



Visionsprojekt **Lungekræft**

KONFERENCERAPPORT 2017



D L C G
VISIONSPROJEKT
LUNGEKRÆFT

Indhold

- 3 · Forord
- 4 · Om Visionsprojekt Lungekræft
- 6 · Sådan når vi Vision 2030
- 7 · Tidligere og korrekt diagnosticering, som er minimalt skadevoldende
- 12 · Differentieret behandling – Kirurgi
- 17 · Differentieret behandling – Onkologi
- 20 · Livskvalitet – Et godt liv med og efter lungekræft
- 25 · Kvalitetsløft til MDT-konferencerne
- 26 · Yderligere oplysninger om Visionsprojekt Lungekræft

Forord

Vi har i Danmark gennem de seneste 15 år oplevet en ganske markant forbedring med hensyn til behandling af patienter med lungekræft – om end desværre fra et noget dårligt udgangspunkt. Vi kan med data samlet i Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) i dag dokumentere, at overlevelsen over de seneste 15 år er forbedret med 50 % i forhold til niveauet i år 2000. Hvad der er endnu mere glædeligt er, at den relative overlevelsesforbedring har været mindst lige så markant for de svageste patientgrupper, såsom patienter over 80 år og patienter med betydelig komorbiditet.

Men forbedringen er fremkommet som et resultat af en meget betydelig indsats og fremskridt på mange områder. Således har man udvidet kapaciteten og indikationen for CT scanning på mistanke om lungekræft mhp at opspore flere sygdomstilfælde i tidligt stadie med potentiale for helbredelse, ligesom man har fået mere sensitive udredningsmetoder, således at det i dag i højere grad er de rigtige patienter, der opereres. Operationsmetoderne er også blevet mere raffinerede og skånsomme, så flere patienter kan opereres og med en minimal risiko for livstruende komplikationer.

For de inkurabile patienter har der, over specielt de seneste 10 år, været store landvindinger, som til fulde også er kommet danske patienter til gode, således at vi i data fra DLCR kan se, at de største relative prognoseforbedringer faktisk er blandt patienter med inkurabel sygdom.

Men når alle disse positive omstændigheder er nævnt, så står desværre fortsat tilbage, at under halvdelen af danske lungekræftpatienter på diagnosetidspunktet kan tilbydes en potentielt kurativ behandling, såsom operation eller kurativ strålebehandling. Der er derfor fortsat et stort forbedringspotentiale.

Det er på den baggrund, at Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) har afholdt en visionskonference over to dage med en ambitiøs målsætning om at fordoble overlevelsen efter lungekræft til 25 % inden år 2030.

Vi har med deltagelse på tværs af landet fået inddraget tværfaglige aktører dækkende hele lungekræftpatientens 'rejse' fra tidlig diagnose til eventuel terminal fase. Hensigten har været at samle et katalog af initiativer og projekter, nogle konkrete og til øjeblikkelig effektivering eller indenfor en kort tidshorison, andre endnu kun på idé- og udviklingsstadiet, som tilsammen kan bringe os videre frem – til gavn for danske patienter, som diagnosticeres med lungekræft. På samme tid har vi ønsket på tværs af landet at få forenet vores kræfter og koordinere vores indsats for endnu bedre behandling og overlevelse.

Resultatet af konferencen er dels blevet en række helt konkrete initiativer, som kan iværksættes her og nu, og dels skitseringen af nogle projekter, som ved fornøden finansiel support kan iværksættes. Hertil kommer ikke mindst også, at der er etableret kontakter og idé-fællesskaber på tværs af landet og specialer, således at vi fremover i endnu højere grad kan arbejde sammen om at nå målet om, at dobbelt så mange skal overleve lungekræft i 2030 – og overleve til et godt liv.

DLCG har påtaget sig at støtte og følge op på de initiativer, som kommer ud af konferencen, og der vil fremover ved vores årsmøder blive givet oversigt over status for initiativernes resultater og stadige fremdrift.

DLCG ønsker at takke for den finansielle støtte, som har gjort det muligt at realisere konferencen, og som vi har fået fra en række medicinalfirmaer, fra offentlige midler og fonde, fra patientforeninger og fra faglige selskaber.

Torben Riis Rasmussen
Formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe

Om Visionsprojekt Lungekræft

En tværfaglig arbejdsgruppe under Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) har siden 2016 arbejdet med at formulere en fælles vision for lungekræftområdet i Danmark. Lungekræft er den kræftsygdom der dræber flest danskere, og hvert fjerde kræftdødsfald skyldes lungekræft.

Det har været DLCGs ønske at skabe et visionsprojekt, hvor fagpersoner på tværs af lungekræftområdet går sammen om at definere en række indsatsområder og målsætninger samt konkrete initiativer, der hver især kan være med til at optimere patientforløbet og forbedre overlevelsen for lungekræftpatienter i Danmark. DLCGs fokus har været særligt rettet mod den del af patientforløbet, der omfatter tidligere diagnosticering, differentieret kirurgisk og onkologisk behandling samt understøttende behandling i form af rehabilitering og palliation, der skal forbedre livskvaliteten for lungekræftpatienten under og efter behandlingsforløbet.

DELTAGERE I DLCGS VISIONS-ARBEJDSGRUPPE

- **Barbara Brocki** (fysioterapeut, Aalborg Universitetshospital)
- **Jesper Holst Pedersen** (overlæge, thoraxkirurgi, Rigshospitalet)
- **Jesper Ravn** (overlæge, thoraxkirurgi, Rigshospitalet)
- **Karen Ege Olsen** (overlæge, patologi, Odense Universitetshospital)
- **Lisbeth Søbæk Hansen** (formand, Patientforeningen Lungekræft)
- **Louise Mahncke Guldbrandt** (læge, Odense Universitetshospital)
- **Michael Brun Andersen** (afd. læge, radiologi, Sjællands Universitetshospital)
- **Mogens Grønvold** (professor, Københavns Universitet og Palliativ medicinsk afd., Bispebjerg Hospital)
- **Morten Quist** (fysioterapeut, Krop & kræft, Rigshospitalet)
- **Peter Meldgaard** (overlæge, onkologi, Aarhus Universitetshospital)
- **Torben Riis Rasmussen** (overlæge, lungemedicin, Aarhus Universitetshospital, formand for DLCG)

VISION 2030

DLCG har på baggrund af visions-arbejdsgruppens arbejde identificeret og formuleret følgende vision for lungekræftområdet i Danmark anno 2030:

Dobbelt så mange skal overleve lungekræft i 2030

5-årsoverlevelsen for lungekræftpatienter skal fordobles til 25 % inden udgangen af 2030
- og patienterne skal overleve til et godt liv.

VISIONSKONFERENCE 2017

DLCG afholdt i april 2017 en national visionskonference på Nyborg Strand Hotel og Conferencecenter med deltagelse af mere end 80 tværfaglige lungekræftspecialister fra hele landet. Konferencen havde til formål at samle lungekræftspecialister fra hele landet og repræsentanter fra de relevante patientforeninger til en tværfaglig dialog. Hensigten var at identificere de vigtigste indsatsområder, som skal løftes, for at nå visionen om, at dobbelt så mange skal overleve lungekræft i 2030 – og overleve til et godt liv.

På konferencen blev der defineret målsætninger for de identificerede indsatsområder og konkrete initiativer (kerneprojekter), der skal bidrage til, at målsætningerne nås. Der blev nedsat arbejdsgrupper for de enkelte kerneprojekter, som skal arbejde videre i regi af DLCG og løbende afrapportere status og fremdrift på projekterne til DLCG.

