



Kræftplan for Grønland

Departementet for Sundhed og Infrastruktur, EM 2013/24



Indhold

Indhold	3
Resume	4
1. Kræftplanens mål og fokus	8
2. Forebyggelsen idag sætter rammen, for kræftudvikling, i morgen.....	11
3. Plan for den fremtidige kræftscreening.....	19
4. Plan for diagnostik og for den kirurgiske og medicinske kræftbehandling.....	25
5. Planer omkring patientforløb, brugerinddragelse og information.....	32
6. Behov indenfor diagnostisk, personale, apparatur og fysiske rammer	35
7. Sociale behov og rehabilitering	38
8. Plan for palliativ indsats, terminal pleje og smertebehandling.....	41
9. Uddannelse, forskning og data på kræftområdet – samt monitorering og evaluering af indsatsen.....	43
10. Vurdering af de økonomiske konsekvenser af Kræftplanen.....	47

Resume

I 2009 pålagde et enigt Inatsisartut Naalakkersuisut udarbejdelsen af først en redegørelse på kræftområdet i 2011 og dernæst en egentlig Kræftplan senest i 2013. Forslag til Kræftplan, 2013 vil komme til at indgå som en delplan under den overordnede Nationale Sundhedsstrategi, som vil blive fremlagt i 2014.

Forslag til Kræftplan, 2013 bygger på de bedste faglige vurderinger. Forslaget er ikke fuldt finansieret og kræver derfor politisk stillingtagen til forslagens indhold, og ressourcebehov før den evt. kan iværksættes.

"Den bedst mulige kræftbehandling" skal findes ved en afvejning af tre forhold: økonomi, tilgængelighed og kvalitet, men "den kvalitet og tilgængelighed af sundhedstilbud, som er typisk for de fleste vestlige lande, er ikke en realistisk referenceramme for det grønlandske sundhedsvæsen". Kræftplanen er et udtryk for det, der er mest nødvendigt at gøre d.v.s kernen i tilbuddet. Indsætterne i Kræftplanen anbefales ud fra dels deres forventede effekt, dels ud fra ønsket om lighed i sundhed, samt ud fra ønske om en optimering af forholdet mellem ressourceforbrug og effekt.

Kræftplan 2013 vil:

- *Styrke forebyggelse, tidlig diagnostik, patientforløb, rehabilitering, den palliative indsats og samarbejdet med og omkring patienten.*
- *Sikre kræftbehandling ud fra tilpassede internationale anbefalinger om antal operationer per kirurg.*
- *Sikre medicinsk kræftbehandling i Grønland, når det er muligt.*

Det er ikke muligt at arbejde med alle Kræftplanens delmål samtidig, hvorfor det er vurderet, om der bør arbejdes specifikt med dem i en eller flere af planens perioder: første periode (2årig), i anden periode (3årig) eller i tredje periode (8årig).

Oversigt over indsatser i Kræftplanens 3 perioder

Indsats	1. periode	2. periode	3. periode
Primær forebyggelse af KRAM faktorerne	<i>+, dækkes af Inuuneritta</i>	<i>+, dækkes af Inuuneritta</i>	<i>+, dækkes af Inuuneritta</i>
Sekundær forebyggelse	<i>+</i>		
- <i>Livmoderhalskræftscreening</i>			
- <i>Befolkningsscreening for brystkræft</i>	<i>-</i>	<i>Revurderes</i>	
- <i>Hjemtagning af screeningstilbud til kvinder med høj risiko for brystkræft</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>Videreføres</i>
- <i>Befolkningsscreening for tarmkræft</i>	<i>-</i>	<i>Revurderes</i>	
Hjemtagning af flere medicinske kræftbehandlinger	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>+</i>
Kirurgisk kræftbehandling			
- <i>Diagnostik og behandling af brystkræft</i>	<i>(+)</i>	<i>+</i>	<i>Videreføres</i>
- <i>Behandling af tyktarmskræft</i>	<i>-</i>	<i>(+)</i>	<i>+</i>
- <i>Behandling af kræft i æggestokke</i>	<i>+</i>	<i>Videreføres</i>	<i>Videreføres</i>
Patientforløb	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>Videreføres</i>
Brugerinddragelse	<i>+</i>	<i>Videreføres</i>	<i>Videreføres</i>
Information	<i>+</i>	<i>Videreføres</i>	<i>Videreføres</i>
Diagnostik	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>+</i>
Apparatur og personale	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>+</i>
Fysiske rammer	<i>Dækkes af anden plan</i>	<i>Palliative behov tilkommer?</i>	<i>Videreføres</i>

<i>Sociale behov</i>	-	(+)	+
<i>Rehabilitering</i>	+	+	Videreføres
<i>Palliativ indsats og terminal pleje</i>	+	+	+
<i>Smertebehandling</i>	+	Videreføres	Videreføres
<i>Uddannelse</i>	+	+	+
<i>Forskning</i>	+	Videreføres	Videreføres
<i>Kræftdata</i>	+	+	Videreføres
<i>Monitorering</i>	+	+	+
<i>Evaluering</i>	+	+	+

De enkelte områder i Kræftplanen

Primær forebyggelse. For den primære forebyggelse har planen fokus på de områder, som har den største effekt på kræftudviklingen. Dette gælder områderne rygning, kost, fysisk aktivitet og alkohol. Dette er de samme områder, som er i fokus i Inuuneritta II.

Sekundær forebyggelse. *Befolkningsscreening for brystkræft og tarmkræft.* Planen har analyseret muligheden for at tilbyde yderligere befolkningsscreeninger for brystkræft og tarmkræft. Det blev anbefalet ikke at indføre disse screeninger initialt, men at genanalysere dem i planens 2. periode. At indføre disse screeninger vil have meget store økonomiske og praktiske konsekvenser. *Screening af kvinder med høj risiko for brystkræft.* Det gælder kvinder med genet BRCA1 og kvinder, der tidligere har haft brystkræft. Det anbefales at screeningen af disse kvinder fremadrettet foregår i Nuuk og efter danske anbefalinger. Det kræver uddannelse af personale og anskaffelse af mammografiapparatur. *Screening af personer med høj risiko for tarmkræft.* Screeningen af denne gruppe fortsættes uændret.

Behov indenfor diagnostisk, apparatur- og personalebehov og fysiske rammer.

Det er anbefalet, at diagnostik af brystkræft på sigt ændres, så der kan indgå en triple-test (klinisk undersøgelse, ultralyd, mammografi - og ved behov biopsi). Der er nu etableret direkte elektronisk adgang til svar på pato-anatomiske undersøgelser i den landsdækkende danske Pato-anatomiske database. *Apparatur- og personalebehov.* Da sundhedsvæsenet netop har fået en MR scanner er der kun få apparaturbehov før indkøb af en ny CT scanner er relevant i planens 3. periode. Der er fortsat behov for at arbejde på rekruttering og fastholdelse af personale samt at sikre dækning af personalebehov ved hjemtagning af flere behandlinger. Behovet omkring fysiske ramme er indeholdt i Selvstyrets Gælds- og investeringsstrategi.

Medicinsk kræftbehandling. Hjemtagningen af dele af den medicinske kræftbehandling har været en ubetinget succes og antallet af medicinske kræftbehandlinger er stigende. Det er muligt at hjemtage yderligere medicinske behandlinger og dette er attraktivt for patienterne, og det forventes også økonomisk attraktivt at hjemtage flere behandlinger trods behov for yderligere ressourcer til apparatur, personale og fysiske rammer.

Kirurgisk kræftbehandling. Internationalt anbefales Kirurgisk kræftbehandling i dag centraliseret og udført af operatører, der udfører et stort antal operationer per år. Da vi samtidig står over for et generationsskifte hos vores kirurger indenfor den næste 10 års periode er det tid at tænke fremadrettet. Det er i planen anbefalet, at kræftkirurgien generelt over en årrække flyttes til udlandet eller udføres i Grønland af tilrejsende kræftspecialister.

Patientforløb, brugerinddragelse og information. Gode patientforløb kræver gode kommunikationssystemer, god kommunikation og brugerinddragelse. En fælles elektronisk patientjournal er nu besluttet. Den kan sikre at alle behandlere har samme viden om patientens status og kan sikre kontinuitet i patientforløbene. Telemedicin er set som en vigtig fremtidig mulighed. Kræft skal findes så tidligt som muligt. Det skal sikres gennem målrettet

information om symptomer på kræft og en aktiv opsporing. En velinformeret patient er en tryk patient, derfor er patientuddannelse og brugerinddragelse vigtig. Gode kræftforløb skal sikres gennem patientforløbsbeskrivelser, brugerinddragelse med faste kontaktpersoner og kontinuitet over overgange fx mellem Dronning Ingrid's Hospital og hjemstedet.

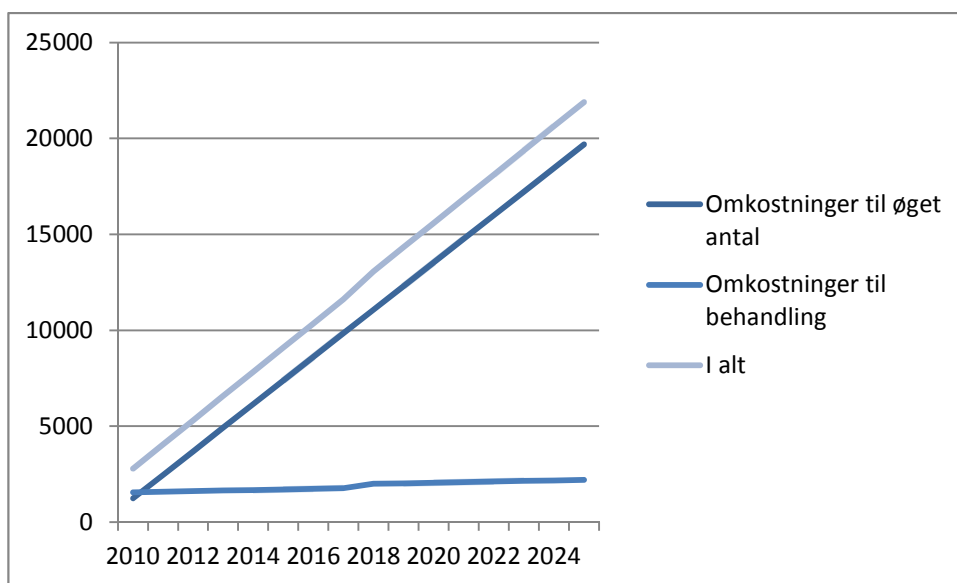
Sociale behov og rehabilitering. Kræftpatienters sociale behov er komplekse og forskelligartede – ligesom deres behov for rehabilitering. Kræftplanen lægger op til en nærmere analyse af kræftpatienters sociale behov og en intensivering af rehabiliteringsindsatsen på tværs af sektorer – for rehabilitering starter ved diagnosen. Alle patienter skal have deres behov for rehabilitering afdækket og have en plan ved udskrivelsen. Men vi mangler i dag gode redskaber til at vurdere rehabiliteringsbehov i den grønlandske kontekst. Det skal der også arbejdes med.

Palliativ indsats, terminal pleje og smertebehandling. Den palliative indsats og –pleje er et tværfagligt og tværs sektorielt område – centreret om patientens behov. Kræftplanen vil være med til at sikre en evidensbaseret, systematisk og tværfaglig vurdering af den enkelte patients behov, gennem retningslinjer og aftaler mellem kommunerne og Selvstyret. Smertebehandling er en vigtig del af den palliative indsats. Det er vigtigt at patienterne er velinformede om deres smertebehandling og at alle professionelle har elektronisk adgang til opdateret information om smertebehandling.

Uddannelse, forskning, data - og monitorering og evaluering. Uddannelse er et kerneområde, der skal styrkes ud fra de nuværende og kommende behov. Kræftforskning skal støttes gennem prioritering ved tildeling af forskningsmidler. Data, der kan sikre overvågning, forskning og evaluering af indsatser skal styrkes og flere kræftdata skal monitoreres og afrapporteres løbende. Efter hver af Kræftplanens tre perioder er planlagt en *evaluering* af målopfyldelsen for de enkelte indsatser under planen.

Økonomiske konsekvenser. Som anført er planen ikke fuldt finansieret. Dette forslag til kræftplan adresserer de mest påtrængende elementer på kræftområdet.

Kræftbehandling er dyr behandling. Alene den nuværende udvikling i antal kræftpatienter vil betyde, at vi i 2025 skal betale 21,89 mio. kr. mere til sundhedsudgifter ved kræft. Hertil kommer rejse, ophold og andre udgifter relateret til behandlingen.



Det kalder på øget forebyggelse, men effekten af forebyggelse er langsigtet. Gennemøget øget forebyggelse, hjemtagning af de dele af udredning og behandling, hvor det er muligt og omkostningseffektivt og ikke mindst

gennem tidligere diagnostik og behandling samt optimering af rehabiliteringen kan vi på sigt få en udgift til kræft i sundhedsvæsenet, der bedre balanceres af det samfundsmæssige afkast.

Udgifterne til gennemførelsen af indsatserne under Kræftplanen er mellem 2,1 mio. kr. i planens 1. år til højst knap 14,7 mio. kr. i planens 6. år, hvor der skal indkøbes en ny CT scanner.

Der bør i det omfang det er muligt udarbejdes en samfundsøkonomisk konsekvensberegning af forslaget, så også den samfundsmæssige gevinst ved en øget kræftindsats er tingængelig inden arbejdet med FFL 15 igangsættes.

1. Kræftplanens mål og fokus

I 2009 pålagde et enigt Inatsisartut Naalakkersuisut udarbejdelsen af først en redegørelse på kræftområdet i 2011¹ og dernæst en egentlig Kræftplan senest i 2013.

Forslag til Kræftplan, 2013 vil komme til at indgå som en delplan under den overordnede Nationale Sundhedsstrategi, som vil blive fremlagt i 2014.

Kræftplan 2013 vil:

- Styrke forebyggelse, tidlig diagnostik, patientforløb, rehabilitering, den palliative indsats og samarbejdet med og omkring patienten.
- Sikre kræftbehandling ud fra tilpassede internationale anbefalinger – specielt om antal operationer per kirurg.
- Sikre medicinsk kræftbehandling i Grønland, når det er muligt.

Kræftplanen tager udgangspunkt i Kræftredegørelsens anbefalinger. Arbejdet med planen har ligget i en række arbejdsgrupper med bred deltagelse.

Det har været ønsket i planen at foreslå indsatser, der kan nedsætte hyppigheden af kræft (forebyggende indsatser) samt foreslå muligheder til at forbedre alle faser i kræftbehandlingen, som diagnostik, behandling og pleje, rehabilitering og lindrende behandling (palliativ behandling).

"Det bedst mulige sundhedsvæsen" og dermed *"den bedst mulige kræftbehandling"* skal findes ved en afvejning af tre forhold: økonomi, tilgængelighed og kvalitet, men *"den kvalitet og tilgængelighed af sundhedstilbud, som er typisk for de fleste vestlige lande, er ikke en realistisk referenceramme for det grønlandske sundhedsvæsen"*². Ovenstående grundpræmis og treenigheden mellem økonomi, tilgængelighed og kvalitet har været basis for Kræftplanens anbefalinger. Indsatserne i Kræftplanen anbefaler, således, ud fra dels deres forventede effekt, dels ud fra ønsket om lighed i sundhed samt ud fra et ønske om en optimering af forholdet mellem ressourceforbrug og effekt. Kræftplanen tager udgangspunkt i situationen i 2012 og ændringer i disse forudsætninger kan få betydning for muligheden for implementering af planen og ikke mindst for planens økonomiske beregninger.

Det generelle fokus i Kræftplanen er at styrke de områder, hvor vi har de bedste forudsætninger for at blive endnu bedre. Det drejer sig specielt om de mere lavteknologiske dele af indsatsen mod kræft, d.v.s. forebyggelse, tidlig diagnostik, patientforløb, brugerinddragelse, rehabilitering og palliativ indsats, samt samarbejdet omkring patienten og dennes familie mellem de enkelte sektorer og mellem behandlingsinstitutioner her i landet og udenfor Grønland.

Samtidig skal vi have en kræftbehandling ud fra tilpassede internationale anbefalinger. Når der i Kræftplanen skrives internationale anbefalinger er det anbefalinger, der er udarbejdet med baggrund i international forskning og ud fra "best practice" på området – tilpasset de særlige grønlandske forhold. De kan således have grundlag i anbefalinger fra Danmark, EU eller internationale organisationer.

Kræftbehandling ud internationale anbefalinger har forskellig betydning for den medicinske og kirurgiske kræftbehandling. For den medicinske kræftbehandling betyder det, at vi skal hjemtage nye medicinske

¹Departementet for Sundhed. Kræftredegørelsen 2011. Grønlands Selvstyre, 2011.

²DELOITTE 2010. Grønlands sundhedsvæsen – udfordringer for fremtiden. Økonomi- og strukturanalyse af det grønlandske sundhedsvæsen. Nuuk: Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre.

kræftbehandlinger, hvor dette er muligt, mens det for kræftkirurgien betyder, at vi skal tilpasse dele af den kirurgiske kræftbehandling, hvor flere skal opereres i udlandet. Dette er begrundet i, at nye internationale erfaringer har vist patienternes overlevelse forbedres, hvis de mere tekniske dele af kræftbehandlingen, som fx kræftkirurgien, bliver specialiseret og samlet på få hænder, så den enkelte kirurg udfører et stort antal kræftoperationer årligt.

Specifikke delmål i Kræftplanen er:

- Nedbringe antallet af nye kræfttilfælde.
- Foretage tidlig opsporing af kræft og forstadier til kræft.
- Sikre, at personer med symptomer på kræft, får stillet den rigtige diagnose hurtigt.
- Tilbyde kræftpatienter helbredende behandling.
- Tilbyde kræftpatienter, der ikke kan helbredes for deres sygdom, livsforlængende behandling, hvis det er meningsfuldt for patienten.
- Tilbyde kræftpatienter rehabilitering med udgangspunkt i deres individuelle behov.
- Tilbyde en palliativ (lindrende) indsats til kræftpatienter, der ikke kan tilbydes helbredende eller livsforlængende behandling.
- Tilbyde kræftpatienter et veltilrettelagt samlet forløb på højt internationalt kvalitetsniveau uden unødige ventetider.
- Inddrage patientens egen vurdering og indsats i sygdomsforløbet, som en vigtig ressource, og sikre, at sundhedspersonalets samarbejde med patienten baseres på respekt for patientens integritet.

1.1. Implementering af ”Kræftplan for Grønland 2013”

Det er ikke muligt at arbejde med alle Kræftplanens delmål samtidig, hvorfor det for alle mål er vurderet, om der bør arbejdes specifikt med dem i en eller flere af planens perioder: første periode (2årig), i anden periode (3årig) eller i tredje periode (8 årig). Samtidig er der planlagt en evaluering af målopfyldelsen for de enkelte indsatser efter hver periode.

I nedenstående tabel gives en oversigt over Kræftplanens indsatsområder og dens forslag til, hvornår indsatsen tidsmæssigt skal startes. For detaljer henvises til de enkelte kapitler.

Oversigt over indsatser i Kræftplanens 3 perioder

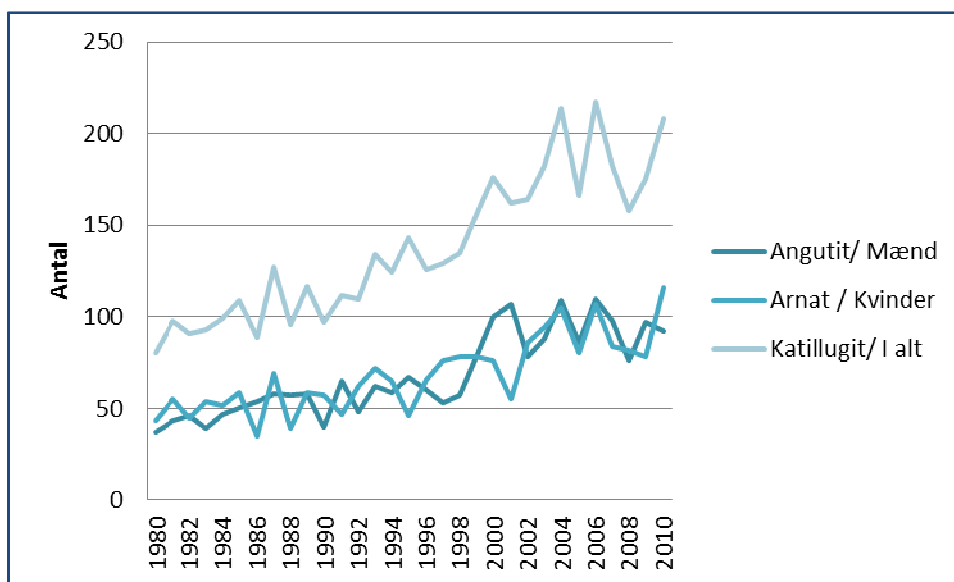
Indsats	1. periode	2. periode	3. periode
Primær forebyggelse af KRAM faktorerne	<i>Dækkes af Inuuneritta</i>		+
Sekundær forebyggelse	+		
- <i>Livmoderhalskræftscreening</i>			
- <i>Befolkningsscreening for brystkræft</i>	-	<i>Revurderes</i>	
- <i>Hjemtagning af screeningstilbud til kvinder med høj risiko for brystkræft</i>	+	+	<i>Videreføres</i>
- <i>Befolkningsscreening for tarmkræft</i>	-	<i>Revurderes</i>	
Hjemtagning af flere medicinske kræftbehandlinger	+	+	+
Kirurgisk kræftbehandling			
- <i>Diagnostik og behandling af brystkræft</i>	(+)	+	<i>Videreføres</i>
- <i>Behandling af tyktarmskræft</i>	-	(+)	+
- <i>Behandling af kræft i æggestokke</i>	+	<i>Videreføres</i>	<i>Videreføres</i>
Patientforløb	+	+	<i>Videreføres</i>
Brugerinddragelse	+	<i>Videreføres</i>	<i>Videreføres</i>

Information	+	Videreføres	Videreføres
Diagnostik	+	+	+
Apparatur og personale	+	+	+
Fysiske rammer	Dækkes af anden plan	Palliative behov?	Videreføres
Sociale behov	-	(+)	+
Rehabilitering	+	+	Videreføres
Palliativ indsats og terminal pleje	+	+	+
Smertebehandling	+	Videreføres	Videreføres
Uddannelse	Dækkes delvis af Uddannelsesplanen		
Forskning	+	Videreføres	Videreføres
Kræftdata	+	+	Videreføres
Monitorering	+	+	+
Evaluering	+	+	+

Tabel 1.1. Skematisk fremstilling af arbejdet i Kræftplanens tre perioder

2. Forebyggelsen i dag sætter rammen, for kræftudvikling, i morgen

Antallet af nye kræfttilfælde i befolkningen per år (incidensen) er stigende. Når middellevetiden stiger vil flere i deres livsforløb nå at udvikle kræft, da risikoen for at udvikle kræft stiger med alderen. Men selv når øgningen i middellevetiden indregnes, så er antallet af kræfttilfælde stigende.



