

Skabelon for høringssvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Ved afgivelse af høringssvar skal vi bede jer om at benytte denne skabelon for høringssvar. I skabelonen er kommentarerne opdelt i 1) overordnede kommentarer, 2) kommentarer til hvert enkelt eller udvalgte kapitler og 3) andre kommentarer. Sidetal i oplægget bedes angivet. Fristen for høringssvarene er tirsdag den 11. maj 2010. Høringssvar bedes sendt til Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsplanlægning (efp@sst.dk).

Afsender (organisation):**Dansk Medicinsk Selskab med bidrag fra:**

- *Dansk Selskab for Klinisk Onkologi*
- *Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi*
- *Dansk Hæmatologisk Selskab*
- *Dansk Selskab for Medicinsk Genetik*
- *Dansk Selskab for Geriatri*
- *Dansk Neurokirurgisk Selskab*

Dato: 11. maj 2010**Overordnede kommentarer*****Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:***

Der er næsten intet om kurativ behandling og ingen forståelse for at Kræftplan II ikke er realiseret i fuldt omfang. Kræftpakkerne fungerer muligvis i et vidst omfang på kirurgisiden og stråleterapisiden, men jo slet ikke på kemoterapi- medicinsk kræftbehandlings-siden. Ventetiden overstiger langt den fagligt begrundede.

Der er meget stor vægt på rehabilitering. Læser man ordlyden bogstaveligt skal alle kræftpatienter tilbydes palliation. Dette er ikke rigtigt. Det gælder kun dem med uhelbredelig kræftsygdom (7.500 på diagnosetidspunktet og yderligere 8.000 der får recidiv).

Understøttende behandling er ikke prioriteret overhovedet.

Ældre er ikke nævnt i Kræftplanen. De udgør 50 % på diagnosetidspunktet. Danmark er vel snart det eneste land, der ikke har indset, at ældre har særlige problemer som f.eks. nedsat organfunktion, komorbiditet og polyfarmaci.

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Generelt virker Kræftplan III uambitiøs og består af en mængde hensigtserklæringer, som der i hvert fald for nuværende ikke er handleplaner til. Det bør ligeledes påpeges, at det er helt essentielt, at der følger ressourcer med til disse områder, idet de ikke kan indeholdes i den daglige drift med den nuværende bemanding. Dette høringsvar forholder sig mest til området rehabilitering, senfølger og opfølgning, brugerinddragelse og kompetenceudvikling samt dokumentation og monitorering

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi:

Helt overordnet er Kræftplan III (KP III) et godt initiativ, og det fremstår velgennemtænkt og gennearbejdet. KP I havde fokus på at udvide kapaciteten af apparatur især billeddiagnostik, og KP II havde til formål at øge patienternes hastighed gennem systemet. Det har været godt for nogle grupper af kræftpatienter, mens det har været ligegyldigt i forhold til prognose for andre patienter. KP II har ikke givet mulighed for et fagligt skøn over, hvad den hensigtsmæssige udrednings- og behandlingstid skulle være for den enkelte. Hele det onkologiske behandlingsapparat blevet skruet op, uden at de lovede resurser helt fulgte med.

Hospitalssystemet har stort set indført de pakkeforløb der blev ønsket. Til gengæld er der så stort fokus på at det skal gå så hurtigt som muligt, at kvaliteten af de trufne behandlingsplaner og behandlingen er i fare. Det er derfor vigtigt at KP III kommer til også at omhandle kvalitet, for at sikre at der gives den rette behandling til de rette patienter og ikke bare den hurtigste behandling til alle. Den rette behandling til de rette patienter sikrer en bedre overlevelse med færrest mulige bivirkninger.

For at kunne monitorere kvaliteten af behandlingen og fortsat forskning i kræftsygdom og initiere fortsat udvikling, er det også vigtigt at KP III understøtter de databaser, som er etableret til at monitorere stort set alle kræftsygdomme i Danmark. Databaserne har siden deres start været afhængige af puljefinansiering og stor usikkerhed hvert år, om de kunne køre videre og usikkerhed for de ansatte som varetager dataopsamling og bearbejdning. Databaserne er fundamentet for kvalitet i behandling og opfølgning og fundamentet for megen forskning da de er koblet på biobank etc.. Databaserne har langt de sikreste og mest opdaterede data. KP III bør derfor inkludere en finansiering af databaserne.