Konferencen var bygget op omkring fire workshops svarende til fire overordnede områder:

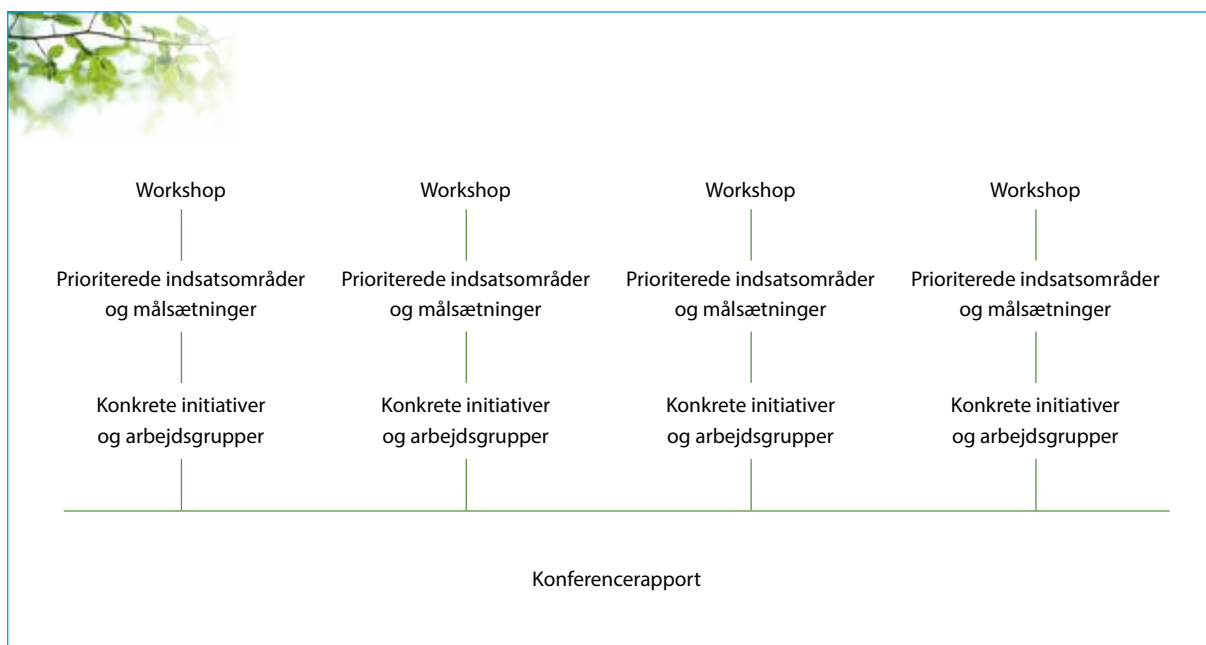
- Tidligere diagnosticering,
- Differentieret behandling – kirurgi
- Differentieret behandling – onkologi
- Livskvalitet – et bedre liv med og efter lungekræft

Denne rapport opsummerer resultaterne fra visionskonferencen. Rapporten vil fungere som et styreredskab for DLCGs fremtidige arbejde, og de identificerede initiativer vil blive fulgt tæt af DLCG.

Sådan når vi Vision 2030

I forbindelse med visionskonferencen blev der på fire workshops identificeret en række prioriterede indsatsområder, som hver især skal være med til at løfte lungekræftområdet frem mod visionen om, at dobbelt så mange skal overleve lungekræft i 2030 – og overleve til et godt liv.

For hvert indsatsområde blev der identificeret en række målsætninger og konkrete initiativer, der skal bidrage til at nå målsætningerne. Desuden blev der nedsat arbejdsgrupper, der skal arbejde videre med initiativerne i regi af DLCG.



Tidligere og korrekt diagnosticering, som er minimalt skadevoldende

Lungekræft er en af de hyppigste kræftsygdomme og er den kræftsygdom, der dræber flest mennesker i Danmark. Patienternes sygdomsstadie ved diagnosen er en væsentlig prognostisk faktor. Såfremt diagnosen etableres i et lavere stadie, øges mulighederne for kurativ indsats og dermed overlevelse. Således er 5-årsoverlevelsen for stadie IA 50 %, mens den ved metastaser (stadie IV) er helt nede på 2 %. Man ved, at over 70 % af mennesker med lungekræft, hvis lungekræftsygdommen er opdaget tidligt, opnår helbredelse efter operation. Sygdommen regnes for at være opdaget tidligt, hvis svulsten i lungen er mindre end 2 cm, og der ikke er spredning af sygdommen. Yderligere forskning i metoder til at sikre tidlig diagnose bør derfor gennemføres, som beskrevet senere. Yderligere evidens vil kunne bidrage til at understrege vigtigheden af at sætte ind på dette område.

INDSATSOMRÅDE:

CT screening af risikogrupper

Opsporing af lungekræft i tidligt stadie er vanskeligt, fordi lungekræften oftest endnu ikke har givet anledning til de symptomer, der forbindes med lungekræft. For at opdage sygdommen tidligt i denne præsymptomatiske fase er man derfor nødt til at undersøge mennesker, som ikke har symptomer på lungekræft. Det vil ikke være hensigtsmæssigt at undersøge hele befolkningen, der som helhed har en lille risiko for udvikle sygdommen. Man er nødt til at udvælge dem, der har en øget risiko. Det vil i praksis sige rygere over 55 år, tidligere rygere eller mennesker, der i deres erhverv har været udsat for bestemte skadelige miljøfaktorer.

I USA har NCI (National Cancer Institute) gennemført et stort randomiseret studie med CT screening for lungekræft. Studiet hedder National Lung Screening Trial (NLST) og omfatter 53.000 deltagere. Resultaterne viste, at årlig CT screening (under de givne betingelser i USA) fører til en statistisk signifikant reduktion af antal døde af lungekræft på ca. 20 % og tillige en signifikant reduktion i den generelle dødelighed på 6,7 %.

I Danmark er der gennemført et mindre randomiseret studie, det danske lungecancerscreeningsprojekt (Danish Lung Cancer Screening Trial, DLCST). Dette viste ikke signifikant reduktion i antal døde af

lungekræft eller den generelle dødelighed. Det kan skyldes, at de danske deltagere var væsentligt yngre og havde en mindre tung tobaks-anamnese end de amerikanske. Men en subgruppe-analyse i det danske studie viste, at deltagere med højere alder, kronisk obstruktiv lungesygdom og >35 pakkeår havde højere risiko for at dø som følge af lungekræft, og at CT screening førte til en ca 20 % reduktion i dødeligheden sammenlignet med kontrolgruppen. Når man opdeler kohorten i sub-grupper mistes imidlertid statistisk styrke, så denne forskel var ikke statistisk signifikant.

I Europa anbefaler både European Society of Radiology og European Respiratory Society, at der bør indføres lungekræftscreening på grundlag af de amerikanske resultater. I Holland undersøger NELSON-studiet, med ca. 16.000 deltagere, om CT screening af risikogrupper er effektivt i forhold til at reducere mortaliteten. Resultaterne forventes klar i slutningen af 2017 eller 2018.

Målsætning for indsatsområdet

Afklare om og hvordan man skal indføre CT screening af risikogrupper i Danmark.

Initiativer

Der foreslås derfor følgende initiativer, som skal bidrage til at afklare, om og hvordan man skal indføre CT screening af risikogrupper i Danmark.

Step 1)

Mens vi afventer resultaterne af NELSON-studiet, bør planlægges og igangsættes et konkret feasibility-projekt, som skal afdække følgende: Den optimale risikoprofil for deltagerne, den optimale metode til rekruttering af deltagere med høj risiko og lav socioøkonomisk status, egnede biomarkører, en beregning af den lungemedicinske og radiologiske belastning ved implementering af CT screening, samt hvordan rygestopintervention kan integreres i screeningen.

Step 2)

- Hvis NELSON-studiet viser, at CT screening af risikopatienter er effektivt ift. at reducere mortalitet, ansøges SST om implementering af CT screening for lungekræft i DK.
- Hvis NELSON-studiet imod forventning ikke viser en effekt af CT screeningen, revurderes dette nye grundlag, og det vurderes, om det er muligt at planlægge et nordeuropæisk/nordisk studie, som kan generere evidens vedr. CT screening af især højrisiko-patienter.

Tovholder

Zaigham Saghir (læge, Gentofte Hospital)

Arbejdsgruppe

Jesper Holst Pedersen (overlæge, Rigshospitalet), John Brodersen (professor, Københavns Universitet), Jann Mortensen (professor, Rigshospitalet), Jes Søgaard (afdelingschef, Kræftens Bekæmpelse)

INDSATSOMRÅDE:

Casefinding hos praktiserende læge skal nedbringe tid fra relevante symptomer til første relevante undersøgelse med henblik på at finde sygdom i tidligt stadie

En praktiserende læge skal i gennemsnit diagnosticere en ny lungekræftpatient om året. A priori sandsynligheden for, at en patient har lungekræft i almen praksis, er meget lille, hvilket er en overordentlig stor udfordring i den almenmedicinske diagnostik. Lungekræftpatienter kan præsentere sig med en lang række af symptomer i almen praksis.