Tabel 2.1 Antal kræfttilfælde fra 1980 til 2010
(I opgørelsen er ikke medtaget forstadier til kræft).

Stigningen i antallet af kræfttilfælde betyder, at sundhedsvæsenet i dag skal behandle mere end dobbelt så mange kræftsige som for 30 år siden (se tabel 2.1). Hvis man ser på hele perioden fra 1980 til 2010 er den gennemsnitlige stigning i antallet af kræfttilfælde 4 tilfælde per år. Denne stigning vil formentlig fortsætte, hvis vi ikke gør noget aktivt for at vende udviklingen (se også kapitel 10). Dette tydeliggør vigtigheden af en øget forebyggelsesindsats.

2.1 Primær forebyggelse af kræft

Primær forebyggelse: aktiviteter, der sigter på at undgå, at kræftsygdom opstår.

Det er Landslægens opfattelse, at omkring 50 % af alle kræfttilfælde i Grønland kan forebygges³. Forebyggelse er et langt sejt træk og frugterne fra forebyggelsesindsatsen kan først høstes om mange år. Rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, kost herunder forebyggelse af overvægt, de såkaldte KRAM faktorer, har de største kræftforebyggelsespotentialer. Herudover tilbydes alle piger ved 12års alderen Humant Papillomavirus (HPV) vaccination, der beskytter mod livmoderhalskræft.

Fra 2013 er rammen for nationale forebyggelsesindsats Inuuneritta II. En meget stor del af mulighederne for at forebygge kræft er allerede dækket gennem Inuuneritta II, fordi programmet har fokus på præcis de områder,

³ Landslægeembedet. Årsberetning 2009. Landslægeembedet, 2010.

som også har det største kræftforebyggelsespotentiale, herunder misbrug af alkohol og hash, rygning, kost og fysisk aktivitet⁴.

Forebyggelse er et delt ansvarsområde. Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens sundhedsvæsenet har ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Sundhedsvæsenets indsatser er fra 2010-2011 sket i de lokale livsstilsambulatorier. Livsstilsambulatoriet er en kvalitetssikret metode til at arbejde med sundhedsfremme, forebyggelse og kroniske sygdomme i sundhedsvæsenet.

Kræftredegørelsen anbefalinger omkring den primære forebyggelse var:

Generelle indsatser;

- *I samarbejde med andre interessenter at udarbejde strategi for udarbejdelse og implementering af sundhedspolitikker for dagtilbud, skoler, uddannelsesinstitutioner og evt. på arbejdspladser. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*
- *I samarbejde med andre interessenter, at udarbejde strategi for styrkelsen af sundheds-undervisningen på lærerseminarier med henblik på opkvalificering af sundhedsundervisningen i skoler. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*
- *Udarbejde strategi for uddannelse af sundhedspersonale i forebyggelse, herunder udarbejdelse af anbefalinger for god forebyggelsespraksis og for monitorering af indsatsen. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*

Tobak/rygning:

- *Analysere og foreslå tiltag på området, herunder fx øgede afgifter på tobaksvarer, øremærkning af midler til tobaksafvænnning og forebyggelsesindsatsen, sikring af overholdelse af salgs- og marketingsregler for salg af tobaksvarer til personer under 18 år og mere/anden information på cigaretpakkerne. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*
- *Udarbejde strategi for differentieret og let tilgængeligt rygeafvænningstilbud til befolkningen, herunder sikring af lokale muligheder. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*

Fysisk aktivitet:

- *I samarbejde med andre interessenter at udvikle en national handlingsplan for fysisk aktivitet, herunder behov for øget fysisk aktivitet i dagtilbud og uddannelsesinstitutioner. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*

Kost og overvægt:

- *I samarbejde med andre interessenter at analysere mulighed for at øge tilgængeligheden af sunde fødevarer, herunder i dagtilbud og skoler. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*

Alkohol:

- *Analysere behov for yderligere regulering af området, herunder hvordan nuværende lovgivning sikres overholdt og mulighed for øgede afgifter på alkoholprodukter. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*

2.2 Generelle forebyggelsesindsatser

Omkring generelle indsatser vil Kræftplan 2013:

- *Støtte op under de pågående og fremtidige indsatser under Børne- og ungestrategien, på arbejdsmarkedet og på uddannelsesområdet.*

⁴ Grønlands Selvstyre. Inuuneritta 2013-2019. Departementet for Sundhed 2012.

Omkring sundhedspolitikker for dagtilbud, skoler, uddannelsesinstitutioner har virkeligheden allerede indhentet Kræftredegørelsens anbefalinger. I forbindelse med Børne- og ungestrategien er der i 2012 udarbejdet materiale til institutioner for børn omkring udarbejdelse og implementering af sundhedspolitikker.

På arbejdspladser har CSR (Corporate Social Responsibility) netværket arbejdet med et idekatalog omkring sundhedsledelse og har igangsat en række initiativer bl.a. et projekt om *"Det gode arbejdsliv"*, en undersøgelse af virksomhedernes aktiviteter og behov, et kursus og events.

Uddannelsesplanen fra 2012 er den overordnede ramme for fremtidige indsatser på uddannelsesområdet - også på sundhedsområdet. En styrkelse af læreruddannelsen på forebyggelsesområdet må være et element i handleplanerne under uddannelsesstrategien. Handleplanerne under denne strategi er under udarbejdelse og forventes færdige i 2013.

Departementet for Sundhed har i samarbejde med Brancheskolerne tilbudt en specialisering i forebyggelse, møttet på sundhedsassistenter, der skal arbejde med forebyggelse i sundhedsvæsenets regi. Uddannelsens fokus er områderne i Inuuneritta II.

2.3. Rygning

Tobak er den enkeltfaktor, der i dag anses for at have det største forebyggelsespotentiale med hensyn til kræft. Rygning kan forårsage kræft i luftveje, herunder i næse og mundhule, svælg, strube og lunger, samt i spiserør, mavesæk, bugspytkirtel, lever, nyrer, nyrebækken, blære, livmoderhals samt blodkræft og er mistænkt for at kunne forårsage kræft i tyktarm og endetarm. Langt den hyppigste rygerelaterede kræftform er lungekræft. Jo mere og jo længere tid, man har røget, desto større er kræfttrisikoen, men det er ikke en lineær sammenhæng og der er ikke en undergrænse for mængden af cigaretter, hvorunder der ikke længere er kræftisiko.

Omkring rygning vil Kræftplan 2013:

- Støtte op under de pågående og fremtidige indsatser under Inuuneritta II

Målsætningerne, for Inuuneritta II, er:

- At gravide ikke ryger.
- At forebygge, at børn og unge begynder at ryge.
- At begrænse andelen af rygere i befolkningen, så børn ikke oplever rygning som en naturlig del af dagliglivet.

Antallet af rygere i Grønland er meget højt. I dag ryger 68 % af kvinder og 64 % af mænd over 18 år⁵. Rygning påbegyndes også tidligt. Således havde 43 % af 11årige og 83 % af 16årige prøvet at ryge i 2010, og samtidig var andelen af dagligrygere blandt 15årige 52 %. Blandt børn og unge røg flere piger end drenge⁶. Trods den høje andel af rygere er der sket en positiv udvikling. Fra 1993 til 2007 er andelen af "aldrig-rygere" steget fra 11 % til 13 % og andelen af "eks-rygere" er steget fra 11 % til 23 %. I samme periode er antallet af cigaretter, som den

⁵Bjerregaard P. & Dahl-Petersen, I. (eds.). Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007, København: Statens Institut for Folkesundhed. 2008.

⁶Niclasen, B. & Bjerregaard, P. Folkesundhed blandt skolebørn – Resultater fra HBSC undersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed København: 2011.

enkelte ryger, faldet fra 12,9 cigaretter dagligt i 1993 til 11,1cigaretter dagligt i 2005 for mænd, mens tallet for kvinder er faldet fra 9,6 cigaretter dagligt i 1993 til 7,7 cigaretter dagligt i 2005⁷.

Succes med tobaksforebyggelse for den generelle befolkning kan i starten medføre øget ulighed i sundhed, fordi de bedst stillede ofte vil være de første til at efterleve anbefalingerne og dermed vil de også høste helbredseffekten først. Der er også i Grønland en tiltagende social skævhed i andelen af rygere. Således røg omkring 80 % af personer udenfor erhverv og under 60 % af højere funktionærer i 2005-2007⁽⁵⁾

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, anbefaler følgende sammenhængende nationale tiltag mod tobaksrygning:

- ✓ At overvåge brugen af tobak.
- ✓ At overvåge politikker for forebyggelse af rygning.
- ✓ At beskytte mennesker mod tobaksrøg, herunder passiv rygning.
- ✓ At tilbyde hjælp til at stoppe tobaksrygning.
- ✓ At advare om farerne ved tobaksrygning ved hjælp af skiltning og advarselstegn på tobaksprodukter.
- ✓ At sikre og håndhæve forbud mod tobaksreklamer og mod sponsorering af tobaksprodukter.
- ✓ At adfærdsregulere via skatter og afgifter, herunder ved at forhøje afgifter på tobaksvarer.

Grønland fik i efteråret 2010 en meget restriktiv rygelov, der skal sikre røgfrie miljøer, mens en lovgivning blev gennemført i 2005, der forbyder rygning på institutioner for børn og unge og omkring disse. Rygning har været et vigtigt indsatsområde under Inuuneritta og forbliver det fortsat i Inuuneritta II. Målet for Inuuneritta var et fald i andel af voksne rygere til 40 %. Dette mål blev ikke nået.

Der eksisterer allerede en lang række forebyggende indsatser på rygeområdet, der er i tråd med WHO's anbefalinger. Det drejer sig høje afgifter på tobak, advarsler på tobakspakkerne, fastholde forbud mod salg af tobak til unge under 18 år, rygeafvænningsstilbud, Livsstilsambulatorier, og rådgivning om rygestop til både personale og borgere.

Departementet for Sundhed har i efteråret 2012 lanceret en strategi på rygeområdet, der beskriver dels strukturelle, patientrettede og borgerrettede forebyggelsesinitiativer samt generel informationsvirksomhed til hele befolkningen⁸. Med implementering af disse tiltag sikres, at vi lever op til WHO's anbefalinger. En opdateret handlingsplan for rygning er en del af Inuuneritta II. De planlagte indsatser på tobaksområdet er en videreførelse og skærpelse af de nuværende indsatser.

2.4. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet nedsætter kræfttrisikoen. Øget fysisk aktivitet kan være med til at forebygge tyktarms-, og brystkræft og muligvis kræft i livmoderen og blærehalskirtlen. For tyktarmskræft kan 13-14 % af tilfældene tilskrives fysisk inaktivitet, mens det gælder 11 % af tilfældene af brystkræft efter overgangsalderen^{9,10}.

Herudover har øget fysisk aktivitet en forebyggende effekt overfor andre livsstilssygdomme såsom hjertekarsygdomme og diabetes.

⁷Bjerregaard P. & Dahl-Petersen, I. (eds.). Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007, København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

⁸ Departementet for Sundhed, 2012. Strategi for forebyggelse af rygning 2012-2013.

⁹Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

¹⁰World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global perspective. Washington, DC: AICR, 2007.

Omkring fysisk aktivitet vil Kræftplan 2013:

- Støtte op under de pågående og fremtidige indsatser under Inuuneritta.

Målsætningerne for Inuuneritta II er:

- At sikre 1 times skemalagt fysisk aktivitet dagligt i hverdagen for alle skolesøgende børn og unge under 18 år.
- At alle større arbejdspladser med overvejende stillesiddende arbejde sikrer, at medarbejderne har mulighed for at være fysisk aktive i arbejdstiden.
- At forbedre hele befolkningens mulighed for at leve op til de gældende anbefalinger for fysisk aktivitet.

Kræftforebyggelse sikres ved 60 minutters moderat fysisk aktivitet eller 30 minutters kraftig fysisk aktivitet dagligt¹⁰. Der pågår meget forskning om betydningen af fysisk aktivitet og den indeværende estimerede sundhedseffekt kan meget vel vise sig at være undervurderet. Ernæringsrådet anbefaler allerede i et af "de 10 kostråd", at både børn og voksne er fysisk aktive 1 time om dagen. Det samme gør Inuuneritta II. Opfyldelsen af Inuuneritta II's mål for fysisk aktivitet lever således op til anbefalingerne omkring den mængde aktivitet, der med vores nuværende viden, anses for at sikre en effekt på kræftforekomsten. Fysisk aktive børn vil ofte blive fysisk aktive som voksne. Dette afspejles i målsætningerne for Inuuneritta II.

I befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 angav 78 % af de voksne, at de var fysisk aktive, svarende til anbefalingerne eller mere (angivelsen er sammensat af flere delelementer, og det er formentligt et absolut maksimumtal)¹¹, mens det gjaldt 27 % af skoleelever (hvilket formentlig er et absolut minimumstal)¹².

Opfyldelse af Inuuneritta II's målsætning kræver strukturel forebyggelse og et tæt samarbejde mellem Selvstyret, kommunerne og NGO'er – som det allerede er beskrevet i Inuuneritta II. Anbefalingen omkring en national handlingsplan for fysisk aktivitet er en del af opfølgningen af Inuuneritta II.

2.5. Ernæring (kost og overvægt)

Madvaner og overvægt har betydning for udviklingen af kræft. Et højt indtag af frugt, grønt og fuldkornsprodukter (kostfibre) anses for at have en beskyttende virkning mod udvikling af kræft i mundhule, spiserør, mavesæk, tyktarm og endetarm. Rødt kød menes at medvirke til øget forekomst af kræft i tyktarm og endetarm¹³. De kræftformer, der relateres til overvægt, er kræft i livmoder, bryst, æggestokke, galdeblære, bugspytkirtel, lever, nyre og blærehalskirtel.

¹¹Bjerregaard P. & Dahl-Petersen, I. (eds.). Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007, København: Statens Institut for Folkesundhed. 2008.

¹²Nielsen, B. & Bjerregaard, P. Folkesundhed blandt skolebørn – Resultater fra HBSC undersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed København: 2011.

¹³World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global perspective. Washington, DC: AICR, 2007.

Omkring kost vil Kræftplan 2013:

- Støtte op under de pågående og fremtidige indsatser under Inuuneritta.

Målsætningerne for Inuuneritta II er:

- At børn højst får sodavand, saft, slik og chips en gang om ugen.
- At andelen af overvægtige børn ved skolestart og skoleafslutning reduceres.
- At forbedre hele befolkningens mulighed for at spise en varieret kost.

Forebyggelsesindsatsen omkring kost og motion hænger nøje sammen, da befolkningsgrupper med sunde spisevaner også ofte vil have sunde vaner omkring fysisk aktivitet ligesom sunde spisevaner også hænger ved, hvis de indlæres tidligt.

Spisevanerne har ændret sig mod, at der spises mindre grønlandsk mad og flere importerede og forarbejdede fødevarer med et stort indhold af fedt, sukker og salt, men vi spiser også mere frugt og grønt. De nuværende nationale anbefalinger er Ernæringsrådets 10 kostråd, som anbefaler at spise varieret, at spise groft brød og gryn samt frugt og grønt hver dag, at begrænse sukkerindtaget samt at spise fedt med omtanke. I befolkningsundersøgelsen fandtes, at fra 1993 til 2005-2007 spiste en stigende andel af voksne frugt og grønt. I 2005-2007 spiste 82 % af voksne frugt og 87 % grøntsager mindst 1 gang ugentligt¹⁴. Blandt skolebørn angav 30 % i Nuuk og 14 % i byer og bygder at spise frugt dagligt i 2010, mens hhv. 46 %, 40 % og 27 % spiste grøntager dagligt i Nuuk, byer og bygder¹⁵.

I 2005-2007 fandtes, at andelen af overvægtige blandt mænd var 49 % og blandt kvinder 57 %¹². Blandt børn er fundet en tredobling af andelen med overvægt ved indskolingen over 30 år og at mange børn, der er overvægtige, når de kommer i skole, også er overvægtige, når de går ud af skolen¹⁶. Succesraten for behandlingsindsatser mod overvægt er lav: fem år efter et vægttab er 99 % tilbage i deres oprindelige vægt eller over denne¹⁷. På grund af dette er en satsning på forebyggelse i form af sunde kost- og bevægelsesvaner blandt børn og unge meget vigtig. Indsatserne bør tage sigte på at skabe sunde rammer og normer for kost og bevægelse samt sikre øget tilgængelighed af sunde tilbud¹⁴.

2.5. Alkohol

Ethvert alkoholindtag har vist sig at kunne øge forekomsten af en række kræftformer. Alkohol er skønnet til at bidrage til 2 % af alle kræfttilfælde. Det er specielt kræft i mund, svælg, spiserør, mavesæt og tyktarm, lever samt bryst, der er relaterede til alkoholindtagelse¹⁶. Der er for kræftudvikling ikke fundet et forbrug under hvilket, det er "sikkert at drikke". Set alene ud fra kræftforebyggelsen må det derfor anbefales ikke at indtage alkohol overhovedet.

¹⁴Bjerregaard P. & Dahl-Petersen, I. (eds.). Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007, København: Statens Institut for Folkesundhed. 2008.

¹⁵Niclasen, B. & Bjerregaard, P. Folkesundhed blandt skolebørn – Resultater fra HBSC undersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed. København: 2011.

¹⁶Niclasen, Petzold & Schnohr. Overweight and obesity at school entry as predictor of overweight in adolescence in an Arctic child population. European Journal of Public Health, 17 17-20, 2007.

¹⁷Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

Omkring alkohol vil Kræftplan 2013:

- Støtte op under de pågående og fremtidige indsatser under Inuuneritta.

Målsætningerne for Inuuneritta II er:

- At gravide ikke drikker alkohol eller ryger hash.
- At forebygge at børn og unge drikker alkohol, ryger hash eller sniffer.
- At ingen børn oplever voksne, som er påvirkede af alkohol eller hash.

Alkoholforbrug giver også risiko for en række andre helbredsskader fx lever-og hjertelidelser samt dementielle tilstande. Der er andre betydelige fordele forbundet med en sænkning af befolkningens alkoholforbrug. Alkoholmisbrug har en række skadelige sociale konsekvenser, som rækker langt udover den enkelte og ofte gives videre til efterfølgende generationer. Derudover er alkohol medvirkende årsag til trafikulykker.

I Grønland er alkoholforbruget præget af *rusdrikkeri*, dvs. at drikke meget på en gang. Rusdrikkeri har flere negative sociale effekter end den samme mængde alkohol indtaget som et mindre, dagligt forbrug. I Befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 havde 36 % af mænd og 25 % af kvinder et alkoholforbrug, der var potentielt skadeligt¹⁸. Indtaget af alkohol starter tidligt. I 2010 angav 24 % af de 15-årige, at de havde været fulde 3 eller flere gange¹⁹. Det er fra et folkesundhedssynspunkt - herunder for kræftudviklingen - uhensigtsmæssigt, at grønlandske unge drikker så meget og starter så tidligt, som de gør.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har i 2008 udarbejdet en global strategi til forebyggelse af skadeligt alkoholforbrug²⁰, som er fulgt op af en håndbog²¹. WHO anslår, at risici forbundet med alkohol forårsager 2,5 millioner dødsfald årligt på verdensplan. Dødsfaldene skyldes blandt andet hjerte-og leversygdomme, selvmord, trafikulykker samt forskellige kræftformer. Dette svarer til 3,8 % af alle dødsfald²⁰.

I rapporten lægger WHO op til indsatser på 10 forskellige evidensbaserede forebyggende indsatsområder med hver deres forslag til regelsæt. De 10 anbefalede indsatsområderne er:

- ✓ Den offentlige bevidsthed om alkohol
- ✓ Intervention i sundhedsvæsenet
- ✓ Handling i lokalsamfundet og på arbejdspladsen
- ✓ Spirituskørsel
- ✓ Tilgængelighed
- ✓ Markedsføring
- ✓ Prisfastsættelse
- ✓ Udskænkingssteder
- ✓ Ulovlig alkohol og alkoholdige produkter
- ✓ Monitorering og evaluering

Det er i forbindelse med denne plan undersøgt, hvordan Grønland lever op til disse anbefalinger. Det kunne konkluderes, at Grønland for mange af indsatserne følger WHO's anbefalinger. Det gælder særligt på det lovgivningsmæssige område, herunder tilgængelighed, spirituskørsel og prisfastsættelse. Mens at overholdelse af gældende lovgivning samt uddannelse af personale i butikker og på udskænkingssteder og opfølgning og monitorering af effekten af indsatsen er indsatsområder, som kan forbedres.

