

NOTAT

Håndtering af komorbiditet i forbindelse med revision af pakkeforløb for kræft 2011

Baggrund

I forbindelse med udmøntningen af Kræftplan III er de eksisterende pakkeforløb for kræftområdet ved at blive revideret, og samtidigt er der foretaget en revision af notatet fra 2009 vedr. komorbiditet.¹

Revisionen af notatet har taget udgangspunkt i Kræftplan III, hvor det fremgår at:

*”der fortsat sikres hurtige og sammenhængende patientforløb med høj kvalitet i udredning og behandling for alle kræftpatienter, herunder også patienter med komorbiditet [...]”.*²

En arbejdsgruppe³ har i foråret 2011 bistået Sundhedsstyrelsen med anbefalinger til håndteringen af komorbiditet i forbindelse med revision af pakkeforløb for kræft 2011. Disse anbefalinger er indarbejdet i nærværende notat, som er en revision af notatet fra 2009. Notatet har fokus på organisering, kommunikation og logistik i forbindelse med udredning og behandling af komorbiditet, og omfatter således ikke-faglige anbefalinger til håndtering af komorbiditet.

Ved komorbiditet forstås i dette notat:

- Alvorlig lidelse, f.eks. hjerte-karsygdom, lungelidelse, diabetes, svær psykiatrisk lidelse, misbrug eller anden samtidig kræftsygdom, der kan komplicere udrednings-, behandlings- og/eller rehabiliteringsforløbet samt de palliative indsatser i et pakkeforløb for kræft

Komorbiditet hos kræftpatienter har stor betydning for patienternes overlevelse og muligheder for udredning og behandling for at gennemføre et pakkeforløb. Endelig har forekomsten af komorbiditet betydning senere i patientforløbet i forbindelse med rehabilitering og palliation.

¹ ”Strukturering af indsatsen overfor patienter med komorbiditet i pakkeforløb for kræft”

² Kræftplan III – Finansloven 2011

³ En liste over arbejdsgruppens medlemmer findes til sidst i notatet

15. november 2012

j.nr. 7-203-02-517/17/CIU

Sygehusbehandling og beredskab

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

Fax 72 22 74 05

E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 7672

E-post syb@sst.dk

For at undgå unødigt ventetid i pakkeforløb for kræft er det nødvendigt at sikre at:

- alle væsentlige tilgængelige oplysninger om komorbiditet videregives af den henvisende instans, ofte almen praksis, ved start på pakkeforløbet
- der lokalt er indgået aftaler, der sikrer, at de relevante specialer, som skal bistå ved vurdering og evt. behandling af patientens komorbiditet, kan medvirke til dette uden unødigt ventetid

Side 2

15. november 2012

Sundhedsstyrelsen

Hyppigste former for komorbiditet og prævalens

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SFI) viser, at 39,8 pct. af den danske befolkning har en eller flere langvarige sygdomme. Prævalensen af de fem hyppigste langvarige sygdomme er:

Muskel- og skeletsygdomme	15,3 pct.
Hjerte-karsygdomme	7,4 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	5,6 pct.
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	4,9 pct.
Stofskiftesygdomme	4,8 pct.

Sygdomsspektret af komorbiditeten varierer fra kræftform til kræftform. Eksempelvis optræder Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) med høj hyppighed hos patienter med lungekræft på grund af den fælles årsag: rygning.

Erfaringer fra bl.a. Holland tyder på, at prævalensen af komorbiditet kan være så høj som 75% blandt kræftpatienter, hvis der tages udgangspunkt i de praktiserende lægers registreringer.⁴ Der er dog ikke skelnet mellem komorbiditeternes tyngde i den hollandske undersøgelse.

Mette Nørgaard, Overlæge Ph D, Aarhus Universitetshospital, har med udgangspunkt i Landspatientregistret i Region Midtjylland og Nordjylland undersøgt forekomst og betydning af komorbiditet hos patienter behandlet for forskellige hyppige kræftformer. Generelt har godt 40 % af alle kræftpatienter en somatisk komorbiditet vurderet efter Charlson's index.⁵ For brystkræftpatienters vedkommende var tallet 23 %, uanset at denne kræftform rammer yngre aldersgrupper med lav forekomst af komorbiditet.⁶

Undersøgelsen viste desuden, at overlevelsen af kræft er påvirket af samtidig forekomst af komorbiditet. Patienter med betydende komorbiditet (svarende

⁴ Red. Knottnerus JAW, J.F.A.M. (2011) Aftercare of cancer patients: the role of the primary care [Nærsorg bij kanker: de rol van de eerste lijn] Oisterwijk: Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding.