Mange af symptomerne, f.eks. åndenød og hoste, er uspecifikke og minder om symptomer på andre hyp-pige lidelser, som f.eks. KOL. Patienterne præsenterer sig overordnet med tre kategorier af symptomer; pulmonale alarmsymptomer (f.eks. hæmoptyse, langvarig hoste), alvorlige almene symptomer (f.eks. væggtab og træthed) samt helt uspecifikke symptomer, som ikke giver mistanke om hverken alvorlig sygdom eller kræft (f.eks. åndenød, knoglesmerter). Ca. 1/3 af patienterne henvender sig med sidstnævnte symptomer.

Det forudsættes, at lungekræftpakken og diagnostikpakken fungerer. Det anbefales, at egen læge kan henvise direkte til relevant billeddiagnostik i disse pakker (CT scanning). Hvis lægen har mistanke om kræft, bør lægen altid tale rygestop og have et rygestoptilbud til patienten, uanset om der viser sig at være tale om kræft eller ej.

Der er i dag to muligheder for viderehenvielse for diagnostisk af lungekræft i almen praksis i den symptomatiske fase:

- 1) Patienter med pulmonale alarmsymptomer, hvor den praktiserende læge vurderer, at der er begrundet risiko for lungekræft, henvises til CT scanning af thorax og øvre abdomen med kontrast som en del af lungekræftpakken.
- 2) Patienter med almene alarmsymptomer, hvor den praktiserende læge mistænker alvorlig sygdom eller kræft, henvises til diagnostisk center.

Der er behov for et tredje ben i diagnosticeringen: Patienter med pulmonale symptomer uden oplagt risiko ("low but not no risk") bør kunne henvises af den praktiserende læge direkte til relevant billeddiagnostik (f.eks. lavdosis CT af thorax). 1/3 af de patienter, som diagnosticeres med lungekræft, har vage (uspecifikke) symptomer og falder dermed i denne gruppe. De praktiserende læger skal have risikovurderingsredskab/beslutningsstøtteværktøj og let adgang til at konferere med lungemedicinere samt let adgang til at henvise disse patienter direkte til relevant billeddiagnostik.

Målsætning for indsatsområdet

Reducere antallet af stadie IIIB/IV ved diagnose-tidspunktet samt reducere antallet af patienter, der er i for ringe performance status til at modtage kirurgisk/onkologisk behandling.

Initiativer

1) Tilgængelig risikoscreening: Den praktiserende læge skal have adgang til risikovurderingsredskaber/beslutningsstøtteværktøj. Klinisk beslutningsstøtteværktøj til den praktiserende læge skal valideres i et ph.d.-projekt. Inspiration kan være Q-cancer og NLST.

2) Direkte adgang til relevant billeddiagnostik fra almen praksis. Den optimale modalitet (lav-dosis CT scanning) til dette skal afdækkes i samarbejde med arbejdsgruppen, som arbejder med optimeret billeddiagnostik. Herefter skal indføres en mulighed for, at de praktiserende læger kan henvise patienter med pulmonale symptomer uden oplagt risiko ("low but not no risk") til denne undersøgelse direkte. Svar går direkte til egen læge. Det kunne være en såkaldt ja-nej-klinik. Der er allerede sat midler af til dette i form af "jo før, jo bedre" midlerne. Når det indføres, bør man give denne type scanning en bestemt LPR kode. Efter en prøveperiode bør muligheden evalueres baseret på denne kode.

3) Praktiserende læge skal have "Åben dør"/"Åben telefon" til lungemedicinere for at konferere om de patienter, der har pulmonale symptomer uden oplagt risiko. DLCC skal indledningsvist tage kontakt til de 14 udredende lungemedicinske afdelinger og de tilhørende praksiskoordinatorer for at undersøge, hvor mange steder "Åben dør" muligheden eksisterer i dag. De praktiserende læger skal desuden have information om denne mulighed via Praksis Info.

Tovholder

Louise Mahncke Guldbrandt (læge, Odense Universitetshospital)

Arbejdsgruppe

Peter Vedsted (professor, Aarhus Universitetshospital), Jan Dalberg (overlæge, Sygehus Lille-

bælt), Niels-Christian G. Hansen (overlæge, Odense Universitetshospital), Poul Henning Madsen (overlæge, Vejle Sygehus), Uffe Bødtger, (overlæge, Næstved Sygehus)

INDSATSOMRÅDE:

Optimering af udredningen på de lungemedicinske afdelinger

Målsætning for indsatsområdet

Kvaliteten af udredning på de lungemedicinske afdelinger skal løftes yderligere.

Kvaliteten af udredningen på de lungemedicinske afdelinger kan løftes yderligere bl.a. ved at have større fokus på at forberede patienter med komorbiditet bedre til behandling. Certificering kunne muligvis være en måde at opnå dette. Ligeledes kunne det være en mulighed at gøre DLCCs referenceprogram mere specifikt ift. komorbiditet.

INDSATSOMRÅDE:

Optimeret og ensrettet billeddiagnostik

Billeddiagnostik spiller en stor rolle i diagnosticeringen af lungekræft inkl. stadieinddeling, som spiller en vigtig rolle for valg af behandling. Det er derfor vigtigt, at der altid anvendes den optimale billeddiagnostik, at der er ensartet anvendelse landet over, og at de radiologer, der læser scanningerne, altid er klædt tilstrækkeligt på til det.

Målsætning for indsatsområdet

Optimering og ensretning af billeddiagnostik og udredning.

Tovholder

Michael Brun Andersen (afdelingslæge, Sjællands Universitetshospital)

Arbejdsgruppe

Anne Kalhauge (overlæge, Rigshospitalet), Niels Lyhne Christensen (læge, Kræftens Bekæmpelse), Henrik Kirstein Jensen (overlæge, Aalborg Universitetshospital), Henrik Petersen, (speciale-

ansvarlig overlæge, Odense Universitetshospital), Goran Nadir Salih (speciallæge, Roskilde Sygehus), Rana Bibi (overlæge, Aalborg Universitetshospital), Finn Rasmussen (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Lisbeth Røhl (læge og ph.d., Aarhus Universitetshospital)

Initiativer

1) Kompetenceløft på alle radiologiske afdelinger gennem undervisning i guidelines (bl.a. tolkning og beskrivelse af CT og noduliopfølgning)

På fælles årsmøde for DRS og DSKFN undervisning i TNM klassifikation med jævne mellemrum. (Anne Kalhauge anmoder om session på DRS og DSKFNs årsmøder).

Undersøge muligheden for oprettelse af e-learning kurser og implementering af disse til radiologer involveret i lungekræftudredning og kontrol af lunge noduli. Herunder både undervisning i guidelines og afrapportering.

2) Ensretning på tværs af landet af PACS system, og hvad der gemmes heri, samt harmonisering af scanningsprotokoller på tværs af landet. Definition af hvilke informationer og snit, der skal ligge i et system af denne type

Indhente tilkendegivelser/underskrifter fra radiologiske og nuklearmedicinske afdelingers administrerende overlæger samt relevante fagselskaber og interesseorganisationer på brev til relevante politiske interessenter f.eks. sundhedsministeren og ministeren for offentlig innovation. Løftes op på politisk niveau ved samarbejde mellem alle relevant faglige selskaber samt KB (DLCC/DMCCG, DRS og Dansk Klinisk Fysiologisk Selskab).

Tovholdere

Michael Brun Andersen (afdelingslæge, Sjællands Universitetshospital) og Torben Riis Rasmussen (overlæge, Aarhus Universitetshospital)

3) Evaluering af nye minimalt invasive teknikker til diagnostik hos lungemedicinere (ENB, CRYO)

– hvilke teknikker skal benyttes hvornår

Etablering af national gruppe med repræsentanter fra de steder, der har teknikkerne p.t. i forhold til udvælgelse af patienterne. Herunder også hvor disse teknikker bør implementeres i forhold til de teknikker, der benyttes rutinemæssigt.

Arbejdsgruppe

Henrik Kirstein Jensen (overlæge, Aalborg Universitetshospital) og Niels Lyhne Christensen (læge, Kræftens Bekæmpelse)

4) Kortlægge PET/CT og avanceret CTs rolle i forbindelse med diagnostik af lungekræft samt opfølgning på behandling

Afdække om der findes projekter i DK f.eks. via DSKFN og DRS. Overordnede projektinitiativer bør være:

- a) Billeddannende teknikker ved udredning evt. kombineret med biomarkører:
 - Funktionel CT's (Spektral CT og Perfusions CT etc.) rolle ved udredning af lungekræft og stadieinddeling
 - PET/CT's rolle ved udredning og udvikling af nye sporstoffer
- b) Billeddannede teknikker ved opfølgning evt. kombineret med biomarkører:
 - Funktionel CT's (Spektral CT og Perfusions CT etc.) rolle ved opfølgning af lungekræft og stadieinddeling
 - PET/CT's rolle ved opfølgning/stadieinddeling og udvikling af nye sporstoffer

Specifikke projekter meldes ind til DLCCG's projektkatalog.

