

FEBRUAR 2015

# OPFØLGNINGSPROGRAM FOR BRYSTKRÆFT



## **Opfølgningsprogram for brystkræft**

© Sundhedsstyrelsen, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 25.02.2015

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2015.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-094-4

## Forord

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 er to væsentlige hensyn med opfølgingsprogrammerne:

Et væsentligt hensyn omhandler den patientoplevede kvalitet, nemlig at patienters behov søges imødekommet efter faglig vurdering og beslutning, herunder fokus på psykosociale indsatser og senfølger, inddragelse og forventningsafstemning i forhold til den individuelle plan for opfølgning samt øget ensartethed i tilbud på tværs af landet.

Et andet væsentligt hensyn med de nye opfølgingsprogrammer er, at ressourcerne på kræftområdet skal bruges mest hensigtsmæssigt. Sundhedsvæsenets ressourcer (herunder billeddiagnostik) skal bruges på evidensbaseret diagnostik og behandling - ikke på rutinekontroller uanset sygdomsstadie, på svagt videnskabeligt grundlag. Patienter skal derfor ikke tilbydes billeddiagnostiske rutinekontroller, hvis det ikke er nødvendigt.

Alle relevante faggrupper og almen praksis skal inddrages bl.a. med henblik på at imødekomme den forventede stigning i antallet af patienter og deraf øgede pres på kapaciteten, som følge af at den ældre population vokser.

Opfølgingsprogrammerne er så vidt muligt evidensbaserede. På områder, hvor der ikke er evidens, udarbejdes en plan for tilvejebringelse deraf.

Opfølgingsprogrammerne er baseret på patientens forudsætninger. Patienten skal således instrueres i og have en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation.

Som behandler skal man have den enkelte patients behov i fokus og udfordre den måde, man som behandler plejer at tænke.

Grundsten for opfølgningen efter kræft er:

- Differentierede indsatser på baggrund af individuelle behovsvurderinger. Patienter kan have forskellige behov for opfølgning alt efter den specifikke kræftsygdom, sygdomsstadie og behandling. Nogle patientgrupper har brug for hyppig opfølgning på sygehus evt. med en række billeddiagnostiske undersøgelser, mens andre patienter har brug for sjældnere kontakter fx ved nyopståede symptomer. Andre kan have brug for rehabiliterende, palliative og psykosociale indsatser, som kan varetages i regi af kommunen eller almen praksis
- I samarbejde og dialog mellem patienten og den ansvarlige sygehusafdeling, udarbejdes en individuel plan for opfølgning, herunder forventningsafstemning med patienten. Ved planlægningen af det individuelle forløb tages der hensyn til den specifikke kræftsygdom, herunder den givne be-

handling, bivirkninger, senfølger, sygdomsprogression og - udbredelse samt til patientens samlede situation ved opfølgningen. Er der fx behov for undersøgelser på sygehus, tages der udgangspunkt i opfølgningsprogrammernes standardoversigter over tid, sted, hyppighed og indhold, tilpasset den enkelte patients behov og den sundhedsfaglige beslutning om tilbud

- Større grad af egenomsorg for nogle patientgrupper. Patienterne støttes til egenomsorg via patientuddannelse/information om sygdommen med henblik på at kunne være opmærksom på nyopståede symptomer og reagere på alarmsymptomer samt på fysiske og psykiske senfølger. Patienterne informeres om muligheder for hurtig kontakt ved behov og tid til undersøgelse ved eventuelle nyopståede symptomer og senfølger

Opfølgningsprogrammet udgives som en selvstændig publikation, men er en del af det relevante pakkeforløb for kræft, idet opfølgningsprogrammet beskriver forløbet efter den initiale behandling af kræftsygdommen. Samtidig med publicering af opfølgningsprogrammet, publiceres en ny version af pakkeforløbet, hvor det tidligere kapitel vedr. efterforløbet er udtaget, idet opfølgningsprogrammet erstatter dette kapitel.

Alle opfølgningsprogrammerne er udarbejdet i et samarbejde mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen på baggrund af en generisk model, som er varieret i de enkelte programmer tilpasset den specifikke kræftsygdom. I alt 14 kliniske arbejdsgrupper har været nedsat, som har udarbejdet de 19 opfølgningsprogrammer. Regionerne og Sundhedsstyrelsen takker de bredt sammensatte arbejdsgrupper for det store og kvalificerede stykke arbejde, som er ydet.

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>5</b>
1.1	Opfølgning af kræftpatienter	5
1.2	Definitioner	5
1.3	Evidens	6
1.4	Stratificering af patientgruppen	6
1.5	Formål med opfølgningsprogrammet	7
1.6	Indhold i opfølgningsprogrammet	8
1.6.1	Beskrivelse af indsatserne	8
1.6.2	Opsporing af resttumor og recidiv	8
1.6.3	Rehabilitering, palliation, psykosocial støtte og egenomsorg	9
1.6.4	Beskrivelse af senfølger	9
1.7	Organisering af opfølgningsprogram	9
1.7.1	Kommunikation og inddragelse	10
1.7.2	Opgavefordeling og koordination	11
1.7.3	Tidsforløb	11
1.8	Plan for det individuelle forløb	11
1.9	Fremadrettede behov for monitorering, udvikling og forskning	11
<b>2</b>	<b>Patientgruppen</b>	<b>12</b>
2.1	Incidens	12
2.2	Stratificering i opfølgningsprogrammet	12
2.3	Prævalens	12
<b>3</b>	<b>Formål med opfølgningsprogrammet</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Indsatser</b>	<b>14</b>
4.1	Opsporing af resttumor og recidiv	14
4.1.1	Brystkræft uden fjernmetastaser ved diagnosticeringen	14
4.1.2	Brystkræft med fjernmetastaser ved diagnosticeringen	16
4.2	Rehabilitering og palliation	16
4.2.1	Fysiske senfølger	17
4.2.2	Psyko-sociale senfølger	20
4.3	Kommunikation, patientinddragelse og støtte til egenomsorg	20
4.4	Opgavefordeling og koordination	21
4.5	Tidsforløb	22
4.5.1	Skematisk beskrivelse af indsatser og tidsforløb	23
<b>5</b>	<b>Plan for det individuelle forløb</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>Monitorering, forskning og udvikling</b>	<b>28</b>
6.1	Monitorering af opfølgning af kræftpatienter	28
6.1.1	Evaluering af behandling	28
6.1.2	Forskning	29
6.2	Udvikling af nye organisationsformer	29
6.2.1	Udvikling og udbygning af koordination mellem afdelinger/sektorer	29
<b>7</b>	<b>Arbejdsgruppen</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>Referencer</b>	<b>31</b>
<b>Bilag 1</b>	<b>Forslag til standardbrev til brystkræftpatienter</b>	<b>32</b>
<b>Bilag 2</b>	<b>Checkliste til almen praksis</b>	<b>35</b>

# 1 Introduktion

Introduktionen fungerer som læsevejledning, idet programmets opbygning og overordnede indhold gennemgås. Endvidere beskrives baggrunden for opfølgingsprogrammerne og centrale begreber.

## 1.1 Opfølgning af kræftpatienter

Udredning og initial behandling af kræftpatienter er beskrevet i de enkelte pakkeforløb for kræft. I forbindelse med udarbejdelse og revision af pakkeforløbene blev det klart, at der var behov for at nyvurdere og beskrive indsatserne efter den initiale behandling mere præcist. Der foreligger for mange kræftformer ikke evidensbaseret dokumentation for virkningen af opfølgning af kræftpatienter. Sundhedsstyrelsen lavede en medicinsk teknologisk vurdering (MTV) med udgangspunkt i 2 gynækologiske kræftformer ('Kontrolforløb for gynækologiske kræftpatienter' 2009). MTV'en bekræftede, at der var meget uensartede kontrolprogrammer landet over, at der var manglende evidens for indsatserne, samt at prognosen for kvinder med recidiv ikke blev forbedret ved faste kontroller.

Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet konkluderede på den baggrund i december 2011, at det må antages, at der anvendes ressourcer på opfølgning, som ville kunne anvendes mere hensigtsmæssigt både til andre opfølgende indsatser og i andre dele af patienternes forløb, samt at der er grund til at antage, at kvaliteten af opfølgingsforløb for kræftpatienter kan udvikles og optimeres indenfor den eksisterende økonomiske ramme.

Det blev derfor besluttet, at der skulle igangsættes et arbejde med henblik på at bedre tilrettelæggelsen af kræftpatienters kontrolforløb. En såkaldt generisk arbejdsgruppe drøftede og præciserede i 2012 de generelle formål og indsatser, formidling og dialog mellem patient og sundhedsvæsenet, opgavedeling og planlægningsmæssige rammer, krav til evidens samt rammer for fremtidig forskning og kvalitetskontrol.

I 2013 blev der nedsat arbejdsgrupper vedr. de specifikke kræftformer med det formål at beskrive og strukturere opfølgningen af patienter med de enkelte kræftformer, med udgangspunkt i en generisk model for opfølgning af kræftpatienter, idet der blev fokuseret på kræftpatienters behov og på kvaliteten af opfølgningen.

Det sygdomsspecifikke opfølgningsprogram udgives som en selvstændig publikation, men bliver en del af pakkeforløbet for kræft, idet opfølgningsprogrammet beskriver forløbet efter den initiale behandling af en kræftsygdom. I forbindelse med publicering af opfølgningsprogrammet publiceres en ny version af pakkeforløbet, hvor det tidligere kapitel vedr. efterforløbet er udtaget, idet opfølgningsprogrammet erstatter dette kapitel.