¹⁸Bjerregaard P. & Dahl-Petersen, I. (eds.). Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007, København: Statens Institut for Folkesundhed. 2008.

¹⁹Niclasen, B. & Bjerregaard, P. Folkesundhed blandt skolebørn – Resultater fra HBSC undersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed, København: 2011.

²⁰WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, 2008.

²¹WHO Regional Office for Europe. *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. WHO Europe 2009 udgivet på dansk af Alkoholpolitisk Landsråd som: Håndbog i alkoholpolitik og -forebyggelse. 10 evidensbaserede indsatsområder, 2009.

Forebyggelse af alkoholmisbrug samt begrænsningen af befolkningens indtagelse af alkohol har været et fokusområde i Inuuneritta, og alkoholmisbrug opfattes i Inuuneritta II som det alvorligste folkesundhedsproblem i Grønland. Handleplanerne under Inuuneritta II tager udgangspunkt i WHO's anbefalinger og vil således leve op til internationale retningslinjer på området.

For HPV vaccination, se kapitel 3.1.

3. Plan for den fremtidige kræftscreening

Ved screening forstås et generelt tilbud til afgrænsede befolkningsgrupper om at lade sig undersøge for sygdom eller forstadier til sygdom. Formålet er, at finde sygdommen eller forstadier til sygdommen så tidligt, så den ikke udvikler sig yderligere, lettere kan behandles og får færre følger. Ved stillingtagen til indførelse af et screeningsprogram vil en faglig anbefaling indgå - baseret på en videnskabeligt påvist effekt - sammen med praktiske muligheder, politiske ønsker og etiske overvejelser. Etablering af screening vil altid forudsætte, at der er et relevant behandlingstilbud. Omkostningen og nytten af en screeningsindsats afvejes også overfor omkostningerne og nytten af en styrket primært forebyggende indsats.

Der er i dag tre befolkningscreeninger for kræftsygdomme, som er tilstrækkeligt dokumenterede til at nationale screeningsprogrammer kan iværksættes. Det er:

- Livmoderhalskræftscreening - i form af undersøgelse for celleforandringer i livmoderhalsen.
- Brystkræft-screening af kvinder - i form af mammografiscreening.
- Tarmkræftscreening - i form af undersøgelse for blod i afføringen.

Livmoderhalskræftscreening udføres allerede, men det er særligt interessant at vide, hvor stor en effekt indførelse af de øvrige screeningsindsatser kan få, da de er meget mindre enkle at gennemføre en livmoderhalskræftscreeningen. Anbefalinger i Kræftredegørelsen omkring screening er:

- *Evaluer den nuværende screeningsindsats og foreslå tiltag til evt. forbedringer samt analysere behov for yderligere screeningsprogrammer på kræftområdet inklusive de ressourcebehov og gevinster forbedringer på området vil medføre.*
- *Undersøge om MR undersøgelse (magnetisk resonans undersøgelse) kan erstatte mammografiundersøgelsen i undersøgelsesprogrammet for arvelig brystkræft.*

3.1. Screening for livmoderhalskræft (smearundersøgelsen)

I Grønland er der siden 1998 blevet tilbudt systematisk screening for kræft i livmoderhalsen. *Smearundersøgelsen* er en overordentlig effektiv måde at finde livmoderhalskræft og forstadier til livmoderhalskræft på. Screeningen foregår ved, at en celleprøve (smearprøve) fra livmoderhalsen nedsendes til undersøgelse. Undersøgelsen og svarafgivelsen kan derfor udføres lokalt ved alle sundhedsvæsenets institutioner. Tilbuddet følger de danske retningslinjer. Pga. ny forskning kommer der løbende nye retningslinjer for screeningsindsatsen²².

Kræftplanens mål for screening for livmoderhalskræft:

(Målet skal nås i planens første periode)

- Sikre fortsat monitorering og vedvarende opdatering af retningslinjerne for screeningsindsatsen.
- Sikre en deltagelse i livmoderhalskræftscreeningen på over 80 % i alle sundhedsregioner.
- Sikre over 90 % deltagelse i HPV vaccination.

Forebyggelse af livmoderhalskræft kræver samlet:

- En høj dækningsgrad af HPV (Humant Papillomavirus) vaccination.

²²Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, 2012.

- Et velfungerende smearprogram.

Screening for livmoderhalskræft er en billig undersøgelse, der med stor sikkerhed kan påvise kræft og forstadier til kræft. En væsentlig udfordring har været en lav dækningsgrad for smearundersøgelsen. Denne er dog støt stigende og er nu (2012) på 65 % af alle kvinder i relevant alder. En høj dækningsgrad betyder, at flere kræfttilfælde, kan undgås. Trods dette har der, gennem de sidste 20 år, været et fald i antallet af nye livmoderhalskræftstilfælde til nu 6-8 tilfælde per år .

3.2. Befolkningsscreening for brystkræft med mammografi

I dag tilbydes der ikke befolkningsscreening for brystkræft. Under denne plan er det vurderet, om der skal tilbydes en befolkningsscreening og hvordan det fremtidige tilbud om screening af kvinder med arvelig høj risiko for brystkræft skal være. Disse screeninger er i udlandet baseret på en mammografiundersøgelse. En mammografiscreening skal følges op af andre undersøgelser, hvis der findes mistanke om kræft. Der findes i dag ikke mammografiudstyr i Grønland.

Omkring befolkningsscreening for brystkræft vil Kræftplan 2013:

- Initialt ikke indføre befolkningsscreening for brystkræft med mammografi.

I planens anden periode

- Revurdere om befolkningsscreening med mammografi skal indføres.

I de lande, de tilbyder screening vil tilbuddet ofte gælde kvinder i alderen 50 til 70 år, da det er denne aldersgruppe, der har den højeste risiko for brystkræft. Den samlede effekt af populationsscreening med mammografi er fortsat omdiskuteret. Ifølge Sundhedsstyrelsen vil mammografiscreening kunne nedbringe dødsfald, på grund af brystkræft, med 30 % og at en tidligere opgørelse har vist en reduktion på 25 % i populationen og 37 % blandt de screenede kvinder²³. Modsat Sundhedsstyrelsen mener det Nordiske Cochrane Center, at det nationale screeningsprogram i Danmark, højst vil redde 1 ud af 2.000 kvinder fra at dø af kræft, alt imens mindst 10 gange flere kvinder vil blive udsat for overdiagnosticering, overbehandling og sygeliggørelse. Her er ikke indregnet den risiko, at der er skadevirkninger efter kirurgi, kemo- og strålebehandling. Et andet aspekt er, at mammografi er røntgenstråling og røntgenstråling kan i sig selv være med til at inducere kræft. Denne balance er der dog taget hensyn til ved planlægningen af screeningsprogrammer.

Litteraturoversigter har vist, at der kan forventes ca. 10 % nedsat dødelighed med mammografiscreening, men også, at screeningstilbud ikke har haft den forventede effekt på nedsat tumorstørrelse eller lavere tumorstadium på diagnosetidspunktet. Da behandlingen af brystkræft i perioden med screening er blevet meget bedre for alle stadier af kræft, betyder det, at tidlig diagnostik ikke har den samme betydning for overlevelsen af sygdommen som tidligere. I Danmark er set, at knuderne ved diagnosen var blevet mindre allerede inden screeningen blev indført. Det tyder på, at øget opmærksomhed på brystkræft i sig selv kan medføre tidligere diagnostik²⁴. En nyligt publiceret undersøgelse fra et større antal danske kvinder fandt ikke nogen effekt af mammografiscreening på kræftdødeligheden²⁵. Også udenlandske undersøgelser har vekslet mellem at finde positiv effekt og manglende effekt af screening. En nyligt engelsk ekspertudredning har dog konkluderet, at screening har effekt.

²³ Olsen AH, Njor SH, Vejborg I, Schwartz W, Dalgaard P, Jensen M-J, Tange UB, Blichert-Toft M, Rank F, Mouridsen H, Lyng E. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *BMJ* 2005; 330: 220.

²⁴ Jørgensen KJ, Keen JD, Gøtzsche PC. Is Mammographic Screening Justifiable Considering Its Substantial Overdiagnosis Rate and Minor Effect on Mortality? *Radiology* 2011; 260:621-627

²⁵ Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.

Effekt af og behov for opfølgning efter mammografiscreening

Fra Nordisk Cochrane Center fremgår det at;

Effekt: Hvis man screener 2000 kvinder regelmæssigt gennem 10 år, vil højst én kvinde undgå at dø af brystkræft, fordi screeningen har opdaget kræften tidligere.

Falsk positive (mistænkt for kræft, men har det ikke): Hvis man screener 2000 kvinder regelmæssigt gennem 10 år, vil 10 raske kvinder som følge af screeningen unødvendigt blive betragtet og behandlet som kræftpatienter. Samme andel angiver det amerikanske cancerinstitut (NCI)²⁶.

Falsk negative (opfattes ikke som kræft, men er det): Ligger formentlig på under 10 %²⁷.

Overdiagnostik (af forandringer der ikke vil medføre død eller nogen problemer, idet de ikke var kommet til kvindernes kendskab i deres levetid, hvis de ikke var blevet screenet): 15-25 %.

Behov for opfølgningen af screeningen: Angives lidt forskelligt mellem landene men ca. 20 % af undersøgelserne giver ifølge NCI anledning til opfølgning²⁸.

Konklusion omkring befolkningscreening for brystkræft

Der er flere grunde til ikke at etablere en generel befolkningscreening for brystkræft med mammografi for nuværende. Både usikkerheden omkring effekten og at en befolkningscreening vil have meget store omkostninger (se kapitel 10) er indgået i vurderingen. På nuværende tidspunkt opfattes den bedste brug af samfundets ressourcer at være, at sikre den bedst mulige diagnostik ved klinisk mistanke om brystkræft i kombination med en øget informationsindsats overfor befolkningen, så kræft – hos kvinder i alle aldersgrupper - opdages så tidligt som muligt.

3.3. Screeningstilbud til kvinder med høj risiko for brystkræft

I forbindelse med en genetisk undersøgelse af grønlandske patienter med brystkræft og/eller kræft i æggestokkene er hos nogle fundet en ændring af et gen (BRCA1 genet). Bærere af dette gen har en stærkt øget livstidsrisiko for brystkræft og kræft i æggestokke. Siden 2009 er der blevet tilbudt undersøgelse for dette gen. Ved et eventuel fund af en bærer af genet, foretages der en familieudredning af de kvindelige medlemmer. Kvinder, der er bærere af genet, tilbydes forebyggende undersøgelser, således at en eventuel udvikling af bryst- eller æggestokkræft hurtigt kan reageres på²⁹. Det nuværende tilbud består af mammografi hvert andet år og årlig kontrol ved gynækolog. Fra 40-årsalderen er der tilbud om profylaktisk fjernelse af æggestokke, hvilket også reducerer risikoen for brystkræft. I dag (2012) følges 44 patienter med arveligt betinget øget risiko for brystkræft og antallet stiger med ca. 5 patienter per år.

Plan for det fremtidige screeningstilbud til patienter med høj risiko for brystkræft

Omkring screeningstilbud til kvinder med høj risiko for brystkræft vil Kræftplan 2013:

I planens første og anden periode

- At effekten af årlig mammografiundersøgelse af kvinder med høj risiko for brystkræft kontra hvert andet år videreudredes.
- At der sikres mulighed for opfølgning med mammografi af patienter, der tidligere har haft brystkræft.

²⁶ National Cancer Institute: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/mammograms>

²⁷ R. M. Mann, C. K. Kuhl, K. Kinkel, C. Boetes. Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. Eur Radiol (2008) 18: 1307-1318.

²⁸ National Cancer Institute: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/mammograms>

²⁹ Departementet for Sundhed. Kræftredegørelsen 2011. Grønlands Selvstyre.

Patienter, der tidligere har haft brystkræft, har en kendt øget risiko for recidiv eller for brystkræft i det andet bryst. Denne patientgruppe tilbydes i dag klinisk kontrol. Dansk Breast Cancer Group har lavet anbefalinger for opfølgningen efter primær brystkræft ud fra internationale forskningsresultater³⁰. En opfølgning af kvinder efter brystkræft vil blive specielt vigtig i forbindelse med overgangen til et behandlingsregime, hvor flere kvinder vil få tilbudt brystbevarende operationer (se kapitel 4.3). Dansk Breast Cancer Group anbefaler klinisk kontrol hvert halve år i 5 år og herefter kontrol én gang årligt i 5 år. Dertil anbefaler de også, at den kliniske kontrol suppleres med mammografi hvert andet år, dog hyppigere hos de +50-årige og undergrupper med øget risiko. Disse retningslinjer ønskes fremadrettet fulgt også i Grønland.

Der er en gevinst for den enkelte patient, og en potentiel samfundsøkonomisk gevinst, ved at hjemtage mammografiundersøgelsen af kvinder, med øget risiko for arvelig brystkræft, til Nuuk. Denne gevinst vil yderligere årligt øges, da antallet, der skal følges, stiger med ca. 5 patienter årligt (se kapital 10). I det danske program omkring arvelige brystkræftformer tilbydes mammografiundersøgelse hvert år til disse patienter³¹. Gevinsten, ved mammografiundersøgelse hvert år, afhænger dels af screeningens samlede effektivitet og dels af, hvor hurtigt disse brystkræftformer udvikler sig. Det anbefales, at der fremadrettet planlægges med en screening hvert år, som der anbefales i Danmark.

3.4. Brug af MR til erstatning for mammografiscreening

Der er god erfaring med udredning af patienter mistænkt for brystkræft med MR scanning, mens der er begrænset viden omkring at bruge MR scanning i screeningsøjemed. God erfaring er dog – med vores nuværende viden - betinget af, at undersøgelsen udføres med en høj-Tesla (1,5-3,0 T) scanner³²

Omkring brug af MR til erstatning for mammografiscreening vil Kræftplan 2013:

I planens anden periode

- Revurdere om vores lav- Tesla scanner kan bruges til brystkræftscreening.

Grønland har i 2012 fået en MR scanner. Dette er en lav-Tesla (0.4 T) scanner. Kvaliteten af lav-Tesla scannere forbedres løbende og der foregår forskning omkring lav-Tesla scanneres effektivitet i screening og diagnostik af brystkræft. Dog må det konkluderes, at der for indværende ikke er et tilstrækkeligt vidensgrundlag til at kunne anbefale brug af en lav-Tesla MR-scanner i brystkræftscreeningen, som en erstatning for en mammografiundersøgelse.

3.5. Befolkningsscreening for tarmkræft (tyk- og endetarmskræft)

Omkring befolkningsscreening for tarmkræft vil Kræftplan 2013:

- Initialt ikke indføre befolkningsscreening for tarmkræft.

I planens anden periode

- Revurdere om befolkningsscreening for tarmkræft skal indføres.

Befolkningsscreening for tarmkræft vil blive gennemført i Grønland som en godartet polyp. Da polypper ofte vil bløde, er screeningen baseret på at finde personer med blod i afføringen, som så følges op ad kikkertundersøgelse af tyktarmen (koloskopi).

³⁰ Danish Breast Cancer Group. Opfølgning og kontrol. se

http://www.dbcg.dk/PDF%20filer/Kap%209%20Opfoelgning%20og%20kontrol_11.6.2012.pdf

³¹ DBCG. DBCG-retningslinier 2010. 19 Genetisk udredning, rådgivning og molekylærgenetisk analyse. DBCG, 2010.

³² R. M. Mann, C. K. Kuhl, K. Kinkel, C. Boetes. Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. EurRadiol(2008) 18: 1307–1318.

Der findes i dag ikke et tilbud om befolkningscreening for tarmkræft i Grønland. I Danmark har man valgt at indføre et tilbud om screening for tarmkræft fra 2014. Det danske tilbud indbefatter tilbud om screening af alle i aldersgruppen 50 til 74 år hvert andet år. Personerne skal selv tage en afføringsprøve i et tilsendt testkit og tilbagesende den til laboratoriet. Hvis prøven er positiv bliver personen tilbudt en kikkertundersøgelse af tarmen (koloskopi). Hvis denne ikke kan gennemføres tilbydes i stedet en CT scanning af tyktarmen (CT kolografi). Det forventes, at ca. 10 % af personer til koloskopi vil have behov for et supplerende tilbud om CT kolografi. Personer, der viser sig at have kræft indgår i det almindelige behandlingsregime.

Erfaringen fra pilotundersøgelser i Danmark var, at der blev fundet både flere kræfttilfælde og flere med polypper end ventet ud fra det kendte tal for antal med polypper og antal kræfttilfælde. Da personer med polypper skal følges vil andelen, der skal følges med koloskopi hurtigt vokse. Det er således udregnet, at efter 10 år vil dobbelt så mange patienter skulle følges med koloskopi for at finde det samme antal kræfttilfælde³³.

Valget af aldersgruppen 50-74 år i Danmark er sket efter nøje vurderinger af risikoen for at få tarmkræft – og dø af den – i forskellige aldersgrupper. I Grønland fandtes, at 25 % tarmkræfttilfælde i perioden 2001 til 2010 sås hos personer udenfor screeningsgruppen, hvilket er noget højere end i Danmark. Dette bør der tages hensyn til, hvis screening skal tilbydes. Ud fra befolkningen i Grønland i alderen 50-74 år i 2012 vil screening skulle tilbydes til 8.425 personer om året i de første 2 år og til lidt færre i årene efter. Ud fra danske tal kan det forventes, at ca. 60 % vil tage imod tilbuddet om screening og dermed, at 268 personer skal koloskoperes, der vil findes 21 personer med kræft, ca. 100 personer med svære forstadier og 53 personer med lette forstadier til kræft.

Effekt af og behov for opfølgning af screeningen

Effekt: Det forventes, at 16 % af dødsfald som følge af tyktarmskræft vil kunne forebygges. Det antages, at 1.400 personer skal screenes for at forebygge et koloncancerrelateret dødsfald på 5 år³⁴.

Falsk positive (opfattes som kræft, men er det ikke): Da relativt flere personer i Grønland har mavesårsbakterien *Helicobacter Pylori* i maven og da relativt flere personer har en let forhøjet blødningsrisiko, vil der formentlig være flere med en positiv test for blod i afføringen og skal tilbydes koloskopi, end fundet i Danmark.

Falsk negative (opfattes ikke som kræft, men er det): Andelen, hvor testen ikke giver udslag (falsk negative) angives at være lille med det nuværende valg af følsomhed.

Overdiagnostisering (af forandringer, der ikke vil medføre død): Er formentlig relativt høj, men der er ikke fundet tal for dette.

Behov for opfølgningen af screeningen: På grund af den store andel med tarmpolypper vil omkring 30 personer ud af 1.000 screenede skulle følges løbende med koloskopi efterfølgende.

Plan omkring befolkningscreening for tarmkræft

På grund af risikoen for tarmperforation foretages koloskopi kun på Kirurgisk Ambulatorium på Dronning Ingrid's Hospital. Der er med den eksisterende behandlingskapacitet ikke mulighed for at etablere en befolkningscreening for tarmkræft. Den mest optimale udnyttelse af de økonomiske midler synes på nuværende tidspunkt at være sikring af den bedst mulige diagnostik af mistænkt tarmkræft og behandling af opstået kræftsygdom i kombination med en øget informationsindsats overfor befolkningen. Det skal dog anbefales, at der sker en fornyet vurdering af området efter en periode på 3-5 år, hvor en evaluering af screeningsindsatsen i Danmark forventes at foreligge.

³³Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft. Sundhedsstyrelsen, 2010.

³⁴Danish Colorectal Cancer Group. Retningslinjer for udredning og behandling af kolorektal cancer. 2009.

3.6. Screening af personer med særlig risiko for udvikling af tarmkræft

Hvis der forefindes en ophobning af tarmkræft i en familie anbefales en regelmæssig koloskopi efter en familieudredning og en eventuelt genetisk screening. Koloskopi tilbydes i dag både personer med ophobede tilfælde af tarmkræft i familien og personer, der har fået fjernet polypper i tarmen. Opfølgninger tilbydes efter danske anbefalinger.

Omkring screening af personer med særlig risiko for udvikling af tarmkræft vil
Kræftplan 2013:

Fra planens start:

- At det nuværende tilbud, omkring screening af personer med særlig risiko for udvikling af tarmkræft, fortsættes.
- At tilbuddet revideres løbende, som nye internationale anbefalinger fremkommer.

Plan omkring screening af personer med øget risiko for at udvikle tarmkræft

Det anbefales, at opfølgningen af personer i særlig øget risiko fortsættes og at der løbende afsættes ressourcer, der svarer til behovet for aktivitetsøgning.

4. Plan for diagnostik og for den kirurgiske og medicinske kræftbehandling

Målet er en hurtig og optimal udredning og behandling. Den vigtigste udfordring er så hurtigt som muligt at finde netop de patienter, der har kræft og samtidig undgå at bruge tid og ressourcer på udredningen af patienter, der senere viser sig ikke at have alvorlig sygdom. For at sikre dette, skal borgerne være velinformerede om kræftsymptomer, så de henvender sig tidligt med deres symptomer. Det lokale sundhedsvæsen skal fra starten kunne sætte ind med et relevant udredningsforløb og herefter hurtigt henvise til videre udredning og behandling på Dronning Ingrid's Hospital.