5) Udbrede og implementere DLCCGs referenceprogram

Undersøge muligheden for at løfte referenceprogrammet op fra rekommandationer til egentlige kliniske retningslinjer under Sundhedsstyrelsen.

Undersøge muligheden for at DLCCG ved opdateringer af programmet sikrer udbredelsen til de afdelinger, som beskæftiger sig med lungekræft, f.eks. ved at kopier sendes til relevante fagpersoner på de enkelte afdelinger.

6) Etablering af Dansk Thoraxradiologisk Selskab under Dansk Radiologisk Selskab

Målet med selskabet er at favne både radiologi og klinisk fysiologi og at udvikle et subspecialt i Danmark. Gerne certificeret uddannelse i thoraxradiologi/PET-CT.

Initialt arrangeres endagsmøder med henblik på undervisning i nodulidiagnostik, TNM klassifikation og andre thorax-problemstillinger. Ved disse møder fås tilkendegivelser fra radiologer, kliniske fysiologer, radiografer etc. i forhold til interessen for et selskab af denne type.

Tovholder

Michael Brun Andersen (afdelingslæge, Sjællands Universitetshospital)

Differentieret behandling – Kirurgi

Operation tilbydes i dag patienter med lungekræft i stadie 0, IA, IB, IIA og IIB samt til enkelte patienter med stadie IIIA. Det svarer til, at cirka hver femte lungekræftpatient opereres. Eftersom kirurgi er en væsentlig parameter for overlevelse, er det afgørende at sikre, at alle, der kan opereres (den såkaldte operationskohorte), rent faktisk bliver opereret, og at operation tilbydes flest muligt. Der er desuden plads til forbedring, hvad angår procedurerne for kombinationsbehandling, herunder neoadjuverende kemo-stråleterapi og adjuverende kemoterapi. Endelig skal de nationale retningslinjer opdateres. Planlagte tiltag inden for disse forskellige kirurgi-relaterede indsatsområder er beskrevet i det følgende.

INDSATSOMRÅDE:

Karakterisering af operationskohorten

Operationskohorten udgøres af alle patienter med lungekræft i stadie 0-IIB og har i perioden 2011-2015 bestået af cirka 1100 patienter om året. Tal fra Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) viser, at kun cirka 80 % af disse er blevet opereret. Det betyder, at hver femte patient, der ud fra deres lungekræftstadium er egnet til at få et kirurgisk indgreb, alligevel ikke opereres. Hvorvidt dette skyldes, at patienternes lungefunktion er for dårlig til operation, at patienterne er for gamle, at operation frarådes på grund af komorbiditet, eller om patienterne selv siger nej tak til det kirurgiske indgreb, vides ikke. Eftersom +/- kirurgi er en vigtig parameter i forhold til overlevelse, bør de cirka 20 % af operationskohorten, der ikke opereres, karakteriseres, så det kan vurderes, om nogle af dem vil have gavn af operation.

Målsætning for indsatsområdet

De cirka 20 % af operationskohorten, der ikke opereres, skal karakteriseres, så årsagen til manglende operation klarlægges.

Initiativ

Der laves et databasestudie baseret på DLCR, der retrospektivt karakteriserer den andel af operationskohorten, der gennem de seneste 3 år ikke er blevet opereret.

Studiet indebærer 1) ansøgning om tilladelse til dataudtræk, 2) forberedelse af udtræksforespørgsel (formål og valg af variable), 3) dataudtræk, 4) fordeling af data til de fire thoraxkirurgiske centre, 5) analyse af udtræk og sammenhold med patientjournaler i de respektive centre, og 6) en samlet analyse og diskussion af data.

Tidsramme

Projektet forløber over 1 år (sommer 2017 - sommer 2018)

Tovholder

Gitte Persson (overlæge, Rigshospitalet)

Arbejdsgruppe

Beata Rychwicka-Kielek (overlæge Aalborg Universitetshospital), Azza Khalil (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Henrik Torp Madsen (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Nina Voldby (læge, Aarhus Universitetshospital), Erik Jakobsen (overlæge, Odense Universitetshospital), Niels Seersholm (overlæge, Gentofte Hospital), Jann Mortensen (professor, Rigshospitalet), Jesper Ravn (overlæge, Rigshospitalet)

INDSATSOMRÅDE:

Udvidelse af operationskohorten

For nuværende tilbydes patienter med non-bulky single station N2 sygdom ikke operation. Eftersom internationale undersøgelser peger på, at kirurgi er lige så effektivt som concomitant kemo-stråleterapi for denne patientgruppe, og risikoen forbundet med kirurgiske indgreb samtidig er faldet, bør disse fremover opereres.

Målsætning for indsatsområdet

Kirurger ved landets fire thoraxkirurgiske centre vil fremover operere patienter med non-bulky single station N2 sygdom up front.

Denne procedureændring er vedtaget som konsensusbeslutning af repræsentanter for landets fire thoraxkirurgiske centre. De relevante overlæger ved de thoraxkirurgiske centre er ansvarlige for implementeringen.

Kommentarer

Non-bulky defineres som single station med størrelse til og med 2 cm (som beskrevet af Lim et al i de britiske guidelines fra 2012). Beslutning om operation træffes på MDT-konference. DOLGs retningslinjer følges, således at det med MR-scanning sikres, at ingen patienter med non-bulky single station N2 sygdom og hjernemetastase opereres. Patienterne skal monitoreres i DLCR i udredningsdelen såvel som i behandlingsdelen. Det vurderes, at procedureændringen vil være relevant for cirka 30-50 patienter om året på landsplan.

Tidsramme

Procedureændringen træder i kraft i forbindelse med udgivelse af nærværende rapport.

Tovholder

Jesper Ravn (overlæge, Rigshospitalet)



INDSATSOMRÅDE:

Type af kirurgi

Når patienter opereres for lungekræft, er det vigtigt, at den mest skånsomme kirurgiske løsning vælges. Segment resektion er mere lungebevarende end lobektomi, og dermed mere skånsom for patienten. I dag er det imidlertid kun to af landets fire thoraxkirurgiske centre, der udfører segment resektion.

Målsætning for indsatsområdet

Fremadrettet skal alle thoraxkirurgiske centre i Danmark lave segment resektion på relevante patienter. Segment resektion skal ikke erstatte lobektomi, men skal kunne tilbydes patienter, som har for dårlig lungefunktion til lobektomi, således at flere forhåbentlig kan opereres radikalt med glandel dissektion.

Dette er vedtaget som konsensusbeslutning af repræsentanter for landets fire thoraxkirurgiske centre, og kan umiddelbart effektueres. De relevante overlæger ved de thoraxkirurgiske centre er ansvarlige for implementeringen.

Kommentarer

Grundet det lille antal patienter tilrådes det, at operationerne holdes på få hænder.

Tidsramme

Procedureændringen træder i kraft i forbindelse med udgivelse af nærværende rapport.

INDSATSOMRÅDE:

Neoadjuverende kemoterapi

Gruppen af patienter med lokalt avancerede lungtumorer er muligvis operable efter kemo-stråleterapi, selvom de før denne behandling blev vurderet som værende inoperable. Der mangler imidlertid i dag en procedure, der sikrer, at disse patienter efter deres kemo-stråleterapi revurderes (blandt andet af kirurger) i forhold til om de på grund af down-sizing er blevet potentielt operable.

Målsætning for indsatsområdet

Patienter med lokalt avancerede lungtumorer skal på MDT konference efter kemo-stråleterapi med henblik på at vurdere, om behandlingen og den deraf følgende down-sizing har gjort dem potentielt operable.

Denne procedureoptimering er vedtaget som konsensusbeslutning ved DLCCG konferencen og kan umiddelbart effektueres. Alle involverede er ansvarlige for implementeringen.

Kommentarer

Denne procedureoptimering vil blive en del af de nye retningslinjer, der udarbejdes for MDT konferencer vedrørende lungekræftpatienter.