## 1.2 Definitioner

*Opfølgning* defineres som planlagte indsatser/kontakter efter afslutning på den initiale behandling. For nogle patienter kan den initiale behandling være langvarig, og i de tilfælde startes opfølgningen fx 2-3 mdr. efter, at den initiale behandling påbe-

gyndes. Disse patienter kan have samme behov for opfølgning som de patienter, der modtager kortvarig initial behandling. Opfølgningsprogrammet for en specifik kræftsygdom beskriver den samlede mulige vifte af indsatser, mens den individuelle plan beskriver de indsatser, der er fagligt besluttet at tilbyde den enkelte patient. De planlagte indsatser/kontakter kan variere fra patient til patient. Betegnelsen *opfølgning* er bredere end betegnelsen *kontrol*, som lægger op til en mere systematisk overvågning. Derfor anvendes betegnelsen *opfølgning*.

Som i pakkeforløb for kræft dækker *initial behandling* over såvel den primære behandling som forud planlagt efterbehandling, herunder stråleterapi, medicinsk behandling og kirurgi. Den initiale behandling kan foregå i flere regier og justeres i forløbet.

### 1.3 Evidens

Opfølgning er en faglig indsats på linje med andre faglige indsatser i sundhedsvæsenet og bør derfor i videst muligt omfang være baseret på evidens. Der mangler dog ofte evidens for den patientrelaterede effekt af de opfølgende indsatser. Endvidere er der store variationer i de opfølgende indsatser landet over, hvilket kan vise, at der mangler landsdækkende, evidensbaserede kliniske retningslinjer på nogle områder.

Formålet er på sigt at bedre tilrettelæggelsen af opfølgningen således, at opfølgningen foregår på et ensartet, evidensbaseret højt fagligt niveau landet over og med en hensigtsmæssig ressourceanvendelse.

Graden af evidens samt hvilke andre kriterier, fx bedste kliniske praksis eller forskning (med patientens samtykke), som indsatserne er baseret på, er beskrevet i opfølgningsprogrammet. Referencer findes bagerst i programmet.

### 1.4 Stratificering af patientgruppen

Målgruppen for opfølgning er alle patienter, der har fået stillet diagnosen kræft, uanset om de har gennemgået den initiale behandling af kræftsygdommen eller ej. Målgruppen omfatter også de patienter, for hvem behandlingen fortsætter i længere tid eller alene har lindrende karakter.

I opfølgningsprogrammet er der foretaget en stratificering af patientgruppen beskrevet på baggrund af den givne kræftsygdom, den givne behandling samt risikoen for senfølger. Alle patientgrupper skal som minimum have foretaget en behovsvurdering som grundlag for den videre opfølgning. Ved behovsvurderingen tages der blandt andet udgangspunkt i stratificeringen af patientgruppen.

Antallet af patienter, der tilbydes opfølgning, er så vidt muligt beskrevet. Antallet af patienter er væsentligt, idet det er med til at fastlægges ressourcebehovet og er et væsentligt element i organiseringen af indsatserne. Sundhedsstyrelsens MTV om kontrolforløb for gynækologiske kræftpatienter viste, at der mangler viden herom for denne patientgruppe.

Antallet af patienter kan anslås ud fra incidensen eller prævalensen af en given sygdom. På længere sigt vil der kunne udtrækkes data fra de kliniske databaser for antallet af patienter med de enkelte kræftformer og muligvis også data, som vil

kunne give en detaljeret viden om, hvilke opfølgende indsatser der faktisk tilbydes patienterne.

## 1.5 Formål med opfølgingsprogrammet

Formålet med opfølgingsprogrammet er at beskrive de indsatser, der kan komme på tale i forhold til patientens kræftsygdom, behandling m.v. og patientens individuelt vurderede behov.

Ved beskrivelsen af det sygdomsspecifikke opfølgingsprogram har arbejdsgruppen kritisk revurderet de traditionelle og rutinemæssige kontrolprogrammer, herunder om der er behov for opfølgning af alle patientgrupper, samt hvor i sundhedssystemet de eventuelle opfølgende indsatser bedst kan foregå. Tilbuddene skal samtidigt være realistiske i forhold til anvendelse af ressourcer.

Grundlaget for opfølgningen af den enkelte patient bør være, at patientens behov afdækkes i dialog med patienten, og at der derefter tages en sundhedsfagligt baseret beslutning om indholdet af den planlagte, individuelle opfølgning. Det besluttes, hvorvidt der er basis for opfølgning og i så fald, hvilke indsatser patienten skal tilbydes. I Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, anbefales behovsvurdering ift. rehabiliterende og palliative indsatser.

Ifølge forløbsprogrammet bør behovsvurderingen ”altid tage udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation, for på denne måde at tage et bredt afsæt i patientens forudsætninger, og dermed også inddrage ulige vilkår, som en præmis i behovsvurderingen”. På længere sigt vil det være hensigtsmæssigt at udvikle ”værktøjer” til denne faglige afdækning.

Den generiske arbejdsgruppe har identificeret følgende potentielle konsekvenser/formål med de opfølgende indsatser, i uprioriteret rækkefølge:

- Observere patienten med henblik på at identificere patientens behandlingsbehov, herunder identifikation og behandling af senfølger
- Påvise evt. resttumor
- Finde recidiv, hvis det for den pågældende kræftsygdom og patient har en behandlingsmæssig og/eller prognostisk konsekvens
- Rehabilitering og palliation
- Støtte patienten til egenomsorg ved grundig information om sygdommen med henblik på egen opmærksomhed på eventuelle, nyopståede symptomer og om kontaktmuligheder med henblik på hurtig adgang til sygehuset ved behov. Støtte til egenomsorg kan også være tilbud om sygdomsspecifikke forebyggende aktiviteter
- Nødvendig psykosocial støtte
- Nødvendig støtte i forbindelse med eksistentielle problemstillinger
- Forskning (i protokollerede undersøgelser) af behandlingseffekt og eventuelle senfølger af behandling.

Formålsbeskrivelsen er i tråd med Watson's et al.'s (1) liste over områder opdelt i patienters fysiske sundhed, psykiske sundhed og sociale liv, som en kræftdiagnose og behandling kan have konsekvenser for.



## 1.6 Indhold i opfølgningsprogrammet

Opfølgningsprogrammet beskriver forskellige scenarier for opfølgning, både hvad angår tid, sted, hyppighed og indhold.

### 1.6.1 Beskrivelse af indsatserne

De enkelte indsatser, der tilbydes i det sygdomsspecifikke opfølgningsprogram, beskrives mht. formål, forventet udbytte og evidens, på følgende niveauer:

1. Hvilke overordnede indsatser, der er relevante i forhold til den pågældende kræftsygdom.
2. Hvilke indsatser, der er relevante i forhold til de enkelte patientgrupper stratificeret efter prognose og behandling, dvs. hvordan opfølgning for de enkelte patientgrupper passer ind i de beskrevne overordnede indsatser.
3. På baggrund af de beskrevne overordnede indsatser og indsatser for de enkelte patientgrupper i det sygdomsspecifikke opfølgningsprogram, tilrettelægges et individuelt opfølgningsforløb for den enkelte patient.

Et individuelt opfølgningsprogram skal således balancere mellem hensynet til landsdækkende, ensartede programmer på den ene side og på den anden side patientens individuelle behov og de deraf affødte individualiserede indsatser.

Patienter med den samme kræftform kan have forskellige behov for opfølgning. Patienter med særlige behov kan have behov for at blive fulgt tættere end andre og nogle patienter har slet ikke behov for opfølgning.

Ved den individuelle behovsvurdering bør der tages udgangspunkt i kræftsygdommen og dens karakteristika, herunder kendte senfølger til behandlingen, samt anlægges et helhedssyn på patienten, således at dennes psykosociale situation, evt. komorbiditet m.v. medtænkes. Mange patienter har komorbiditet, som har stor betydning for deres dagligdag. Komorbiditet følges oftest i almen praksis. Opfølgningen af patientens kræftsygdom bør kombineres med indsatser i forbindelse med komorbiditet, således at opfølgningen foregår i det nære sundhedsvæsen, hvis en specialiseret indsats ikke er nødvendig.

Det sygdomsspecifikke opfølgningsprogram beskriver, hvilke af de ovenfor beskrevne formål der giver anledning til konkrete opfølgningsindsatser, samt begrundelsen derfor.

### 1.6.2 Opsporing af resttumor og recidiv

Opsporing af resttumor og recidiver er integrerede elementer af opfølgningsprogrammet, hvis det for den pågældende kræftsygdom har en behandlingsmæssig og prognostisk konsekvens.

Programmet beskriver standardprogrammer for indsatser og organisering vedr. opsporing af resttumor og recidiv i forhold til patientgruppestratificeringen, på baggrund af recidivfrekvens og –mønster samt behandlingsmuligheder ved recidiv.

### 1.6.3 Rehabilitering, palliation, psykosocial støtte og egenomsorg

Ved opfølgningen skal der være fokus på behov for rehabiliterende indsatser, som kan være såvel sygdoms- eller behandlingsspecifikke som mere generelle for kræftpatienter. Det bør ved opfølgningen sikres, at patienterne får de relevante tilbud.