Der blev i Kræftredegørelsen givet nedenstående anbefalinger omkring diagnostik og behandling:

- *Igangsætte udredning og give forslag til mulige forbedringer omkring diagnostik og behandling.*
- *Analysere fremtidige behov og foreslå den fremtidige struktur og organisering af den kirurgiske kræftbehandling generelt og indenfor specifikke kræftsygdomme. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Analysere og beskrive fremtidige tilbud og behov indenfor medicinsk kræftbehandling og palliativ behandling. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Nærmere analysere den nuværende behandlingsstrategi for de almindeligste kræftformer og behov for evt. ændringer, herunder betydningen af den 2 trins kirurgiske behandling af brystkræft og muligheden for at kunne tilbyde brystbevarende kirurgi. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Analysere behov og udarbejde plan for den fremtidige struktur for kræftudredning og behandling samt behov for retningslinjer, herunder analyse af det nødvendige ressourcebehov for at sikre disse*

Som udgangspunkt arbejder sundhedsvæsenet for at udredning og behandling sker så tæt på borgerens hjem som muligt. Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har udarbejdet et ydelseskatalog, der på det overordnede niveau gør rede for, hvad sundhedsvæsenets regioner skal kunne udføre og er ansvarlige for³⁵. Der er dog behov for en samlet plan – en specialeplan – for hvor og på hvilket specialiseringsniveau ydelser skal ligge fremadrettet.

Omkring udredning af kræft vil Kræftplan 2013:
Indenfor planens første periode

- Udforme retningslinjer for den primære udredning af de 10 hyppigste kræftsygdomme i sundhedsvæsenets lokale institutioner.
- Udforme en specialeplan for det grønlandske sundhedsvæsen
- Sikre, at de nødvendige uddannelsesmæssige forudsætninger for at implementere disse retningslinjer er tilstede

Plan for diagnostik og behandling

Kræft tidligt i forløbet giver oftest færre symptomer eller har et mere uklart symptombillede, hvorfor tidligere diagnostik vil medføre, at flere patienter skal udredes og flere viser sig ikke at have kræft. Kort sagt skal udredes relativt flere personer til for at finde få ekstra kræfttilfælde. Tidlig diagnostik vil derfor trække på sundhedsvæsenets ressourcer. Til gengæld vil patienterne ofte være mindre syge og dermed kunne tilbydes en mindre indgribende behandling, som gør, at de vil have færre eftervirkninger og dermed er lettere at rehabiliterer.

For at sikre optimale patientforløb (se kapitel 5) er en afgrænsning af arbejdsdelingen mellem Dronning Ingrid's Hospital og regionerne en nødvendighed. Hvor kræftområdet er en del af det lokale ansvar, skal den nødvendige

³⁵ Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Katalog oversundhedsfaglige ydelseri regionerne. Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, 2012.

faglige viden til at foretage udredning og evt. behandling sikres. Selvom nogle typer af udredning vil afhænge af de lokale muligheder, er det et grundlæggende princip at kunne tilbyde den samme basisudredning på kræftområdet på alle sundhedsvæsenets institutioner af samme type. Vejledninger omkring denne basisudredning er i dag udarbejdet på dele, men ikke alle områder af kræftudredningen.

Ønsket er, at vores patienter skal have gavn af de diagnostiske og behandlingsmæssige forbedringer, men hvor vi kan udrede og behandle selv, skal vi gøre det. Men avanceret kræftdiagnostik og kræftbehandling er i rivende udvikling. Det gælder fx billeddiagnostik, patologiske undersøgelser og nye kombinationsbehandlinger med samtidig strålebehandling og kemoterapi. Selv med vores nye MR scanner vil vi ikke altid kunne udføre den fulde udredning, fordi moderne kræftdiagnostik for nogle kræftformer kræver specialiseret udstyr, der betjenes af superspecialister eller kræver særlig ekspertise.

4.1. Plan for det fremtidige tilbud indenfor medicinsk kræftbehandling

Hjemtagningen af dele af den medicinske kræftbehandling har været en ubetinget succes og har betydet et bedre tilbud til de grønlandske kræftpatienter. Den medicinske kræftbehandling i Grønland udføres i tæt samarbejde med Rigshospitalet og efter danske anbefalinger, idet behandlingerne sker efter samme regimer, som behandlingen i Danmark.

Omkring medicinsk kræftbehandling vil Kræftplan 2013:

Fra planens start:

- Sikre medicinsk kræftbehandling i Grønland, når det findes muligt.

Der er derfor ikke behov for ændringer i de medicinske kræftregimer for de hjemtagne områder: lungekræft, brystkræft og tarmkræft, men forventeligt kan flere behandlinger med fordel hjemtages. Der er allerede delvis hjemtaget andre kræftformer, fx følges cirka 10-15 patienter med blod- og lymfekræft, ca. 2 med nyrekræft og ca. 2 med hjernetumorer, som gives behandling i Nuuk efter denne er startet og planlagt fra Danmark (tal fra 2012). Antallet af gennemførte medicinske kræftbehandlinger stiger år for år og det giver pres på det Onkologiske dagafsnit. Behandlingseksperisen findes i Grønland, men hjemtagning af flere medicinske kræftbehandlinger forudsætter en forudgående nøje beskrivelse af de faglige, fysiske og økonomiske behov, der følger med opgaven. De behandlinger, der i dag kan hjemtages, er den palliative behandling af kræft i spiserør og mavesæk og behandlingen af kræft i æggestokke. Denne hjemtagning er også økonomisk attraktiv (se kapitel 10).

4.2. Plan for det fremtidige tilbud indenfor kirurgisk kræftbehandling

Den kirurgiske kræftbehandling følger i dag ikke internationale retningslinjer omkring, hvor mange operationer, den enkelte kirurg bør udføre om året. Det gælder hyppige kræftformer som brystkræft, kræft i æggestokkene og tyktarmskræft. De kirurger, der i dag varetager kræftkirurgien i Grønland, forventes pensioneret indenfor få år for nogle og indenfor 10 år for andre. Kræftkirurger uddannes i dag kun på de egentlige kræftafdelinger. Dette betyder samlet, at vores kirurgiske kræftbehandling ville skulle ændres indenfor en kortere årrække. Det er derfor vigtigt, at vi allerede nu forbereder os på de fremtidige behov.

Omkring kirurgisk kræftbehandling vil Kræftplan 2013:

Indenfor planens udløb:

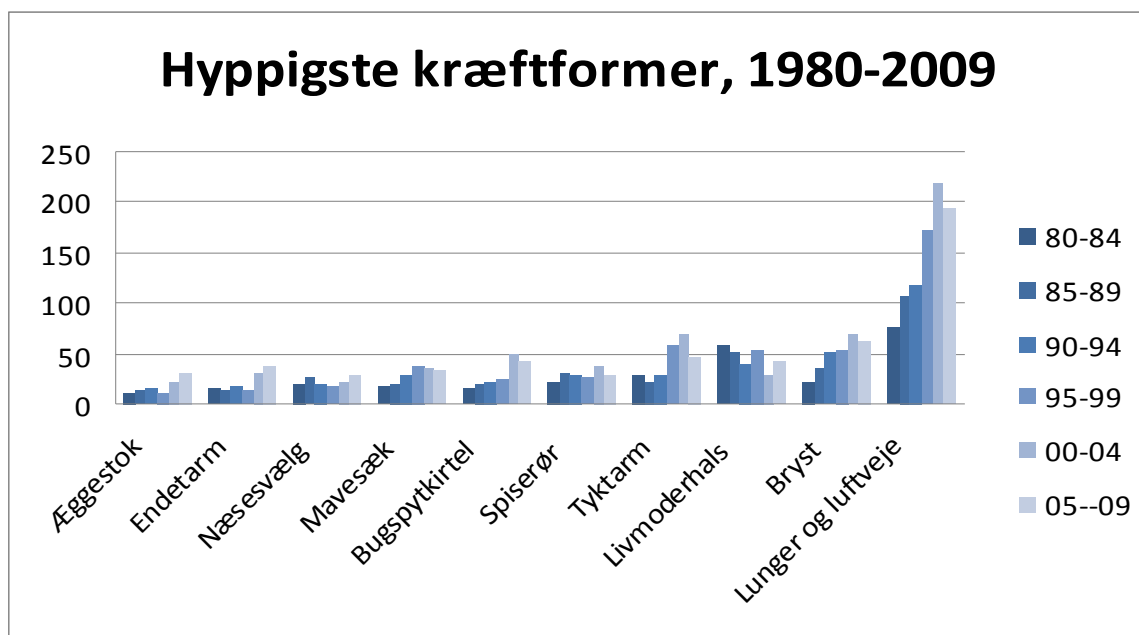
- Sikre, at alle kirurgiske kræftbehandlinger lever op til tilpassede internationale anbefalinger for antallet af operationer per kirurg.

Plan for kirurgisk kræftbehandling

Det ønskes, at det fremtidige tilbud indenfor kirurgisk kræftbehandling over en årrække så vidt muligt skal tilpasses de internationale anbefalinger for antal operationer per kirurg. Det betyder at patienter med brystkræft, kræft i æggestokkene og tarmkræft skal opereres i udlandet eller i Grønland af tilrejsende kræftkirurger.

4.3. Planer omkring de 10 hyppigste kræftformer

Som beskrevet i Kræftredegørelsen er kræft ikke én, men mange sygdomme. Denne plan har koncentreret sig om de 10 hyppigste kræftsygdomme, da de sjældnere kræftformer allerede i dag behandles i udlandet.



Figur 4.1 Udviklingen for de 10 hyppigste kræftformer i Grønland fra 1980 til 2009. Tallene viser det samlede antal kræfttilfælde i hver 5 års periode³⁶.

Omkring de 10 hyppigste kræftformer vil Kræftplan 2013:
 Indenfor planens udløb:

- Sikre retningslinjer for tidlig diagnostik.
- Sikre en overlevelse på niveau med de nordiske lande.

Lungekræft

Lungekræft er langt den hyppigste kræftform. Diagnostik og behandlingen af lungekræft i Grønland følger danske retningslinjer både for kirurgisk og medicinsk behandling og fortsættes uændret. For lungekræft ligger det store potentiale indenfor forebyggelse og tidlig opsporing, da det ser ud til, at diagnosen hos nogle stilles sent i sygdomsforløbet.

³⁶Departementet for Sundhed. Kræftredegørelsen 2011. Grønlands Selvstyre.

Brystkræft

Forekomsten af brystkræft er i dag lavere i Grønland end i den øvrige vestlige verden, men livsstilsændringer gør, at vi langsomt er på vej hen imod at have samme andel af brystkræfttilfælde.

Diagnostik og behandling af brystkræft i dag

Ved mistanke om en knude i brystet starter en lokal udredning. Den suspekterede knude fjernes lokalt og det fjernede væv sendes til patologisk undersøgelse i Danmark. Hvis der findes tegn på kræft, bliver kvinden akut henvist til nærmere udredning og operation på gynækologisk/obstetrisk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital. Det kirurgiske tilbud til patienter med brystkræft adskiller sig i dag fra det, der internationalt anbefales.

Specifikt for udredning og behandling af brystkræft vil Kræftplan 2013:

I planens første periode

- Sikre løbende overvågning af diagnostik, behandling og resultat efter brystkræftbehandling.

I planens anden periode

- Sikre tilbud om triple-test ved mistanke om brystkræft i Grønland.
- Sikre tilbud om brystkræftbehandling ud fra tilpassede internationale retningslinjer for antal operationer per kirurg.

Fremtidig diagnostik af brystkræft

Ifølge endnu ikke publicerede undersøgelser der sammenligner dødeligheden af brystkræft i Grønland og Danmark er der meget lille forskel i dødeligheden for samme stadie af kræft ved diagnosen (Personlig meddelelse, overlæge Allan Gelvan, Onkologisk Afsnit, Dronning Ingrid's Hospital). Da behandlingen af brystkræft indenfor få år skal ændres bør samtidigt sikres et tilbud om udredning af brystkræft efter dansk anbefaling. Heri indgår en kombination af klinisk undersøgelse, ultralyd og mammografi med samtidig biopsi, hvis der er en knude (tripletest). Biopsitagning udføres af en radiolog eller en anden speciallæge.

Det er en af anbefalingerne i Kræftplanen at hele det diagnostiske forløb for patienter mistænkt for brystkræft skal hjemtages gennem mulighed for triple-test i Grønland. Det kan ske ved, at der opsættes mammografiudstyr ved Radiologisk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital samt ved at give mulighed for samtidig biopsitagning gennem efteruddannelse af egne speciallæger eller ved aftale om speciallægebetjening udefra. Dette vil samtidig give muligheden for at hjemtage screeningen af kvinder med arvelig øget risiko for brystkræft og tilbyde screening af patienter med tidligere brystkræft.

Behandling af brystkræft

Hvis er fundet tegn på kræft i en fjernet knude bliver kvinden henvist til nærmere udredning og operation på gynækologisk/obstetrisk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital. Operationen vil oftest blive fjernelse af brystet (mastektomi), bl.a. fordi direkte patologisk undersøgelse af væv under operationen ikke er muligt. Brystbevarende kirurgi kan tilbydes i de under 10 % af tilfældene, hvor primærknuden er fjernet i sundt væv. Her består operationen kun af fjernelse af lymfeknuder i armhulen og en standardiseret undersøgelse for eventuel spredning af kræften. Ved mastektomi kan senere tilbydes sekundær rekonstruktion af brystet, hvis dette ikke er kontraindiceret. Det videre behandlingsforløb efter operationen planlægges ud fra resultaterne af undersøgelserne af det fjernede væv og foregår helt eller delvis på Onkologisk afsnit på Dronning Ingrid's Hospital. Behandlingen kan startes, når operationssåret er helet. Den medicinske brystkræftbehandling sker efter danske retningslinjer.

Fremtidigt tilbud omkring behandling af brystkræft

Fra EU anbefales det, at brystkræftkirurgi samles på afdelinger, som har mindst 150 nyopdagede brystkræftpatienter per år og at operationen udføres af kirurger, der har det kirurgiske ansvar for mindst 50 nye brystkræftpatienter hvert år. Ved den kirurgiske behandling skal kunne tilbydes operation i en seance med dels brystbevarende operation, mulighed for primær rekonstruktion eller mulighed for sekundær brystrekonstruktion for udvalgte patienter, alt efter det dokumenterede behandlingsbehov. Desuden skal der kunne tilbydes vurdering af kræftspredningen ved "sentinel node" metoden, hvilket er en isotop-teknik, der ikke kan tilbydes i Grønland. Selvom der ikke er fundet forskel i overlevelsen mellem Danmark og Grønland planlægges operation for brystkræft – efter pensionering af vores nuværende kirurger – at skulle ske i Danmark. Det anbefales indtil da at sikre en løbende overvågning af behandlingsresultaterne for brystkræft. Der er ikke behov for at ændre den medicinske brystkræftbehandling, da den i dag foregår efter danske retningslinjer.

Kræft i tyk- og endetarm (tarmkræft)

Tarmkræftdiagnosen stilles hos 20-25 personer årligt. Mistanken om kræft i tyktarm og endetarm vil ofte opstå ved blod i afføringen eller vekslende afføringsmønstre. Begge dele er relativt hyppige symptomer - også ved andre lidelser i tarmen. Udredningen starter lokalt med en kikkertundersøgelse af endetarmen (rectoskopi) og eventuelt røntgen af tyktarmen med kontrast. Hvis mistanken bekræftes, henvises der til en kikkertundersøgelse af hele tyktarmen (koloskopi) på Dronning Ingrid's Hospital. Behandlingstilbuddet afhænger af, om kræften sidder i tyktarmen eller i endetarmen. Kræft i tyktarmen behandles med en operation, som i dag udføres på Dronning Ingrid's Hospital og patienterne kan få den adjuverende kemoterapi på Onkologisk afsnit, Medicinsk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital.

Hele behandlingen af kræft i endetarmen foregår og er som i udlandet.

Specifikt for udredning og behandling af kræft i tyktarmen vil Kræftplan 2013:

I planens første periode

- Sikre løbende overvågning af diagnostik, behandling og resultat efter behandling for kræft i tyktarmen.

I planens anden eller tredje periode:

- Sikre et tilbud omkring kirurgisk tarmkræftbehandling, der lever op til tilpassede internationale retningslinjer.

Fremtidigt tilbud omkring behandling af kræft i tyktarmen

Operation for kræft i tyktarmen opfattes i Danmark og i Europa som en opgave, der bør foregå på specialafdelinger med et befolkningsgrundlag på 350.000 - 500.000 indbyggere. I forbindelse med at operationstilbuddet alligevel skal ændres indenfor de næste 5 - 10 år p.g.a pensionering, anbefales at den kirurgiske behandling af tyktarmskræft flyttes til et center i udlandet, der har det anbefalede antal af operationer. For nuværende anbefales behandlingsresultaterne på området overvåget. Omkostninger, forbundet med kirurgisk behandling af tyktarmskræft i udlandet ses i kapitel 10.

Livmoderhalskræft

Der ses årligt omkring 6-8 tilfælde af livmoderhalskræft. Livmoderhalskræft opdages oftest i forbindelse med en celleprøve. Når der påvises kræftforstadier udredes lokalt ved udskrabning af væv fra livmoderhalsen og biopsier fra denne. Hvis svaret på disse vævsprøver viser lette forstadier kontrolleres, men er der sværere forandringer eller egentlig kræft, henvises til videre behandling på gynækologisk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital. Her udføres yderligere undersøgelser til belysning af kræftens eventuelle spredning. Forstadier behandles med frysning eller keglesnit, mens egentlig kræft behandles ud fra en stadienddeling (1-4). Behandlingen er ved begrænset spredning operativ eventuelt med efterfølgende strålebehandling eller kemoterapi. De senere stadier behandles med strålebehandling og/eller kemoterapi. Egentlig kræft i tidligere stadier (stadium 1 og 2a) opereres på Dronning Ingrid's Hospital, medens stadium 2b - 4 henviser til behandling

på Rigshospitalet. Forløbet, behandlingen og kontrollen er i øvrigt, som angivet i vejledningerne fra Dansk Gynækologisk Cancer. Specialister rejser ved behov til Grønland og opererer patienter i stadium 1 og 2a på Dronning Ingrid's Hospital.

Specifikt for udredning og behandling af livmoderhalskræft vil Kræftplan 2013:

I planens første periode

- Sikre løbende overvågning af diagnostik, behandling og resultat efter behandling for livmoderhalskræft.

I planens anden eller tredje periode:

- Sikre et tilbud omkring behandling af livmoderhalskræft, der lever op til tilpassede internationale retningslinjer.

Fremtidigt tilbud omkring behandling af livmoderhalskræft

I Danmark er behandlingen af livmoderhalskræft centraliseret, således, at alle patienter med egentlig kræft behandles på regionale centre. Dette sker ud fra et ønske om, at afdelinger, der opererer fremskreden livmoderhalskræft har et patientgrundlag på 1 million indbyggere³⁷. Det grønlandske tilbud følger de danske retningslinjer.

Kræft i æggestokkene

Der ses omkring 6 tilfælde per år af kræft i æggestokke, men antallet synes stigende. Behandlingen er primært kirurgisk og patienterne tilbydes operation i Grønland i de tilfælde, hvor kræften ikke har spredt sig for meget. Efterbehandlingen efter operation er kemoterapi, der foregår på Rigshospitalet. Kan kræften på grund af udbredt sygdom ikke opereres med det samme, foregår både kemoterapi og efterfølgende kirurgisk behandling på Rigshospitalet.

Specifikt for udredning og behandling kræft i æggestokke vil Kræftplan 2013:

I planens første periode

- Sikre løbende overvågning af diagnostik, behandling og resultat efter behandling for kræft i æggestokke.

I planens anden eller tredje periode:

- Sikre et tilbud omkring behandling af kræft i æggestokke, der lever op til tilpassede internationale retningslinjer.

Fremtidigt tilbud omkring behandling af kræft i æggestokkene

I Danmark betragtes kræft i æggestokkene som en specialistopgave og den kirurgiske behandling er indenfor de sidste år samlet i få centre. Det nye kirurgiske behandlingstilbud omfatter fjernelsen af lymfeknuder i en stor del af bughulen, ligesom der kan være behov for akut mikroskopi under operationen. I efterforløbet ligger patienten på intensivafdeling 1-2 døgn. Det anbefales, at behandlingsregimet fremadrettet tilpasses det danske. Derimod kan den medicinske efterbehandling hjemtages på sigt.

³⁷Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsen 2005

Kræft i næsesvælget

Der ses 8 - 14 nye tilfælde pr. år kræft i næsesvælget. Sygdommen udredes og behandles som i udlandet. De primære udfordringer omkring kræft i næsesvælget er de vage symptomer, kræften giver. Patienter kan derfor gå med sygdommen i længere tid. Mange patienter har behov for betydelig støtte fra sundhedsvæsenet i efterforløbet af sygdommen på grund af behandlingens ofte svære bivirkninger som smerter, tørre slimhinder, hævelse både i og udenpå halsen og sår på hud og slimhinder.

5. Planer omkring patientforløb, brugerinddragelse og information

Patientforløbet er det samlede udrednings-, behandlings- og efterforløb, som patienten kommer igennem under sin kræftsygdom. Det er en stor udfordring at sikre kræftpatientforløb, der er sammenhængende, effektive og som har patienten i centrum og hvor patienten føler sig tryk og velinformeret. Patientforløbet i Grønland vil ofte inddrage dele eller alle elementer i sundhedsvæsenet fra den lokale sundhedsarbejder i bygden til det lokale Sundhedscenter og videre til Regionssygehus, til Dronning Ingrid's Hospital og måske også til det grønlandske patienthjem, Rigshospitalet eller andre specialiserede sygehuse i udlandet. Herudover indgår rehabilitering og den terminale behandling også i patientforløbet.