Hvis KP III skal have til formål at højne kvaliteten af kræftudredning og behandling i Danmark bliver KP III også nødt til at støtte en yderligere centralisering af kræftbehandlingen i Danmark. Der skal stiles efter ganske få enheder med al onkologisk ekspertise til stede indenfor paraklinik og tilgrænsende specialer samt strålebehandling og kemoterapi. Der bør ikke foregå kræftbehandling i privat regi for kræftformer som bør behandles i tværfagligt regi. Danmark er et lille land og antallet af tilfælde behandlet pr. enhed har betydning for kvaliteten af behandlingen og dermed for prognosen. Hvis vi skal nærme os international standard i prognosen, er forudsætningen at vi også nærmer os international standard i antallet af behandlede pr. enhed.

Udredning og behandling af kræftpatienter bør styres af faglige/organisatoriske principper og så vidt muligt ikke af politiske eller lokalpolitiske hensyn. Med hensyn til økonomi fulgte der ikke de estimerede penge med til KP II, og det har været kilde til stor frustration i et i forvejen udpint hospitalsvæsen. Det er derfor helt essentielt, at de initiativer, der er opridset i KP III også følges af den nødvendige finansiering.

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Timing af KP III er for snert på KP II, som ikke opleves at være færdiggjort. Man kan frygte at de ting der mangler i KP II kommer til at halte eller slet ikke blive færdige, når nu fokus skal lægges et andet sted.

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik:

Den genetiske baggrund for kræftsygdomme er et område, der er i en rivende udvikling. Afdækningen af de genetiske mekanismer bag mange af de hyppige kræftsygdomme som fx brystkræft er foregået ved at studere arvelig brystkræft. Identifikation af risikopersoner ud fra stamtræ og/eller genetik profil giver mulighed for individualiseret og målrettet screening for kræftsygdom og i stigende omfang også mere individualiseret behandling. Dette er i mange situationer implementeret i den kliniske hverdag og bør også medinddrages i Kræftplan III:

Dansk Selskab for Geriatri:

Ældre udgør en ganske stor del af patientgruppen, som udredes for cancer. En del af disse er så funktionsmæssigt skrøbelige, at udredning nødvendigvis må foregå under indlæggelse. Inddragelse af pårørende vil være påkrævet, og patienterne har ofte behov for sammen med familien at overveje både deres stillingtagen til tilbudte undersøgelser samt behandling. At den ældre patient på forhånd ikke nødvendigvis vil acceptere tilbud om behandling, bør ikke forsinke eller forhindre ønske om udredning med henblik på klarhed over diagnose og dermed indtryk af prognose. Ældre kan ikke nødvendigvis forventes at kunne betjene moderne kommunikationsmidler som f.eks. e-mail. Alder i sig selv skal ikke være en hindring for udredning og behandling.

Dansk Neurokirurgisk Selskab:

Planen supplerer på passende vis de allerede etablerede tiltag på kræftområdet. Der bliver sat fokus på områder inden for sundhedssektorens tilbud til patienter med kræft i nervesystemet som er meget relevante.

Dansk Neurokirurgisk Selskabs efterfølgende kommenteres planen kun i det omfang der er særlige forhold der gør sig gældende for patienter med kræft i nervesystemet, hvilket i vid udstrækning er sammenfaldende med kræft i hjernen.

Med hensyn til nye metoder inden for kirurgisk behandling af hjernekræft, er der et særligt behov for implementering af peroperativ MR-skanning.

Kapitel 1: Resumé

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

Skabelon for høringssvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Der nævnes igangværende samling af kræftudredning og –behandling på færre enheder. Det er vigtigt at fremhæve, at denne proces netop er igangværende og ikke tilendebragt. Det er derfor vigtigt at fokus fortsat holdes på dette - også når KP III går i gang. KP III omhandler kvalitet, og kvaliteten er afhængig af samling.

Side 6. Det er et stort plus, at det er angivet at patienterne får ret til psykologhjælp. Det har været et længe næret ønske at kunne tilbyde patienterne dette, også i forbindelse med deres indlæggelse og ambulante udredning på hospitalet, men det har ikke været muligt at få finansiering hertil. Udgiften vil derfor oftest komme til at hvile på patienten selv.

Det er endvidere vigtigt at bemærke, at der også bør indtænkes psykologbistand til personalet, som har behov for debriefing og individuel psykologkontakt i forbindelse med det ofte psykisk belastende arbejde.