INDSATSOMRÅDE:

Adjuverende kemoterapi

Ifølge data fra DLCCG er det kun 30 % af de opererede lungekræftpatienter, der får adjuverende kemoterapi. En del af forklaringen kan være, at patienterne ikke tidligt i forløbet forberedes på, at de sandsynligvis skal have kemoterapi efter endt operation. Eftersom det er sandsynligt, at flere end disse 30 % vil have gavn af adjuverende kemoterapi, bør alle relevante ekspertgrupper arbejde hen mod, at andelen øges.

Målsætning for indsatsområdet

Alle relevante patienter skal, såfremt det er relevant, modtage adjuverende kemoterapi efter endt operation.

Denne procedureoptimering er vedtaget som konsensusbeslutning ved DLCCG konferencen og kan umiddelbart effektueres. Lungemedicinerne er ansvarlige for at forberede patienterne på den adjuverende kemoterapi, kirurgerne er ansvarlige for at henvise patienterne til onkologerne, og onkologerne har i sidste ende ansvaret for at igangsætte behandlingen.

INDSATSOMRÅDE: Oligometastaser

Patienter med metastatisk lungekræft tilbydes normalt kun palliativ behandling og har en gennemsnitlig overlevelse på 8-11 måneder. Færre end 2 % lever efter 5 år. Enkelte patienter med stadie IV lungekræft diagnosticeres med oligometastatisk sygdom, og har således kun én eller få metastaser.

Nogle af disse patienter er potentielt kurable ifølge flere nyligt publicerede studier. I dag tilbyder de onkologiske centre enkelte af disse patienter en aggressiv lokalbehandling af deres metastaser enten i form af operation, radiofrekvensablation eller stereotaktisk strålebehandling. Bortset fra behandling af solitære hjernemetastaser, hvor der foreligger veldokumenterede guidelines, er der ingen klare retningslinjer vedrørende behandling af ekstrakranielle solitære metastaser.

Målsætning for indsatsområdet

Gruppen af stadie IV NSCLC patienter, der kan have gavn af aggressiv behandling, skal identificeres og monitoreres.

Initiativ

Projektet har to dele:

1. Udarbejdelse af en anbefaling til at identificere de stadie IV NSCLC patienter, der kan tilbydes lokal aggressiv behandling for oligometastatisk sygdom. Samt en prospektiv national registreringsprotokol for at monitorere bivirkninger og overlevelse.
2. Udførelse af et translationelt forskningsprojekt, der karakteriserer, hvilke stadie IV NSCLC patienter, der har gavn af en mere aggressiv behandling.

Tidsramme

Projektet skal løbe over 5 år. Data opgøres hvert år.

Tovholder

Azza Khalil (overlæge, Aarhus Universitetshospital)

Arbejdsgruppe

Gitte Persson (overlæge, Rigshospitalet), Anette Højsgaard (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Henrik Torp Madsen (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Jesper Ravn (overlæge, Rigshospitalet), Peter Licht, (professor, Odense Universitetshospital), en neurokirurg, en hepatolog, en mave-tarmkirurg og Azza Khalil (overlæge, Aarhus Universitetshospital)

INDSATSOMRÅDE:

Nationale retningslinjer for operativ behandling af patienter med lungekræft

De eksisterende guidelines for operativ behandling af patienter med lungekræft er forældede. Der skal derfor udarbejdes opdaterede nationale retningslinjer.

Målsætning for indsatsområdet

Sikre nationale retningslinjer.

Initiativ

Udarbejdelse af nye nationale retningslinjer for operativ behandling af patienter med lungekræft.

Tovholder

Jesper Ravn (overlæge ved Rigshospitalet/formand for Dansk Kirurgisk Lungecancer Gruppe)

Arbejdsgruppe

Repræsentanter fra landets fire thoraxkirurgiske centre

Tidsramme

Tidsrammen vil blive drøftet ved kirurgimøde i DLCC den 8. juni 2017. Det forventes, at de nationale retningslinjer kan udarbejdes i løbet af 3-4 måneder.

INDSATSOMRÅDE:

Vurdering af lungefunktion

Vurdering af lungefunktion er en vigtig parameter i vurderingen af, om en patient er operabel eller ej. Det er imidlertid ikke alle steder, at lungefunktionen bliver vurderet i henhold til de gældende retningslinjer.

Målsætning for indsatsområdet

At sikre, at de gældende retningslinjer for vurdering af lungefunktion følges.

Det er vedtaget som konsensusbeslutning ved DLCG konferencen, at de gældende retningslinjer for vurdering af lungefunktion skal følges. Alle involverede er ansvarlige for implementeringen.

Kommentarer

Vurdering af lungefunktionen og brugen af en cut off værdi er evidensbaseret og fint beskrevet i de allerede eksisterende retningslinjer. Der kan dog forekomme fejl på de diffusionsmålinger, der også er en del af lungefunktionsvurderingen. Det pointeres, at shuttle walk testen, ifølge de gældende retningslinjer, også indgår i vurderingen af lungefunktionen.

Differentieret behandling – Onkologi

I dag diagnosticeres langt de fleste patienter med stadie IV lungekræft og er dermed inkurabel. De traditionelle behandlinger, vi har til rådighed, ændrer kun overlevelsen minimalt. Både kemoterapi og målrettede behandlinger til undergrupper af patienter har hævet overlevelsen – men ikke tilstrækkeligt. Derfor er der brug for at ændre prognosen for denne gruppe. De nye immunterapi-regimer vil ikke alene kunne løfte denne opgave. Vi ved på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt om dem til at kunne anvende dem på den mest effektive måde.

Der er behov for, at vi laver en fælles, målrettet, national indsats, der samlet kan løfte den onkologiske behandling. Lungekræft er en heterogen sygdom med et utal af mutationer, som potentielt kan adresseres. Men det kræver, at vi kan danne os et samlet overblik over, hvordan behandlingerne reelt virker i vores patienter. Ligesom det er nødvendigt, at vi samtænker forskningsprojekter på tværs af regioner, så vi fremskynder og optimerer udbyttet af resultaterne.

INDSATSOMRÅDE:

National onkologisk database

For at kvalificere og optimere den onkologiske behandling af lungekræftpatienter vil det derfor være relevant at etablere en national onkologisk database. Det er i dag ikke muligt at tilgå nationale data, der dokumenterer, f.eks. hvordan det er gået vores patienter, om patienterne har haft gavn af behandlingen og om der evt. er nogle mønstre i behandlingseffekten.

Målsætning for indsatsområdet

Udvikling af en national onkologisk database, der bl.a. vil kunne bruges til at dokumentere effekten af ny medicin, bivirkninger og livskvalitet.

Initiativ

Etablering af national, onkologisk database. Database bør bestå af tidstro, nationale og let tilgængelige kvalitetsdata og favne onkologiske data, behandlings-outcome, billeddiagnostik og patologi.

Databasen bør som minimum indeholde:

- Dato for behandling
- Profil
- Dato for progression
- Dato for skift af behandling
- Performance score
- CTC Score

Inspiration til databasen kan bl.a. hentes hos Personalized Medicine of Infectious Complications in Immune Deficiency (Persimune) og Dansk Lunge Cancer Register.

Tovholder

Jon Lykkegaard Andersen (overlæge, Herlev Hospital)

Arbejdsgruppe

Peter Meldgaard (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Halla Skuladottir (overlæge, Hospitalsenheden Vest), Jon Lykkegaard Andersen (overlæge, Herlev Hospital), Tine McCulloch (overlæge, Aalborg Universitetshospital) og Tina Green (afdelingslæge, Odense Universitetshospital). Malene Fischer (overlæge, Rigshospitalet) udpeger relevant deltager fra Rigshospitalet

INDSATSOMRÅDE:

Nationalt forskningssamarbejde

Meget af den forskning, der i dag udføres i Danmark, gennemføres i lokalt eller regionalt regi. For at forbedre behandlingen af lungekræftpatienter er det nødvendigt at styrke den nationale forskning, så den

i højere grad bliver et nationalt, multidisciplinært samarbejde, der drager nytte af den ekspertise, der er på tværs af landet. Dette vil muliggøre en hurtig generering af ny viden og forventeligt fremme implementering af positive resultater.

Målsætning for indsatsområdet

Nationalt, multidisciplinært forskningssamarbejde til forbedring af behandlingen af patienter med lungekræft. Der arbejdes hen mod dette mål gennem etablering af to nationale, multidisciplinære forskningsprojekter.