Ligeledes bør der være fokus på palliative indsatser, der skal indtænkes tidligt i forløbet og integreres med de øvrige indsatser, jf. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, Sundhedsstyrelsen 2011.

Det er beskrevet, hvordan sygdomsspecifikke palliative indsatser og rehabiliteringsindsatser, herunder genoptræningsplaner, indgår i opfølgningsprogrammet.

Endelig er det beskrevet, hvordan patienten støttes psykosocialt, til mestring af sin situation og til at varetage egenomsorg m.m., ved grundig information om sygdommen, symptomer som evt. kan opstå samt støtte i form af sygdomsspecifikke forebyggende indsatser.

### 1.6.4 Beskrivelse af senfølger

I dette afsnit beskrives senfølger, der kan opstå efter den initiale behandlingsformer i relation til den specifikke kræftform. Dvs. de senfølger, som sundhedspersonalet bl.a. bør være opmærksomme på ved behovsvurderingen, er beskrevet.

Beskrivelsen er ikke fuldstændig men overordnet, idet mulige senfølger, herunder sjældne senfølger af kræftbehandling, er afhængig af de enkelte behandlingsmodaliteter og sammensætninger af behandlinger, som til stadighed skifter indenfor kræftbehandling.

Risikoen for senfølger er afhængig af selve sygdomsmanifestationen, intensiteten og arten af behandlingen samt evt. varige bivirkninger til behandlingen. Senfølger kan opstå mange år efter den afsluttede behandling.

Senfølger kan omfatte organskader, der manifesterer sig *under* behandlingen (som kardiomyopati, nyreskader, hørenedsættelse), eller senfølger der manifesterer sig *efter* at behandlingen er ophørt (fx endokrine forstyrrelser, sekundær cancer) *Accelererede aldringsprocesser* kan også være senfølger, herunder tidlig menopause, arteriosklerotisk hjertesygdom og nyre – eller lungefunktionsnedsættelse. Endelig er *psykiske lidelser*, herunder særligt depressivitet og angst en kendt senfølge.

Tegn på organ dysfunktion bør resultere i yderligere undersøgelser og mere intensiv opfølgning. Identifikation af dysfunktioner er vigtig for at kunne give patienten de bedste muligheder for hensigtsmæssig behandling og rehabilitering.

## 1.7 Organisering af opfølgningsprogram

Opfølgningsprogrammet beskriver, hvordan programmet kan organiseres, således at det både sikres, at opfølgningen varetages af kvalificeret personale, og at indsatserne varetages med det lavest mulige ressourceforbrug. Organiseringen omfatter

således implementering og beskrivelse af mulig opgaveglidning mellem professioner og sektorer.

De opfølgende indsatser bør foregå der, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patienten i forhold til faglig indsats, viden, formål og ressourcer. Opfølgingsforløbet skal ikke på forhånd forankres i ét speciale, da mange patienter tilbydes indsatser i forskellige afdelinger/specialer, herunder almen praksis pga. eventuel komorbiditet, senfølger m.v. Hvis opfølgningen foregår på sygehuset, bør den foregå i samarbejde mellem de forskellige specialer, forankret i multidisciplinære teams som for pakkeforløbenes vedkommende. Integrering, koordination mellem specialer og på tværs af sektorer og sikring af kommunikationen er således vigtig – også for at sikre, at patienten modtager den samme og fyldestgørende information.

Nogle opfølgende indsatser kan varetages af sygeplejersker i stedet for speciallæger i sygehusvæsenet. En undersøgelse af brystkræft viser, at der kun er behov for en speciallæge ved 15 % af de opfølgende indsatser(2).

Ligeledes kan en del opfølgning foregå i almen praksis, evt. efter aftale med den relevante sygehusafdeling med mulighed for hurtig genetableret kontakt ved behov. Kontakten for afsluttede patienter bør generelt primært være til almen praksis, der så skal have let adgang til det sekundære sundhedsvæsen ved behov.

En revurdering af hele organiseringen af kræftpatienters opfølgning forudsætter en markant holdningsændring hos behandlere såvel som hos patienter. Der stilles derfor krav til de involverede ledelser på alle niveauer om at have fokus på området og sikre den nødvendige information og opfølgning på implementering og drift.

### 1.7.1 Kommunikation og inddragelse

Før opfølgningen påbegyndes bør det tydeligt formidles til patienten, hvad formålet med opfølgningen er. I dialogen med patienten er det således vigtigt at tydeliggøre at:

- Den individuelle opfølgning baseres på det beskrevne opfølgningsprogram for den pågældende kræftform, en vurdering af patientens individuelle behov samt en beslutning om, hvilke indsatser der er behov for.

Med udgangspunkt i den indledende stratificering af patientgrupper og den enkelte patients behov kan en patient indgå i et opfølgningsprogram.

Det bør overfor patienten påpeges at:

- Opfølgning med hyppige kontrolskanninger ikke er nødvendig for alle kræftpatienter. Der er ikke videnskabelig dokumentation for, at hyppige kontrolskanninger forlænger overlevelsen
- Formålet med opfølgningen også er at iværksætte rehabiliterende og palliative indsatser m.v. efter behov
- Patienter, som ikke følges hyppigt på sygehuset, løbende kan få hurtig tid til undersøgelse m.v., hvis der opstår symptomer. Information om kontaktmuligheder gives til patienten som en del af den individuelle plan

### 1.7.2 Opgavefordeling og koordination

Det beskrives, hvem der er ansvarlig for opgavefordelingen i forbindelse med det enkelte opfølgingsprogram. Det må sikres, at meget små patientgrupper med komplekse problemstillinger ikke spredes over for mange aktører. En entydig ansvarsplacering for indsatsen og koordination mellem fagprofessionelle, afdelinger og sektorer er beskrevet i opfølgingsprogrammet. På baggrund heraf skal der efterfølgende udarbejdes lokale aftaler.

### 1.7.3 Tidsforløb

Opfølgingsprogrammet beskriver, hvornår standard-opfølgingsforløb for specifikke patientgrupper kan påbegyndes og afsluttes. Nogle opfølgingsforløb starter umiddelbart efter en afgrænset og forholdsvis kortvarig initial behandling, fx operation. Opfølgingsprogrammet omfatter også de forløb, hvor patienter sideløbende tilbydes meget langvarig medicinsk behandling som led i den planlagte initiale behandling, fx mere end 6 mdr., idet disse patienters behov på mange områder er magen til behovene hos patienter, hvis behandling afsluttes tidligere.

## 1.8 Plan for det individuelle forløb

En plan for det individuelle forløb udarbejdes i samarbejde og dialog med patienten og evt. pårørende på baggrund af opfølgingsprogrammets beskrivelser og en vurdering af den enkeltes behov. Det afklares bl.a. hvilken information den pågældende patient har behov for, herunder hvor patienten kan finde information om opfølgende tilbud m.v.

Der foretages en forventningsafstemning med patienten og evt. pårørende inden formulering af den individuelle plan (se kapitlet vedr. plan for det individuelle forløb). En tydelig forventningsafstemning opleves at skabe tryghed hos patienten.

## 1.9 Fremadrettede behov for monitorering, udvikling og forskning

Der er brug for øget viden vedr. opfølgning af kræftpatienter. Den grundlæggende evidens er beskrevet i teksten for opfølgingsprogrammet, og det fremgår heraf, hvor der mangler evidens. Dette uddybes i kapitlet vedr. fremadrettede behov for monitorering, udvikling og forskning.

En ny organisering af området giver tillige mulighed for at iværksætte pilotprojekter med indhøstning af erfaringer, inden nye modeller implementeres bredt.

## 2 Patientgruppen

Opfølgingsprogrammet er målrettet patienter med brystkræft.

### 2.1 Incidens

I 2011 var der 4.607 nye tilfælde af brystkræft efter afslutning af prævalensrunden af mammografi-screeningen i 2007-2010 (Cancerregisteret 2011 (3)). Det skønnes, at der fremover vil være ca. 4.200 nye tilfælde af brystkræft pr. år og ca. 1.200 pr. år, som udvikler tilbagefald af sygdommen i Danmark.

### 2.2 Stratificering i opfølgingsprogrammet

Disse patienter kan deles i fire hovedgrupper:

1. Patienter med operabel brystkræft (stadium I-II)
  - a. Med lav risiko for recidiv (tilbagefald af sygdommen): ca. 200 nye patienter pr. år
  - b. Med moderat til høj risiko for recidiv: ca. 3.700 nye patienter pr. år
2. Patienter med inoperabel brystkræft (stadium III): ca. 150 nye patienter pr. år
3. Patienter med brystkræft spredt uden for brystområdet (fjernmetastaser, stadium IV): ca. 150 nye patienter pr. år
4. Patienter som efter initial behandling udvikler tilbagefald: ca. 1.200 nye patienter pr. år. Tilbagefaldet kan være
  - (a) enten lokaliseret til brystområdet og samsidige armhule
  - (b) eller spredt uden for brystområdet (fjernmetastaser)

Patienter i gruppe 1, 2 eller 4a er kurativt behandlet for brystkræft, medens patienter i gruppe 3 og 4b har fjernmetastaser og dermed en væsentlig dårligere prognose. Kurativ behandling af denne gruppe er sjældent mulig; palliation og forebyggelse af komplikationer er derfor i denne situation højest prioriteret. Opfølgingsprogrammets karakter er således væsentligt forskelligt og behandles derfor separat i det følgende.