⁵ Mary E. Charlson, Peter Pompei, Kathy L. Ales and Ronald Mackenzie: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J Chron Dis Vol. 40, No. 5, pp. 373-383, 1987. Charlson's index er vedlagt som bilag til dette notat.

⁶ Det bemærkes, at komorbiditet i denne undersøgelse er defineret som sygdomme med en score på 1 eller mere.

til Charlsons score 3 og derover), har ikke profiteret af de forbedringer i overlevelse, der ellers er sket på kræftområdet. Disse patienter har således ikke fået forlænget overlevelsen nævneværdigt over de sidste 10 år.

Side 3

15. november 2012

Sundhedsstyrelsen

Kommunikation vedrørende komorbiditet

For at styrke indsatsen for patienter med komorbiditet er det afgørende, at patienternes komorbiditet (og dennes sværhedsgrad) erkendes tidligst muligt i patientforløbet. En hurtig stabilisering og eventuel nødvendig behandling af patientens konkurrerende sygdom(me) kan være en forudsætning for et godt forløb. Det påhviler den ansvarlige afdeling at udarbejde en plan for hurtig stabilisering af de patienter, som har én eller flere komorbiditeter.

Kendt komorbiditet kan, ligesom komorbiditet der først identificeres under udrednings- eller behandlingsforløbet, såkaldt 'tavs' komorbiditet, have betydning for valg af behandling og for rehabilitering efter den primære behandling.

Komorbiditet skal overvejes og medtænkes i patientforløbet især ved:

- Henvisning til pakkeforløb
- Udredning og behandling
- Rehabilitering og palliation

Henvisning til pakkeforløb

Hurtig udredning forudsætter, at alle relevante oplysninger om patientens komorbiditet er tilgængelige. Der er behov for at sikre hurtig og fyldestgørende informationsudveksling ved henvisning til pakkeforløb, enten dette sker fra almen praksis, speciallægepraksis eller fra en anden sygehusafdeling.

Pakkeforløbene er konstrueret sådan, at de meget hurtigt inkluderer billeddiagnostiske undersøgelser, hvor f.eks. oplysninger om nyrefunktion er kritiske. Henvisende instans er ansvarlig for, at henvisningen til pakkeforløb indeholder sufficente oplysninger om patienten samt dennes komorbiditet og behandling. Særligt er oplysning om en evt. AK-behandling vigtig, så invasiv udredning kan påbegyndes uden unødigt ventetid, og udredningsforløbet ikke forlænges.

Almen praksis kommunikerer generelt elektronisk med det øvrige sundhedsvæsen via MedCom-standarder og ved henvisning til sygehuse anvendes edifacten "sygehushenvisning" (REF01). I forbindelse med MedComs pakkehenvisningsprojekt pågår der pt. en revision af denne standard, så den elektroniske mulighed for henvisning til pakkeforløb bliver forbedret. Som en del af revisionen udvides feltet, hvor de kliniske oplysninger angives, så der er plads til at skrive mere. Derudover bliver der implementeret en guide vedr. henvisning til den specifikke afdeling. Et antal punkter kommer således automatisk op med anvisning af, hvilke oplysninger der skal inkluderes, herunder oplysninger om komorbiditet. Revisionen af standarden forventes gennemført ultimo 2011.⁵

⁵ <http://www.medcom.dk/wm111582>

Under udrednings- og behandlingsforløbet, bør information om fx nyerkendt komorbiditet (fx tavs komorbiditet) videregives via adgang til fælles journaloplysninger og information ved viderevisitation af patienten.