Initiativer

Arbejdsgruppen har identificeret to konkrete forskningsprojekter, som kan fungere som løftestang til at styrke det nationale, multidisciplinære samarbejde:

1) Tidlig opsporing af recidiver

Under antagelse af at tidlig diagnostik af recidiv øger sandsynligheden for en effektiv behandling, har man i DK indført systematisk opfølgning af alle patienter behandlet for lungekræft. Siden 2011 (og siden 2016 indskrevet i Sundhedsstyrelsens opfølgningsprogram for lungekræft) har dette, for patienter med stadie I-IIIa, bestået af klinisk vurdering +CT af thorax og øvre abdomen hver 3. måned de første 2 år efter behandling og hver 6. måned 3-5 år efter behandling. Dette ligger i tråd med, men er mere intensivt end, anbefalinger fra f.eks. NCCN. Evidensen for disse anbefalinger er dog særdeles sparsomme, ligesom der er lovende, men meget få data for en evt. rolle for andre teknologier, f.eks. PET, ctDNA og PROM.

Med dette projekt ønskes det at sammenligne forskellige strategier til opfølgning efter behandling af patienter med stadie I-IIIa lungekræft behandlet med kurativ intention, samt indsamle viden om nyere teknologier i dette set-up for så vidt angår diagnostisk værdi, behandlings-impact, omkostninger og patienttilfredshed.

Nøgleopgaver:

- a) Sammensætte projektgruppe, der bygger på åbenhed, transparens og klare samarbejdsaftaler. Projektgruppen er under etablering. Interesserede er velkomne til at tage kontakt. Der påtænkes

en matrix-organisation for at sikre repræsentation fra alle relevante specialer/regioner.

- b) Styrkeberegning (Design: 3-armet RCT, Fase II med mulighed for overgang til Fase III).
- c) Fundraising (Kræftens Bekæmpelse, regionale puljer).
- d) Administration, evt. med relation til Danish Comprehensive Cancer Center.

2) Optimering af behandling af stadie IV patienter

Antallet af nye behandlingsmuligheder for patienter med stadie IV lungekræft er hastigt stigende. Dette giver nye udfordringer dels i forhold til at vælge den bedste behandling, men også i forhold til at evaluere under og efter behandling. Traditionel evaluering med RECIST er udviklet til evaluering under behandling med traditionel kemoterapi, men har vist sig sub-optimal ved flere af de targeterede behandlinger, og især ved indførelsen af behandling med f.eks. immune check-point inhibitors. Der er således behov for en mere præcis evaluering, gerne meget tidligt i behandlingsforløbet. Dette vil i fremtiden muliggøre hurtigere skift væk fra ineffektiv behandling og således potentielt forbedre responsraten og mindske bivirkninger såvel som omkostninger. Såvel billeddiagnostisk (FDG PET/CT) som med liquid biopsies (ctDNA) er der lovende resultater, men det er vanskeligt at opnå konsensus om metoder samt at indhente tilstrækkelig evidens i takt med den hurtige stigning i antallet af medicinske behandlinger.

Med udgangspunkt i erfaringer med tidligere og igangværende behandlingsevalueringsskudier fra Aarhus, Herning og Rigshospitalet vil arbejdsgruppen undersøge mulighederne for i højere grad at gennemføre disse studier i et nationalt og multidisciplinært set-up.

Endvidere vil arbejdsgruppen undersøge behovet og mulighederne for etablering af et fælles nationalt forskningsforum, der bl.a. indeholder en tidstro oversigt over igangværende forskningsprojekter.

Tovholder

Malene Fischer (overlæge, Rigshospitalet)

Arbejdsgruppe

Halla Skuladottir (overlæge, Hospitalsenheden Vest), Joan Fledelius (læge, Regionshospitalet Herning), Malene Fischer (overlæge, Rigshospitalet), Tine McCulloch (overlæge, Aalborg Universitetshospital), Marianne Knap (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Siegfried Loeschke (dr. med., Hospitalsenheden Midt, Viborg), Peter Meldgaard (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Gitte Persson (overlæge, Rigshospitalet), Zaigham Saghir (læge, Gentofte Hospital)

INDSATSOMRÅDE:

Patientinddragelse

Differentieret behandling er en hjørnesten i den onkologiske behandling af lungekræft. Her kan patientinddragelse spille en vigtig rolle, da det kan være med til at kvalificere behandlingsvalget yderligere. Gennem aktiv brug af PROM kan den onkologiske behandling bl.a. også differentieres i forhold til patientens livssituation og ønsker.

Øget patientinddragelse kan i mange tilfælde også betyde øget livskvalitet. Inddrages patienten i egen behandling og uddannes i egen sygdom, vil denne i højere grad kunne tage ansvar for egen sygdom. Det kan være med til at styrke samspillet mellem læge og patient, hvilket kan lette f.eks. de svære samtaler.

Målsætning for indsatsområdet

At øge effekten af den onkologiske behandling og højne patienternes livskvalitet gennem øget patientinddragelse.

Initiativer

1) Udvikling af et ensartet, nationalt tilbud til patienter

For at øge bevidstheden hos patienterne og deres pårørende om deres egen (patienternes) tilstand bør tilbuddet bl.a. uddanne patienterne i mestring af liv og sygdom, samt give mulighed for networking mellem patienter. Tilbuddet bør udvikles i samarbejde med patientforeningerne, så man får inddraget patienternes egne behov – både den stærke og den svage patients.

2) Udbrede brugen af PROM data

Ved at udbrede brugen af PROM data får patienterne mulighed for at bidrage til behandlingsforløbet og kvalificere differentierede tilbud.

Tovholder

Mette Mortensen (sygeplejerske, Aarhus Universitetshospital) og Bente Nielsen (afdelingssygeplejerske, Aarhus Universitetshospital)

Arbejdsgruppe

Mette Mortensen (sygeplejerske, Aarhus Universitetshospital) og Bente Nielsen (afdelingssygeplejerske, Aarhus Universitetshospital). Halla Skuladottir (overlæge, Hospitalsenheden Vest) udpeger relevant deltager fra Hospitalsenheden Vest, Tine McCulloch (overlæge, Aalborg Universitetshospital) udpeger relevant deltager fra Aalborg Universitetshospital, og Jon Lykkegaard Andersen (overlæge, Herlev Hospital) udpeger relevant deltager fra Herlev Hospital



Livskvalitet

– Et godt liv med og efter lungekræft

Hvordan kan rettidige indsatser i form af fysisk træning og tidligere palliation gøre en forskel for lungekræftpatienten? Hvilke udfordringer er der i forhold til at få dette implementeret, og hvordan overkommer vi disse udfordringer? Yderligere evidens vil kunne bidrage til at understrege vigtigheden af at sætte ind på disse områder for at sikre højere grad af livskvalitet for de implicerede patienter.

PALLIATION

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats anbefales det, at fagprofessionelle allerede ved diagnosetidspunktet skal have fokus på eventuelle palliative problemstillinger. Det anbefales, at der er fokus på palliative behov, indtil patienten ikke længere er livstruende syg; eller, ved patienter, som ikke kan helbredes, til indsatsen overfor de efterladte er afsluttet.

Palliation defineres i dag langt bredere end bare den sidste terminale fase, og American Society of Clinical Oncology (2017) anbefaler i dag en systemiseret tidlig palliativ indsats fra tidspunktet for avanceret kræftsygdom for at opnå bl.a. bedre symptomkontrol og livskvalitet samt evt. forlænget levetid.

Involvering af palliative specialister sker dog fortsat oftest meget sent, bl.a. fordi det fejlagtigt kan forbindes med død og manglende håb. Denne opfattelse kan virke som barriere for både fagprofessionelle og patienter samt deres pårørende i forhold til at modtage behandling, og det er derfor vigtigt at udbrede budskabet om den ændrede tilgang.

Der mangler i høj grad viden om, hvordan et øget fokus på palliativ indsats bedst indgår i forløbet, og hvordan det varetages mest effektivt på tværs af de behandlende afdelinger.

INDSATSOMRÅDE:

Systematisering af den tidlige palliative indsats med start fra diagnosetidspunktet

Der er i flere udenlandske undersøgelser tegn på, at tidlig palliativ indsats som supplement til den øvrige behandling fremmer patienternes livskvalitet, og samtidig er omkostningseffektiv. Såfremt tidlig palliativ indsats skal komme fremtidige danske patienter til gode, er det nødvendigt først at afklare, hvordan det bedst mulige samspil mellem de behandlende afdelinger, eksisterende rehabiliterende tiltag og de palliative specialister tilrettelægges.