- Organisatoriske bemærkninger:

Der anføres, at målet er at sikre hurtige og sammenhængende patientforløb. Hurtigt er ikke altid lig med optimal. Der bør være mulighed for mere nuancerede individuelle forløb. I nogle tilfælde kan et hurtigt forløb være skadeligt. Det optimale forløb er det, hvor den tid der skal til udredning er taget på den mest kompetente måde, og hvor den behandler, der skal til, er den rette, og ikke blot den der var hurtigst tilgængelig.

Det er anført, at den igangværende samling af kræftudredning og –behandling fortsat bør understøttes. Den bør ikke alene understøttes, men accelereres.

Kapitel 2: Baggrund og fokusområder

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

a. På side 10 er det anført, at pakkeforløbene har sikret en bedre kvalitet og ensartethed i behandlingen på tværs af hele landet. Hvor ved vi det fra?

b. På side 10 er det anført, at øget diagnostisk kapacitet i forbindelse med indførelse af pakkeforløb har øget kontrolarbejdet både centralt og decentralt. Kontrolarbejde er i sig selv ikke frugtbart, og der bruges alt for meget tid på kontrol og dobbeltkontrol i øjeblikket. Vi har brug for personaleresurserne i behandling og pleje og fokuserede kvalitetsmålinger.

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

c. På side 10 omtales HPV vaccine. Vi mangler stadig et catch-up program til kvinder mellem 16 og 2, samt at inddrage drengene i vaccinationsprogrammet, ligesom der ikke er taget hensyn til de risikogrupper, der muligvis kunne have gavn af vaccination (koniserede patienter, kronisk immunsupprimerede patienter etc.).

d. På side 10 er det anført, at overlevelsen for livmoderkræft er stort set uændret. Hertil må det bemærkes, at det er den eneste kræftsygdom i gynækologien, som endnu ikke har været omfattet af centraliseringen. Det blev først beskrevet i DGCG-guidelines fra ultimo 2009, og effekten af disse guidelines er først ved at sætte sit præg på visitationen af disse patienter nu, ligesom specialeplanen kun delvist har taget højde for denne gruppe. Man kan derfor forvente en bedring for livmoderkræftpatienters vedkommende, når centraliseringen også kommer til at gælde for dem.

Kapitel 3: Hovedanbefalinger

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

a. Side 17: Det satses på tidlig opsporing af kræft. I den forbindelse bør egen læges gatekeeper-rolle overfor sygehuset revurderes. Det er vigtigt, at awareness opbygges i befolkningen, men det skal så også umiddelbart følges op af udredning på ekspertniveau.

b. Side 17: Man har under styrket indsats for voksne slået socialt udsatte og etniske minoriteter sammen som én gruppe med særlige problemer med rygning, alkohol og vægtproblemer. Det er ikke rimeligt at slå disse to grupper sammen. Patienter fra etniske minoritetsgrupper har ikke særlige problemer med rygning og alkohol.

Kapitel 4: Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

I betragtning af kostens minimale betydning for udvikling af kræft, bør Kræftplan III nedtone dette fokus. Der kan være andre sundhedsmæssige forhold, som bør tilskynde til diverse ernæringspolitikker, men betydningen af frugt og grøntsager på cancerudviklingen er minimal, og betydningen synes yderligere mindsket af, at sunde kostvaner også er associeret med beskedent alkohol- og tobaksforbrug

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Side 21: Det er anført, at øget frugt og grønt kan forebygge mere end 20 % kræfttilfælde. Der er lige udgået en undersøgelse, hvor det er vist, at det ikke er tilfældet. Frugt og grønt indtagelsen har ikke den forventede indvirkning på kræft.

- Organisatoriske bemærkninger:

Sygehuse er ikke velegnede steder til forebyggende arbejde. Opholdet på sygehusene er blevet kortere og kortere, typisk i gennemsnit for en gynækologisk patient 3,3 dag og for en brystkræftpatient 1,2 dag (personlig kommunikation). Den forebyggende indsats bør derfor lægges primært på borgeroplysning o.lign.

Kapitel 5: Tidlig opsporing og diagnostik

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

Side 26: Patienter med mistanke om recidiv er altid en højt specialiseret opgave, og disse patienter bør henvises direkte til centrene.