### 2.3 Prævalens

Ved udgangen af 2011 levede der i alt 56.259 kvinder med diagnosen brystkræft i Danmark (3). Blandt disse vil omkring 30.000 være i aktiv kræftbehandling eller i et opfølgingsforløb i 2013. Dette tal er beregnet ud fra antal nye patienter pr. år, antal døde af brystkræft og andre årsager og en opfølgingsperiode på 10 år efter diagnosen. Tallet kan forventes at stige i fremtiden, da dødeligheden af brystkræft og andre årsager generelt er faldende.

### 3 Formål med opfølgningsprogrammet

Hovedformålet er at opnå den mest hensigtsmæssige strategi ved opfølgning af patienter med brystkræft, idet der for alle patienter bør sikres et tilbud om evidensbaseret opfølgning.

Der er 5 formål med opfølgning efter initial behandling af brystkræft:

1. Forbedring af overlevelse
2. Rehabilitering/palliation, herunder forebyggelse af komplikationer
3. Opretholdelse af livskvalitet
4. Evaluering af behandling
5. Forskning i behandlingseffekt, senfølger og andet

## 4 Indsatser

### 4.1 Opsporing af resttumor og recidiv

#### 4.1.1 Brystkræft uden fjerne metastaser ved diagnosticeringen

For patienter med brystkræft uden fjernmetastaser (kapitel 2, gruppe 1, 2 eller 4a) er der evidens for, at overlevelsen forbedres ved regelmæssig undersøgelse for ny brystkræft og ved tidlig opsporing af tilbagefald i brystområdet (loko-regionært recidiv).

#### Undersøgelse for ny brystkræft/loko-regionært recidiv

Omkring 1% af brystkræftpatienter vil årligt udvikle ny brystkræft i det andet bryst. Patienter, der har fået påvist brystkræft før 40 års alderen, har efter 25 år en kumulativ risiko på 31 % for en ny brystkræft. Dette er især betinget af forøget risiko for modsidig brystkræft og kræft i æggestokkene og kan være forårsaget af arvelige forhold, f.eks. mutation i BRCA1 og BRCA2. DBCG har angivet retningslinjer for genetisk rådgivning ([www.DBCG.dk](http://www.DBCG.dk)). Sædvanligvis diskuteres genetisk rådgivning med patienten i forbindelse med den initiale behandling, men spørgsmålet kan også komme på tale under opfølgning. For patienter, der har fået påvist arvelig kræft i bryst eller æggestokke, kan specielle opfølgingsprogrammer komme på tale.

Genetisk rådgivning:

Arvelig brystkræft mistænkes ved:

- Brystkræft før 40 års alderen
- Både bryst- og æggestokkræft
- To førstegradsslægtninge med brystkræft før 50 år eller æggestokkræft
- Tre førstegradsslægtninge med brystkræft helst over mindst to generationer (mindst én før 50 år)
- Brystkræft hos mænd
- Påvist mutation i familien.

I disse tilfælde kan almen praksis henvise til genetisk rådgivning iht. DBCG's retningslinjer ([www.DBCG.dk](http://www.DBCG.dk)). Kvinder, der får påvist BRCA 1/2-genmutation opereret for brystkræft følges med årlig klinisk mammografi, startende 1 år efter operationen.

Patienter, der har fået foretaget brystbevarende behandling (lumpektomi og strålebehandling), har risiko for udvikling af lokalrecidiv i det opererede bryst. Risikoen ligger på 2-5 % i de første 5 år efter den initiale behandling (Kvalitetsindikatorrapport for brystkræft 2012). Risikoen for lokalrecidiv i brystet afhænger af en lang række faktorer så som alder, tumorstørrelse, malignitetsgrad, resektionsafstand, og om der var metastaser til lymfeknuderne i armhulen. Patienter med recidiv i det opererede bryst har mere end tre gange øget risiko for udvikling af fjernmetastaser.

Hvis recidivet opdages tidligt, kan nogle patienter kureres ved en fornyet operation med fjernelse af hele brystet.

### **Indsats ved opfølgningen**

Indsatsen omfatter omkring 4.000 nye patienter pr. år i Danmark.

Der foreligger evidens for, at rutinemæssige undersøgelser, såsom blodprøver, røntgen af thorax, ultralyd af leveren, CT og PET-scanninger, IKKE forbedrer overlevelsen efter brystkræft (4). Bortset fra mammografi er der derfor ikke indikation for at foretage rutineundersøgelser af symptomfrie kvinder, der følges efter behandling for brystkræft. Opfølgningsprogrammet bør imidlertid tilrettelægges således, at kvinder ved mistanke om recidiv undersøges i pakkeforløbet (jf. ovenfor). Tidlig diagnose af fjerne metastaser er i de fleste opfølgninger forbundet med forlænget overlevelse fra første recidiv, hvilket formentlig skyldes ”lead- og length-time bias”.

### **Billeddiagnostik**

Årlig klinisk mammografi (gennemføling af brystet, mammografi eventuelt suppleret med specialoptagelser, ultralydsscanning og eventuel nålebiopsi), indtil kvinden fylder 50 år.

### **Kvinder på 50 - 79 år**

Mastektomerede: Røntgenundersøgelse jf. de kliniske retningslinjer.

Lumpektomerede: Klinisk mammografi 18 mdr. efter operationen. Ved denne undersøgelse tager radiologen stilling til, om kvinden kan overgå til screeningsmammografi hvert 2. år.

Følger efter operation og efterbehandling herunder plastikkirurgi, tilfælde hvor den primære kræftforandring ikke var mammografisk synlig samt et meget tæt brystvæv, hvor kirtelbindevævet udfylder > 75 % af brystet, kan medføre at nogle kvinder i nogle år fortsat bør følges med klinisk mammografi hvert 2. år. Arbejdsgruppen skønner, at dette vil være tilfældet i mindre end 10 %.

Tætheden af kirtelvævet aftager hos de fleste kvinder med tiden, ligesom operations- og stråleforandringer aftager, og kvinden kan senere vurderes til at være egnet til at indgå i screeningsprogrammet.

Der skelnes i ovenstående rekommandationer ikke i mellem høj- og lavrisiko patienter, eller om der er tale om invasiv cancer eller forstadier (DCIS), idet kvinder med høj risiko tilbydes supplerende behandling.

### **Endokrin behandling**

Hovedparten af patienter med operabel brystkræft, hvis tumor var østrogenreceptor positiv, afhængig af menopausal status og mængden af østrogenreceptorer tilrådes anti-hormonbehandling i 5 til 10 år efter den initiale behandling (operation, kemoterapi, strålebehandling).



## Udvikling af fjernmetastaser

Som nævnt i kapitel 2 skønnes det, at omkring 1.200 patienter pr. år i gruppe 1,2 og 4a udvikler recidiv. Der findes ikke oplysninger, der tillader at differentiere mellem lokalrecidiv og fjernmetastaser. Alle patienter, hvor recidiv mistænkes, skal imidlertid udredes på samme måde, og det skønnes derfor, at omkring 2-3 gange så mange patienter pr. år skal gennemgå et udredningsprogram på mistanke om metastaser. Der suppleres med relevante parakliniske undersøgelser.

Behandling af brystkræft med fjernmetastaser er først og fremmest palliativ og kun undtagelsesvis kurativ. Tidlig opsporing af fjernmetastaser tager således sigte mod at lindre og forebygge forværring af symptomer og komplikationer.

### 4.1.2 Brystkræft med fjernmetastaser ved diagnosticeringen

Brystkræftpatienter med fjernmetastaser kan ikke helbredes, men kan ofte leve i en længere periode under medicinsk behandling. Behandling og opfølgning går i denne situation "hånd i hånd", idet behandlingseffekt, bivirkninger og sygdomssymptomer / -komplikationer afstemmes for at opnå den mest optimale livskvalitet under samtidig hensyntagen til den forventede restlevetid. Disse patienter følges således ofte i op til årelange forløb, hvor sygdommen kan være i ro eller i forværring og hvor palliativ behandling med kemoterapi, antihormoner, antistoffer, strålebehandling mv. vurderes ud fra den individuelle situation. I dette forløb følges patienten tæt, fra hver 3. uge til hver 3.-6. måned afhængig af, hvilken behandling der gives. Opfølgningen planlægges ofte individuelt. Elementerne omfatter samtaler med læger, sygeplejersker, fysioterapeut, psykolog, socialrådgiver, evt. palliativt team, blodprøver og billeddiagnostik.

## 4.2 Rehabilitering og palliation

Rehabilitering og palliation planlægges på basis af en individuel behovsvurdering samt løbende opfølgning af de beskrevne senfølger. Hertil kan komme ikke-specifikke behov, der ligeledes skal vurderes med henblik på en evt. indsats. Indsætterne målrettes, efter at der er foretaget en faglig vurdering pba. den individuelle behovsvurdering. I henhold til Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation* (4), bør der udføres en behovsvurdering og forventningsafstemning (se kapitel 5).

Det er den behandlende afdelings ansvar at identificere patientens behov for rehabilitering og palliation samt, såfremt det besluttes at iværksætte en helhedsorienteret individuel indsats i forbindelse med opfølgningsprogram for brystkræft. Den individuelle indsats kan omfatte følgende aspekter: fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige, herunder også støtte til pårørende.