Side 4

15. november 2012

Sundhedsstyrelsen

Udredning og behandling

Regionerne bør sikre, at vurdering og evt. udredning af komorbiditet kan ske uden unødigt ventetid i forbindelse med et pakkeforløb for kræft. Dette gælder ligeledes, såfremt det speciale, der skal involveres i komorbiditeten, ikke findes på samme matrikel som den kræftudredende eller behandlende afdeling. Ansvarsplacering og brugbare kontaktveje skal være aftalte. Såfremt patienten udredes og/eller behandles for sin kræftsygdom i andet regi end patientens bopæls-region, bør der indgås præcise aftaler om, hvorledes og af hvem nødvendig vurdering og evt. udredning af komorbiditet varetages, for at sikre patienten mod unødigt ventetid eller henvisninger tilbage til bopælsregionen. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten vælger at benytte sig af frit sygehusvalg, hvor patienten fx vælger at få sin komorbiditet udredt og behandlet på det sygehus, hvor kræftudredningen og behandlingen finder sted.

Såfremt der i ganske særlige tilfælde måtte være behov derfor, bør det speciale, der varetager patientens komorbiditet have mulighed for at deltage i de relevante multidisciplinære team konferencer vedrørende patientens kræftforløb.

Det er et driftsansvar at sikre, at de fornødne aftaler om håndtering af komorbiditet i forbindelse med pakkeforløb for kræft indgås og overholdes.

Fyldestgørende afdækning af sværhedsgrad og stabiliseringsgrad af patientens komorbiditet, vil influere på patientens mulighed for at gennemføre det planlagte udredningsforløb, og for beslutningen om, hvilken behandling patienten kan tilbydes. Eksempelvis kan tilstedeværelse af nyresygdom eller hjerte-kar sygdomme – og patientens almentilstand – f.eks. vurderet ved performancestatus⁶, medføre begrænsninger i valg af kemoterapi eller operation.

En forudsætning for, at flest mulige patienter kan følge et standard pakkeforløb, er at en nødvendig specialistvurdering af patientens komorbiditet (f.eks. et kardiologisk- eller endokrinologisk tilsyn eller en supplerende undersøgelse) gennemføres hurtigt og parallelt med den øvrige udredning. Det aftales lokalt, hvem der er ansvarlig for, at dette sker, eksempelvis den afdeling, som behandler patientens kræftsygdom.

Patienter med særligt behov for støtte

Patienter med psykiatrisk komorbiditet eller dårligt socialt stillede patienter, kan have brug for ekstra støtte til at gennemføre udredning og behandling af en kræftsygdom. Det kan dog være en udfordring at få identificeret denne

⁶ Performance status er navnet på en metode med henblik på at vurdere og angive en kræftpatients generelle helbred. Performance status anvendes klinisk som et reproducerbart mål bl.a. for, om patienten kan tåle en given behandling samt som en overordnet vurdering af den generelle livskvalitet. Kilde: Sørensen JB, Klee M, Palshof T, Hansen HH. Performance status assessment in cancer patients. An interobserver variability study. Br J Cancer 1993; 67: 773-75

gruppe af patienter, så der kan tilrettelægges en målrettet indsats med respekt for patientens autonomi.

Hertil kan tilføjes, at ældre patienter, uanset evt. forekomst af komorbiditet, frembyder særlige problemstillinger mht. udredningsprogrammer, følsomhed overfor medikamenter, vanskeligheder ved at følge et snævert program m.m.

Patienter med særlige behov for støtte under udrednings- og behandlingsfaser bør identificeres så tidligt som muligt af den ansvarlige afdeling, så en koordinering mellem udredende afdeling, behandlende afdeling og kommunen kan ske proaktivt i forhold til pakkeforløbet. Sådanne aspekter kan med fordel aftales i forbindelse med sundhedsaftalerne mellem region og kommune, fx støtte til deltagelse i udredning og behandling, transport, aflastning af vanskeligt stillede partnere m.m.

For patienter, som ikke er i stand til selv at give informeret samtykke, kan det være relevant at anvende Sundhedslovens § 19 om 'Øjeblikkeligt behandlingsbehov', hvor der **ikke** er krav om informeret samtykke i forhold til behandling af livstruende sygdomme. Dette gælder også for komorbide tilstande.

