

7. OPFØLGNING

Forfattere: MB & MM

Revideret: oktober 2015

Næste revision: oktober 2016

REKOMMENDATIONER, Opfølgning – individuel og behovsorienteret

Det er afgørende, at patienternes individuelle behov søges imødekommet efter faglig vurdering og beslutning

På baggrund af en behovsvurdering og forventningsafstemning skal der for hver enkelt patient lægges et individuelt program for opfølgning efter afslutning af den initiale behandling

Herefter træffes beslutning om den individuelle opfølgning i fællesskab mellem patient og den ansvarlige instans

Det besluttet, hvilke indsatser der skal ydes, hvorefter der udarbejdes en tværfaglig plan for opfølgningen, hvor alle relevante faggrupper og almen praksis inddrages.

Nye opfølgingsprogrammer for kræft anno 2015

I opfølgingsprogrammerne for kræft er de tidligere kontrolforløb efter endt kræftbehandling nytænkt. Begrebet opfølgning dækker over en bred vifte af mulige indsatser, herunder opsporing af recidiv og resttumor, behovsvurdering, rehabilitering og palliation, håndtering af senfølger, støtte til egenomsorg m.v. Der henvises til programmet for prostatacancer (PC) på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [1].

Målgrupper for opfølgningen

Alle patienter diagnosticeret med PC, som overvåges mht. iværksættelse af behandling, patienter som har gennemført en kurativt intenderet behandling eller som på diagnostetidspunktet har metastatisk sygdom eller som udvikler metastatisk sygdom i forløbet. Det anslås, at der årligt er ca. 4.500 nydiagnosticerede patienter, samt at prævalensen er ca. 30.000 patienter i alt. Beskrivelse af målgrupper for opfølgning i denne sammenhæng gælder alene standard urologisk/onkologiske behandlinger. En typisk udbygget og hyppig opfølgning af patienter, der deltager i kliniske forsøg, er defineret i de respektive forsøgsprotokoller.

Fem formål med opfølgning efter initial behandling af PC:

- Forbedring af overlevelse
- Rehabilitering/palliation, herunder forebyggelse af komplikationer
- Opretholdelse af livskvalitet
- Evaluering af behandling
- Forskning i behandlingseffekt, senfølger og andet

Indsatser - baggrund

Der findes ikke evidens for, hvad der er det mest effektive efterbehandlings- og opfølgingsregime, og de få undersøgelser der er foretaget af forskellige måder at organisere opfølgningen på (urolog vs. sygeplejerske vs. egen læge) har vist, at der ikke er nogen systematisk forskel i resultater [2-5].

I et netop afsluttet dansk *shared care* projekt af patienter med PC i Region Midt, genfandt man en udtalt patienttilfredshed ved udslusning af opfølgning af egnede patienter til primærsektoren [6]. Forudsætningen herfor var en individuelbaseret klar skriftlig overførselsaftale med plan for opfølgningsintervaller og detaljeret beskrivelse af årsager til umiddelbar genhenvielse til specialafdeling. De praktiserende læger blev gennem specialepikriser orienteret om den

indgåede aftale og vilkår herfor [6].

Overordnet skematisk oversigt over indsatser og tidsforløb ved prostatacancer [1]

	Klinisk fokus	Blodprøver	Opfølgingsinterval	Strategi
Observation				
Active Surveillance: Aktiv overvågning med henblik på evt. kurativ beh.	Tidlige stadier giver ingen kliniske symptomer	PSA	0-2 år: 3 mdr.	Individuel PSA/DRE/TRUS/MRI biopsi planlagt af urolog
Watchful Waiting: Observation med henblik på timing af endokrinterapi	LUTS Metastasesymptomer - smerter - pareser - anæmi - uræmi	PSA Kreatinin Hgb	Individuelt / årligt	Individuel PSA planlagt af urolog. - Stigende kreatinin - Faldende Hgb - Metastasesymptomer - LUTS forværring
Lokal sygdom				
Radikal Prostatektomi	- Urininkontinens - ED	PSA	År 1: 3, 6 og 12 mdr.	- Efter nadir er opnået PSA stigning $\geq 0,2$ ng/ml - LUTS - Utilfredsstillende kontrol af bivirkninger
Strålebehandling (uden adjuverende medicinsk kastration)	- Rektalgener - Urininkontinens - LUTS - ED	PSA	År 1: hver 6 mdr. Herefter ½ årligt	- PSA stigning $\geq 2,0$ ng/ml - LUTS forværring - Utilfredsstillende kontrol af bivirkninger
Strålebehandling (med adjuverende medicinsk kastration)	Som ovenfor samt - Hedeture - Osteoporose - Metabolisk syndrom - ED	PSA Kreatinin Hgb Testosteron Blodtryk Kolesteroltal Blodsukker	Som ovenfor	Som ovenfor
Dissemineret Sygdom				
Stabil fase	LUTS Metastasesymptomer - smerter - pareser - anæmi - uræmi Medicinske gener - ED - hedeture - gynækomasti - osteoporose - Metabolisk syndrom	PSA Kreatinin Hgb Testosteron Blodtryk Kolesteroltal Blodsukker	6-12 mdr. /individuelt	- PSA stigning over 20% - Stigende kreatinin - Faldende hæmoglobin - Metastasesymptomer - LUTS forværring - Utilfredsstillende kontrol af bivirkninger
Terminal fase.	Individuel	PSA Kreatinin Hgb	Individuelt	- Individuel plan lagt af urologer/onkologer/ Palliativt team