Ud over den generelle indsats i forhold til rehabilitering og palliation jf. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, Sundhedsstyrelsen 2011 er den specifikke indsats rettet mod:

- Patientens body-image med henblik på støtte i forhold til et eventuelt ændret body-image.
- Et evt. ønske om brystrekonstruktion og henvisning til Plastikkirurgisk Afdeling

- Behov for lymfødembehandling og/eller andre senfølger efter behandlingen jf. afsnit 4.2.1
- Koordinering af behandlingstider for at fastholde en mulig tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Opfølgende rehabiliteringssamtale i forbindelse med afslutning på behandlingsforløbet med henblik på at komme tilbage til hverdagslivet.
- Behov for henvisning til Det Palliative Team

Den fysiske genoptræning kan begynde før, under og efter den initiale behandling afhængig af patientens eget ønske, behov og evt. tilkomne komplikationer efter den givne behandling.

- 2-4 uger postoperativt: ambulans fysioterapeutisk kontrol med henblik på vurdering af behandlingsrelaterede postoperative smerter, skulder/arm bevægelighed, scapulahumeral rytme, styrke, neural tension, cicatrice, omfangsvurdering af arm samt udarbejdelse af relevant øvelsesprogram og oplæg til evt. genoptræningsplan (differentiering i forhold til operationstype).
- Senere i forløbet: genoptræning evt. i form af holdtræning, mulighed for et individuelt forløb, hvor dette er nødvendigt, mulighed for opfølgning efter endt behandling, afsluttende vurdering af skulder/armfunktion 4-6 uger efter endt strålebehandling (ca. 6 mdr. postoperativt).

For kvinder med brystkræft uden fjernmetastaser er der behov for rehabilitering iht. afsnittet om senfølger nedenfor. Opretholdelse af livkvalitet hænger nøje sammen med rehabilitering og er ligeledes beskrevet nedenfor.

#### 4.2.1 Fysiske senfølger

Senfølger kan opstå umiddelbart i tilslutning til initial behandling eller sent efter afsluttet behandling for brystkræft, f. eks. lymfødeme af armen, der kan debutere flere år efter initial behandling. I det følgende er der ikke skelnet mellem disse to typer af senfølger men under et set på, hvilke kroniske gener kvinder kan opleve efter diagnose og behandling for brystkræft. Senfølger kan grupperes i fysiske (lokale og systemiske) og psyko-soziale (5). Patienterne er blevet informeret mundtligt og skriftligt om disse i forbindelse med behandlingens start.

##### **Lokale: smerter og lymfødeme**

Der er evidens for, at knapt halvdelen af alle kvinder angiver, at de har smerter i brystområdet to år efter operationen. Risikoen for at udvikle kroniske smerter svinger fra 25% til 60% afhængig af behandling. Blandt kvinder med kroniske smerter er disse svære, og en daglig gene hos 13 % svt. at 6 % af alle der behandles ender med betydelige kroniske smerter. En opfølgning af disse kvinder har vist, at ca. 1/3 af kvinderne med smerter oplever, at generne svinder efter yderligere 2 til 3 års observation, mens 15 % af de kvinder, der var smertefri ved første undersøgelse, udvikler smerter op til fem år efter behandlingen. Tilsvarende oplyser 60 % at de har føleforstyrrelser i det opererede område og ud i overarmen. Risikofaktorerne for udvikling af kroniske smerter er antallet af fjernede lymfeknuder i armhulen og strålebehandling. Endvidere har yngre kvinder og kvinder, der i forvejen har kroniske smerter f. eks. i ryggen eller tendens til hovedpine, større risiko for at blive ramt

af kroniske smerter. Generelt har kvinder, der modtager brystbevarende behandling, og kvinder, der får fjernet brystet, samme risiko for at rammes af smerter. Kemoterapi og antihormonbehandling er ikke risikofaktorer for udviklingen af kroniske smerter.

Udvikling af armlymfødem er en hyppig senkomplikation til lokalbehandling af brystkræft. Risikoen for udvikling af lymfødem er især relateret til omfanget af det kirurgiske indgreb og til eventuel strålebehandling mod armhulen. Forekomsten af lymfødem kan opgøres på forskellig måde, hvilket medfører, at man ser meget varierende angivelser af hyppighed. Hvis man spørger kvinder, om de oplever tyngdefornemmelse af armen på den opererede side efter to år svarer 38 % ja, varierende fra 13% til 65% afhængig af behandling. 24% af de behandlede kvinder angiver, at der er aktiviteter, de har måttet opgive efter deres behandling for brystkræft, og 22% har måttet ændre på deres arbejde eller sportsaktiviteter.

Andre senfølger til strålebehandling er sjældne, men der kan ses lungefibrose og skader på armens nerver. Diagnose heraf er en specialistopgave.

### **Indsats ved opfølgning**

Smerteanamnese og undersøgelse for lymfødem foretages iht. DBCG's opfølgningsskema.

For kvinder med kroniske smerter (6-13%), der påvirker deres daglige liv, hvis egen læge ikke kan afhjælpe problemet, skal der være mulighed for henvisning til smerteklinik eller anden instans.

Traditionelt diagnosticeres lymfødem ved måling af overarmens omkreds, idet lymfødem sædvanligvis defineres som mere end 2 cm forskel på armene. Der er evidens for, at tidlig intervention med ekstern kompression er vigtig for forløbet af lymfødem. Ved mistanke om lymfødem suppleres med relevante parakliniske undersøgelser for at udelukke recidiv som årsag til lymfødem. Hvis recidiv kan udelukkes, henvises patienten til antilymfødem-behandling hos fysioterapeut, der afgør typen af lymfødembehandling.

### **Systemiske senfølger: bevægeapparatet, gynækologiske og hjertekarsygdomme**

#### Senfølger i bevægeapparatet

Kemoterapi kan give anledning til akutte bivirkninger, der som regel fortager sig eller ophører i tiden efter behandlingens afslutning. Nogle bivirkninger, f.eks føleforstyrrelser i hænder og fødder, kan dog vare ved og give problemer på længere sigt. Bivirkninger til antihormonbehandling er hyppige og mere problematiske, idet antihormonbehandling er langvarig (5-10 år).

Led- og muskelsmerter er hyppige under antihormonbehandling, og kan skyldes mangel på østrogen, men den egentlige årsag er ikke klarlagt, og behandlingen bliver derfor symptomatisk.

### Indsats ved opfølgning

Patienter med vedvarende føleforstyrrelser efter kemoterapi bør henvises til neurologisk udredning for at udelukke andre årsager til føleforstyrrelser og for at foreslå relevant behandling.

Patienter, der følges efter kemoterapi og under antihormonbehandling, bør orienteres om, at der er risiko for længerevarende smerter og stivhed i led- og muskler, der oftest kan behandles med (mildere) analgetika. Generne aftager i reglen med tiden (over flere måneder til år), ved ophør med behandling eller efter præparatskift.

Hos patienter med behandlingsrelaterede gener fra bevægeapparatet er det vigtigt at pointere, at nyttilkomne svære smerter fra bevægeapparatet bør føre til udredning på mistanke om knoglemetastaser.

### Gynækologiske senfølger

Omkring 20% af patienterne får konstateret brystkræft inden overgangsalderen, og 9% er i den fødedygtige alder. Da kemoterapi kan forårsage for tidlig overgangsalder, bør de unge patienters eventuelle graviditetsønske søges afklaret på diagnose-tidspunktet. For tidlig overgangsalder som følge af kemoterapi kan forventes hos 55% af patienter under 40 år og 90% af patienter over 40 år.

Tidlig overgangsalder er forbundet med en række mere eller mindre alvorlige følgevirkninger, såsom vasomotoriske symptomer (hede- og svedeture), tørhed i skeden, samleje-problemer, vægtstigning, knogleskørhed og i sidste ende øget risiko for hjertekarsygdom og øget mortalitet. Disse symptomer kan tilskrives østrogenmangel og kan forværres af samtidig antihormonbehandling. Systemisk behandling med østrogen eller andre hormonelle præparater anses for kontraindiceret pga. øget risiko for recidiv og ny brystkræft. Der foreligger ikke tilsvarende data for lokal, vaginal østrogenbehandling, men forsigtighed tilrådes, og andre alternativer forsøges.

Patienter i antihormonbehandling med aromatasehæmmere har en øget risiko for knogleskørhed, mens patienter i antihormonbehandling med tamoxifen har øget risiko for blodpropper og livmoderkræft.

### Indsats ved opfølgning

Patienter, der går for tidligt i overgangsalderen og/eller er i antihormonel behandling, bør informeres om de mulige følgevirkninger og muligheder for at afhjælpe disse. Patienterne bør have adgang til at henvende sig ('før tid') ved symptomændringer, specielt blødningsuregelmæssigheder, der skal give anledning til udredning for livmoderkræft, hvis patienten er i tamoxifenbehandling.

Forekomst af blodpropper i ben eller lunger bør medføre umiddelbart ophør med tamoxifen.

Patienter, der starter behandling med aromatasehæmmere, bør henvises til baseline DXA-scanning. DBCG anbefaler ikke profylaktisk brug af bisfosfonater. Manifest knogleskørhed behandles iht. retningslinjer fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab ([www.dkms.dk](http://www.dkms.dk)).

### Senfølger: hjertekarsygdomme

Kemoterapi med antracykliner, anti-HER2-terapi med trastuzumab, og strålebehandling af venstresidig brystkræft kan øge risiko for hjerteinsufficiens, især hvis patienten i forvejen lider af hjertekarsygdom. Dette bør der tages højde for i valg af initial behandling. Behandling af nyopstået hjerteinsufficiens hos brystkræftpatienter anses derfor for en specialistopgave.