Registrering, monitorering og videregivelse af oplysninger om komorbiditet

Komorbiditet kan eksempelvis vurderes ved beregning af en score ud fra Charlson Komorbiditets Index, som kan give et hurtigt overblik over komorbiditetens forekomst og sværhedsgrad. Scoren kan antage en værdi fra 0 til 31. Scoren kan indberettes direkte til Landspatientregisteret (LPR) ved anvendelse af eksisterende SKS-koder. Alternativt er det muligt at indføre en automatisk beregning af scoren ud fra eksisterende registrering af aktions- og bidiagnoser i LPR. En systematisk registrering af scoren kan muliggøre en monitorering af komorbiditet, herunder i forhold til komorbiditets betydning for den enkelte patient og for grupper af patienter.

I bilaget er der et forslag til et skema til beregning af Charlson Komorbiditets Index. Scoren er let ændret i forhold til Charlson's oprindelige skema, idet AIDS ikke er medtaget. Alternativt kan skemaet danne udgangspunkt for en kort liste over relevant komorbiditet ved henvisning. Ved videregivelse af oplysninger om komorbiditet ved henvisning er det dog ikke nok alene at videregive en score ud fra Charlson Komorbiditets Index, men som nævnt ovenfor bør alle væsentlige tilgængelige oplysninger om komorbiditet videregives af den henvisende instans.

Den sygehusafdeling, der er ansvarlig for start på pakkeforløbet, er ansvarlig for, at den enkelte patients komorbiditet registreres i journalen og om nødvendigt udredes og behandles. Via journalen sikres en systematisk information af alle involverede instanser i forløbet.

Ved udskrivning fra sygehuset, bør komorbiditet af klinisk relevans for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnoser (jf. Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter), ligesom betydende komorbiditet bør beskrives i udskrivningskortet, således at information derom videregives til patientens egen læge.

Arbejdsgruppens sammensætning

Side 6

15. november 2012

Sundhedsstyrelsen

Medlemmer af arbejdsgruppen	
Repræsentant	Repræsentation og arbejdssted
Chefrådgiver Josefina Krausing-Vinther	Udpeget af Danske Regioner Sundheds- og Socialpolitisk Kontor
Konsulent Birgitte Harbo	Udpeget af Danske Regioner Sundheds- og Socialpolitisk Kontor
Ledende overlæge Lisa Sengeløv	Udpeget af Region Hovedstaden Onkologisk afd., Herlev Hospital
Overlæge, dr.med. Asbjørn Høegholm	Udpeget af Region Sjælland Med. afd., Næstved Sygehus
Lægelig direktør Dorthe Gylling Crüger	Udpeget af Region Syddanmark Sygehus lillebælt
AC-Fuldmægtig Malene Horsholt Jensen	Udpeget af Region Nordjylland Sundhed – Plan og Kvalitet
Professor, dr.med., overlæge Cai Grau	Udpeget af Region Midtjylland Onkologisk afd., Århus Universitetshospital
Overlæge, dr.med. ph.d. Lars Videbæk	Udpeget af Dansk Cardiologisk Selskab Kardiologisk afd. B, OUH
Ledende overlæge Henrik Flyger	Udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab Mammakirurgisk afd., Herlev Hospital
Overlæge Torben Riis Rasmussen	Udpeget af Dansk Lungemedicinsk Selskab Lungemedicinsk afd., Aarhus Sygehus
Ledende overlæge, dr.med. MHM Lisbet Brandt	Udpeget af Dansk Nefrologisk Selskab Medicinsk afd., Roskilde Sygehus
Overlæge Jens Nørbæk	Udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab Liason-psykiatrisk enhed, Psykiatrisk Center Kbh.
Overlæge Lone Rasch	Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Herlev hospital
Praktiserende læge Gregers Hansen-Nord	Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medi- cin Lægehuset, Mørkøv
Overlæge Nan Sonne	Udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin Rigshospitalet
Overlæge Ditte Lenschau Johansen	Udpeget af Dansk Selskab for Geriatri Geriatrik Sektion, Med. enhed, Hvidovre Hospital
Professor Jørn Herrstedt	Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Onko- logi Onkologisk afd., OUH
Afdelingssygeplejerske Hanne Nafei	Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab Onkologisk sengeafd. A270, Sygehus Lille- bælt
Overlæge, dr.med Niels Kroman	Udpeget af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper Bryskirurgisk Klinik, RH 3104