



SUNDHEDSSTYRELSEN

Emne 4. møde i følgegruppen for fagligt oplæg til Kræftplan V

Mødedato 28. august 2024, 10.30-14.30

Sted Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 57, Mødelokale Auditorium

Deltagere Deltagere fra SST og Følgegruppen

REFERAT

30. oktober 2024

Punkt 1. Velkomst og godkendelse af dagsorden

Dagsordenen blev godkendt uden bemærkninger.

Sagsnr. 05-0400-478

Reference PRIM

T 72227400

E sstprim@sst.dk

Punkt 2. Orientering om status for arbejdet med det faglige oplæg til Kræftplan V

Sundhedsstyrelsen orienterede om status for arbejdet med det faglige oplæg til Kræftplan V efter 3. følgegruppemøde den. 6. juni.

Efter at hovedparten af vidensafdækningen og analyserne tidligere er blevet foretaget, handler arbejdet nu især om at formidle det væsentligste i det faglige oplæg. Således har Sundhedsstyrelsen siden 3. følgegruppemøde tilpasset dispositionen samt kondenseret og målrettet udkastet på baggrund af blandt andet følgegruppens kommentarer. Det gælder også afsnittet om præmisserne for fokusering af anbefalingerne, analysen af det aktuelle udfordringsbillede og anbefalingerne, som er blevet prioriteret og skærpet.

Siden seneste møde er der desuden afholdt bilaterale møder med blandt andet regionerne, KL og videnspersoner vedrørende kunstig intelligens.

Sundhedsdatastyrelsen har sideløbende arbejdet videre med færdiggørelse af dataanalysen, hvor KL, Københavns Kommune, Kræftens Bekæmpelse og Danske Regioner har været inddraget. Seneste udkast til dataanalysen er vedlagt som bilag.

Punkt 3. Drøftelse af udkast til anbefalinger

Punktet blev indledt med en overordnet drøftelse af anbefalingerne, jf. tilrettet udkast, set i relation til kommissoriet og præmisserne for fokus i det faglige oplæg. Følgegruppen havde følgende kommentarer:

- Generel enighed om, at udkastet havde fået et fint løft, og at det rammer et godt niveau med en tydelig fokusering og rød tråd.
- Anbefalinger om forebyggelse savnes, selvom det ikke fremgår af kommissoriet; der kan dog i større udstrækning følges et spor med udgangspunkt i udviklingen i de væsentligste risikofaktorer, som er indenfor kommissoriet.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00

E sst@sst.dk

www.sst.dk

- Titlen 'livet med og efter kræft' er omsat til anbefalinger, der taler fint ind i omstillingen til det primære sundhedsvæsen, men der bør samtidig også være fokus på bedre overlevelse, ressourcekrævende behandlinger mv.
- Sigtelinjerne for den praktiske opgavevaretagelse kan blive tydeligere, herunder opgavevaretagelsen i almen praksis fx i forhold til målrettet forebyggelse
- Nødvendigt at fokusere på forudsætningerne for, at det primære sundhedsvæsen kan løfte de nye opgaver, der lægges op til (tværkommunalt samarbejde, tilstrækkelig lægedækning mv.)
- Tydeligere sigtelinje vedrørende kapacitet, fx understøttet af data. Kan fx udfoldes i kapitlet vedr. teknologi om realtidsdata
- Tidlig diagnostik skal skrives mere frem; styrkelse af almen praksis' rolle og muligheder.

Derpå fulgte en nærmere drøftelse af udkast til anbefalinger i temakapitlerne.

Anbefaling 1: Centrale rammer for patientforløb bør justeres for at fremme mere patientstyrede og individuelt tilpassede forløb og derved opnå bedre resultater for patienters livskvalitet, funktionsevne, sygelighed og overlevelse.