#### 4.2.2 Psyko-sociale senfølger

Psyko-sociale senfølger omfatter depression, frygt for recidiv, søvnforstyrrelser, kognitive problemer, træthed (fatigue), seksuelle symptomer og sociale følger af diagnose og behandling. Vedr. frygt for ny kræft eller kræftisiko hos slægtninge henvises til afsnit 4.1.

I en nyere dansk undersøgelse med 3.353 patienter var forekomsten af alvorlig depression 3-4 måneder efter kirurgi 14 % mod 5% blandt kvinder uden brystkræft, og kun omkring halvdelen af patienterne var i relevant antidepressiv behandling. Frygt for recidiv er mest udtalt lige efter diagnosen, men for nogle vil denne frygt være til stede resten af deres liv. Der er et komplekst samspil mellem depression, søvnforstyrrelser, kognitive problemer og fatigue, således at det ofte er umuligt at skelne de enkelte symptomer fra hinanden.

Omkring 20-30% af brystkræftpatienter oplever seksuelle problemer, og risikoen er størst blandt kvinder med for tidlig overgangsalder, og som havde seksuelle problemer før diagnosen.

Brystkræft kan få sociale følger for patienterne i form af nedsættelse eller tab af erhvervsevne, ændret forhold til ægtefælle eller skilsmisse, ændring i socialt netværk og mere generelt nedsættelse af livskvalitet. Blandt danske patienter ser der dog ikke ud til at være en øget risiko for skilsmisse efter brystkræft. Nye danske tal viser, at risikoen for at blive arbejdsløs i høj grad afhænger af, om patienten havde været arbejdsløs inden brystkræftdiagnosen, men ikke af den behandling, de havde fået.

#### Indsats ved opfølgning

Det anbefales at have opmærksomhed på, om patienten har psyko-sociale problemer iht. DBCG's opfølgningsskema (Kapitel 7). Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, må patienten henvises til relevant instans, f.eks. psykolog, psykiater eller socialrådgiver.

#### 4.3 Kommunikation, patientinddragelse og støtte til egenomsorg

Støtte til egenomsorg skal stile mod at gøre patienten så selvhjulpne som muligt og øge evnen til egenomsorg, herunder evnen til at reagere på alarmsymptomer. Denne støtte gives som information til patienten vedr. symptomer og mulige følgetilstande, som patienten skal være opmærksom på, og som bør føre til kontakt til sundhedspersonalet. Informationen kan eksempelvis gives ved de opfølgende samtaler med patienten, fx i forbindelse med behovsvurderingerne.

Det antages, at hovedparten af patienterne selv vil kunne varetage egen rehabilitering, hvis de ved behandlingens afslutning informeres udførligt om hvem de skal kontakte ved spørgsmål eller problemer, gives indsigt i hyppige problemstillinger og senfølger og desu-

den tilbydes relevante støttetilbud såsom fysisk træning, sundhedsfremme samt erfaringsudveksling med ligestillede (4).

Patienten skal oplyses om, at opfølgningen er et tilbud, som kan varetages af almen praksis.

De oplysninger, som skal videregives til egen læge, omfatter: diagnose, behandling, udviklingen i opfølgingsforløbet hidtil og hvilke informationer, der er givet til patienten som foreslået i standardbrev (bilag 1). Dette brev kan ledsages af et afsluttende opfølgingsnotat i henhold til lokale aftaler med almen praksis. Egen læge og patienten kan aftale hyppigheden af opfølgningsindsatser og indholdet af disse ud fra den checkliste, som findes i bilag 2. Der skal tillige anføres en kontaktperson i sygehusafdelingen med direkte telefonnummer (anført i standardbrev, bilag 1).

For indlagte patienter skal der udarbejdes en epikrise som vanligt efter gældende aftaler.

#### 4.4 Opgavefordeling og koordination

Opfølgningen planlægges og varetages tværfagligt og multidisciplinært efter behov. Patientkontakten varetages af den angivne instans på det tidspunkt, der er angivet i skemaet, afsnit 4.5.1.

##### **Brystkræft uden fjernmetastaser**

Den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter det initiale behandlingsforløb, har ansvaret for at formidle en opfølgingsplan til hver enkelt brystkræftpatient. En sådan formidling kan bestå i en skriftlig orientering til patienten om det initiale behandlingsforløb, hun har gennemgået, om fortsat anti-hormonbehandling tilrådes, og om det opfølgningsprogram, der tilrådes (se afsnit 4.3).

Vurdering af indikation for adjuverende anti-hormonbehandling er forankret i MDT med speciallæge i klinisk onkologi som ansvarlig for beslutning om behandling. Anti-hormonbehandling varetages af læger med speciel indsigt i behandling af brystkræftsygdomme. Behandlingen foregår i et multidisciplinært samarbejde mellem de involverede specialer efter lokale aftaler.

Ifølge lokale aftaler vedr. delegation kan præparater til antihormon-behandling således udleveres af både onkologer, brystkirurger samt specialsygeplejersker.

Så længe brystkræftpatienter modtager specifik onkologisk behandling (anti-hormonbehandling, kemoterapi eller strålebehandling), skal de have en tilknytning til den onkologiske afdeling, der har ansvaret for behandlingen.

For brystkræftpatienter, som ikke modtager specifik onkologisk behandling, fx anti-hormonbehandling, kan ansvaret for opfølgning overgå til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år.

## **Brystkræftpatienter med fjernmetastaser**

Behandling af brystkræftpatienter med fjernmetastaser er en specialisopgave, dvs. behandlingsansvaret ligger i onkologisk afdeling. Det bliver således onkologisk afdelings ansvar at koordinere indsatser vedr. rehabilitering, palliation og forebyggelse af komplikationer for denne patientgruppe.

Der henvises endvidere til afsnittet ovenfor vedr. brystkræft uden fjernmetastaser.

### **Opgavefordeling og koordination ift. senfølger**

Ved behandling af senfølger koordineres med relevante instanser jf. 4.3.1. Der henvises i øvrigt til teksten ovenfor. Ansvar for screening af for psykosociale problemer ligger ligeledes hos den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter det initiale behandlingsforløb.

## **4.5 Tidsforløb**

### **Patienter uden fjernmetastaser**

For patienter, der er kurativt behandlet (kapitel 2, gruppe 1, 2 og 4a), starter indsatsen efter afsluttet initial behandling (operation, kemoterapi og strålebehandling). Nogle patienter fortsætter med anti-hormonbehandling i 5 til 10 år. Herefter afsluttes de til almen praksis. Patienter, som ikke modtager anti-hormonbehandling, kan afsluttes til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år. Se skemaet nedenfor vedr. detaljer i tidsforløbet.

### **Patienter med fjernmetastaser**

For patienter med fjernmetastaser ved diagnosetidspunktet (Kapitel 2, gruppe 3. og 4 b.) starter indsatsen samtidig med behandling af sygdommen. Opfølgningen er oftest et led i et længerevarende behandlingsforløb, hvor patienten ses i onkologisk afdeling med ugers til måneders interval. Dette gælder også patienter, der udvikler fjernmetastaser i forløbet. Der henvises til opfølgningsskemaet nedenfor.

#### 4.5.1 Skematisk beskrivelse af indsatser og tidsforløb

Skema til opfølgning efter behandling for brystkræft													
	Kirur-gisk ud-gangs-punkt	Onkolo-gisk ud-gangs-punkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
Behovsvurdering*	X	X	X										
Støtte til egenomsorg			X										

	Kirur-gisk ud-gangs-punkt	Onkolo-gisk ud-gangs-punkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
<b>Lokal</b>													
<b>Operation/strålebehandling</b>													
Lymfødem, arm	X		X	X	X		X		X				X
Skulder bevægelighed	X		X	X	X		X		X				X
Smerter	X		X	X	X		X		X				
Føleforstyrrelser	X		X	X	X		X		X				
Fibrose					X				X				X
Brystødem			X	X	X		X		X				X
Hudforandringer					X		X		X				X
Kosmetisk resultat <sup>1</sup>		X			X		X		X				X <sup>1</sup>

	Kirur-gisk ud-gangs-punkt	Onkolo-gisk ud-gangs-punkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
<b>Systemisk</b>													
<b>Kemoterapi</b>													
Blivende hårtab				X			X		X				
Præmatur menopause <sup>4</sup>				X			X						
Tab af knoglemasse				X <sup>5</sup>			X						
Neuropatiske smerter				X			X						
Polyneuropati				X			X						



Hjerteinsuf.				X			X						X
--------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	---

	Kirur- gisk ud- gangs- punkt	Onkolo- gisk ud- gangs- punkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
<b>Ikke modalitetsbestemte</b>													
Søvnforstyrrelser		X	X	X	X		X		X				X
Træthed		X	X	X	X		X		X				X
Depression		X	X	X	X		X		X				X
Kognitive problemer		X	X	X	X		X		X		X		X
Sexuelle problemer		X	X	X	X		X		X		X		X
Tab af erhvervsevne		X	X	X	X		X						
Sociale problemer		X	X	X	X		X		X				X
Fysisk aktivitet		X	X	X	X		X		X				X
	Kirur- gisk ud- gangs- punkt	Onkolo- gisk ud- gangs- punkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
<b>Endokrin behandling</b>													
Menopause indtrådt							X		X		X		X
Hedestigninger		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Tørre slimhinder		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Udflåd		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Hårtab			X	X									
Vægt (stigning)		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Muskelsmerter		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Ledgener		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	5½ år <sup>6</sup>	6 år <sup>6</sup>	6½ år <sup>6</sup>		7 år <sup>6</sup>	7½ år <sup>6</sup>	8 år <sup>6</sup>	8½ år <sup>6</sup>	9 år <sup>6</sup>	9½ år <sup>6</sup>	10 år <sup>6</sup>		
<b>Endokrin behandling</b>													
Menopause indtrådt		X			X		X		X				
Hedestigninger	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Tørre slimhinder	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Udflåd	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		

Vægt (stigning)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Muskelsmerter	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Ledgener	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		

<sup>1</sup> vurderes med klinisk foto

<sup>2</sup> klinisk mammografi 1 gang  
årligt til pt. fylder 50 år

<sup>3</sup> klinisk mammografi efter  
lumpektomi

<sup>4</sup> kun kvinder < 40 år

<sup>5</sup> DEXA-scanning, hvis medi-  
cinsk Behandling

<sup>6</sup> kun kvinder i endokrinbe-  
handling

\*Tidspunktet for behovsvurdering kan variere fra umiddelbart efter behandlingen til 1-2 mdr. efter behandlingen, alt efter fx den postoperative tilstand.

