**Generelt om de nye opfølgningsprogrammer**

**Hvordan adskiller de nye opfølgningsprogrammer sig fra de tidligere kontrolforløb?**

De nye opfølgningsprogrammer sætter fokus på den enkelte patients behov, og de indsatser der er relevante for den enkelte. Opfølgningsprogrammerne vil derfor bero på det beskrevne standartopfølgningsprogram og en individuel vurdering af patientens behov.

**Hvorfor har man valgt at lave nye opfølgningsprogrammer?**

1. For mange kræftformer, er der ikke videnskabelig dokumentation for, at rutinemæssige kontrolundersøgelser som scanninger og blodprøver med faste intervaller forlænger overlevelsen.
2. Kræftbehandlingen og dermed overlevelsen er generelt blevet bedre. Det betyder, at mange patienter lever længere med en kræftsygdom end tidligere, og dermed også længere med senfølger til deres sygdom. Med de nye individuelle opfølgningsprogrammer, bliver der mulighed for at sætte bedre ind med hjælp til senfølger, og patienterne kan i højere grad være medspillere.

**Hvilke elementer kan de nye opfølgningsprogrammer indeholde?**

Opfølgning kan omfatte billeddiagnostiske undersøgelser, blodprøver, rehabilitering og palliation, håndtering af senfølger, psykosocial støtte og støtte til egenomsorg.

Nogle patienter har brug for hyppig opfølgning, mens andre patienter har brug for sjældnere kontakt ved behov eller ved nyopståede symptomer. Opfølgningsplanen kan derfor godt indeholde en række fastlagte undersøgelser som eksempelvis scanninger eller blodprøver, hvis det er dette, der vurderes relevant.

**Hvornår træder de nye opfølgningsprogrammer i kraft?**

Der er tilrettelagt en gradvis udrulning af opfølgningsprogrammerne i løbet af 2015 og primo 2016.

Trin 1 – senest 1. jun. 2015: Brystkræft, gynækologiske kræftformer, tyk- og endetarmskræft samt prostatakræft.

Trin 2 – senest 1. sep. 2015: Hoved-hals kræft, hjernetumorer, sarkomer og maligne melanomer.

Trin 3 – senest 1. dec. 2015: Kræft hos børn samt hæmatologiske kræftformer.

Trin 4 – senest 1. mar. 2016: Kræft i øjne, kræft i øvre mavetarm, kræft i blære og nyre samt lungekræft.

**Hvordan udarbejdes det individuelle forløb, og hvad skal det konkret indeholde?**

Det beskrevne standardopfølgningsprogram danner overordnet baggrund for opfølgningsprogrammet, men skal der for hver enkelt patient lægges et individuelt program for opfølgning efter afslutning af den initiale behandling.

Opfølgningsprogrammet tilrettelægges i følgende trin:

1. *Behovsvurdering*

Den faglige indsats er beskrevet i opfølgningsprogrammerne og i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft, SST 2012.* Den faglige indsats omfatter en *behovsvurdering*, der bør indeholde såvel fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle aspekter. Behovsvurderingen danner baggrund for hvilke indsatser i forskellige regi, som patienten tilbydes i opfølgningsprogrammet og skal i udgangspunktet udføres på følgende tidspunkter i forløbet:

* + Ved afslutning af behandlingsforløbet (her udarbejdes en status og evt. fornyet behovsvurdering.)
  + Ved ændringer i tilstanden.

1. *Forventningsafstemning*

Gennemføres med patient og evt. pårørende, hvor der informeres om formål, muligheder og forventet udbytte af programmet.

1. *Beslutning om individuel opfølgning*

På baggrund af trin 1 og 2 træffes beslutning om den individuelle opfølgning. Dette sker i fællesskab mellem patienten og den ansvarlige instans. Hensynet til kontinuitet for patienten indtænkes.

1. *Udarbejdelse af plan*

Plan for opfølgningen udarbejdes og samordnes med almen praksis, kommunen og andre aktører. Planen skal bl.a. omfatte:

* + En tværfaglig beskrivelse af indsatsen
  + Hvem der er ansvarlig instans for de enkelte initiativer
  + Formål med opfølgningen
  + Hvad opfølgningen indebærer
  + Hvordan patienten kan komme i kontakt med relevante fagpersoner.

Se evt. den udarbejdede ’standartramme’ for opfølgningsplan efter kræft.