Kræftredegørelsen gav nedenstående anbefalinger omkring patientforløb, brugerinddragelse og information:

- *Foreslå anbefalinger for god praksis omkring opfølgning ved symptomer. Det kan ikke forventes, at patienter kommer flere gange med samme symptom. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Udrede om diagnostik og behandling kan ske hurtigere, om patientforløbene kan koordineres mere hensigtsmæssigt samt muligheden for at etablere pakkeforløb og indføre lokale kræftkoordinatorer. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov. Arbejdet skal både foregå lokalt og på Dronning Ingrid's Hospital.*
- *Udrede og foreslå, hvordan et optimalt informationsflow mellem forskellige de forskellige behandlingsinstanser omkring patienten kan sikres, herunder evt. behov for en særlig onkologisk journal og patientforløbsbeskrivelser. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Plan for en kommunikations- og informationsstrategi, der kan sikre, at befolkningen har den nødvendige viden om symptomer, handlemuligheder og behandlingsmuligheder. Inklusive analyse af ressourcebehov og en implementeringsplan.*
- *Gennem litteraturstudie/ samarbejde med fx Kræftens bekæmpelse at sikre viden om den mest målrettede og effektive informationsindsats, der kan sikre eventuelt relevante ændringer af adfærd i perioden fra symptom til at søge læge.*

Viden er nødvendig for at kunne sikre kontinuitet og en hurtig opfølgning på patientens behov fx for hjemmesygepleje eller anden behandlingsopfølgning. Det blev i Kræftredegørelsen påpeget, at det fra lokal side var svært at følge patientens forløb og generelt blev der fundet mangel på forløbsbeskrivelser - også for forløb i Danmark. Information, efter endt behandling, i form af fx udskrivelsesbrev blev ofte først modtaget sent. Det gjaldt også for forløb i Danmark.

5.1 Fremtidige patientforløb

Gode patientforløb kræver gode kommunikationssystemer. Det opfattes, at indførelsen af en fælles elektroniske patientjournal, EPJ, er af afgørende betydning for at forbedre patientforløb og kommunikation omkring og med patienten, fordi EPJ vil give mulighed for, at alle behandlere har samme adgang til en opdateret status for patientens diagnose og behandling, uafhængigt af hvor i landet de befinder sig. Der er netop givet midler til EPJ, som forventes at være fuldt fungerende indenfor de næste 5 år. Herudover bør sikres en mulighed for telemedicin over videokonferencestyr, som vil give mulighed for telekonsultation med patienten, ligesom telekonferencer vil sikre kontinuitet og gøre overgangen mere glidende mellem indlæggelse på Dronning Ingrid's Hospital og på hjemsygehuset. Det primære kommunikationssystem omkring patienthenvisninger vil dog fortsat være sundhedsvæsenets Patientshenvisningssystem, PHS.

Omkring patientforløb vil Kræftplan 2013:

I planens første og anden periode

- Sikre patientforløbsbeskrivelser for de 10 hyppigste kræftsygdomme

Plan for patientforløb

Der skal under kræftplanen udarbejdes patientforløbsbeskrivelser for kræftforløb generelt og specifikt for de 10 hyppigste kræftformer. Det kræver afklaring af udrednings- og tidsforløb, men også omkring kompetencer i de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

5.2 Brugerinddragelse

Overordnet reguleres relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter i regelsættet om patienters retsstilling, herunder omkring patienters inddragelse i beslutninger. Patienter har ret til indsigt i alle dele af journalen, men der er i dag ikke retningslinjer for, hvordan kræftpatienter og pårørende aktivt inddrages i behandlingen. Inddragelse af patienter, pårørende og andre interessenter, som fx Neriuffik, er ikke taget ud som et specifikt område i "Kræftredegørelsen 2011", men det er her fundet nødvendigt, at tydeliggøre Kræftplanens mål omkring inddragelse af brugere.

Omkring brugerinddragelse vil Kræftplan 2013:

I planens første periode

- Sikre at alle kræftpatienter systematisk inddrages i deres behandlingsforløb.
- Sikre at alle kræftpatienter har en fast kontaktperson.
- Sikre at alle kræftpatienter informeres ved overgang i patientforløb.
- Sikre at ansvaret for kontakten til patienten først slippes, når en anden behandler har overtaget denne.
- Sikre at også pårørende er velinformerede omkring planerne for behandlingsforløbet, med mindre patienten selv ikke ønsker dette.

Plan for brugerinddragelsen

Ved at blive inddraget får patienten en større viden og forståelse for sin egen sygdom og dennes behandling. Det kan bidrage til at øge patientens tryghed og aktive deltagelse i sygdomsforløbet og beslutningsprocessen og fx skabe opmærksomhed over for, om alt går som det skal. En øget tryghed sikres også ved, at patienten sikres faste kontaktpersoner og hele tiden har en ansvarlig behandler at kunne henvende sig til.

5.3 Plan for information og kommunikation omkring kræft

En tidlig diagnostik afhænger af, om den enkelte reagerer på symptomer, som kan skyldes kræftsygdom og at der ikke opleves barrierer for at søge læge. En auditundersøgelse i forbindelse Kræftredegørelsen pegede på, at nogle patienter kommer til læge sent i forløbet.

Omkring information og kommunikation vil Kræftplan 2013:

- Udarbejde og formidle information om symptomer, der kan være tegn på kræft, så diagnosen kræft stilles så tidligt som muligt.
- Udarbejde og formidle viden om de enkelte kræftformer og kræftbehandling.

Plan for information og kommunikation

Som et led i Kræftplanen er derfor lavet en informations og kommunikationsplan, der skal sikre tidligere henvendelse til sundhedsvæsenet ved symptomer, der kan relateres til kræft.

Grundtanken er at: *"Næsten alt, der kan være symptomer på kræft, kan ligeså godt være symptomer på noget andet. Men det er vigtigt at søge læge og blive undersøgt, så man kan slippe mistanken eller blive behandlet, hvis der er tale om kræft"*³⁸

Kommunikationsindsatsen sigter i særlig grad mod at skabe opmærksomhed omkring symptomerne på de hyppigste kræftformer særligt kræft i lunge- og luftveje, brystkræft og tarmkræft. Kommunikationen målrettes i forhold til særlige risikogrupper:

- Ældre (risikoen for at udvikle kræft stiger med alderen)
- Rygere (rygning er en af de væsentligste risikofaktorer)
- Evt. andre risikogrupper

³⁸www.cancer.dk

6. Behov indenfor diagnostisk, personale, apparatur og fysiske rammer

God kræftbehandling kræver gode diagnostiske faciliteter, apparaturer, fysiske rammer- og ikke mindst det nødvendige personale.

Kræftredegørelsen gav nedenstående anbefalinger på disse områder:

- *Analysere og lægge plan for, hvordan der sikres hurtigere svar på patologiprøver, herunder muligheden for adgang til den danske patologidatabase. Desuden foretage en analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Igangsætte udredning af apparatur- og personalebehov over de næste 10 år, der kan sikre forbedring af de diagnostiske muligheder på kræftområdet, herunder MR scanner, ny CT scanner, forbedret ultralyddiagnostisk udstyr lokalt og fiberlaryngoskop med NBI – lys. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Igangsætte udredning af de fremtidige fysiske behov indenfor specielt Dronning Ingrid's Hospital, herunder behov for samtalerum og enestuer. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *I samarbejde med andre interessenter at analysere behov og muligheder indenfor den terminale pleje, herunder for døgnpleje, aflastningspladser og hospicetilbud samt behov for regelsæt og ressourcebehov i de involverede sektorer.*

6.1. Diagnostiske behov på det patologiske område

Indenfor diagnostik er stor udfordring hurtig og elektronisk adgang til svar på vævsprøver (patologiske prøver). Udtagning og undersøgelse af vævsprøver er en essentiel del af kræftudredningen. Vævsprøver kan ikke analyseres i Grønland og sendes til undersøgelse på Patologisk Afdeling på Rigshospitalet. I Danmark lægges alle svar på patologiske undersøgelser ind i landsregistret for patologi (Patologidatabanken eller Patobank). Grønland har netop fået adgang til denne database.

Omkring svar på vævsprøver vil Kræftplan 2013:

- Sikre mulighed for elektroniske svar på vævsprøver – direkte til vores journalsystem.

Plan for svar på patologiprøver i fremtiden

Det er af stor betydning for patientbehandlingen at vi nu har fået direkte adgang til den danske Patologidatabank, da det forkorter svartiden, mindsker risikoen for, at svar ikke modtages eller fejlarkiveres og vil forbedre lægernes mulighed for at følge op på patienterne. Det der nu mangler er, at få disse svar direkte ind i patientens elektroniske journal.

6.2. Apparatur- og personalebehov over de næste 10 år

Det er nødvendigt fortsat at forbedre og forfine muligheden for at stille kræftdiagnosen så lokalt som muligt. Siden Kræftredegørelsen 2011 blev fremlagt har sundhedsvæsenet fået en MR scanner på Radiologisk afdeling i Nuuk, nyt ultralydudstyr på Regionssygehusene samt et fiberlaryngoskop med NBI lys til kikkertundersøgelse for kræft i næsesvælget. Det har samlet betydet et løft indenfor kræftdiagnostiske muligheder. For den medicinske kræftbehandling gælder, at hvis yderligere behandlinger skal hjemtages, er der behov for tilførsel af yderligere personaleressourcer.

Omkring apparatur og personalebehov vil Kræftplan 2013:

- Arbejde for at få mammografiapparatur til Dronning Ingrid's Hospital, ultralydsscannere til sundhedscentrene og på sigt en ny CT scanner.
- Forbedre rekruttering og fastholdelse af personalet.
- Sikre dækning af personalebehov ved hjemtagninger af flere behandlinger.

Plan for apparatur- og personalebehov indenfor de næste 5-10 år

Med de investeringer, der er sket de sidste år, er der kun få store investeringer i apparatur, der skal dækkes. Dette drejer sig om mammografiudstyr til Dronning Ingrid's Hospital, nye dråbetællere, nyt skopiudstyr og nyt ultralydsscannere til sundhedscentrene af samme kvalitet, som det nye udstyr på Regionssygehusene, og indenfor de næste 5-7 år en ny CT scanner (se Kapitel 10).

God kræftbehandling kræver specialviden men også kontinuitet. Det grønlandske sundhedsvæsen har en betydelig personaleudskiftning og kan have vanskeligheder med at rekruttere specialiseret personale fx speciallæger til Dronning Ingrid's Hospital samt specialiseret personale til kysten. Der skal derfor endnu mere fokus på rekruttering og fastholdelse. Hjemtagningen af flere kræftbehandlinger til Onkologisk afsnit må følges af en sikring af personaleressourcer hertil, men kan så for flere sygdomme sikre lokal kræftbehandling og spare behandling i udlandet (se kapitel 10).

Det kan ikke for nuværende præcist forudsiges, hvordan og hvor, yderligere personalebehov, indenfor kræftdiagnostik og behandling, vil opstå. Betydningen af ændringer af kræftudredning og -behandling må derfor, nøje vurderes og dokumenteres før de indføres.

6.3. Behov for fysiske rammer

I forbindelse med Kræftredegørelsen blev påpeget, at det var nødvendigt at forbedre de fysiske rammer på Dronning Ingrid's Hospital, specielt rammerne for den palliative indsats for uhelbredeligt syge. Der blev også peget på fysiske behov på det grønlandske patienthjem. Et behov, der er nu løst i forbindelse med ibrugtagningen af det nye grønlandske patienthjem i 2012. På Dronning Ingrid's Hospital er rammerne for ambulante patienter og ledsagende pårørende forbedret med ibrugtagning af det nye patienthotel i 2012.

Omkring fysiske rammer vil Kræftplan 2013:

- Understøtte den fornyelse af sundhedsvæsenets rammer som er fremsat i Gælds- og Investeringsstrategien.
- Afvente udredningen i 2014 af den palliative indsats.

Plan for de fysiske rammer omkring kræftbehandlingen

Planer for de fysiske rammer for Dronning Ingrid's Hospital blev udarbejdet i 2007³⁹ og er revideret i 2012. Planen løber frem til 2020. På det medicinske område er der planlagt en øgning af antallet af sengepladser fra 37 til 42, en øget andel af ambulatoriepladser fra 6 til 10 og foreslået indarbejdet 11 dagpladser senest i 2020. Dette vil kunne dække behovet også for medicinske kræftpatienter. I 2012 har Departementet for Finanser fremlagt en samlet Gælds- og investeringsstrategi⁴⁰. Heri er en fornyelse af Sundhedsvæsenets fysiske rammer opfattet som en medium prioritet. I strategien er det samlede behov i sundhedsvæsenet opgjort til 641,8 mio. kr., hvoraf 257,6 mio. kr. skal gå til renovering af Dronning Ingrid's Hospital.

³⁹ C.F. Møller. DRONNING INGRIDS HOSPITAL, NUUK GENERALPLAN, 2007

⁴⁰ Departementet for Finanser. Gælds- og investeringsstrategi. Oplæg til national anlægsplan. Departementet for Finanser, 2012.

I henhold til European Association for Palliative Care anbefales 80-100 specialiserede palliative sengepladser per 1 mio. indbyggere⁴¹, hvilket vil svare til 4-5 sengepladser i Grønland. På EM 2012 blev vedtaget, at der ved FM 2014 skal fremlægges en analyse af behovet for hospice eller et hospicelignende tilbud og fremlægges en plan for, hvorledes vi tilrettelægger et pleje og omsorgstilbud for døende i Grønland. Området er derfor ikke selvstændigt behandlet i denne plan.

⁴¹ Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg. Sundhedsstyrelsen 2010.

7. Sociale behov og rehabilitering

Kræftpatienters sociale behov er lige så komplekse og forskelligartede som hos befolkningen i øvrigt – bare kompliceret af de ekstra behov deres sygdom medfører for dem selv og deres familie. Rehabilitering af kræftramte drejer sig om at hjælpe borgere, som har eller risikerer at få begrænsninger i deres fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne på grund af sygdommen eller dens senfølger. Rehabilitering tager således udgangspunkt i den enkeltes behov. Mange kræftpatienter er i den arbejdsdygtige alder. At dække sociale behov, som skyldes kræftsygdommen, og en god rehabilitering har derfor ikke kun stor betydning for den enkelte patient men også for vores samfundsøkonomi.

Kræftredøgørelsen havde nedenstående anbefalinger omkring sociale behov og rehabilitering:

- *Analyse af nuværende vilkår for kræftpatienter og pårørende til kræftpatienter og evt. behov for ændringer af regelsæt, herunder omkring ledsagelse samt de ressourcer, der vil være forbundet med dette.*
- *I samarbejde med andre interessenter at analysere behov og muligheder for rehabilitering af kræftpatienter, herunder indenfor fysisk rehabilitering, psykisk rehabilitering og social rehabilitering samt behov for patientskoler og foreslå eventuelle forbedringer. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.*

7.1. Sociale behov – skal nærmere afdækkes

Der er ikke lavet udredninger omkring de sociale behov, herunder de økonomiske konsekvenser af at få kræft, men nogle borgere beretter, at de er betydeligt økonomisk udfordret som konsekvens af nedsat arbejds- og indtjeningssevne. Tilbud til kræftpatienter, og andre med anden alvorlig og langvarig sygdom, dækkes under den gældende lovgivning på det sociale område og det sundhedsmæssige område.

Omkring sociale behov vil Kræftplan 2013:

I planens anden periode:

- Nærmere analysere de sociale konsekvenser som følge af en kræftsygdom.

Plan for sociale behov

Der er behov for nærmere at udrede af de sociale konsekvenser af at få en kræftsygdom.

Mange pårørende vil gerne være til stede og støtte den kræftramte under diagnose og behandling. I henhold til det gældende regelsæt kan sundhedsvæsenet kun tilbyde betalt ledsagelse i tilfælde af livstruende sygdom. Denne forpligtelse ophører, når sygdommen ikke længere opfattes som kritisk⁴². I forbindelse med sygdom kan førtidspensionister ansøge hjemkommunen om personligt tillæg som engangshjælp til dækning af særlige behov efter individuelt skøn. For alderspensionister er der ikke i den gældende lovgivning mulighed for at søge tillæg til alderspensionen. For modtagere af offentlig hjælp kan der være mulighed efter et individuelt skøn at yde hjælp til enkeltudgift ved uforudsete behov. Det har været et politisk ønske, at muligheden for betalt ledsagelse analyseres. Ved EM 2012 fremlagde Departementet for Sundhed en redegørelse omkring dette⁴³, hvori det konkluderes, at en generel patientledsagerordning, med betaling af rejse, dagpenge og ophold, vil kræve et finansieringsbehov på ca. 100 mio.kr. eller i gennemsnit ca. 27.000 kr. per ledsager per rejse. Heri er ikke indregnet tabt arbejdsfortjeneste.

Ud fra menneskelige hensyn er betalt ledsagelse, ved kræftbehandling, fortsat et område, der ønskes styrket, men for nuværende er det vurderet som økonomisk urealistisk generelt at ændre tilbuddet omkring dette.

⁴²Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 2 af 24. januar 2005 om ydelser ved undersøgelser og behandling udenfor patientens hjemsted

⁴³ Departementet for Sundhed, Redegørelse vedrørende patientledsagerforsikring, EM2012.

7.2. Rehabilitering starter ved diagnosen – og indsatsen skal styrkes

Kræftpatienters rehabiliteringsbehov er meget forskellige, men for mange kan enkle tiltag være med til at forbedre deres rehabilitering. Der er i dag store udfordringer omkring rehabilitering. Nogle af disse afspejler, at ansvaret for indsatsen er delt mellem mange departementer og samtlige kommuner. Andre udfordringer kan skyldes manglende muligheder lokalt. Sundhedsvæsenets lokale enheder og kommunerne råder over begrænsede og til dels forskellige praktiske ressourcer og viden. Derfor foreligger der også forskellige muligheder for varetagelsen af en rehabiliteringsindsats, der inkluderer hele kæden af fysisk, psykisk og social revalidering. Andre vigtige aktører indenfor rehabilitering, såsom arbejdsgivere, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer og uddannelsesorganisationer, samt frivillige organisationer, som fx Neriuffik (Kræftens Bekæmpelse), kan have en stor betydning.

En vigtig del af rehabilitering kan også være en egentlig revalidering, hvor målet er en tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Vurderinger af revalideringsmuligheder og –behov udføres af kommunerne, mens indsatsen er sikret økonomisk gennem 50 % medfinansiering fra Selvstyret⁴⁴.

Omkring rehabilitering vil Kræftplan 2013 være med til sikre, at den enkelte patient får et tilbud om rehabilitering, der dækker hans/hendes behov, gennem:

I planens første periode:

- Sikre at alle kræftpatienter har en rehabiliteringsplan ved udskrivelsen.
- Sikre rehabiliteringsaftaler mellem Selvstyret og kommunerne.
- Sikre systematisk skriftlig information om livet efter endt kræftbehandling (senfølger, rehabilitering og revalidering).

I planens anden og tredje periode

- Tilbyde patientuddannelse for kræftpatienter, som også inddrager rehabilitering og senfølger.
- Sikre at alle kræftpatienter et evidens- eller "best practise" baseret efterforløb som inddrager rehabilitering.
- Systematisk og kontinuerlig afdækning af rehabiliteringsbehovene - fra tidspunktet hvor diagnosen bliver stillet og til rehabiliteringsbehovene er mødt.
- Sikring af validerede redskaber til at vurdere rehabiliteringsbehovene.

Plan omkring rehabilitering

Der tilbydes idag ikke en systematisk vurdering af rehabiliteringsbehovet hos den enkelte kræftpatient, ligesom der ikke er overordnede retningslinjer for rehabiliteringsindsatsen eller lægges en rehabiliteringsplan. Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er i dag ikke formaliseret. Blandt andet omkring hjælpemidler vil en koordinering af indsatsen være til gavn for den enkelte patient udover formentlig at være omkostningseffektiv. Forekomsten af senfølger efter kræftsygdommen har ikke været systematisk vurderet og håndteret. For enkelte sygdomme gives vejledning om senfølger ved kontrol, men der er behov for, at der sker en mere systematisk information og vejledning ved og om eventuelle senfølger af kræftsygdom.

Betydningen af det tværfaglige og tværsektorielle fokus på og samarbejde om rehabiliteringen – med patientens behov i centrum – kan ikke overvurderes. Rehabiliteringsbehovet skal i fremtiden systematisk afdækkes og ensartes- og på sigt ud fra validerede redskaber. Rehabiliteringsindsatsen skal understøttes af information og patientuddannelse. I dag er sundhedsvæsenets lokale rehabiliterende tiltag tilpasset lokale muligheder og kompetencer. Det skal de fortsat være, men der skal også være retningslinjer, der sikrer en vis ækvivalens og fast struktur i tilbuddene. Inden den første udskrivning fra sygehuset skal alle kræftpatienter have lavet en

⁴⁴ Departementet for Erhverv, Arbejdsmarked og Erhvervsuddannelser. Vejledning om revalidering. 2008.

rehabiliterings-plan i samarbejde med den lokale kommune, så overgangene mellem de enkelte tilbud bliver glidende og samordnet. Denne skal revideres løbende. Det kræver aftaler mellem Selvstyret og kommunerne om eksempelvis fysisk træning, ergoterapi og talepædagogisk bistand. Omkring sikringen og fastholdelsen af viden om rehabilitering kan Viden- og Rådgivningscenter for Handicap evt. være medansvarlige.