DRE: digital rektaleksploration; ED: Erektile dysfunktion; Hgb: Hæmoglobin; LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms; PSA: Prostataspecifikt Antigen.

Detaljerede skematiske oversigter over indsatser og tidsforløb

Yderligere detaljer i programmet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [1]

Aktiv overvågning (active surveillance)

Tabel 1. Aktiv overvågning. Urologisk afdeling

	År 1				År 2				År 3**	
	3	6	9	12	15*	18	21*	24	30	36
Behovsvurdering	x									
Patientuddannelse	x									
PSA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PSADT (PSAfordoblingstid)								+	+	+
DRE (rektal eksploration)	+			+		+		+	+	+

TRUS (transrektal ultralydsundersøgelse) biopsi				+					Evt.	Evt.
---	--	--	--	---	--	--	--	--	------	------

* Kan undlades hos pt. der efter 12 mdr. kategoriseres som lav risiko.

** Pt. i lav risiko kan overgå til opfølgning som nævnt i tabel 2 allerede efter År 2.

Tabel 2. Aktivovervågning. Specialsygeplejerske/praktiserende læge/sundhedscenter

	År 4		År 5		År 6	År 7	År 8	År 9	År 10	År 10+
PSA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Opfølgning efter radikal prostatektomi

Tabel 3. Urologisk afdeling (opererende)

	År 1			
Cirka tider	8 dage	3 mdr.	6 mdr.	12 mdr.
Behovsvurdering	+			+
Patientuddannelse	+			
PSA		+	+	+
Senfølger	+	+	+	+
Bækkenbundstræning	+			

Opfølgningen ved 8 dage, 3 måneder og 12 måneder varetages af læge. Opfølgningen ved 6 måneder varetages af specialsygeplejerske.

Tabel 4. Praktiserende læge/sundhedscenter

	År 2		År 3		År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
PSA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Senfølger	+	+	+	+							

Opfølgning efter salvage strålebehandling mod prostatalejet

Tabel 5. Onkologisk afdeling, på hovedfunktions- og specialiseret niveau.

	År 1			
	3 mdr.	6. mdr.	9 mdr.	#12 mdr.
Behovsvurdering	X			
Patientuddannelse	X			
PSA	+	+	+	+
Senfølger				+

Tabel 6. Praktiserende læge/sundhedscenter/onkologisk afdeling

	#År 2	År 3	År 4	#År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10	ETC
PSA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Senfølger	+			+						

#Opfølgning af senfølger foregår altid i onkologisk regi

Tabel 7. Praktiserende læge/sundhedscenter

	År 2		År 3		År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
PSA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Senfølger	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
s-testosteron		(+)		(+)	(+)	(+)					
Hjerte/knogle*	+	+	+	+	+						

*Blodtryk, s-lipider, Hb1AC, ioniseret s-calcium og D-vitamin, hvis endnu ikke normalt niveau

Opfølgning efter primær, kurativ brachybehandling med 125I-seeds

Består af en selekteret patientgruppe, der er stratificeret mht. outcome. Opfølgningen foregår i en registreringsprotokol hver 3. måned det første år, derefter årligt i 4 år.

Opfølgning efter primær kurativ strålebehandling

Tabel 8. Onkologiskafdeling på hovedfunktions- specialistaniveau.

	3 mdr.	9 mdr.	15 mdr.	21 mdr.	27 mdr.	33 mdr.	39 mdr.	4 år	5 år
PSA	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Senfølger			+		+		+	+	+

Opfølgning i form af Watchful waiting (WW)

Indtil stabil sygdomsfase er dokumenteret foregår opfølgning i urologisk sygehusregi, evt. som lægestøttet specialsygeplejekontakt. Instruks ved læge/sygeplejerske/"patientskole" med henblik på supported self management. I stabil fase fortsættes opfølgning iht. individuel skriftlig aftale/instruks ved egen læge hver 6. eller 12. måned med relevante blodprøver og symptomregistrering, indtil ændret behandlingsbehov. Egen læge varetager kontakt til relevante enheder og koordinerer indsatsen vedr. psykosociale problemstillinger. Patienten forbliver i WW programmet, fra beslutningen om WW strategi er truffet, og indtil PC relateret behandling initieres.