- Organisatoriske bemærkninger:

Side 26: Det anføres, at der sker en forsinkelse i udredningsfasen på sygehusene, da der ikke er hensigtsmæssig tilrettelæggelse eller kapacitet. Det er her vigtigt at holde sig for øje, at nogle forløb forsinkes af henvisning til et lokalsygehus, inden patienten sendes til specialafdeling. I visse tilfælde er dette resultatet af et lokalpolitisk pålæg, således at lægerne mod faglig vurdering skal sende patienterne omkring lokalsygehus, e og dermed får patienterne u hensigtsmæssige og forlængede forløb. Dette kan også gøre sig gældende i behandlingen, hvor patienten primært opereres lokalt og efterfølgende skal sendes til specialafdeling. En re-operation kan som regel ikke udføres med det samme af tekniske grunde, og der går typisk 3 til 4 uger inden re-operationen, og dermed forsinkes patientens kemoterapi. Hele forløbet inden den korrekte behandling er givet forsinkes dermed unødigt.

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik:

Identifikation af personer, der er arveligt disponeret til kræftsygdom, foretages af de klinisk genetiske afdelinger. I de klinisk genetiske ambulatorier foretages genetisk udredning, risikovurdering, rådgivning af familien, gentestning og 'kaskade'-gentestning i familierne. Hvis der påvises en genforandring i familien, tilbydes andre familiemedlemmer gentesten ('kaskade'-gentestning). Gentesten kan i disse situationer afsløre, om raske familiemedlemmer har arvet 'familiens genforandring', hvilket betyder, at de ca. 50% af familiemedlemmerne, der ikke har forhøjet kræftirisiko kan skånes for unødige kontrolundersøgelser.

Nye muligheder for diagnostik kombineret med megen fokus på området har medført et stort antal henvisninger med deraf følgende ventetid i de klinisk genetiske ambulatorier. Udover de to 'store' grupper af arvelige kræftsygdomme (bryst- og tarmkræft) vil nye områder snart blive aktuelle. Det er især

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010
indenfor arvelige kræftsygdomme i blærehalskirtlen (prostata), nyrer, bugspytkirtlen (pancreas) og hud (malignt melanom). Dette vil medføre et stigende antal henvisninger til genetisk udredning og risikovurdering.

Personer med genetisk disposition til kræftsygdom tilbydes regelmæssige undersøgelser, hvis formål er at påvise en kræftsygdom på så tidligt et stadium, at chancerne for overlevelsen forbedres. Der er klar evidens for, at personer der er arveligt disponeret for tyktarmskræft, profiterer af regelmæssige kontroller.

Nye behandlingstilbud, som er designet ud fra genetiske profiler, bliver også mulige i stigende omfang. Egentlig forebyggelse mod kræftsygdom er også muligt i form af risikoreducerende operationer, hvilket er et tilbud i udvalgte situationer. Endelig kan omfanget af operationen være væsentlig anderledes i det tilfælde, at man behandles for kræft som er opstået på baggrund af arvelig disposition.

DSMG's anbefalinger:

*Nedbringelse af ventetider til genetisk udredning for arvelig kræftsygdom. Koordinering af patientforløb ved sjældne arvelige kræftsygdomme
Implementering af nye diagnostiske tiltag ved arvelige kræftsygdomme. Kvalitetssikring af området. Sikring af de genetiske registre. Bedre evidens for screening for kræftsygdom hos arveligt disponerede.*

Dansk Neurokirurgisk Selskab:

Med den aktuelle viden er screeningsprogrammer for primære hjernekræft ikke relevant. Der pågår undersøgelse af genetisk disposition for disse sygdomme, og det er muligt at dette vil føre til fokuseret screeningstilbud for familier med særlig disposition. Disse sygdomme er relativt sjældne og med et relativt kort sygdomsforløb, hvorfor en mere generel screening eller oplysningsindsats af befolkning ikke synes relevant.

Kapitel 6: Rehabilitering, senfølger og opfølgning

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

DSKO er enige med rapporten, der påpeger, at der skal implementeres validerede redskaber til at identificering af rehabiliteringsbehovet, og der er et stort behov for at få udarbejdet sådanne, idet tilbuddene til patienterne i dag er utroligt forskellige. Der er kun få områder, hvor der endnu er evidens, så det er derfor svært at vide, hvad effekten er af de enkelte indsatser, og samtidigt er det svært som universitetshospital, der har samarbejde med mange kommunale områder at vide, hvad man skal henvise patienterne til i de enkelte kommuner.