Neriuffik arbejder i øjeblikket på at indgå i et samarbejdsprojekt med Kræftens Bekæmpelse i København om patientstøtte i Grønland over Skype. Kræftens Bekæmpelse har i dag de tekniske faciliteter til rådighed, der vil kunne støtte en sådan løsning. Dette ville kunne tilgodese flere patienters behov for råd og vejledning.

8. Plan for palliativ indsats, terminal pleje og smertebehandling

I praksis anvendes begrebet palliativ (lindrende) indsats om indsatsen til patienter, der ikke forventes at blive helbredt, men palliativ indsats omfatter egentlig alle kræftpatienter og hele patientforløbet. Også smertebehandling og støtte til de pårørende og efterladte er en vigtig del af den palliative indsats.

Kræftredegørelsen havde nedenstående anbefalinger omkring palliativ indsats, terminal pleje og smertebehandling:

- *I samarbejde med andre interessenter at analysere behov og muligheder indenfor den terminale pleje, herunder for døgnpleje, aflastningspladser og hospicetilbud samt behov for regelsæt og ressourcebehov i de involverede sektorer.*
- *Analysere behov og strategi for smertebehandling, herunder behov for nationale retningslinjer, yderligere patientinformation, en central "smerteklinik" til at rådgive og vejlede om smertebehandling. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*

8.1. Palliativ behandling og terminal pleje

Det palliative område er tværfagligt og tværsektorielt – og centreret omkring patientens behov. Basal palliativ indsats foregår i sundhedsvæsenet lokalt ved læge og plejepersonale ambulant eller under indlæggelse og i hjemmet ved den kommunale hjemmepleje og ved hjemmesygeplejerske. Specialiseret palliativ indsats sker gennem specialuddannede palliative teams, palliative sengeafdelinger på sygehusene og kan ligesom at kunne tilbringe sin sidste tid på et hospice ikke tilbydes i dag. Kun enkelte patienter oplever et forløb helt i eget hjem. For nogle er det betinget alene af et behandlingsbehov, men for mange er det også betinget af sociale omstændigheder og plejebehov. Sundhedsvæsenet tilbyder i dag hjemmesygepleje i dagtimerne, men der er ikke mulighed for døgnsygepleje og døgndækkende hjemmehjælp og dermed mulighed for at imødekomme ønske om terminal pleje i hjemmet. Dette betyder, at patienter kan være indlagt langvarigt i det terminale forløb eller have en række kortvarige indlæggelser. Denne "ud og ind" af hospitalet kan give patienten en følelse af, at være til besvær uanset, hvor han/hun er.

Omkring palliativ behandling og terminal pleje vil Kræftplan 2013 være med til sikre en evidensbaseret, systematisk og tværfaglig vurdering af den enkelte patients palliative behov, gennem retningslinjer og samarbejdsaftaler mellem kommunerne og Selvstyret.

I planens første og anden periode:

- Sikre udarbejdelsen af en fælles plan omkring den basale palliative indsats i kommuner og Selvstyret.
- Sikre aftaler om rammerne for den palliative indsats mellem kommunerne og Selvstyret.
- Sikre retningslinjer for den palliative indsats.

I planens anden og tredje periode:

- Udforme regelsæt, der specificerer ansvarsfordelingen omkring pleje i eget hjem, mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.
- Analysere behovet, muligheden og omkostningen ved integreret døgnpleje i eget hjem.

Plan for palliativ behandling og terminal pleje

Der er behov for en styrkelse af den basale palliative indsats. Der er behov for retningslinjer for, hvad den basale palliative indsats bør indeholde, samt for samarbejdsaftaler mellem kommuner og Selvstyret omkring denne indsats, så en evidensbaseret, systematisk og tværfaglig vurdering af den enkelte patients palliative behov kan

sikres. Kræftpatienter bør have mulighederne for aflastningsopholdsophold og aftale om akut indlæggelse uden om almindelige procedurer for dette (åben indlæggelse). Terminale patienters komplicerede plejebehov, som fx smerteproblemer, psykiske, sociale og åndelige behov, skal kunne dækkes. Der kan være behov for en central rådgivningsfunktion med mere ekspertise på det palliative område til at rådgive det lokale niveau omkring palliativ behandling. Herudover kunne man forestille sig deltagelse i Dansk Palliativ Database.

Der skal udarbejdes et regelsæt, der specificerer ansvaret for plejeområdet, herunder afgrænser sundhedsvæsenets og det kommunale områdes ansvar for pleje af patienter i eget hjem. Behovene, mulighederne og omkostningerne ved sikring af integreret døgnpleje i eget hjem til patienter i terminalfasen, skal nærmere analyseres. Dette gælder også behovet for uddannelse, den professionelle indsats (sygepleje og hjemmehjælp) og de økonomiske behov, da døgnpleje i hjemmet kan være meget økonomisk og personalemæssig omkostningstung.

8.2. Smertebehandling

Der forefindes i dag på Onkologisk Dagafsnit velbeskrevne og opdaterede retningslinjer for smertebehandling, der tilpasset følger internationale anbefalinger. Når patienterne udskrives lægges en smerteplan og det behandelende personale på kysten ringer til Onkologisk Dagafsnit ved behov. Plejepersonalet oplever dog smertebehandling som et område med potentiale for udvikling.

Der er ikke under kræftområdet fundet behov for oprettelsen af en egentlig smerteklinik. Tilbuddet på en smerteklinik må omfatte et stort spektrum af specialiserede ydelser. Smerteklinikken kræver speciallægeekspertise, konsultationsrum, udstyr til specielle behandlinger f.eks. anlæggelse af blokader, infusions-pumper til kontinuerlig smertebehandling, udstyr til nervestimulation og til akupunktur. Der vil i visse tilfælde være brug for behandling på en operationsstue med mulighed for røntgen. Erfaringsmæssigt vil tilstedeværelsen af en smerteklinik tendere til at tiltrække yderligere patienter og vil betyde omkostninger til patientrejser ved behandlingsstart, - kontrol eller -problemer.

Omkring smertebehandling vil Kræftplan 2013:

I planens første periode:

- Sikre at alle patienter er velinformerede om deres smertebehandling.
- Sikre at opdaterede retningslinjer for smertebehandling er tilgængelige over intranettet.

Plan for smertebehandling

Der er ikke fundet behov for oprettelsen af en egentlig central smerteklinik. Men da god smertedækning er central er sikringen af patientinformation og generel viden om mulighederne indenfor smertebehandling hos behandlere et vigtigt indsatsområde.

9. Uddannelse, forskning og data på kræftområdet – samt monitorering og evaluering af indsatsen

En pålidelig registrering af antallet af kræfttilfælde og andre centrale kræftdata er helt essentielt for at kunne overvåge og sikre den bedste kræftbehandling. Monitorering og evaluering er medtaget her, da mulighederne for at kunne følge og evaluere kræftområdet er tæt knyttet til tilstedeværelsen af opdaterede data på Kræftplanens områder.

Kræftredøgørelsen havde nedenstående anbefalinger omkring uddannelse, forskning og data på kræftområdet:

- *Analysere behov for kompetenceløft også lokalt og foreslå strategi for at styrke uddannelse og efteruddannelse indenfor kræftområdet, herunder foreslå indsatser for at øge kvaliteten i den sygepleje, der tilbydes kræftpatienter. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *Undersøge mulighed for at sikre elektronisk tilgængelig opdateret information og evt. e-learning for professionelle om symptomer, diagnostik og behandling, herunder smerte-behandling af kræftsygdomme i Grønland. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.*
- *At analysere forskningsbehov og strategi for den lokale kræftforskning, herunder ressourcebehov.*
- *Igangsætte undersøgelser af, hvordan der sikres flere og hurtigere opdaterede data på kræftområdet herunder at lave en plan over de data (indikatorer), der løbende skal være tilgængelige for at kunne følge forekomst, behandling, overlevelse og optimalt også tidsforløb på kræftområdet. Herudover behov for øget brug af behandlingsdiagnoser. Landslægeembedet opfattes at være central for dette arbejde.*

Og på længere sigt:

- *Udrede om der generelt sker en underregistrering af grønlandske patienter i Cancerregistret og hvis dette er tilfældet, hvad årsagen er og hvordan indrapporteringen kan forbedres.*
- *For de vigtigste kræftsygdomme at udrede, hvordan grønlandske patienter er registreret, kompletheden af denne registrering og om en udbygning af registreringen kan forventes at give et positivt udbytte for monitorering af kræftområdet.*

9.1 Uddannelse og elektronisk tilgængelig information

Uddannelsesområdet er et kerneområde, hvis vi vil forbedre den samlede kræftbehandling. Investering i uddannelse kan ses som en investering i fremtidens kræftbehandling⁴⁵. Kun hvis uddannelsen omkring kræft styrkes, vil kvaliteten af kræftbehandlingen kunne blive bedre. Kræftpatienterne ses primært på sygeplejestationer, sundhedscentre og på regionssygehusene og det er her, den første om kræft mistanke skal understøttes af en hurtig og relevant primær udredning og viderehenvisning. Når diagnosen kræft først er sandsynliggjort, er udredning og behandling for mange kræftsygdomme som udgangspunkt standardiseret. Erfaringer fra Danmark har vist, at det er nødvendigt at afsætte specifikke ressourcer til uddannelse på kræftområdet.

Som beskrevet opfattes implementering af et fælles EPJ system i sundhedsvæsenet som en væsentlig basis for et godt patientforløb, men det er også essentielt som ledelses- og monitoreringsværktøj. Et andet godt værktøj er det nye interne dokumentssystem i sundhedsvæsenet, Dok4, hvor vejledninger og skabeloner for fx patientforløbsbeskrivelser, smertebehandlingsplaner etc. kan indeholdes.

Omkring uddannelse vil Kræftplan 2013:

- Fortsætte og videreudvikle tilbuddet omkring uddannelse indenfor kræftområdet i Sundhedsvæsenets kursusafdeling.
- Understøtte initiativer under uddannelsesplanen.

⁴⁵Sundhedsstyrelsen. Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering. Evaluering af Kræftplanens gennemførelse - Status og fremtidig monitorering København, 2004: Sundhedsstyrelsen.

Planer på uddannelsesområdet

Sundhedspersonalet på alle niveauer angav under arbejdet med Kræftredegørelsen behov for mere viden. Det blev påpeget at forebyggelse, tidlig opsporing, rehabilitering, palliation og brugerinddragelse i forhold til kræft er nyere områder, hvorfor der er behov for, at personalet uddannes og opkvalificeres yderligere. Frontpersonalets uddannelse, eksistensen af guidelines for udredning (lokalt som centralt), kendskab til kræftbehandlingens organisation i Grønland er vigtige for at sikre et godt patientforløb fra starten. Disse områder er allerede i fokus i forbindelse med patientforløb. Herudover kan sygeplejersker søge efteruddannelse for kræftsygeplejerske i Danmark. Dette kan ske under de nuværende uddannelsesmidler. Uddannelsesplanen fra 2012 er den overordnede ramme for fremtidige indsatser på uddannelsesområdet også på sundhedsområdet. Fremtidige uddannelsesindsatser, udover hvad sundhedsvæsenets egen kursusafdeling kan sikre, skal være en del af den samlede uddannelsesplan.

Uddannelse på fx det sociale område bør også styrkes i samarbejde med socialrådgiver og socialpædagoguddannelserne.

9.2 Forskning

Kræftforskning der danner basis for de anbefalinger omkring udredning og behandling, som også følges i Grønland, er i dag international, da denne forskning ofte kræver specielt udstyr og en speciel viden, der kun findes i store forskningsmiljøer. Forskningsbaseret viden om kræftområdet i Grønland er sparsom. Meget af den kræftforskningen, der omhandler grønlandske patienter, foregår fortsat i institutioner udenfor Grønland.

Omkring uddannelse vil Kræftplan 2013:

- Understøtte den lokale kræftforskning gennem prioritering ved tildeling af forskningsmidler.

Plan for kræftforskningen

Selvom Grønland kan have svært ved at deltage indenfor den biomedicinske grundforskning, så er der også her stort behov for klinisk forskning og sundhedstjenesteforskning omkring ressourceudnyttelse og om prioriteringer indenfor forebyggelse, udredning og omkring implementering. Denne type forskning kan styrkes ved uddannelserne og kan prioriteres ved tildeling af forskningsmidler.

De overordnede mål for forskningsindsatser, der fremadrettet anbefales for Grønland, er:

- ✓ At der løbende kan tilbydes de bedste muligheder for forebyggende og tidlig diagnose.
- ✓ At der kan tilbydes evidensbaseret onkologisk udredning og behandling på højt internationalt niveau.
- ✓ At der gives mulighed for deltagelse i kliniske forsøg om nye udrednings-, behandlings- og opfølgingsprincipper og -teknikker.
- ✓ At pleje, rehabilitering og palliation forbedres på basis af forskningsskabt evidens.
- ✓ At viden vedrørende forebyggelse, udredning og behandling af kræftpatienter implementeres i sundhedsvæsenet.

Disse er meget lig de danske⁴⁸.

9.3. Data på kræftområdet

Som det fremgik af Kræftredegørelsen er der i dag kun få kræftdata, der løbende rapporteres. Det centrale register omkring kræft er også for Grønland det danske Cancerregister. I forbindelse med

forskningsundersøgelser af patienter med brystkræft og lungekræft blev der fundet, at for disse to kræftsygdomme var antallet registreret i Cancerregistret noget lavere end det faktiske antal (personlig meddelelse, overlæge Allan Gelvan, Dronning Ingrid's Hospital).

Plan for data og indikatorer på kræftområdet

Forekomsten af forskellige kræftformer varierer på grund af det lille antal tilfælde fra år til år, uden at det kan tillægges nogen betydning. En grønlandsk kræftovervågning vil skulle bygges på eksempelvis 5 års opgørelser eller årlig afrapportering af løbende 5 års bånd. I tillæg må en grønlandsk kræftovervågning bygge på en mere kvalitativ overvågning af patientforløbene. I 2002 udgav WHO en rapport om nationale handlingsprogrammer på kræftområdet, hvori det blev anbefalet, at indarbejde en plan for monitorering i forbindelse med udarbejdelsen af et kræfthandlingsprogram.

WHO angiver, at formålet med en sådan monitorering er:

1. At vurdere den aktuelle kræftforekomst og dens fremtidige udvikling.
2. At tilvejebringe en basis for forskning i årsager til kræft samt forebyggelse.
3. At tilvejebringe information om forekomst og udvikling i risikofaktorer.
4. At vurdere effekten af forebyggelse, tidlig opsporing/screening, behandling og palliation.

Som en del af Kræftplanen er der lavet et udredningsarbejde omkring relevante overvågningsparametre, eksisterende og fremtidige behov for kræftdata. Denne overvågning vil følge WHO's anbefalinger. Der er i dag en lang række af indikatorer for de mest almindelige kræfttyper, der følges løbende under de danske kræftplaner, som overvågningen også vil bygge på.

Indikatorer foreslået ud fra arbejdet med Kræftplanen

Ud over det generelle arbejde med fremtidige data på kræftområdet, er der blevet rettet specifik opmærksomhed områder, hvor Kræftredegørelsen fandt behov for anbefalinger, på områder hvor kræftbehandlingen i dag ikke følger internationale anbefalinger, samt på områder hvor Kræftplanen foreslår ændringer – nu eller i fremtiden - af udrednings- og behandlingsregimer. Der er på disse områder peget på både effektmål, som vurderer om formålet med indsatsen bliver opfyldt, samt procesmål, der angiver, om produktionsprocessen forløber tilfredsstillende. Der er ikke peget på indikatorer for den primære forebyggelse, da arbejdet med disse skal ske i samarbejde med arbejdet under Inuuneritta II og Børne- og Ungestrategien. Monitorering af og indikatorer for den patientrettede forebyggelsesindsats sker allerede i dag i et særligt modul i sundhedsvæsenets journalsystem.

9.4. Monitorering og evaluering

Muligheden for en kvantitativ evaluering vil afhænge af, i hvor høj grad det har været muligt at sikre en relevant monitorering af data og indikatorer for kræftområdet generelt og specifikt for de enkelte delområder. Muligheden for at monitorere forebyggelsesområdet vil være afhængig også af data fra befolkningsundersøgelsen (for personer over 18 år) og Health Behaviour In School-aged Children (HBSC) undersøgelsen (for skolebørn). For begge er planlagt dataindsamling i 2014 og herefter løbende hvert fjerde år. Monitoreringen af de kliniske indikatorer vil udover fra andre datakilder også skulle bruge data fra den kommende elektronisk patientjournal. Implementeringen af denne har derfor betydning for, hvornår disse data kan forventes at kunne afrapporteres.

Plan for monitorering og evaluering

Kræftplanen vil blive monitoreret ud fra en plan over nøgleindikatorer for området. Der er planlagt en evaluering af kræftplanens områder efter hvert af planens 3 perioder. Efter den første periode forventes evalueringen at omfatte vurderinger af, hvilke initiativer under planen der er igangsat og hvilke eventuelle andre initiativer på kræftområdet, planen har affødt. De betydninger implementeringen af Kræftplanen har fået for

arbejdsgange, personaleressourcer og for uddannelsesbehov vil også blive analyseret, så der sikres bedre muligheder for at vurdere ressourcebehovet på disse områder i planens anden og tredje periode. Under anden eller tredje periode forventes, at der kan fremlægges data for egentlige mål og for indikatorer under planen, som kan indgå i evalueringen. Data fra befolkningsundersøgelsen og HBSC undersøgelsen inddrages for indikatorerne på forebyggelsesområdet.

10. Vurdering af de økonomiske konsekvenser af Kræftplanen

I dette kapitel beskrives de økonomiske konsekvenser af implementering af kræftplanen, så vidt det har været muligt at finde eller beregne disse. Forslag til Kræftplan, 2013 bygger på de bedste faglige vurderinger. Forslaget er ikke fuldt finansieret og kræver derfor politisk stillingtagen til forslaget indhold, og ressourcebehov før den evt. kan iværksættes.

Som tidligere beskrevet er kræftplanen et udtryk for det, der er mest nødvendigt at gøre d.v.s kernen i det fremtidige tilbud omkring kræft. Det skal også pointeres, at vurderingen af de økonomiske konsekvenser af planen er sket ud fra de forudsætninger i sundhedsvæsenet, der er til stede i dag. Ændrede forudsætninger kan få konsekvenser både for gennemførligheden af planen og for de økonomiske behov. Herudover er det vigtigt at påpege at planen er sammenhængende. Hvis dele ikke gennemføres vil det få betydning for hele planen.

Sundhedsvæsenets økonomiske midler tilstræbes altid brugt, så de giver den størst mulige sundhedsgevinst, altså mest mulig sundhed for pengene. I øjeblikket er Grønland i en situation, hvor de økonomiske midler er begrænsede og der er rift om dem. Gælds- og investeringsstrategien⁴⁶ har således opstillet prioriteringskriterier for fremtidige, økonomisk bæredygtige projekter:

- ✓ Økonomisk vækst (alle offentlige investeringer skal ledsages af beregninger af det samfundsmæssige afkast).
- ✓ Finanspolitisk holdbarhed (er det en samfundsøkonomisk rentabel investering).
- ✓ Social og miljømæssig bæredygtig udvikling (bæredygtig udvikling på socialområdet).
- ✓ National og regional udvikling (den fremtidige udvikling i efterspørgslen skal belyses – vil der være den samme efterspørgsel om 20 år?).

Inden de danske kræftplaner sås en betydeligt højere dødelighed af mange kræftsygdomme end i de øvrige nordiske lande. Det har lært os, at det er en nødvendighed hele tiden at have kræftbehandlingen i fokus, ellers mister vi menneskeliv og gode leveår. Erfaringerne fra Danmark har også vist os, at det er et langt træk at forbedre kræftbehandlingen og at dette er omkostningstungt.

Denne plan er derfor langsigtet, periodeopdelt samt bliver løbende evalueret, så der hele tiden er vished om, hvad vi har gjort og hvad vi har opnået. For at ressourceoptimere har planen fokus på de områder, hvor der, gennem prioritering og koordinering, kan opnås forbedringer uden, at det nødvendigvis vil koste mange penge.

Konsekvensberegning for implementeringen af Kræftplanen

I de nedenstående konsekvensberegninger indgår de direkte og afledte udgifter for det grønlandske sundhedsvæsen. En tidligere diagnostik af kræftsygdom og en bedret behandling vil give bedre mulighed for at vending tilbage til arbejdsmarkedet efter endt kræftsygdom for den enkelte. Tidligere diagnostik og bedre behandling vil ikke ændre på udgifterne til indsatsen mod kræft i sundhedsvæsenet, men giver en samlet positiv samfundsøkonomisk gevinst. Denne positive gevinst for samfundsøkonomien vil senere blive inddraget i de økonomiske beregninger forud for fremtidige finanslovsforslag.

Udviklingen i udgifter uafhængigt af kræftplanen.

Samlet set kan ud fra afsnit 10.1 - 10.4, at der tilkommer yderligere 4 kræfttilfælde årligt og at udgifterne stiger med 7.500 kr. per patient om året i rene sundhedsudgifter, hvor udgifter til ambulans behandling, indlæggelsesdage inden diagnosen, øvrige medicinudgifter og udgifter til rejse og ophold ikke indregnet.

⁴⁶ Departementet for Finanser. Gælds- og investeringsstrategi. Oplæg til national anlægsplan. Departementet for Finanser, 2012.

Hvis denne udvikling fortsættes vil det betyde at udgiften til kræftrelaterede sundhedsudgifter kan fremskrives til at stige med *21,89 mio. kr. frem til 2025* (2010 priser). Udviklingen er illustreret i figur 10.1.

