes forslag om protokollerede forsøg med nye lægemidler, det vil sige yderligere forsøg med lægemidler, der allerede er godkendt til patientbehandling. Et dyrt og bureaukratisk forslag, men ser vi fx på de produkter, der bliver afvist til en generel ibrugtagning af KRIS, vil det være oplagt at sikre en vis styring med ibrugtagningen af disse produkter frem for en de facto afvisning af produktet.

For selvfølgelig skal vi have de rette styringsredskaber i sundhedsvæsenet. De skal baseres på grundige overvejelser og på en fordomsfri debat. Skrækhistorierne hører en svunden tid til.