- Det var opbakning til tilpasning af kræftpakkeforløbene, herunder at mulighed for differentiering af indsatserne indtænkes på et fagligt grundlag - f.eks. på baggrund af patienters situation, muligheder og præferencer. Det ønskes, at kommunerne inddrages i arbejdet. Der ønskes også en uddybelse af, hvad tidsperspektivet for et sådant initiativ vil være
- Bedre mulighed for at integrere fælles beslutningstagen som fast praksis i forløbene. Desuden plads til at kunne tage stilling til eventuelle behov for præhabilitering, rehabilitering og palliation. Der ønskes klarere definition af præhabilitering
- Opmærksomhed på hvordan præhabilitering kan indgå i forløbet indenfor rammerne af f.eks. de maksimale ventetider.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 2: Det bør gøres til fast praksis, at alle patienters respektive præferencer og forudsætninger lægges til grund for at kunne tilrettelægge de rette indsatser, herunder de relevante mål og –niveauer herfor ud fra mulighederne i situationen. Den faste praksis skal etableres som en kultur og værdi understøttet af arbejdsgange og brugerinddragende redskaber.

- Der ønskes definitioner af patientinvolvering og fælles beslutningstagen, og opmærksomhed på hvilke begreber der benyttes hvornår.

Ordet patientstyring er for nogle misvisende, da det associeres med til andre typer af patientforløb i fx psykiatrien.

- Tydeliggørelse af ansvarsplacering af den indledende patientinddragelse/behovsvurdering. Det foreslås bl.a. at fremhæve kædeansvaret på tværs af sektorerne
- Det ønskes en tydeliggørelse af, at almen praksis kan spille en større rolle i den indledende vurdering af patienternes situation, muligheder og præferencer, da almen praksis ofte er den første kontakt.
- Redskaber til patientrapporterede oplysninger ift. vurdering af patientens situation, muligheder og præferencer samt patientinvolvering bør indtænkes yderligere. Desuden fokus på hvem der skal følge op på oplysningerne.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 3: Opfølgning i almen praksis før, under og efter et kræftforløb bør systematiseres. Dette medvirker til, at almen praksis løbende er involveret i forløbet og dermed kan være opmærksom på og yde støtte til patienten i forbindelse med sygdomsforløbet.

- Bred opbakning til øget involvering af almen praksis i alle dele af kræftforløbet og med en væsentlig rolle i forhold til sårbare og multisyge patienter
- Fremhævelse af de almen medicinske indsatser og ikke kun almen praksis' koordinerende rolle
- En øget inddragelse af almen praksis i kræftforløbet forudsætter et tværsektorielt system med mulighed for bedre og mere fyldstgørende kommunikation, særligt vedrørende behandlingsforløbet.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 4: De nationale screeningsprogrammer evalueres og tilpasses med sigte på øget brug af risikobaseret screening.

- Bred opbakning til evaluering og tilpasning af screeningsprogrammerne og en udvikling hen imod mere risikobaseret screening.
- Tværsektorielle initiativer med henblik på øget deltagelse og særligt fokus på sårbare borgere
- Der ønskes en forventet tidshorisont for initiativer vedr. screeningsprogrammerne.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 5: Rehabiliteringstilbud bør robustgøres på tværs af landet og tilrettelægges integreret i patientforløbet, så patienters/borgeres

rehabiliteringsbehov imødekommes før, under og efter endt behandling, og støttes til at opnå bedst mulig funktionsevne og livskvalitet

- Præhabilitering udfoldes og det ønskes klarere beskrevet, hvilke borgere der bør vurderes ift. behov for det, og hvem der har ansvaret for det.
- Systematisk henvisning til rehabiliterende tilbud er positivt, men det vil kræve en kapacitetsopbygning i kommunerne, for at kunne imødekomme det, men opbakning til, at kommunen orienteres og tager kontakt til patienter ift. mulighed for afklarende samtale
- Muligheder for automatisk advisering på baggrund af f.eks. PRO blev drøftet med henblik på udfordringer ift. patienters rettigheder og GDPR samt ansvaret for at reagere på adviseringerne
- Sammenhængen til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud af borgere med kronisk sygdom, herunder patienter med kræft, bør tydeliggøres.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 6: Der bør etableres en national ensartet ramme for tydelig ansvars- og opgaveplacering på sygehuse, i kommuner og i almen praksis på baggrund af senfølgers specialiseringsgrad. Desuden øget mulighed for støttet egenomsorg. Formålet er, at patienter/borgere skal opleve tydelighed og nærhed i forhold til, hvor og hvordan deres senfølger varetages.