Udviklingen med en kræftplan

Ud fra forudsætninger og beregninger i afsnit 10.5 - 10.13 er udført en konsekvensberegning af implementering af kræftplanen (i 2010-priser). Der er i udgifter til behandlinger indregnet rejser ligesom der er taget hensyn til i billetprisen om der er en akut eller en planlagt behandling. Prissætningen er således konservativ. Den totale udgift til kræftområdet, hvis kræftplanen implementeres er således udgifterne til Kræftplanen plus de 21,89 mio. kr., som i sig selv tilkommer over årene frem til 2025.

Det er fundet relativt let at pege på udgifterne, mens de positive samfundsgevinster af tidligere opsporing, bedre kræftforløb og bedre rehabilitering ikke i samme omfang kan dokumenteres, men det kan sandsynliggøres, at det vil betyde bedre mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet og færre sociale udgifter på sigt.

Konsekvensberegningen af kræftplanen (i 1.000 kr., ikke pristalsreguleret)

	Periode 1		Periode 2			Periode 3							
	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10	År 11	År 12	År 13
Primær forebyggelse¹	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464
Screening:													
Livmoderhalskræft		200	200	200	200	200	500	500	500	500	500	800	800
Mammografiapparat		-1.300											
Screening BRCA***	(-341)	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492
Screening tidl. cancer		-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492	-492
Ændring	0	-1.743	-643	-643	-643	-643	-143	-143	-143	-143	-143	157	157
Mamma diagnostik*:													
Personaleudg.		-520	-520	-520	-520	-520	-520	-520	-520	-520	-520	-520	-520
Mammadiagnostik		-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674	-1.674
Ændring	0	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194	-2.194
Medicinsk kræftbehandling													
Personaleudgifter **		-994	-994	-994	-1.808	-1.808	-1.808	-1.808	-1.808	-1.808	-1.808	-1.808	-1.808
Behandlingsudgifter ***	(-1.822)	-558	-597	-636	-675	-714	-753	-792	-731	-870	-909	-948	-987
I alt	(-1.822)	-1.552	-1.591	-1.630	-2.483	-2.522	-2.561	-2.600	-2.539	-2.678	-2.717	-2.756	-2.795
Behandlingsudg uden hjemtagning	1.822	1.822	1.946	2.070	2.194	2.318	2.442	2.566	2.690	2.814	2.938	3.062	3.186
Ændring	0	270	355	440	-289	-204	-119	-34	151	136	221	306	391
Kirurgisk kræftbehandling													
Brystkræft			-813	-813	-813	-813	-813	-813	-813	-813	-813	-813	-813
Kræft i tyktarm						-1.029	-1.029	-1.029	-1.029	-1.029	-1.029	-1.029	-1.029
Kræft i æggestok	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412	-412
Ændring	-412	-412	-1.225	-1.225	-1.225	-2.254	-2.254	-2.254	-2.254	-2.254	-2.254	-2.254	-2.254
Øvrige:													
Tidlig opsporing		-246	-246	-246	-246	-246	-246	-246	-246	-246	-246	-246	-246
Rehabilitering		-500	-500	-500									
Ekstra udredning	-50	-100	-132	132	-132	132	-132	132	-132	132	-132	132	-132
Patientforløb	-275	-275			-298	-298	-298						
Øvrig apparatur	-650	-650	-600	-600	-600	-8.500							
Information	-250	-250											
Ændring	-1.225	-2.021	-1.478	-1.214	-1.276	-8.912	-676	-114	-378	-114	-378	-114	-378

Data/evaluering:

Data	-275	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-550	
Evaluering			-312			-442							-507	
Uddannelsesindsats i SHV	-600													
Ændring	-275	-550	-862	-550	-550	-992	-550	-550	-550	-550	-550	-550	-1.057	
Total	Ændring	-2.048	-6.186	-5.583	-4.922	-5.713	-14.735	-5.472	-4.825	-4.904	-4.655	-4.834	-4.185	-4.871

¹ Beregnet ud fra 1,5 tilfælde årligt.

* forudsætter indkøbt mammografiudstyr, hjemtages år 2

** hjemtages år 2, vil stige med 124 tkr. per år hvis beh. udføres i DK og med 39 tkr. hvis den udføres i Nuuk

*** Ud fra 7 tilfælde af hver typer årligt og at 1 af de ekstra kræfttilfælde vil kunne gives medicinsk kræftbehandling i Grønland, ()=udgift i dag.

I tabeller er en udgift anført med fortegnet -, mens en forventet indtægt eller besparelse som følge af planen er angivet uden fortegn.

Som anført i kapitlets indledning er der positive samfundsøkonomiske konsekvenser af kræftplanen, der vil danne grundlag for økonomiske analyser fremadrettet.

10.1. Kræftrelaterede ydelser og udgifter i sundhedsvæsenet i dag

Ressourceforbruget knyttet til kræftbehandling er stigende. Dette skyldes dels, at befolkningen bliver ældre og flere derfor vil nå at udvikle kræft og dels at de livsstilsrelaterede kræftformer kan forventes at stige i en periode fremover. Herudover forbedres behandlingstilbuddet løbende, så på de områder, hvor udenlandske behandlingsanbefalinger følges, vil vi automatisk opleve stigende behandlingsudgifter, da nye behandlinger stort set altid er dyrere end de hidtidige.

Det er her forsøgt at udregne, hvad kræftområdet kommer til at koste, hvis vi fortsætter nuværende udredning og behandling. De ydelser og udgifter, der kan opgøres, er udgifter til Onkologisk dagafsnit, medicin, sengedage, behandling i udlandet, udgifter til pato-anatomiske undersøgelser og til eksperimentel kræftbehandling.

Onkologisk dagafsnit

Antallet af behandlinger på Onkologisk dagafsnit er stigende. I 2010 blev der udført 672 og i 2011 695 medicinske kræftbehandlinger. Udgifterne til Onkologisk dagafsnit var i både 2010 og 2011 2,8 mio. kr. fordelt på 1 overlæge, 2 sygeplejersker, ½ tolk og ½ lægesekretær. Alle stillingerne indgår i den samlede normering på medicinsk afdeling. Der er ikke tilført ekstra speciallægeressourcer til hjemtagelse af kræftbehandlingen. Det vurderes, at der alene med det nuværende behandlingstilbud sker en øgning i antallet af medicinske kræftbehandlinger på 5 % om året. Dette kan ikke fortsætte uden ressourcetilførsel.

Medicinudgifter

Medicinudgifter til kræftpatienter er steget betydeligt mere end den totale udgift til lægemidler. Stigningen er ikke jævn, men "hopper" ved introduktion af nye behandlinger og afhænger af, hvorvidt det er en adjuverende eller palliativ behandling. Det sidste "hop" var på 44 % i 2009. Siden er udgifterne kun steget med 1,3 %. Et forsigtigt skøn på den fremtidige medicinudgiftsstigning er på 3-5 % årligt i gennemsnitligt svarende til omkring 500.000 kr. årligt (2010 priser).

I 1.000 kr.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antineoplastiske stoffer (cytostatika)	981	1.700	2.340	3.577	3.520	4.657	5.189	4.376
Immunsuppressive midler	1.343	2.193	3.215	3.407	3.185	6.238	8.165	9.900
Antal kræftpatienter	214	166	217	182	158	175	208	212 ¹
Gennemsnitlige udgifter per kræftpatient**	8,34	18,16	19,67	30,89	34,37	48,00	48,50	48,66

Tabel 10.1 Gennemsnitlige udgifter til kræftmedicin per kræftpatient i perioden 2002-2011

¹ Estimeret ud fra 2010

² Beregnet ud fra, at 60% af udgifterne til immunsupprimerende medicin estimeres brugt i kræftbehandlingen

Kræftpatienters sengedagsforbrug i Grønland

Flere og flere behandlinger tilbydes ambulant eller under ophold på patienthotellet. Det totale antal sengedage for kræftpatienter stiger derfor ikke med det totale antal af kræftpatienter, men afhænger meget af varigheden af indlæggelser under terminale forløb. Antal sengedage for kræftpatienter var efter nye beregninger fra Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse i 2010 og 2011 hhv. 3897 og 3755 dage. P.g.a. effektivere patientforløb forventes antallet af sengedage for kræftpatienter at ville være relativt stabilt i en periode fremover trods en tilgang af 4 kræftpatienter årligt, men vil stige med den aktivere opsporing ved implementering af Kræftplanen.

Kræftbehandling i udlandet

Et stigende antal kræftpatienter behandles i udlandet. Da også antallet af behandlinger i udlandet med andre diagnoser er steget, udgør kræftpatienter fortsat cirka 25 % af alle patienter.

	2007	2008	2009	2010	2011
Antal patienter i kræftbehandling ¹	141	151	171	183	194

Antal patienter behandlet i udlandet	544	596	667	716	721
% kræftpatienter af alle patienter behandlet i udlandet	26 %	25 %	26 %	25 %	27 %

Tabel 10.2 Antal patienter med kræftdiagnose (C00-C92) behandlet i udlandet 2007 - 2011

De samlede udgifter til kræftbehandling i udlandet er generelt stigende. For at vise den fulde udgift for det grønlandske sundhedsvæsen skal afledte ydelser som fx rejser og ophold medtages. Den gennemsnitlige stigning til kræftbehandling har siden 2008, hvor der kom ny beregningsmåde, været på knap 27 % eller 1.162.000 kr. årligt.

I 1.000 kr.	2007	2008	2009	2010	2011
Udgifter landsdelstakster til kræftbehandling	13.061	15.756	19.734	20.014	19.223
% af landsdelstakster til kræftbehandling	27 %	28 %	28 %	26 %	25%
Særydelser, kræftbehandling	-	1.726	1.964	2.849	2.907
Særydelser i alt	7.138	8.429	8.676	10.409	9.428
% til særydelser til kræftbehandling	-	20 %	23 %	27 %	31%

Tabel 10.3 Udgifter til kræftbehandling i udlandet 2007 - 2011

Pato-anatomiske undersøgelser

Udgiften til pato-anatomiske undersøgelser ligger i dag på ca. 2,3 mio. kr. årligt, hvilket dækker pato-anatomisk diagnostik for alle organspecialer, smearundersøgelsen for livmoderhalskræft inklusive muligheden for HPV diagnostik, samt andre men sjældne ydelser. Dette beløb afviger kun lidt år for år.

Eksperimentel behandling

Der har i 2009 været afsat 4,4 mio. kr., i 2010 4,533 mio. kr. og i 2011 2,2 mio. kr. til eksperimentel behandling.

10.2. Hvad koster et kræfttilfælde i dag – i rene sundhedsudgifter?

I 2010 var der 208 nye kræfttilfælde. Kræftbehandling er skræddersyet til den enkelte kræfttype, men den varierer med, hvor fremskreden kræften er. Det har betydning for omkostningerne knyttet til det enkelte kræfttilfælde.

Det er muligt at lave en grov udregning af, hvad et "gennemsnitligt" kræfttilfælde havde af direkte omkostninger for sundhedsvæsenet i 2010, som er det sidste år med data for antal kræfttilfælde. Hertil kommer udgifter til ambulante behandling, indlæggelsesdage inden diagnosen, øvrige medicinudgifter og udgifter til rejse og ophold.

Omkostninger til:	i 1.000 kr.
Onkologisk Dagafsnit	2.800
Medicin	10.088
Sengedage (7.358) ¹	22.056
Behandling i udlandet ³	27.091
Pato-anatomiske undersøgelser	2.300
Eksperimentel kræftbehandling	4.4
Omkostninger i alt ¹	64.335
Omkostninger per patient ¹	309

10.4 Omkostninger til kræftrelateret behandling i sundhedsvæsenet i 2010

¹Ud fra Cirkulære 17, med 50% alm. sengedage, 25% dage plejeptt. kysten og 25%plejeptt. DIH.

² 2010 priser, omkostninger til ambulante besøg, indlæggelsesdage inden diagnosen, øvrige medicinomkostninger og rejse- og opholdsudgifter er ikke medtaget

³ Gennemsnitligt 100.000 kr. per patient, men varierede mellem ca. 70.000 kr. for Non-Hodgkin lymfom og over 200.000 kr. for kræft i spiserøret.

Udgiften per patient var i 2010 309.000 kr. per patient. Antallet af kræfttilfælde er gennemsnitligt steget med 4 per år i perioden fra 1980 til 2010. Dette betyder, at sundhedsvæsenets udgifter til kræftbehandling kan forventes at stige med 1,23 mio. kr. om året (2010 priser) bare som følge af det forventede øgede patientantal.

10.3. Hvor meget vil de årlige omkostninger per kræfttilfælde stige?

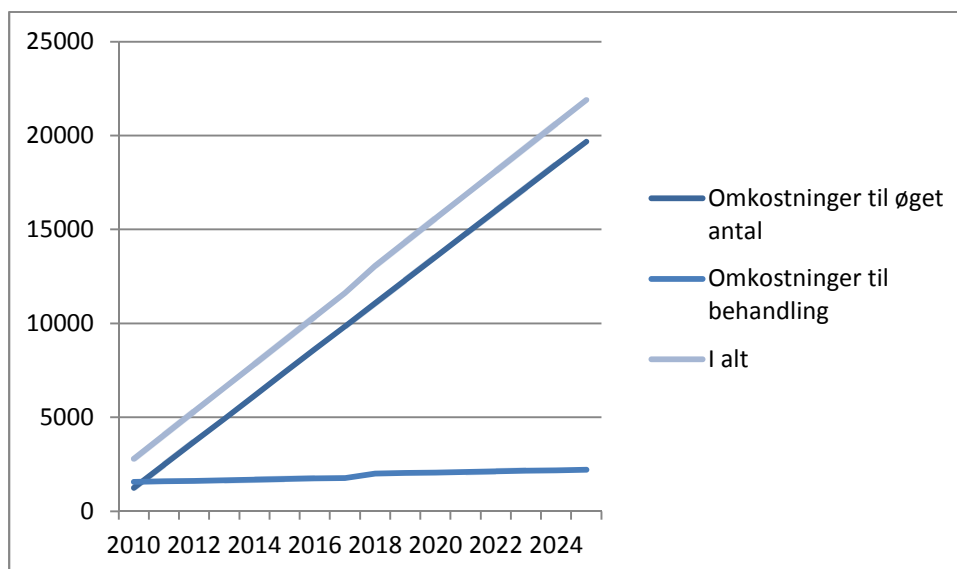
Ud fra beregningerne i afsnit 10.1 kan forventes, at det primært er udgifter til medicin og til behandling i udlandet, der vil øges. Med uændret stigningstakst kan det forventes, at den årlige omkostning (i 2010 priser) til kræftbehandling vil stige med 7.500 kr. per patient årligt (tabel 10.5). Hertil kommer udgifter til ambulantly behandling, indlæggelsesdage inden diagnosen, øvrige medicinudgifter og udgifter til rejse og ophold.

Omkostninger til:	I 1.000 kr.
Medicin	403
Behandling i udlandet	1.162
Omkostninger i alt ¹	1.565
Omkostninger per patient ¹	7,5

Tabel 10.5 Stigning i årlige omkostninger for kræftrelaterede ydelser per patient (2011 priser)

10.4. Øgning i årlige omkostninger til kræftrelaterede sundhedsudgifter frem til 2025

Samlet set kan ud fra forudsætninger og beregninger i afsnit 10.1 og 10.2 beregnes, at hvis den nuværende udvikling med hensyn til antal kræftpatienter og udgifter fortsætter, så vil udgiften til kræftrelaterede sundhedsudgifter stige med 21,89 mio. kr. frem til 2025 (i 2010 priser), se figur 10.1. Hertil kommer udgifter til ambulantly behandling, indlæggelsesdage inden diagnosen, øvrige medicinudgifter og udgifter til rejse og ophold.



Figur 10.1 Estimerede øgede udgifter til kræftrelaterede ydelser frem til 2025

Det kalder på effektiv forebyggelse.

10.5. Primær forebyggelse – og potentielle gevinster for kræftområdet

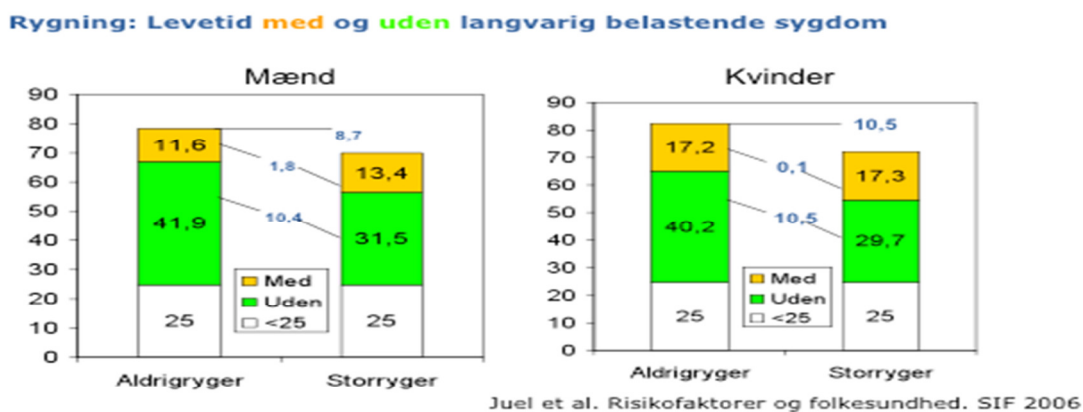
Der er i 2013 og i overslagsårene på Finansloven afsat 6.7 mio. kr. til den primære forebyggelse. Den største del af disse midler er afsat til Inuuneritta II, til Inuunerissarfiit (Livsstilsambulatorierne) og til HPV vaccination af piger. Kommunerne afsætter også et større beløb til den borgerrettede forebyggelse. Primær forebyggelse betale sig, men gevinsterne ved en effektiv forebyggelsesindsats kan først ses efter mange år. Det tager således lang tid før besparelser til kræftbehandling p.g.a. forebyggelse kan balancere de udgifter, der vil være til implementering af Kræftplanen.

Gevinster ved at forebygge rygning

De samfundsøkonomiske effekter af et rygeophør er kompliceret at beregne. Det samlede regnestykke afhænger dels af samfundsstrukturen og dels af, hvor meget der inkluderes i beregningerne. Resultatet afhænger fx af, hvad sygdomsbehandling koster, hvor høje tobaksafgifterne er, antal sygedage, leveår med rygerelateret sygdom, hvad den enkelte bidrager med i form af skat eller modtager af ydelser fra samfundet, samt de påvirkninger rygerens sygdom kan have på fx dennes familie og familiemedlemmernes nettobidrag til samfundets kasse.

Det har ikke været muligt at finde eller at beregne de samlede samfundsomkostninger ved rygning, men det var muligt at finde én enkelt undersøgelse, der i tilstrækkelig grad har vurderet de økonomiske effekter af et rygeophør i forhold til udgifterne til sundhedsbehandling. Ved at tilpasse de danske tal til grønlandske forhold blev det fundet at, hvis en 35-årig ophører med at ryge, så bliver besparelserne i sundhedsudgifter på henholdsvis 390.000 kr. og 503.000 kr. for en mand og en kvinde i dennes levetid, beregnet i et 2012 pris og lønniveau..

Rygere lever ikke kun kortere end ikke-rygere, de har også flere år med belastende sygdom (se figur 10.2, hvor leveår med sygdom og forventet levealder er opgjort for hhv. en 25årig aldrig-ryger og en 25årig storryger). Risikoen for at få rygerelateret kræft falder med op til 60 %, hvis rygningen indstilledes i alderen 35 til 50 år, men da kræft er lang tid om at udvikle sig kan ses rygerelaterede kræfttilfælde op til 30 år efter ophør af rygning. Den fulde gevinst vil derfor først ses efter længere årrække. Da den allerstørste gevinst opnås, hvis ingen starter med at ryge er den store tilgang af nye rygere i Grønland, hvoraf mange starter som børn eller ganske unge, en betydende faktor for, at den endelige sundhedsgevinst først kan høstes om ganske mange år – selv hvis alle holder op i morgen.



Figur 10.2 Levetid med og uden sygdom hos en 25årig ryger og en 25årig aldrig-ryger

Gevinster ved øget fysisk aktivitet

Gevinsten af øget fysisk aktivitet er ikke kun på kræftområdet. En mere fysisk aktiv befolkning vil i høj grad også betyde færre hjertekarsygdomme, færre tilfælde af diabetes (sukkersyge) og færre gener i bevægelsesapparatet, som fx ryggener samt generelt sikre, at ældre kan være mere selvhjulpne højere op i årene. Indsatsen forventes således, at være yderst omkostningseffektiv i et samfundsperspektiv. Der kan ikke regnes konkret på antallet af sparede kræfttilfælde i Grønland eller på den samfundsøkonomiske gevinst, idet der mangler bedre data for både effekt i et livsperspektiv og omkring befolkningens faktiske fysiske aktivitet.

Gevinster ved sunde kostvaner

Sunde kostvaner har et meget stort potentiale for at forbedre befolkningens sundhed og livskvalitet. De er vigtige for kræftforebyggelsen, men også for hjertekarsygdomme, overvægt og sukkersyge. Ligesom for fysisk aktivitet foregår en intensiv forskningsindsats omkring fødevarers potentiale indenfor sygdomsforebyggelse, men nuværende data giver ikke mulighed for økonomiske beregninger.

Gevinster ved nedsat alkoholforbrug

Som beskrevet i Inuuneritta II, er der en meget stor sundhedsmæssig og samfundsmæssig gevinst ved et nedsat alkoholforbrug i befolkningen og specielt ved at reducere rusdrikkeriet. Effekten på kræftområdet er vigtig, men er kun en lille del, af den samlede positive effekt af nedsat alkoholindtagelse. Effekten på kræftudviklingen af et nedsat forbrug kan ikke estimeres ej heller ud fra udenlandske tal, da der mangler data omkring specielt rusdrikkeris betydning for kræft.