Der er ligeledes et stort behov for at få drøftet skæringsfladen mellem regional og kommunal indsats. Som aftalerne er i dag, betyder det at flere patienter "falder mellem to stole", idet kommunerne enten ikke har tilbuddet, eventuelt fordi de er for små til at kunne håndtere et sådant tilbud, eller

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010
fordi det simpelthen ikke kan lade sig gøre i sammenhæng med et behandlingsforløb på sygehuset. Der bør derfor være mere smidige aftaler mellem regioner og kommuner omkring dette.

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

Det er anført, at en MTV rapport har angivet, at kontrolforløb ikke er evidensbaserede. Dette er dog ikke ensbetydende med, at det er bevist, at det ikke nytter noget, da der ikke er foretaget videnskabelige undersøgelser heraf. Det er vigtigt, at der tages stilling til, hvad en opfølgning skal erstattes af. Det kunne være en øget tilgængelighed af kræftspecialister, når patienterne har symptomer eller behov, evt. sammen med kontakt til særligt uddannede sygeplejersker, som kunne opfylde den omsorgsmæssige del af opfølgningen, som også er vigtig, selvom den ikke har noget med prognosen at gøre.

- Organisatoriske bemærkninger:

Det kan undre, at lymfødem-behandling slet ikke er omtalt i KP III. Det er en ydelse, som har stor betydning for visse kræftformers efterforløb, og det er ikke tilgodeset i det danske hospitalssystem. Det bør være et integreret tilbud, og ikke som nu en ydelse patienterne ofte selv kommer til at opsøge og betale for. Endvidere bør sexologisk rådgivning være en del af rehabiliteringsforløbet for kvinder, der er opereret eller strålebehandlet for en gynækologisk kræftsygdom.

Dansk Neurokirurgisk Selskab:

I forhold til de opstillede indsatsområder, er der et særligt behov for indsats i forhold til rehabilitering og palliation. En styrkelse af disse områder vil dels kræve en udvikling af standard behovsusredning / evaluering, dels etablering af nye tilbud. Dette forventes at kræve allokering af ressourcer. Patienter med kræft i hjernen og deres familie udgør en særlig udsat gruppe, man kan sige de er dobbeltramte. Udover de problemer andre kræftpatienter har, er dette en patientgruppe der som følge af deres kræftsygdom bliver gradvist kognitivt forringet og personlighedsmæssigt forandret. Der er behov for en indsats (supportive care), der favner hele familien.

Kapitel 7: Palliation

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

DSOG er meget enige i, at den palliative indsats på hospitalsniveau bør udbygges. I øjeblikket er der få tilbud, og de befinder sig alle udenfor hospitalet. De døende og palliative patienter passes i sengeafdelinger, hvor sengekapaciteten er nøje udregnet i forhold til den operative kapacitet.

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

- *Organisatoriske bemærkninger:*

Side 37: Den beskrevne palliative indsats med mulighed for at blive i eget hjem er meget fin. Patienter som har været på hospice og deres pårørende er altid ekstremt tilfredse med oplevelse, så det koncept kunne anvendes.

Dansk Neurokirurgisk Selskab:

Kommentarerne fra kapitel 6 er også gældende her, dette er en patientgruppe med særlige behov pga. progredierende kognitive deficits og personlighedsændringer. Eksempelvis er hospice- tilbud til denne patientgruppe begrænset i forhold til andre patientgrupper, pga. disse sygdomsrelaterede cerebrale funktionsændringer.

Kapitel 8: Brugerinddragelse

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

Individuel patientinddragelse. De sundhedsprofessionelle bør løbende sikre, at alle dele af det enkelte forløb er afstemt med kræftpatientens forventninger. Den sundhedsprofessionelle og patienten udarbejder i fællesskab en plan, der tager udgangspunkt i patientens kompetence, herunder patientens sygdomsmæssige og psykosociale situation, bl.a. for at fremme patientens mulighed for egenomsorg. Patienten accepterer og giver samtykke til planen og de sundhedsprofessionelle informerer patienten om begrundelse for valg af undersøgelser og konkrete indsatser. Der bør udarbejdes retningslinjer for indholdet i en plan.

DSKO er enig i, at forløbet afstemmes med patientens forventninger, men det vurderes fuldstændig urealistisk, at der skal forfattes individuelle patientplaner, og ressourceforbruget til dette vurderes ikke som relevant i forhold til effekten. Der er absolut ingen evidens for at dette løfter kvaliteten.