X'erne generelt i skemaet angiver tidspunktet, hvor der spørges ind til det angivne problem, forudsat at patienten følges, og ud fra vurderingen tages der beslutning, om der skal udføres en indsats samt hvilken og hvem, der udfører den.

Palliative og rehabiliterende indsatser afhænger af behovsvurderingen – behovet er individuelt og disse indsatser er derfor ikke med i skemaet.

Skemaet er lavet på basis af DBCG's retningslinjer, lettere redigeret.

## 5 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.

Sundhedsstyrelsen har i 2012 beskrevet, hvorledes der skal foretages en individuel behovsvurdering forud for tilrettelæggelse af en individuel plan i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft*:

- Alle patienter skal have udført en *behovsvurdering* i forbindelse med det initiale behandlingsforløb, og der skal laves status evt. med fornyet vurdering ved afslutning af behandlingsforløbet og 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

Behovsvurderingen bør omfatte alle aspekter såvel fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov. På baggrund af behovsvurderingen 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. En tydelig forventningsafstemning skaber tryghed.

Den individuelle plan skal bl.a. omfatte en tværfaglig beskrivelse af indsatsen, hvem der er ansvarlig, formålet og tidspunkt for evaluering, samt samordnes med andre aktører, almen praksis, kommune. Det bør tydeligt fremgå, hvad der er formålet med opfølgningen, hvem der er den ansvarlige instans for de enkelte indsatser, hvad opfølgningen indebærer, hvornår en evaluering skal foretages, og hvordan patienten kan komme i kontakt med relevante fagpersoner. For patienterne er det væsentligt, at de ved behov let kan få kontakt.

Kontinuitet ift. kontakten med sundhedsvæsenet, information m.v. er ligeledes vigtig for patienten. Forskellige muligheder for opfølgningen bør overvejes for at understøtte kontinuiteten, herunder fysisk fremmøde og opfølgning vha. elektroniske medier, eksempelvis vha. en officiel mail-box, som læses og besvares på bestemte tidspunkter, telefonisk opfølgning, opfølgning via skype o.l., patient-initieret opfølgning m.v. Ved planlægningen bør der tages hensyn til eventuelle andre kontakter, patienten har fx i forbindelse med komorbiditet eller senfølger.

I opfølgingsforløbet vil ansvaret for behandling ofte være delt mellem sygehus og almen praksis, således at ansvaret for patientens evt. komorbiditet ofte vil ligge i almen praksis, mens ansvaret for behandling af senfølger kan være delt, men ofte ligge i sygehuset. De øvrige indsatser i forbindelse med opfølgning kan afhængigt af, hvilke indsatser der er tale om, varetages af såvel sygehus som almen praksis eller kommune.

Kommunerne har en hovedopgave i forhold til opfølgning, herunder rehabilitering og palliation, idet der kan være behov for en bred vifte af indsatser, der ydes i kommunal regi og som kan involvere en række forvaltningsområder i kommunen, primært inden for sundheds-, social-, beskæftigelse- og undervisningsområdet.

Almen praksis og kommunen skal udføre fornyet behovsvurdering ved behov. Såfremt sygehus, almen praksis eller kommune beslutter, at der er behov for supplerende fagprofessionel indsats, udarbejder den besluttende instans en plan og informerer de andre involverede aktører, således at der skabes et overblik over den samlede indsats.

## 6 Monitorering, forskning og udvikling

Opfølgningen bør på længere sigt beskrives i de relevante kliniske retningslinjer på området, på linje med udredning og behandling. Retningslinjerne 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.

### 6.1 Monitorering af opfølgning af kræftpatienter

Det er med eksisterende, lokale registreringer ofte muligt at monitorere opfølgningen lokalt, mens det ikke i øjeblikket er muligt at monitorere hele området nationalt.

Opfølgning bør monitoreres via eksisterende datakilder som Landspatientregisteret og de relevante kliniske databaser. Landspatientregistret giver mulighed for registrering af relevante kontakter med sygehusvæsenet. Mens databaserne bør give mulighed for at opsamle forskningsrelevante data fra opfølgningsprogrammet. Det bør drøftes, hvilke indikatorer, der er relevante. Men fx vil en registrering af, at der er foretaget en behovsvurdering før planlægning af det individuelle program, kunne sikre en monitorering af dette væsentlige punkt. Herudover vil opfølgningen af de enkelte kræftformer og stadier, senfølger m.m. stille meget varierende krav til monitoreringen, så det på den ene side bliver muligt at følge udviklingen såvel generelt som på det individuelle niveau, og det på den anden side undgås, at der sker unødigt registrering uden konsekvens.

Det er i den sammenhæng positivt, at de kliniske databaser fremover også vil kunne anvendes til forskning. Men derudover, vil der tillige på mange områder være behov for målrettede forskningsprojekter med fokus på opfølgningsindsatser og denne fase af patientforløbet.

#### 6.1.1 Evaluering af behandling

Forudsætningen for effektiv kvalitetssikring er, at der sker en klinisk opfølgning af patienterne, hvor behandlingseffekt, bivirkninger, og senfølger nøje registreres. Opfølgning kan således ikke blot have et egentligt videnskabeligt formål (f.eks. udvikling af mere effektiv eller skånsom behandling), men har også til formål at sikre kvaliteten både ”over tid” (intra-institutionelt) og i hele landet (inter-institutionelt). Det er derfor vigtigt, at opfølgning ikke blot er en individuel sikring af, at patienten ikke har recidiv eller bivirkninger/senfølger, men at opfølgningen er systematisk anlagt med henblik på at besvare de målepunkter, der er vigtige for at vurdere kvaliteten. Det er alene ved systematisk dataindsamling og -registrering af livskvalitet, morbiditet og mortalitet ved forskellige behandlingsregimer kan vurderes (evidens level 2b).

DBCG har udarbejdet et skema (Kapitel 7) til systematisk indsamling af information om bivirkninger og senfølger til behandling.

## 6.1.2 Forskning

Når der ses bort fra tidlig opsporing af loko-regionært recidiv, er der beskedene evidens for, at systematisk opfølgning af brystkræftpatienter, som har afsluttet deres initiale behandling, har en gavnlig effekt. For eksempel viste en amerikansk randomiseret undersøgelse, at ”survivorship care plans” ikke resulterede i bedre patienttilfredshed (6). Der foreligger 3 nyere danske undersøgelser af brystkræftpatienters behov for rehabilitering efter behandling for brystkræft (7, 8, 9), så der eksisterer et godt vidensgrundlag for iværksættelse af interventionsundersøgelser for at tilgodese disse behov.

Der findes forskellige modeller for, hvordan sådanne interventionsundersøgelser kan foretages, men fælles må være, at de skal afdække effekten, anvendeligheden, sikkerheden, økonomien samt etiske aspekter af det ændrede opfølgingsparadigme. Man bør afprøve elektroniske patientplatforme, hvor patienten kan kommunikere med sygeplejersker og finde frem til den ønskede, passende og nødvendige sundhedsydelse. Undersøgelser af denne type vil også give svar på om denne form for opfølgning medfører en bedre organisering og mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne til opfølgning efter brystkræft.

## 6.2 Udvikling af nye organisationsformer

### 6.2.1 Udvikling og udbygning af koordination mellem afdelinger/sektorer

Med behovet for at sikre koordination og integration mellem mange aktiviteter i forbindelse med opfølgning af patienter med kræft på tværs af specialer, sygehuse, regioner og sektorer opstår et forøget behov for at etablere nye organisationsformer og strukturer. Men organiseringen bør så vidt muligt tage udgangspunkt i eksisterende organiseringer og koordinerende funktioner.

Koordination af den individuelle opfølgning, som det er tilfældet for patienter i pakkeforløb og for patienter med kroniske sygdomme, varetages fx af forløbskoordinationsfunktioner, af de sundhedsfaglige kontaktpersoner, udskrivningskoordinatore, nøglepersoner, tovholderfunktioner i almen praksis, i regionalt og kommunalt regi.