Gevinst ved styrkelse af den generelle forebyggende indsats

For generelle forebyggelsesindsatser, som fx implementering af sundhedspolitikker, er det svært at vurdere effekten af indsatserne, men undersøgelser fra andre lande viser, at denne type af initiativer er omkostningseffektive.

Forventninger til forebyggelsens betydning for kræftudviklingen

Selvom den forebyggende indsats specielt på Inuuneritta II's områder intensiveres, er det svært at vurdere, hvordan og hvornår effekten af forebyggelsesindsatsen slår igennem. Der er i dag flere eksrygere og en lavere tobaksimport, men fortsat begynder mange børn og unge at ryge og andelen af voksne rygere falder kun langsomt. Alkoholimporten har de sidste år været relativt stabil, men indtages ved binge-drinking. Fysisk aktivitet under arbejde er faldende, men er måske stigende i fritiden. Der ses en ændring af spisevaner med både positive og negative elementer, men også en øget andel af befolkningen, der er overvægtige. Samtidig er der store forskelle mellem forskellige befolkningsgrupper på andelen der ryger, i måden at indtage alkohol på, i fysisk aktivitet, i spisevaner og i overvægt.

Et forsigtigt estimat er, at der med den nuværende udvikling kan forventes en effekt på kræftforekomsten, der er på ½ - 1 % årligt eller omkring 1-2 kræfttilfælde årligt.

10.6. Udgifter til og gevinster ved fremtidens screeningsindsatser

Livmoderhalskræft

Antallet af tilfælde af livmoderhalskræft er faldet til 6-8 tilfælde årligt, hvilket kan tilskrives befolkningscreeningen for livmoderhalskræft. Det forventes, at ved en dækningsgrad på de målsatte 80 % vil yderligere 3-4 kræfttilfælde om året kunne undgås på sigt. Antallet forventes yderligere reduceret, når effekten af HPV vaccination slår igennem. Et skøn er en økonomisk besparelse på 300.000 kr. per år fra 2014 og en fordobling af denne besparelse hvert 5 år frem til planens udløb. Det forudsætter dog at der vil ske en mere proaktiv overvågning af screeningen, hvilket kan forventes at koste omkring 100.000 kr. årligt.

Befolkningsscreening for brystkræft med mammografi

Der er i forbindelse med kræftplanen ikke initialt anbefalet en befolkningsscreening for brystkræft med mammografi. Det anbefales i denne kræftplan, at genvurdere denne anbefaling i kræftplanens anden periode. Anbefalingerne er sket ud fra vurderingen af den samlede samfundsmæssige gevinst af en befolkningsscreening. Hvis man i Grønland, som i de øvrige nordiske lande, skulle screene alle kvinder i alderen fra 50-69 år hvert andet år, så vi årligt skulle screenes 2.589 kvinder i 2012 stigende til ca. 2.750 kvinder i 2040⁴⁷. En screeningsindsats afføder store udgifter til afledte udgifter som rejser og ophold. Ud fra de nuværende muligheder er der regnet på 2 scenarier:

Scenario 1: At mammografiundersøgelser kun foregår i Nuuk.

Scenario 2: At undersøgelserne foretages i Nuuk og på Regionssygehusene.

⁴⁷ Grønlands Statistik. Statistikbanken.

Scenarie 1 vil give en etableringsudgift på 2,13 mio. kr. og en årlig merudgift på omkring 23,11mio. kr., mens Scenarie 2 vil give en etableringsudgift på 4,33 mio. kr. og en årlig merudgift på ca. 18,55 mio. kr. Scenarie 2 vil dog være mere følsomt overfor apparatursvigt og radiografbetjeningen. En screening må nødvendigvis kunne følges op af et relevant videreudrednings- og behandlingsforløb, der også vil medføre omkostninger.

Hjemtagning af screening af kvinder med høj arvelig risiko for brystkræft

Der er både en potentiel gevinst for den enkelte patient og en samfundsøkonomisk gevinst ved at hjemtage mammografiundersøgelsen af kvinder med øget risiko for arvelig brystkræft til Nuuk og denne gevinst vil årligt øges, fordi antallet af patienter stiger med ca. 5 patienter om året. I 2012 følges 44 patienter med arveligt betinget øget risiko for brystkræft. Det giver en årlig udgift på 1,44 mio. kr. til undersøgelse på Rigshospitalet, rejse, ophold etc. i Danmark.

Det er estimeret ud fra 2012-priser at kontrollere kvinder med arvelig øget risiko for brystkræft hvert år på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk vil medføre etableringsudgiften på ca. 1.3 mio. kr. og at det vil koste 492.000 årligt. En økonomisk gevinst vil dog også afhænge af, hvorvidt det fremover vil være muligt at tilbyde triple-test (klinisk undersøgelse, ultralyd, mammografi og evt. biopsi) i Grønland. Etableringen af mulighed for triple-test vil gøre udredningen af denne patientgruppe mindre omkostningskrævende og vil sikre, at hele undersøgelsen frem til en endelige diagnoseville kunne foregå i Grønland (se afsnit 10.7).

I dag følges patienter, der tidligere har været i behandling for brystkræft, klinisk. Der blev i perioden 1996-2009 behandlet 193 nye tilfælde af brystkræft, d.v.s. i gennemsnit 14 nye tilfælde per år. Nogle af disse har lav risiko for recidiv af kræften og skal følges i 3 år, mens andre vil skulle følges i op til 10 år. Det forventes, at hvis der skal gives det samme tilbud om kontrol som i Danmark, vil cirka 44 patienter årligt skulle tilbydes mammografiundersøgelse. Mammografiscreening efter de danske anbefalinger af patienter, der tidligere har haft brystkræft, vil udgøre en merudgift på 492.000 kr. årligt, hvis der er etableret mammografi i Nuuk.

Befolkningsscreening for tarmkræft

Befolkningsscreening kan forventes at nedsætte dødeligheden af tarmkræft med ca. 16 %. Befolkningsscreening for tarmkræft anbefales ikke for nuværende. Etableringsudgifter for tilbud om befolkningsscreening for tarmkræft forventes at være knap 2 mio. kr., og driftsudgifterne beløber sig fra ca. 20 mio. kr. årligt stigende til 34 mio. kr. efter 10 år. Screenings-tilbuddet vil kræve oprettelsen af et screeningsregister og et screeningskontor. Der vil være behov for en ekstra koloskopistue og udstyr til denne. Hvis udgangspunktet er, at der gennemføres 6 kikkertundersøgelser af tarmen (koloskopier) om dagen, vil de ekstra undersøgelser svare til 9 fulde ugers arbejde. Dette vil ikke være muligt uden yderligere en ½ speciallæge, ½ sygeplejerske samt ekstra kapacitet på dagsafsnittet og ekstra kapacitet på sengeafsnittet K2. Omkostninger til faciliteter og afledte udgifter er ikke medregnet.

10.7. Udgifter til fremtidens diagnostik for brystkræft

Ifølge Kræftplanen skal det fremtidige tilbud omfatte en triple-test (klinisk undersøgelse, ultralyd, mammografi og ved behov biopsi) og følge de danske retningslinjer. Der er 2 mulige scenarier for triple-test ved mistanke om brystkræft:

- 1) hvor triple-testen kan foregå i Nuuk (med egen eller tilkaldt radiolog/speciallæge til biopsitagning).
- 2) hvor triple-testen skal foregå i Danmark.

Scenarie 1: Triple-test i Nuuk

Forudsætningerne herfor er dels, at der kan foretages mammografiundersøgelse i Nuuk og dels, at der er en radiolog eller en anden speciallæge, der kan foretage en finnåls/ eller grovnålsbiopsi fra en mistænkt knude. Dette vil kræve en etableringsudgift på 1,87 mio. kr. og en årlig udgift på 2,19 mio. kr. En del af etableringsudgifterne, 1,3 mio. kr., bortfalder, hvis der er indkøbt mammografiudstyr til screening af risikogrupper.

Scenarie 2: Triple-test i Danmark

Hvis triple testen skal foregå i Danmark vil der forventes en årlig udgift på 5,7 mio. kr.

10.8. Hjemtagning af flere medicinske kræftbehandlinger

Der er allerede i dag pres på det Onkologiske Dagsafsnit, men det er faktisk muligt at hjemtage yderligere behandlinger, herunder behandling for kræft i æggestokke og den palliative behandling til patienter med kræft i spiserøret og kræft i mavesækken. Behandlingseksperisen haves i Grønland, men der mangler flere speciallæge- og sygeplejersketimer, hvis det skal være muligt at hjemtage flere behandlinger. Beregninger viser, at der er et lille besparelspotentiale på fra 270.000 kr. årligt fra planens første periode til 391.000 kr. ved planens udløb, ved hjemtagningen af den palliative medicinske behandling af kræft i spiserør og mavesæk - selvom det vil betyde opnormeringer af personalet på Onkologisk Afsnit. De nuværende fysiske rammer i Onkologisk Dagsafsnit skal følge med patientantallet, hvorfor der er behov for yderligere sengestuer, et venteværelse, et samtalerum, en undersøgelsestue og kontorfaciliteter. Dette indgår i generalplanen (se afsnit 6.3).

10.9. Udgifter til fremtidens kirurgiske kræftbehandling

Den fremtidige kirurgiske kræftbehandling for brystkræft, tarmkræft og kræft i æggestokkene skal indenfor Kræftplanens periode ændres. I praksis kan dette gøres ved at lave aftaler med kræftkirurgiske afdelinger, så patienterne kan opereres i Nuuk, som det i dag er tilfældet for livmoderhalskræft, eller ved behandling i Danmark/udlandet. Specielt den sidste løsning er på grund af rejse og opholdsudgifter noget dyrere end det nuværende tilbud.

Den samlede omkostning til kirurgisk behandling er beskeden i forhold til den samlede udgift til kræftbehandling, da den direkte udgift til operationen er en lille del af den samlede behandlingsudgift.

Brystkræft

Ændring af det kirurgiske behandlingstilbud ved brystkræft vil omfatte ca. 15 patienter årligt. Forventede udgifter (2012 priser) er 813.000 kr. eller 54.200 kr. per patient.

Tyktarmskræft

Omkostningerne forbundet med et ændret tilbud omkring kirurgisk behandling af tyktarmskræft vil i 2011 priser, være omkring 1,03 mio. kr. årligt, hvis der regnes med, at 20 af tarmkræfttilfælde er tyktarmskræft, eller omkring 51,300 kr. per patient år, hvis operationen skal ske på Rigshospitalet.

Kræft i æggestokkene

Hvis behandlingen af kræft i æggestokkene i fremtiden vil skulle foregå i Danmark vil den økonomiske udgift for de i øjeblikket 6 patienter, der årligt behandles, være på 0,41 mio. kr. eller 68.000 per patient. Den medicinske kræftbehandling for denne patientgruppe vil også kunne hjemtages, da behandlingstilbuddet for nuværende - uanset sygdomsstadie - ikke inkluderer strålebehandling. Dette vil samlet betyde en mindre udgift til denne del af behandlingen.

10.10. Tidligere opsporing, patientforløb, information og tidlig diagnose

Tidligere opsporing

Hvis vi også i Grønland intensiverer vores indsats for at finde kræft tidligere vil det betyde at antallet af kræftpatienter, der skal behandles stiger i en periode fremover.

I Danmark har kræftpakkerne og tidligere og mere intensiv kræftopsporing betydet et støt stigende antal kræfttilfælde i perioden fra 2001 til 2009 og et mindre fald i 2010, primært for bryst- og prostatakraft⁴⁸. Antalmæssigt har stigningen i Danmark været fra 27.654 tilfælde i 2001 til 36.815 tilfælde i 2009 og 35.563 tilfælde i 2010 dvs. en stigning fra 2001 til 2010 på knap 29 %.

Den danske indsats omkring tidlig opsporing har været meget intensiv og også mere intensiv end det er realistisk at tilbyde her. Det kan derfor ikke forventes, at den tidlige opsporende indsats vil finde ligeså mange flere nye tilfælde som i Danmark. Et realistisk skøn til være, at vi i Kræftplanens samlede periode vil kunne finde i alt 10 % flere kræfttilfælde end i dag – men finde dem på et tidligere stadie end i dag. Det skulle gerne betyde at hvert kræfttilfælde ikke koster 309.000 kr. i udgifter, men måske kun 250.000 kr. per patient i rene sundhedsudgifter (i 2012 priser). Det vil betyde en ekstraudgift på 2,5 mio. kr. (i 2012 priser) til sundhedsudgifter, herudover skal indregnes udgifter til ophold, transport og afledte udgifter i sundhedsvæsenet.

Informationsindsats og ekstra udredning

I kræftredøgørelsen blev fundet behov for en informationsindsats målrettet borgerne, som skulle betyde, at man henvender sig tidligt med symptomer på kræft. Der er i forbindelse med denne plan lavet en informations- og kommunikationsplan. Udgiften til denne indsats er vurderet til 0,5 mio. kr.

Da symptomer på kræftsygdom også er til stede ved mange andre sygdomme vil tidligere diagnostik betyde, at der skal udredes flere patienter per udredt kræfttilfælde. Det er svært at vurdere, hvor stor en ekstraudgift, der vil være forbundet med dette, men hvis vi forventer, at der skal udredes yderligere 4 patienter for hvert af de fundne ekstra kræftpatienter, at en udredning for kræft koster i gennemsnit 15.000 kr. per patient inklusive transport og ophold samt, at der over en 13 års periode vil findes 10 % flere kræfttilfælde end i dag vil det betyde en merudgift – i 2012 priser - på 1,6 mio. kr. forudsat, at arbejdet kan udføres indenfor de eksisterende personalemæssige og fysiske rammer.

Patientforløb

Patientforløb inkluderer ofte alle sundhedsvæsenets institutioner, derfor skal patientsforløbsbeskrivelser for kræftforløb indeholde hele denne kæde. generelt og specifikt for de 10 hyppigste kræftformer. Det kræver afklaring af udrednings- og tidsforløb, men også afklaring omkring kompetencer i de forskellige dele af sundhedsvæsenet, herunder en specialeplan. Det kan forventes, at der ligger 1-2 årsværk centralt og 1-2 årsværk i regionerne til denne indsats fordelt på planens periode 1 og 2. Det svarer til 1.1-2.2 mio. kr.

10.11. Fysiske rammer, apparatur og personale

EPJ er inkluderet i andre planer og strategier ligesom videokonferenceudstyr til telemedicinske konsultationer og konferencer. Det samme gælder sundhedsvæsenets fysiske rammer.

Apparaturanskaffelser

Der er for apparaturbehov blevet peget specielt på nye dråbetællere til medicinsk kræftbehandling, nye ultralydapparater til sundhedscentrene, laparoskopisk udstyr og indenfor en årrække også en ny CT scanner. Samlede økonomiske behov indenfor Kræftplanens perioder fremgår af tabel 10.6.

Omkostninger	i 1.000 kr.
Periode 1	
Nye dråbetællere	50
4 ultralydapparater, kysten	1.200
2 billedskærme, koloskopi	60

⁴⁸ Sundhedsstyrelsen. Cancerregistret 2010. Sundhedsstyrelsen, 2011

<i>I alt 1. periode</i>	<i>1.310</i>
Periode 2	
4 ultralydapparater, kysten	1.200
Laparoskopisk udstyr	600
<i>I alt 2. periode</i>	<i>1.800</i>
Periode 3	
CT scanner	8.500
<i>I alt 3. periode</i>	<i>8.500</i>
I alt	11.610

Tabel 10.6 Apparaturskaffelser

Personaleudgifter

Det er indenfor flere af kræftplanens områder fundet, at implementeringen af Kræftplanen vil koste personaleressourcer primært indenfor læge- og sygeplejerskegruppen. For eksempel er der allerede i dag indenfor fx koloskopi ventetid på undersøgelsen og der skal for at bringe ventetiden ned sikres yderligere personaleressourcer. De nuværende forhold er indtænkt, men ikke indregnet i denne plan.

Det kan for nuværende være svært at estimere det nøjagtige behov for personaleressourcer. Behovet indenfor de medicinske og kirurgiske kræftbehandlinger og de økonomiske behov er beskrevet ovenfor. Herudover må der forventes yderligere behov for speciallæge i radiologi, medicinsk kræftbehandling og speciallægeressourcer til opfølgning og kontrol af kræftpatienter. På sygeplejeområdet og indenfor andre specialfunktioner fx indenfor rehabilitering kan også forvente behov for ressourcetilførsel. Hvor store alle disse behov vil blive må dog nærmere afdækkes og dokumenteres før en eventuel implementering af nye tiltag under Kræftplanen.

10.12. Social støtte og rehabilitering

Under planen er planlagt en analyse af de sociale og økonomiske konsekvenser af at få en kræftsygdom. Denne udredning vil formentlig afdække behov, det kan forventes kræver økonomiske konsekvenser at indfri. Mange kræftpatienter er i den erhvervsdygtige alder, når diagnosen bliver stillet, og det forventes, at gælde en endnu større andel, når indsatsen for at diagnosticere kræft tidligere i forløbet bærer frugt. En vellykket rehabilitering og revalidering kan betyde forskellen mellem passiv forsørgelse og deltagelse på arbejdsmarkedet. På sigt kan rehabiliteringsindsatsen derfor være omkostningsneutral eller i allerbedste fald positiv også for samfundsøkonomien. Ligesom på forebyggelsesområdet kan det dog forventes at have lange udsigter. Der er planlagt en udredning omkring rehabilitering, der skal fremlægges i 2014. Udredning af økonomiske behov forventes at være en del af denne udredning og vil ikke nærmere blive behandlet her.

Da formålet er at optimere og forbedre rehabiliteringsindsatsen skal allerede i Kræftplanens første periode sikres midler til at udarbejde validerede redskaber i sundhedsvæsenet til vurdering af rehabiliteringsbehov og efteruddannelsesmidler, når disse skal implementeres. Den samlede udgift til dette forventes at være 1,5 mio. kr.

10.13 Data, evaluering og uddannelse

Kræftdata

Det er angivet fra arbejdsgruppen, at sikring af flere og hurtigt opdaterede kræftdata vil kræve ansættelse af en AC medarbejder, i 2012 priser, ca. 550.000 kr. årligt

Evaluering

Det forventes, at evalueringen af Kræftplanen efter hver af dens 3 perioder vil koste i alt 2 akademiker årsværk, i alt 1,1 mio. kr. i 2012 priser.

Uddannelse

Det forventes at en del af uddannelsesbehovene vil kunne dækkes af de nuværende midler eller indenfor de nuværende aftaler om efter- og videreuddannelse. Behovet for yderligere midler må indgå i den samlede prioritering af uddannelsesområder og må dokumenteres yderligere fremadrettet. Der er således ikke forventet, at der under kræftplanen skal afsættes midler til uddannelse.

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har vurderet, at en nødvendig efteruddannelsesindsats vil koste 600.000 kr.

10.14. Usikkerhedselementer, der kan få indflydelse på økonomiske behov og Kræftplanens effekt

Det kan være vanskeligt at vurdere, hvilken afsmittende effekt Kræftplanen vil få for andre områder og om, hvad der sker på det medicinsk-teknologiske område. Der er her redegjort for de områder, hvor det forventes, at der kan komme en afsmitning eller som kan forenes at have effekt på muligheden for at implementere planen.

Rekruttering og fastholdelse

Det vil ikke være muligt at gennemføre planen, som den er tænkt eller at få det fulde udbytte af den, hvis det ikke er muligt, at tiltrække og fastholde det nødvendige faglærte personale.

Synergieffekt med Inuuneritta II. Der er en potentiel positiv synergieffekt omkring forebyggelsen, da de faktorer, der har betydning for kræftforekomsten, også er de vigtigste omkring livsstilssygdomme som hjerte-kar-sygdomme, overvægt og sukkersyge.

Tilgængelighed og logistisk udfordringer

Kræftplanen har fokus på de områder, der er lavteknologiske og mulige at forbedre overalt i Grønland og på, at de øgede teknologiske muligheder i Nuuk kommer hele den grønlandske befolkning til gode, så selve den fysiske afstand til mere specialiseret udredning og behandling ikke står i vejen for et tilbud til alle borgere. Men dette bliver en vigtig udfordring reelt at sikre ækvivalente tilbud til alle borgere.

Risiko for betydelig "gøgeunge-" eller "stærekasse"-effekt ved anskaffelse af mammografiudstyr

Hvis der etableres mulighed for mammografiundersøgelse i Nuuk ved mistanke om kræft, kan det også forventes, at der vil komme et betydeligt pres fra patientside og lægeside for, at denne undersøgelse fx i tvivlstilfælde kan tilbydes andre patienter og at flere kvinder vil blive henvist grundet mistanke om en knude i brystet. Det forventes således fra speciallægeside, at det samlede antal af mammografiundersøgelser vil komme til at ligge 2-3 gange højere end risikogrupperne.

Udredning af kræft vil få betydning for forventninger til andre områder

En opprioritering af kræftområdet med en tidligere opsporing vil betyde en aktivitetsøgning indenfor udredning og diagnostik på kræftområdet. Denne udvikling vil sandsynligvis give forventning om en lignende forbedring af tilbuddet indenfor andre områder.

Samtidigt er det vigtigt, at en opprioritering af kræftområdet ikke bliver på bekostning af andre områder som fx det medicinske og det psykiatriske område.

Sociale behov, rehabilitering og palliativ indsats

Et forbedret rehabiliteringstilbud vil også skulle komme andre patientgrupper til gode, men vil betyde en "gøgeunge" eller "stærekasseeffekt" og dermed behov for, at flere ressourcer skal allokeres til området.