Opfølgning under hormonbehandling

Tabel 9. Urologisk afdeling

	År 1			
	3 mdr.	6. mdr.	9 mdr.	12 mdr.
Behovsvurdering	+			
Patientuddannelse	+			
PSA, Hb, Crea, basiske fosfater		+	+	+
Senfølger		+	+	+
S-testosteron			+	
Hjerte/knogle*	+	+	+	+

*Blodtryk, s-lipider, Hb1AC, ioniseret s-calcium og D-vitamin

Opfølgningen ved 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder varetages af læge. Opfølgningen ved 9 måneder er en rehabiliteringssamtale ved specialsygeplejerske inden ambulant afslutning.

Tabel 10. Praktiserende læge/sundhedscenter/urologisk afdeling

	År 2		År 3		År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10	År 10+
	PSA Hb, Crea Bas. Phos	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Senfølger	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
s-testosteron		+		+		+						
Hjerte/knogle*	+		+		+			+		+		+

*Blodtryk, s-lipider, Hb1AC, ioniseret s-calcium og D-vitamin

Opfølgning efter systemisk behandling for metastatisk kastrationsresistent sygdom (CRPC)

Tabel 11. Urologisk/ Onkologisk afdeling

Måned	År 1				År 2			
	3.	6.	9.	12.	15.	18.	21.	24.
Biokemi inkl. PSA, Bas Phos		+	+	+	+	+	+	+
Senfølger	+	+	+	+	+	+	+	+
Hjerte/knogle*	+	+	+	+	+	+	+	+
Billeddiagnostik**	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)

Måned	År 3				ETC
	27	30	33	36	
Biokemi inkl. PSA, Bas Phos	+	+	+	+	+
Senfølger	+	+	+	+	+
Hjerte/knogle*	+	+	+	+	+
Billeddiagnostik**	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)

* Blodtryk, s-lipider, Hb1AC, ioniseret s-calcium og D-vitamin

** Knoglescintigrafi/ CT af abdomen/ thorax. Frekvens: 3.-4. måned eller ved behov (RADS anbefalinger)

Rehabilitering og palliation

Rehabilitering og palliation planlægges på basis af en individuel behovsvurdering samt løbende opfølgning af de beskrevne senfølger. Hertil kan komme ikkесpecificke behov, der ligeledes skal vurderes med henblik på en evt. indsats. Indsætserne målrettes efter den faglige vurdering på baggrund af den individuelle behovsvurdering.

Plan for det individuelle forløb

På baggrund af det beskrevne standardopfølgingsprogram skal der for hver enkelt patient lægges et individuelt program for opfølgning efter afslutning af den initiale behandling.

Alle patienter skal have udført en behovsvurdering i forbindelse med behandlingsforløbet, og status evt. med en fornyet vurdering ved afslutning af behandlingsforløb, i efterforløbet ved ændringer i tilstanden.

Behovsvurderingen kan efterfølges af en uddybende udredning, når det vurderes relevant. Herefter skal det besluttes, om der skal ydes en relevant indsats, som afstemmes med patientens og pårørendes forventninger. Vurderingen bør omfatte alle aspekter såvel fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov. På baggrund heraf besluttes det, hvilke indsatser der skal tilbydes patienten enten af den aktuelle instans eller af andre samarbejdspartnere. Der gennemføres derefter en *forventningsafstemning*, hvorunder patienten og eventuelle pårørende informeres om formål, muligheder og forventet udbytte af programmet.

Monitorering, forskning og udvikling

De sygdomsspecifikke opfølgingsprogrammer supplerer de relevante pakkeforløb for kræft og erstatter kapitlerne i pakkeforløbene om efterbehandling. Retningslinjerne for opfølgning bør så vidt muligt være evidensbaserede. Der er derfor på mange områder behov for mere forskning og systematisk erfaringsopsamling inden for opfølgning. Kun derved kan kvaliteten i indsatserne fastholdes og forøges fremover.

[Link til EAU-Guidelines kan ske her.](#)

Referencer

1. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/A31EE8CF1A4D4FB4B5868302E27273F7.ashx>
2. Nielsen J, Palshof, T, Mainz, J, Jensen, AB, Olesen, F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care* 2003;12:263-272.
3. Johansson B, Holmberg L, Berglund G, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C, et al. Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: A randomised study of a primary healthcare intervention. *Eur. J. Cancer* 2001;37(17):2161-2168.
4. Johansson B, Berglund G, Hoffman K, Glimelius B, Sjöden PO. The role of the general practitioner in cancer care and the effect of an extended information routine. *Scan J Prim Health Care* 2000;18:143-148.
5. Weller D, McGorm K. Sacred cows. GP versus hospital follow up for cancer patients: is the choice based on evidence? *Australian Family Physician* 1999;28:356-9.
6. Lund L, Jønler M, Gravensen PH, Borre M, Bro F. Shared care is a model for patients with stable prostate cancer. *Dan Med J.* 2013 Aug; 60(8):A4691.