Nogle patienter kan opleve et forslag om henvisning til palliativt team tidligt i forløbet som et dårligt tegn ('så syg er jeg ikke'), og derfor modsætte sig et sådant tilbud. Denne problemstilling kan forebygges ved at etablere en praksis om at henvise alle lungekræftpatienter til palliativt team tidligt i forløbet og samtidig gøre patienterne opmærksomme på, at dette er standardforløb for alle patienter uanset kræftens stadie.

Målsætninger for indsatsområdet

- 1) Sikring af, at alle danske lungekræftpatienter får den bedste mulige palliative indsats gennem hele forløbet.
- 2) Afklaring af, hvordan tidlig palliativ indsats bedst tilrettelægges som led i danske lungekræftpatienters behandlings- og opfølgingsprogram.

Initiativ

Det anbefales, at der opstartes et projekt, der udformer og afprøver implementering af en minimumsmodel for inddragelse af specialiseret palliativ indsats: Alle lungekræftpatienter skal på diagnose-tidspunktet (efter modtagelse på onkologisk afdeling) henvises til en behovsvurdering ved samtale med det palliative team. Teamet afklarer behov og henviser til og inddrager relevante parter. Teamet registrerer herefter resultatet af behovsvurdering og konsultation, herunder plan og henvisninger, i Dansk Lunge Cancer Register (DLCR).

Dette vil kræve et forskningsprojekt med følgende komponenter:

Fase 1 (ca. 1 års varighed)

- Udarbejdelse af protokol for samtale ud fra inddragelse af alle relevante parter
- Pilottestning af protokol på et mindre antal patienter med efterfølgende interview af patienter og pårørende

- Revision af samtaleprotokol
- Etablering af registreringssystem for indsatser på nationalt plan, som kan indgå i DLCR
- Afdækning og ensretning af behovsvurderings- og PRO-skemaer, som bruges før og til opfølgning, f.eks. hver 3. måned, integrering af disse i DLCR og regionale IT-systemer

Fase 2 (ca. 2 års varighed)

- Multicenterstudium af den færdige model i en kontrolleret undersøgelse, sammenlignet med 'hidtidige standard'

Arbejdsgruppe, som bør inddrages i det videre arbejde

Patient- og pårørenderepræsentanter, palliative teams repræsenteret ved læge og sygeplejerske, psykolog, fysioterapeut, diætist, praktiserende læge, hjemmepleje, repræsentanter fra sundhedscentre, onkologisk læge og sygeplejerske.



Tovholder

Mogens Grønvold (professor, Københavns Universitet og Palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital)

Arbejdsgruppe

Lisbeth Søbæk Hansen, (formand Patientforeningen Lungekræft), Vibeke May (sygeplejerske, Herning Sygehus), Anne-Marie Hill (sygeplejerske, Herning Sygehus)

FYSISK TRÆNING UNDER BEHANDLING

Der er i løbet af de seneste år publiceret en lang række randomiserede undersøgelser af effekten af fysisk træning blandt kræftpatienter. Resultaterne indikerer forbedring af fysisk funktion, træthed og kondition. Desuden dokumenterer metaanalyser effekt af fysisk aktivitet på angst, søvnbesvær og depression.

Karakteristisk for undersøgelserne er, at de inkluderer små populationer, anvender forskellige effekt-parametre og metoder og ikke stringent skelner mellem, hvornår i behandlingsforløbet den fysiske aktivitet gennemføres. Der er ligeledes begrænset viden om patienter med avanceret sygdom. Således foreligger der i dag ikke tilstrækkelig viden, som gør os i stand til at skræddersy træningsprogrammer for de specifikke diagnosegrupper, samt på hvilket tidspunkt, træningsinterventioner bør integreres i behandlingsforløbet.

INDSATSOMRÅDE:

Systematisk screening og monitorering af aktivitetsniveau

Patienter med lungekræft oplever fra den dag, de bliver diagnosticeret, og gennem deres sygdomsforløb et tab af deres funktionelle kapacitet. Til trods for dette tab bliver patienternes funktionalitet ikke systematisk registreret, hverken ved udredning, behandling eller efter endt behandling. Ved systematisk at monitorere patienternes funktionelle kapacitet får man et baseline-mål at forholde sig til samt handle på gennem hele sygdomsforløbet. Med et objektive mål for funktionel kapacitet kan man danne en prospektiv kohorte, som vil kunne give oplysninger om

prognose og funktionel kapacitet, som antydet i den internationale litteratur.

Målsætning for indsatsområdet

Etablering af systematisk screening og monitorering af aktivitetsniveauet hos alle lungekræftpatienter ved diagnose ved hjælp af shuttle walk test og 6-minutters gangtest.

Initiativ

Indførelse af systematisk registrering i Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) af:

- PROM-baserede oplysninger om funktionsniveau
- Shuttle walk test
- Håndgrebsstyrke

Registrering skal finde sted i forbindelse med:

- Udredning (baseline)
- Opstart af onkologisk behandling
- Ved kontroller efter operation
- Ved rehabilitering i kommunalt regi

Kommentar

Målet for projektet er at:

- Forbedre grundlaget for klinisk beslutning
- Identificere relevans for data-registrering
- Skabe grundlag for registerbaseret forskning
- Skabe grundlag for forskning i fysisk funktionsniveau og effekten af træning og andre interventioner
- Skabe grundlag for smidig overgang til kommunal rehabilitering

Tidsramme

- Rigshospitalet har data, som på nuværende tidspunkt er ved blive bearbejdet, og resultaterne forventes snarest
- Pilotprojekt igangsættes på onkologisk afdeling Herlev og Rigshospitalet med opstart pr. 1. august 2017
- Pilotprojekt afsluttes, når der er indhentet data fra 200 patienter
- Pilotprojekt evalueres, og planen justeres herefter med henblik på landsdækkende implementering
- Trinvis implementering på lungemedicinske og onkologiske afdelinger

- Landsdækkende implementering i hospitalsregi forventes opnået i januar 2019
- Implementering i kommunerne opstartes januar 2019
- Kohorten opgøres efter et år (v. ph.d. Maja Stærkind, Rigshospitalet)

Økonomi

- Der ansøges om midler til ansættelse af sundhedsprofessionelle til den praktiske gennemførelse
- Der ansøges om midler til ph.d.-studerende eller anden sundhedsprofessionel til opgørelse af data

Tovholder

Morten Quist (forskningsfysioterapeut, Rigshospitalet) og Pia Holland Gjørup (overlæge, Hospitalsenheden Vest)

Arbejdsgruppe

Bell Møller (sygeplejerske, Center for kræft og sundhed København), Hanne Linnet (overlæge, Hospitalsenheden Vest), Lisbeth Søbæk Hansen (formand, Patientforeningen Lungekræft), Maja Stærkind (fysioterapeut, Rigshospitalet) og Pia Holland Gjørup (overlæge, Hospitalsenheden Vest)

INDSATSOMRÅDE:

Afklaring af hvilken rolle fysisk træning har som supplement til radio- og kemoterapi til patienter med inoperable lungekræft i forhold til fysisk funktion, psykisk velbefindende og livskvalitet

Patienter med inoperabel lungekræft har i Region Hovedstaden gennem en længere periode kunnet deltage i projekt LUFT, som er et 12-ugers systematisk træningsprogram med to ugentlige træninger. Resultaterne har indikeret en fremgang i kondition, styrke, funktion og enkelte livskvalitetsparametre samt nedsat angst. Disse resultater bør afprøves i hele landet, så alle patienter med inoperabel lungekræft kan få glæde af dette tilbud.

Målsætninger for indsatsområdet

- Afklare og beskrive høj-intensiv fysisk trænings betydning for patienter med inoperabel lungekræft i forhold til fysisk funktion, psykisk velbefindende og livskvalitet
- Udbrede tilbud om høj-intensiv fysisk trænings betydning for patienter med inoperabel lungekræft på landsplan

Initiativ

- Udarbejde en protokol for en multicenterundersøgelse, der undersøger høj-intensiv fysisk trænings betydning for patienter med inoperabel lungekræft i forhold til fysisk funktion, psykisk velbefindende og livskvalitet
- Implementering af høj-intensiv fysisk træning for patienter med inoperabel lungekræft på landsplan

Tovholder

Morten Quist (forskningsfysioterapeut, Rigshospitalet)

Arbejdsgruppe

I arbejdsgruppen skal indgå personer med baggrund og interesse i palliation, rehabilitering samt lysten til at kombinere disse specialer. Alle faggrupper bør så vidt muligt være repræsenteret.