- Der var bred enighed om, at der er brug for en klar ansvarsfordeling af senfølgeindsatser på tværs af sektorerne, organiseret i forhold til behovet for specialiseringsgrad
- Der ønskes fokus på, hvornår en senfølge er kompleks og om generelle komplekse senfølger skal være en regional opgave eller kan løftes i andre sektorer. Desuden hvilken rolle almen praksis skal spille ift. senfølgeindsatsen og særligt støtte borgere til egenomsorg.
- Der var ønske om en national kvalitetsstandard for senfølger, på tværs af sygdomme.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 7: Den basale palliation bør styrkes, så borgerne kan lindres bedst muligt med afsæt i deres ønsker til den sidste tid, herunder mulighed for afslutning af livet i eget hjem. Det gøres ved at styrke relevante faggruppers kompetencer og muligheder for kommunikation/rådgivning med øvrige aktører.

- Der ønskes en tydeligere skelnen mellem den basale og den specialiserede palliation, en klarere definition af disse og at det også fremgår, at sygehusafdelinger også varetager basal palliation
- Overbehandling kan minimeres med en styrkelse af palliative indsatser. Desuden ønskes både et fokus på palliation i den sidste tid

og tidligere i forløbet, fx sideløbende med patientens aktive behandling

- Det bør overvejes, om en tværsektoriel kvalitetsstandard for basal palliation kan løfte indsatserne, også målrettet andre patienter med livstruende sygdomme.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 8: Forskning og kvalitetsudvikling bidrager til differentierede og effektive indsatser af høj kvalitet for borgere med og efter kræft i hele sundhedsvæsenet.

- Det vurderes positivt, at der tages initiativ til en tværgående organisering af arbejde med kvalitetsudvikling, forskning og data, men fremfor en egentlig ny organisation, er det snarere relevant med netværk imellem de allerede eksisterende organisationer
- Der er et stort uudnyttet potentiale for bedre brug af data, da mange data hverken indsamles eller bruges
- Der var ønske om bedre understøttelse af kommunal forskning med henblik på styrket tværsektoriel kvalitetsudvikling.

Følgegruppens drøftelse af:

Anbefaling 9: National udbredelse af modne AI-løsninger og andre sundhedsteknologiske løsninger samt rammer, der understøtter udvikling af nye løsninger.

- National digitalisering af patologien er en central forudsætning for udnyttelse af AI på området
- Nogle AI løsninger på kræftområdet er mere udviklede end andre, og det faglige oplæg bør anbefale at starte med de løsninger, som er mest udviklede
- AI kan fx benyttes i forbindelse med vurdering af, hvilke subgrupper af patienter, der vil have gavn af en given behandling.

Drøftelse af kapitel 3, 4 og 5 – status, forventet udvikling, opsummering og data.

- Der er lavet en god gennemgang af tidligere kræftplaner, men det ønskes adresseret, hvor mange midler der blev allokert til kommunerne
- Patienters private sundhedsforsikringer bidrager til at skabe ulighed
- Konklusioner fra Sundhedsstrukturkommissionen og Robusthedskommissionen ønskes yderligere inddraget, særligt hvordan konklusionerne kan adresseres i det faglige oplægs anbefalinger

- Stillingtagen til fremskrivningerne, der viser forskelle og ulighed mellem mænd og kvinder.

Dataanalysen

Sundhedsdatastyrelsen orienterede om status for arbejdet med dataanalysen, som skrider planmæssigt frem. Der er stadig enkelte udeståender ift. dataanalysen, som gøres færdigt frem mod det endelige udkast af oplægget.

Følgegruppen var interesseret i flere data for, hvor mange patienter, der indgår i pakkeforløb for kræft, men bliver afkræftet. Sundhedsdatastyrelsen bemærkede, at det er en udfordring at få data for dette, grundet omregistrering af patienter, som ikke længere er i kræftforløb.

Punkt 4. Videre proces

Det faglige oplæg kvalificeres efter følgegruppemødet og vil derefter blive sendt til følgegruppen med henblik på skriftlig kommentering i perioden 11.–25. september.

Der afholdes et forventeligt afsluttende møde i følgegruppen d. 8. oktober, med henblik på at følge op på ændringer på baggrund af kommenteringen samt orientere om de afsluttende trin frem mod færdiggørelse og aflevering af det faglige oplæg. Det blev aftalt at udvide mødet til 2 timer.

Punkt 5. Eventuelt.

Der var intet til dette punkt.