Der bør helt klart fokuseres meget på overgangen i patientforløbet. Det er fortsat her, der sker en del fejl, og man bør meget kraftigt overveje at ansætte patientforløbsvejledere til overgangen mellem de enkelte områder i patientforløbet. Der gøres også opmærksom på, at jo større brugerinddragelse, man ønsker, jo flere personaleressourcer vil det kræve, idet man her udvider den kerneydelse, som behandlingstiltaget jo er til patienten til at omfatte hele patienten og patientens familie.

Skabelon for høringssvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Kapitel 9: Uddannelse og kompetenceudvikling

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

Det er vigtigt, at der skal sikres efteruddannelse af sundhedspersonalet for at sikre, at de har kompetencer på højeste niveau, og det kunne i den sammenhæng være ønskværdigt, at der fortsat bliver afsat midler centralt til disse områder. Det må ikke forventes, at de kan indeholdes i de eksisterende budgetter.

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

- Hvor kommer patientskolerne ind?*
- Hvor kommer patientnetværk ind?*

Begge dele er f. eks. velfungerende i den gynækologiske onkologi.

Ekspertuddannelse er essentielt for at opnå højeste internationale niveau. Regionerne bør inddrages med henblik på at sikre ressourcer til ekspertforløbene.

- Organisatoriske bemærkninger:

Side 49: Det anføres, at personaleresurserne ikke på alle områder er i stand til at efterkomme kravene fra KP I og II. Det er derfor vigtigt, at der tages stilling til, hvem der skal varetage de mange nye opgaver, der er beskrevet i KP III, og at der sættes penge af til det. Der kan ikke rummes mere i de nuværende normeringer.

Dansk Hæmatologisk Selskab:

En forudsætning for høj kvalitet i den specialiserede kræftbehandling er, at regioner og videnskabelige selskaber – bl.a. via udvikling af fagområder – sikrer efteruddannelse af sundhedspersonale til at besidde spidskompetencer på højeste niveau, og at disse kompetencer løbende udvikles og justeres i overensstemmelse med den evidensbaserede viden på kræftområdet. Samtidig bør det sikres, at der rekrutteres og uddannes tilstrækkeligt personale til området.

Hvad angår efteruddannelse af speciallæger bør der afsættes betydelige økonomiske ressourcer, da man må forvente et betydeligt fald i den firmasponserede efteruddannelse.

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik:

Skabelon for høringssvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

De klinisk genetiske afdelinger har oplevet en kraftig stigning i antallet af henvisninger på op til 20 % årligt. Etablering af en formaliseret uddannelse af genetiske vejledere vil være et vigtigt led i at håndtere den stigende efterspørgsel. DSMG arbejder på at etablere en formaliseret uddannelse som genetisk vejleder.

Kapitel 10: Forskning, udvikling og innovation

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Organisatoriske bemærkninger:

a. Til trods for at det anføres, at Danmark har en topplacering blandt OECD-landene i forhold til finansiering af forskning, ved vi jo, at vi har få midler i forhold til, hvad f. eks. Sverige eller USA har til rådighed. Der er fortsat behov for, at forskningen styrkes, og som tidligere nævnt også at databaserne støttes permanent og ikke ad hoc med risiko for tab af kompetente medarbejdere og gode forskningsmiljøer.

b. Side 52: Det er anført at palliation, rehabilitering og organisering af kræftområdet ikke er støtteområder for private firmaer på samme måde som lægemiddelforskning. Hertil må bemærkes, at det også er tiltagende svært for andre forskningsområder også indenfor onkologien at få støtte pga. de mange og tiltagende regler på sponsorområdet i Danmark.

I takt med at den private sponsorering bliver tiltagende svær savnes et værdigt alternativ.

Kapitel 11: Dokumentation og monitorering

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

DSKO er enige i, at der skal ske en systematisk måling af og opfølgning på kvaliteten, man skal blot sikre sig, at det ikke er det, der kommer til at fylde det meste af den sundhedsprofessionelles arbejdsdag kontra det at behandle patienter. Det opleves i dag, som om der allerede nu er rigtig mange kontrolfunktioner pålagt de ansatte.