Det bør aftales lokalt, hvordan koordinationen bedst sikres både generelt og i forhold til enkelte patientforløb.

Samarbejdet mellem kommune og region kan fx aftales ved sundhedsaftalerne. Nogle kommuner har allerede aftaler med almen praksis vedrørende koordinering ved kronisk sygdom og vedrørende palliative indsatser i den sene og terminale fase. Sådanne aftaler kan tjene som modeller også for opfølgning af patienter med kræft.

Vidensdeling både lokalt og på landsplan er vigtig, således at gode erfaringer et sted deles med andre aktører. på området, og gode eksempler kan spredes hurtigst muligt.

## 7 Arbejdsgruppen

- Ilse Vejborg, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Niels Kroman, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Claus Kamby, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Henrik Flyger, Herlev Hospital, Udpeget af Region Hovedstaden
- Anne Pedersen, Ringsted Sygehus, Udpeget af Region Sjælland
- Jens Peter Garne, Aalborg Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Anni Ravnsbæk, Aarhus Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Marianne Ewertz, Odense Universitetshospital, Udpeget af Region Syddanmark
- Peter Torsten Sørensen, Direktør DSAM, Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Jannie Brøndal, Herlev Hospital, Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Lone Jørgensen, Aalborg Universitetshospital Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab

### Sekretariat

- Ole Andersen, Sundhedsstyrelsen
- Cecilie Iuul, Sundhedsstyrelsen
- Charlotte M. Erdland, Sundhedsstyrelsen

## 8 Referencer

- (1) E K Watson m.fl.: *Personalised cancer follow-up: risk stratification, needs assessment or both?*, British Journal of Cancer (2012) 106, 1-5.
- (2) Taggart et al.: *Options for early breast cancer follow-up in primary and secondary care – a systematic review*, BMC Cancer 2012, 12:238
- (3) Cancerregisteret 2011. Tal og analyser.  
(<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Registre/~//media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Registre/Cancerregisteret/Cancerregisteret%202011.ashx> , downloaded 7.juni 2013)
- (4) Lin NU et al. International guidelines for management of metastatic breast cancer (MBC) from the European School of Oncology (ESO)-MBC Task Force: Surveillance, staging, and evaluation of patients with early-stage and metastatic breast cancer. The Breast 2013; 22: 203-10.
- (5) Ewertz M & Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. Acta Oncol 2011; 50: 187-193.
- (6) Grunfeld E et al. Evaluating Survivorship Care Plans: Results of a Randomized, Clinical Trial of Patients with Breast Cancer. JCO 2011; 29(36); 4755-62.
- (7) Ross L et al. Are different groups of cancer patients offered rehabilitation to the same extent? A report from the population based study: “The Cancer Patient’s World” Supportive Care Cancer 2012; 20: 1089-1100
- (8) Holm LV et al. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: A population-based cohort study. Supportive Care Cancer 2012; 20: 2913-24
- (9) Heyman-Horan ABv et al. Unmet needs of women with breast cancer during and after primary treatment: A prospective study in Denmark. Acta Oncol 2013; 52: 282-90.



# Bilag 1 Forslag til standardbrev til brystkræftpatienter ved afslutning af den initiale behandling

*Version: østrogenreceptor positiv*

Patient (navn, cpr-nr.)

Du har nu afsluttet den første del af din behandling for brystkræft. Din behandling omfattede:

- Operation: dato, type (lumpektomi, mastektomi) med fjernelse af lymfeknuder fra armhulen (skildvagt eller antal)
- Kemoterapi: fra dato til dato modtog du 3 gange behandling med epirubicin og cyclofosamid og 3 gange behandling med docetaxel.
- Strålebehandling: fra dato til dato modtog du (antal) strålebehandlinger og den samlede stråledosis var (antal Gy).

Da din brystkræft var følsom for hormoner, tilråder vi anti-hormonbehandling med tamoxifen/letrozol/andet i 5 eller 10 år.

Vi anbefaler, at dit opfølgingsprogram vil bestå af følgende:

- Besøg i onkologisk afdeling: 3 måneder efter din behandlings afslutning, hvor vi vil tale om, hvordan du er kommet dig efter operation/kemoterapi/strålebehandling, og hvordan du tåler anti-hormonbehandlingen.  
Herefter besøg hver 6.- 12.måned alt efter dit behov, hvor du vil tale med læge eller sygeplejerske om, hvordan du tåler anti-hormonbehandlingen, og om du i øvrigt har problemer efter din behandling for brystkræft. Du vil få undersøgt dine bryster og lymfeknuder i armhulen, og du vil få udleveret anti-hormonbehandling til de næste 6 måneder.
- Besøg i kirurgisk afdeling ca. 12 måneder efter din operation, hvor vi vil tale med dig om operationsresultatet og muligheder for eventuel korrektion. Henvisning til klinisk mammografi skrives.
- Mammografi: Hvis du har fået fjernet hele brystet, vil du, hvis du er over 50 år, blive tilbudt at fortsætte i mammografiscreeningen lige som før du blev opereret.  
Hvis du fik en brystbevarende operation, vil du få tilbudt en klinisk mammografi (klinisk undersøgelse ved speciallæge, mammografi, ultralydsscanning og eventuel nålebiopsi) ca. 18 måneder efter din operation, hvor du vil få foretaget en undersøgelse af dine bryster magen til den, du fik foretaget før du blev opereret.
- Hvis du er under 50 år, vil du herefter blive tilbudt klinisk mammografi 1 gang om året til du fylder 50 år.

- Hvis du er over 50 år, er der tilbud om mammografiscreeningen i dit område, og du vil blive inviteret til røntgenundersøgelse jf. de kliniske retningslinjer

Hvis du oplever, at du har problemer, som ikke kan vente til et planlagt besøg på sygehuset, er du velkommen til at kontakte (person, telefon-nummer).

Din egen læge modtager en kopi af dette brev, og du er velkommen til at kontakte din egen læge, hvis du har behov for at tale om din behandling eller følger virkninger deraf.

*Version: østrogenreceptor negativ*

Patient (navn, cpr-nr.)

Du har nu afsluttet din behandling for brystkræft. Din behandling omfattede:

- Operation: dato, type (lumpektomi, mastektomi) med fjernelse af lymfeknuder fra armhulen (skildvagt eller antal)
- Kemoterapi: fra dato til dato modtog du 3 gange behandling med epirubicin og cyclofosamid og 3 gange behandling med docetaxel.
- Strålebehandling: fra dato til dato modtog du (antal) strålebehandlinger og den samlede stråledosis var (antal Gy).

Da din brystkræft ikke var følsom for hormoner, tilråder vi ikke anti-hormonbehandling.

Vi anbefaler, at dit opfølgingsprogram vil bestå af følgende:

- Besøg i onkologisk afdeling: to besøg med 3 måneders mellemrum efter din behandlings afslutning, hvor vi vil tale om, hvordan du er kommet dig efter operation/kemoterapi/ strålebehandling.
- Besøg i kirurgisk afdeling ca. 12 måneder efter din operation, hvor vi vil tale med dig om operationsresultatet og muligheder for eventuel korrektion. Henvisning til klinisk mammografi skrives.
- Mammografi: Hvis du har fået fjernet hele brystet, vil du, hvis du er over 50 år, blive tilbudt at fortsætte i mammografiscreeningen lige som før du blev opereret.  
Hvis du fik en brystbevarende operation, vil du få tilbudt en klinisk mammografi (klinisk undersøgelse ved speciallæge, mammografi, ultralydsscanning og eventuel nålebiopsi) ca. 18 måneder efter din operation, hvor du vil få foretaget en undersøgelse af dine bryster magen til den, du fik foretaget før du blev opereret.
- Hvis du er under 50 år, vil du herefter blive tilbudt klinisk mammografi 1 gang om året til du fylder 50 år.
- Hvis du er over 50 år, er der tilbud om mammografiscreeningen i dit område, og du vil blive inviteret til røntgenundersøgelse jf. de kliniske retningslinjer

Hvis du oplever, at du har problemer, som ikke kan vente til et planlagt besøg på sygehuset, er du velkommen til at kontakte (person, telefon-nummer).

Din egen læge modtager en kopi af dette brev, og du er velkommen til at kontakte din egen læge, hvis du har behov for at tale om din behandling eller følgevirkninger deraf.

## Bilag 2 Checkliste til almen praksis

<b>Skema til opfølgning efter behandling for brystkræft</b>						
Dette skema kan anvendes som en checkliste i almen praksis.						
<b>Tidspunkt for undersøgelse</b>						
<b>LOKAL BEHANDLING</b>						
<b>Operation/strålebehandling</b>						
lymfødem, arm						
skulder bevægelighed						
smerter						
føleforstyrrelser						
fibrose						
brystødem						
hudforandringer						
kosmetisk resultat						
<b>SYSTEMISK BEHANDLING</b>						
<b>Kemoterapi</b>						
Blivende hårtab						
præmatur menopause						
tab af knoglemasse						
neuropatiske smerter						
polyneuropati						
hjerteinsuf.						
<b>Endokrin behandling</b>						
menopause indtrådt						
hedestigninger						
tørre slimhinder						
udflod						
hårtab						
vægt(stigning)						
muskelsmerter						
ledgener						
<b>Ikke modalitetsbestemte</b>						
søvnforstyrrelser						
træthed						
depression						
kognitive problemer						
sexuelle problemer						
tab af erhversevne						
sociale problemer						
fysisk aktivitet						