INDSATSOMRÅDE:

Landsdækkende implementering af tidlig tværfaglig indsats bestående af rådgivning om fysisk træning, ernæring, rygning og alkoholscreening samt psykisk støtte til patienter, der indgår i pakkeforløb for lungekræft med henblik på senere operation

Patienter, der er opereret for lungekræft, oplever dyspnø og nedsat fysisk formåen efter operation, hvilket er medvirkende til forringelse af deres livskvalitet. Forskning indikerer, at fysisk aktivitet forbedrer den fysiske formåen og livskvaliteten. Rehabilitering er en del af Kræftplan IV, men udmøntningen er ikke ensrettet regionalt og kommunalt, hvilket resulterer i, at kun en lille andel af patienter, der opereres for lungekræft, henvises til rehabilitering. Der er ingen

opgørelse for, hvor mange patienter der gennemfører et rehabiliteringsforløb.

Målsætning for indsatsområdet

Det overordnede mål for indsatsområdet er at ensrette rehabiliteringstilbud på tværs af landets fire lungekirurgiske centre og kommunerne. Målet er at implementere en tidlig tværfaglig indsats, bestående af rådgivning om fysisk træning, ernæring, rygning og alkoholscreening samt psykisk støtte til patienter, der opereres for lungekræft. Dette skal være med til at sikre:

- At alle patienter, der opereres for lungekræft, får foretaget en individuel behovsvurdering med henblik på hjælp og støtte til at vedligeholde eller genoprette hverdagslivet
- Hensigtsmæssig overgang af patientforløb mellem primær og sekundær sektor
- Hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer

Initiativer

1. Udarbejdelse af flow chart med beskrivelse af de relevante indsatser igennem forløbet, begyndende ved udredning, med konkrete anvisninger på indhold af de forskellige indsatsområder.
2. Udarbejdelse af patientdagbog med henblik på inddragelse af patient og pårørende. Dagbogen skal indeholde mål for forløbet og konkrete anvisninger på indsatsområder.
3. Kortlægning af kommunale rehabiliteringstilbud inklusiv indhold med opgørelse af fremmøde.
4. Pilotprojekt indeholdende tidlig fysisk træning og patientundervisning med start 1 uge efter udskrivelse i sygehusregi med brobygning til kommunal rehabilitering 2-3 uger efter udskrivelse.

5. På sigt at udarbejde kliniske retningslinjer for rehabilitering i forbindelse med operation for lungekræft.

Økonomi

- Kørselsgodtgørelse til arbejdsgruppe samt afholdelse af temadag
- Frikøb af sundhedsperson til praktisk gennemførelse (projektbeskrivelse, fysioterapeut og sygeplejerske til gennemførelse af pilotprojekt)

Tidsramme

- August/september 2017: Arbejdsgruppe mødes med henblik på udarbejdelse af 1. oplæg til flow chart
- Oktober/november 2017: Temadag med deltagelse af en repræsentant fra de fire thoraxkirurgiske centre (fysioterapeuter og sygeplejersker og gerne læger) – videreudvikling af flow chart
- September - oktober 2017: Udarbejdelse af protokol for pilotforsøget

Tovholder

Barbara Brocki (fysioterapeut, Aalborg Universitetshospital)

Arbejdsgruppe

Birgitte Kjærsgaard Rasmussen (Odense Universitetshospital), Inge Aagaard (afdelingssygeplejerske, Odense Universitetshospital), Karen Trier (forskningssygeplejerske, Center for Kræft og Sundhed, København), Margrethe Bisgaard (sygeplejerske, vicecenterchef, Klinik kræft og kirurgi, Aalborg Universitetshospital). Derudover bør repræsentanter fra Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet være med i arbejdsgruppen.

Kvalitetsløft til MDT-konferencerne

MDT-konferencerne var et emne, der blev diskuteret i alle fire workshops på konferencen. Bedre kvalitet i MDT giver bedre patientforløb og mere kvalificerede beslutninger, og der var enighed om, at der ønskes en ensretning, optimering og forbedring af kvaliteten af MDT-konferencer omhandlende lungekræftpatienter. Det blev derfor besluttet efter konferencen at nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe, som skal arbejde med dette. Denne arbejdsgruppe bør indeholde repræsentanter på tværs af landet og på tværs af specialer.

I workshoppen om differentieret behandling indenfor onkologi blev f.eks. foreslået, at der kunne etableres et projekt, der afdækker den nuværende praksis i alle regioner inkl. håndtering af patienter fra regionshospitalet. F.eks. ved oprettelse af et rejsehold bestående af forskellige faggrupper, gerne fra forskellige regioner, som indsamler erfaringer fra forskellige MDT'er. Rejseholdet skal tage rundt til en række MDT-konferencer og registrere:

- Hvem deltager (faggrupper, forløbskoordinator)?
- Hvem styrer konferencen?
- Video-konference (fungerer det?)
- Antal patienter
- Standardiseret oplæg?
- Tid (antal MDT-konferencer pr uge)
- Hvilke patienter diskuteres?
- Bookes patienter samme dag?
- Diktering?
- TNM (tumorklassificering)
- Standardiseret beslutning?

I workshoppen om differentieret behandling indenfor kirurgi blev ligeledes foreslået, at der skal afklares følgende:

- Hvem deltager på MDT?
- Hvilke patienter skal ses på MDT? Skal alle ses på MDT?
- Hvornår i forløbet besluttet det, om en patient skal på MDT?
- Hvem beslutter, hvilke patienter der skal på MDT?
- Hvem skal komme tilbage til MDT til revurdering?
- Hvad skal vi tale om?
- Brugbart RIS og PACS system

- Den nødvendige teknik skal prioriteres af IT afdelingerne
- Forslag til struktur: Vedtagelse af x antal punkter, der i skemaform skal udfyldes
- Minimumskrav til de data, der skal være tilgængelige ved MDT
- Der skal afsættes ressourcer til at forbedre MDT-konferencerne

Følgende har udtrykt interesse for at deltage i en arbejdsgruppe vedr. kvalitetsløft af MDT'erne:

Siegfried Loeschke (dr. med. Hospitalsenheden Midt, Viborg), Marianne Knap (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Michael Brun Andersen (afdelingslæge, Sjællands Universitetshospital), Niels Lyhne Christensen (læge, Kræftens Bekæmpelse), Gitte Persson (overlæge, Rigshospitalet), Anette Højsgaard (overlæge, Aarhus Universitetshospital), Beata Kielek (overlæge Aalborg Universitetshospital), Jesper Ravn (overlæge, Rigshospitalet), Niels Seersholm (overlæge, Gentofte Hospital), Nina Voldby (læge, Aarhus Universitetshospital), Henrik Torp Madsen (overlæge, Aarhus Universitetshospital) og Karen Ege (overlæge, Odense Universitetshospital). Halla Skuladottir (overlæge, Hospitalsenheden Vest) udpeger desuden relevant deltager fra Hospitalsenheden Vest, Joan Fledelius (læge, Regionshospitalet Herning) udpeger relevant deltager fra Regionshospitalet Herning og Tine McCulloch (overlæge, Aalborg Universitetshospital) udpeger relevant deltager fra Aalborg Universitetshospital.

Øvrige interesserede er meget velkomne til at kontakte Torben Riis Rasmussen, formand for DLCCG.

Yderligere oplysninger om Visionsprojekt Lungekræft

Læs mere på www.lungecancer.dk

Kontakt DLGG

v/overlæge, klinisk lektor, ph.d.

Torben Riis Rasmussen

Lungemedicinsk afdeling

Aarhus Universitetshospital

8000 Aarhus C

Tlf.: 78 46 21 17

Mail: torras@rm.dk

SPONSORER

Visionsarbejde og konference er gjort mulig med venlig støtte fra:

A.P. Møller og Hustru Chastine Mc-Kinney Møllers Fond til almene Formaal (A.P. Møller Fonden)

Dansk Lungemedicinsk Selskab

Kræftens Bekæmpelse

Sundheds- og Ældreministeriet

AstraZeneca

MSD

Pfizer

Pierre Fabre Pharma Norden AB

Roche

A.P. MØLLER FONDEN



Kræftens Bekæmpelse