En sammenhængende indsats:

Det er med glæde, at det konstateres at kræftpatienter bør sikres adgang til psykologhjælp, når der er behov for det efter en fagprofessionels vurdering. Ligeledes kan DSKO tilslutte sig, at der bør foretages en systematisk opsamling af erfaring med koordinerende tiltag, netop som tidligere nævnt, fordi ikke alt det, der tilbydes i dag, er evidensbaseret.

Skabelon for høringssvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

Der bør sættes på styrkelse af uddannelsen af de involverede aktører på kræftområdet. Der er fortsat behov for, at regioner og videnskabelige selskaber sikrer efteruddannelse og styrkelse af det involverede sundhedspersonales spidskompetencer i den specialiserede kræftudredning og –behandling med henblik på at sikre høj faglig kvalitet. Dette er også vigtigt set i lyset af de seneste organisatoriske forandringer på kræftområdet, bl.a. med samling af specialiseret kræftudredning og –behandling på færre enheder. Tilsvarende bør sundhedspersonalets og andre faggruppers generelle kompetencer i relation til forebyggelse, udredning, behandling og støtte til kræftpatienten i form af rehabilitering og palliation styrkes i de præ- og postgraduate uddannelser. Uddannelserne bør tillige styrke kompetencerne i teamarbejde, idet indsatsen på kræftområdet i høj grad er tværfaglig og involverer flere sektorer.

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

Side 57: For at opnå sikker monitorering er det også nødvendigt så vidt muligt at undgå, at diagnoser og stadier ændres hele tiden. Vi har flere års data i LPR som reelt er ubrugelige pga. dette.

Det er vigtigt at undgå delay og fejl i registrering og delay i data- output. Det nuværende LPR system er meget rigidt og langsomt. F. eks. kan fejldiagnoser stort set ikke korrigeres.

Prognoser er svære, da tallene er flere år gamle.

Kapitel 12: Sammenhængende indsats

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Organisatoriske bemærkninger:

Sammenhængende indsats på IT-området er helt essentielt. Der er et stort behov for, at systemerne kan sammenkøres uproblematisk. At der ikke skal foretages de samme registreringer i flere systemer, men at oplysningerne kommer over af sig selv i de forskellige registre. At de uoverkommelige barrierer, der findes med signaturer, sikkerhedskoder, begrænset dataplads etc. løses.

Dansk Selskab for Geriatri:

Et stort antal cancerpatienter indlægges på sygehus med følgetilstande til deres kræftsygdom – det være sig blodmangel, underernæring, afføringsforstyrrelser eller smerter. Dette sker ofte i skiftende medicinske afdelinger, som i øvrigt ikke er involveret i hverken diagnostik eller

Skabelon for høringsvar – Styrket indsats på kræftområdet – Sundhedsstyrelsens oplæg til høring april 2010

behandling af kræftsygdommen og ikke har kendskab til patienten. Dette virker ikke hensigtsmæssigt for nogen af parterne, hvorfor det må overvejs at man har kapacitet i stamafdelingen til at håndtere disse tilsande, med mindre disse kræver specialistviden fra andet speciale.

Dansk Neurokirurgisk Selskab:

I tråd med kommentarerne til kapitel 6 og 7 er psykologhjælp til patient og pårørende særlig vigtig for patienter med kræft i hjernen. Der er behov for såvel almindelig psykologi hjælp som højt specialiseret neuropsykologski hjælp. Det neuropsykologiske bidrag i behandlingsforløbet skal afdække kognitive og andre cerebrale dysfunktioner, designe relevante trænings- og kompensationsforanstaltninger, samt formidle viden om disse deficit og deres indflydelse på patienten og familiens hverdag. Begge disse former for psykologitilbud til patienter med kræft i hjernen er aktuelt underprioriteret i en grad, der grænser til det ikke-eksisterende.

Andre kommentarer

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik:

- Sundhedsfaglige bemærkninger:

Landsdækkende evidensbaserede kliniske retningslinjer er essentielle for at opnå og bevare høj kvalitet i den specialiserede kræftbehandling. Regionerne bør inddrages med henblik på at sikre ressourcer hertil.

- Organisatoriske bemærkninger:

Overlæge Niels Kryger Baggesen er anført som medlem af Arbejdsgruppe for patientinddragelse. Han var udpeget repræsentant for DSOG og ikke Dansk Medicinsk Selskab og trak sig fra arbejdet, da han ophørte med sin ansættelse på Odense Hospital.