**Kommunikation med Almen Praksis/Kommune?**

Opfølgningsplanen, herunder de aftalte indsatser, sendes til egen læge/afdelingen samt evt. til den anden part, som er ansvarlig for opfølgningen (eventuelt sammen med epikrise).

**Hvordan skal der dokumenteres/brug af IT-systemer?**

Tilpasses lokalt.

**Mulige patientspørgsmål**

**Hvad betyder den nye opfølgning for mig?**

Den betyder, at du tilbydes et opfølgningsprogram, der er tilpasset dig og dine behov. Planen udarbejdes af din behandlingsansvarlige læge på hospitalet i samarbejde med dig. Patienter med samme kræftsygdom kan derfor have forskellige opfølgningsforløb.

**Bliver min opfølgning dårligere, hvis jeg for eksempel får færre undersøgelser end nu?**

Nej. Målet er, at kvaliteten af din opfølgning bliver bedre, fordi du får præcis de undersøgelser og den opfølgning, du har behov for. Du tilbydes et forløb, som fagligt er i overensstemmelse med det i opfølgningsprogrammet anbefalede tidsforløb. Sideløbende laves en behovsafstemning med dig, og fokus er på at forbedre din livskvalitet og tryghed.

**Bliver jeg overladt mere til mig selv, efter jeg er blevet behandlet?**

Nej, ingen patienter overlades til sig selv. Hvis du og din behandlingsansvarlige læge på hospitalet i samarbejde vurderer, at du ikke har brug for hyppige undersøgelser og regelmæssig kontakt til sygehuset, vil du i stedet kunne få en aftale om hurtig adgang til sygehuset, når du har behov for det. Kommune og praktiserende læge kan ligeledes inddrages, hvis du har andre problemer i relation til din sygdom – eksempelvis frygt for tilbagefald, sociale og økonomiske udfordringer, tilknytning til arbejdsmarkedet og lignende.

**Øger de nye opfølgningsprogrammer risikoen for, at et tilbagefald opdages for sent?**

Nej, der tilrettelægges et program, som er tilpasset og aftalt med dig ud fra en faglig vurdering og dine behov. Målet med den individuelle opfølgningsplan er, at du skal føle dig tryg.

For de fleste kræftformer, er der ikke videnskabelig dokumentation for, at hyppige kontrolundersøgelser forlænger overlevelsen. Hvis din behandlingsansvarlige læge på hospitalet vurderer, at en opfølgningsplan med hyppige kontrolundersøgelser er det rigtige for dig i forhold til din sygdom, vil du få dette tilbudt. Din opfølgningsplan tager udgangspunkt i hvilken kræftsygdom du har haft, hvilke stadie din sygdom var på, samt hvilken behandling du har modtaget.

Hvis det vurderes, at du ikke har brug for regelmæssige undersøgelser, vil du få grundig mundtlig og skriftlig information om sygdommen, så du kan reagere på nyopståede symptomer eller senfølger.

**Hvordan finder lægen ud af, hvilken form for opfølgning jeg skal tilbydes?**

Din behandlingsansvarlige læge på hospitalet vurderer dine konkrete behov i samarbejde med dig kort tid efter, at du er færdigbehandlet. Planen kan justeres løbende, hvis der er behov for det. Der vil blive lavet en tydelig forventningsafstemning med dig om, hvad opfølgningen indebærer for dig, og hvilket udbytte du kan forvente at få af den, så du kan føle sig tryg ved den måde, den tilrettelægges.

Det enkelte opfølgningsprogram beskriver faglige retningslinjer for opfølgningen efter den konkrete kræftsygdom. Disse retningslinjer tages der udgangspunkt i, når din opfølgningsplan tilrettelægges af din læge og dig i fællesskab.

**Hvem har ansvaret – sygehuset, min praktiserende læge eller kommunen?**

Det afhænger af, hvilke indsatser du tilbydes, og hvor i forløbet du er. Nogle indsatser – eksempelvis rehabilitering, har kommunen ansvaret for. Andre indsatser har din praktiserende læge eller sygehuset ansvaret for.

**Hvordan afsluttes jeg fra sygehuset efter behandlingen?**

Efter afslutningen af den første behandling af din kræftsygdom vurderer din behandlingsansvarlige læge på hospitalet sammen med dig, hvordan din opfølgningsplan skal tilrettelægges. Når du ophører med selve behandlingen og overgår til opfølgning, vil du være grundigt informeret om uanset indholdet i din opfølgningsplan.