

#1

**FULDFØRT***Besvarelser indtastet manuelt***Navn:** Inge Marie Svane**Påbegyndt:** 10. november 2015 14:05:47

SIDE 1

Sp1: Titel	Andet (angiv venligst) Overlæger og professor
Sp2: Ansat i:	Region Hovedstaden
Sp3: Hvad beskæftiger du dig med	Onkologi
Sp4: Har Danmark behov for Kræftplan IV?	Ja
Sp5: Regeringen har oplyst, at den ønsker en højere kvalitet i kræftbehandlingen. Er der et behov for dette løft?	Måske, Kommentar Det kommer an på, hvad de mener. Inden for onkologi er vi internationalt med, og det er svært for mig at udtale mig om andre ting, så det kommer an på, hvad de tænker mere specifikt - at finde kræft tidligere, den kirurgiske side? Vi kan nok godt vinde noget ved centralisering og øget kommunikation.
Sp6: Regeringen ønsker at sikre tidligere opsporing af kræft. Kræftens Bekæmpelse foreslår, at det kan ske ved at indføre såkaldte ja-nej klinikker, hvor praktiserende læger kan henvise patienter med henblik på hurtig kræftdiagnose. Bør Kræftplan IV indføre ja-nej klinikker?	Nej, Kommentar Vi har allerede, bl.a. diagnostiske enheder, hvor det netop er meningen at få uafklarede tilfælde hurtigere frem til en diagnose, så det handler mere om at strukturere det. Man glemmer i det politiske liv, at vi leder efter en nål i høstak når vi diagnosticerer, og hvis den praktiserende læge bare kan henvise til ja-nej-klinik, så vil det betyde at massivt ressourcetræk i systemet. Der bliver jo ikke flere læger, sygeplejersker og og diagnostikere til at tage sig af patienterne, så vi risikerer, det bliver ligesom med screeningsprogrammerne, der flytter enorme ressourcer til ikke hyppigt forekommende sygdomme - ondt i maven kan være meget andet end kræft. Vi har også behov for at kunne tage os af de ældre og andre sygdomme, så der skal selekteres grundigere. Urologerne klager over, så meget tid går med udredninger for let forhøjet prostatatal, når langt de fleste tilfælde er aldersbetinget forstørret prostata, men ressourcerne bliver taget fra mange andre, der er syge.

Sp7: Regeringen ønsker i lighed med Kræftens Bekæmpelse at indføre patientansvarlige læger. Er du enig?

Måske,

Kommentar

Enig i princippet i at holde snor i patienterne, men det er urealistisk at et helt forløb kan håndteres af én læge, en kirurg kan f.eks. ikke være ansvarlig for behandlingen på onkologisk afdeling. Jeg ser mere i behandlingsansvarlige teams med få personer, men mere end én, der kan forholde sig til patientens forløb. Jeg går ind for mere veldefineret ansvarsfordeling, men det er svært i hverdagen. Der er mange patienter, og mange læger og sygeplejersker, der skal oplæres. En overlæge kan overordnet have ansvar for flere end 100 patienter, og man kan ikke håndføre dem alle personligt, det er der ikke tid til. Nogle nøgleting skal ligge hos enkeltpersoner, fx forløbsplaner, og skift til andre afdelinger. Hellere teams, men ja til forløbsansvarlighed, at man definerer, hvem der er ansvarlig.

Sp8: Regeringen ønsker at fremme udvekslingen af erfaringer mellem kræftafdelinger i Danmark og udlandet. Er du enig?

Ja,

Kommentar

Det sker allerede på mit felt, så er det mon på det kirurgiske område? Det sker i onkologien, vi er meget kongresorienterede og følger med i de sidste nye tiltag. Men det kan aldrig skade.

Sp9: Regeringen ønsker at sætte ind, så alle kræftpatienter behandles ens uanset, hvilken region de kommer fra. Skal den kommende kræftplan rette op på regionale forskelle i kræftbehandling?

Ja, i meget høj grad,

Kommentar

Der må ikke være forskel på behandlingen af patienter i Danmark. Det er et lille land, det skal være ensartet

Sp10: Er der, efter din bedømmelse, regionale forskelle i ibrugtagning af lægemidler, som er godkendt af KRIS til national anvendelse.

Nej,

Kommentar

Jeg er ikke bekendt med at der er, måske har jeg overhørt noget, men ansøgningerne sker typisk fra den samlede diagnosefaggruppe, den hører til, fordi alle vil tage det i brug.

Sp11: Er din egen region hurtig til at ibrugtage nye kræftlægemidler

Ja,

Kommentar

Vi er hurtige til at søge, får hurtigt svar, men det sker selvfølgelig ikke proaktivt fra Regionens side først når lægerne ansøger. Min egen erfaring er at det gået rigtig hurtigt, og vi har en godkendelse ganske få uger efter ansøgning.

Sp12: Hvis du har svaret nej, hvem har ansvaret for den forsinkede ibrugtagning

Respondent sprang dette spørgsmål over.

Sp13: Skal Kræftplan IV sikre ensartet ibrugtagning af lægemidler i regionerne

Ja, i meget høj grad

Sp14: Regeringen ønsker en national handlingsplan, der kan understøtte udviklingen af målrettet og personlig medicin ved at afdække og bruge biomarkører og genetik til at finde den rette medicin til den rette patient. Er du enig i denne målsætning?

Ja,

Kommentar

Ja, i princippet, men der har vist været nogle lobbyister på banen. Andre ting er lige så væsentlige, det bør lige så meget være målrettet efter nye behandlinger, og biomarkører er aktuelt mere tilbageskuende ift de standardbehandlinger vi har. Selvom vi har brugt mange år på at lede efter biomarkører, er det ikke gået så godt. Jeg mener også at man skal understøtte implementeringen af nye behandlinger, fx hele det nye felt med immunterapi. Det vil fylde så meget, så det kommer til at rykke ved de fleste behandlingsstrategier.

Sp15: Skal der etableres en statslig særbevilling, som finansierer dyre lægemidler, uden at påvirke hospitalernes driftsbudgetter.

Ja,

Kommentar

Det er én model, men der findes også andre. Hvorfor ikke tilføre regionerne de midler, i stedet for en statslig pulje? Det er jo dem, der har hospitalsdriften. Men det er klart, politikerne skal tænke det ind, for det bliver en kæmpe udgift med nye immunterapier, og man må forholde sig til det, men hvorfor ikke lade regionerne styre det?

Sp16: Skal pakkeforløbene på kræftområdet revideres, så de bliver mere fleksible, når det gælder tidsfrister?

Ja, i meget høj grad,

Kommentar

Det har været helt hysterisk. Det er en rigtig politikerting at gøre det helt ensartet med samme antal dage uden differentiering ud fra sygdomssituation og behandlingsbehov.

Sp17: Det planlægges at flytte kræftkontrollerne af visse kræftpatienter til almen praksis. Er du enig i denne plan?

Ja,

Kommentar

Jeg tror godt, de kan varetage nogle kontroller, men der er også nogle, de ikke kan varetage.

Sp18: Mange hospitaler og kræftafdelinger har vanskeligt ved at lave multidisciplinære konferencer. Skal Kræftplan IV forbedre lægernes muligheder for at holde sådanne konferencer?

Ja,

Kommentar

Ja, vores tværfaglige konference vil Rigets melanomlæger gerne være med til, men vi har ikke udstyr, så RH lægen 'står i en kop', med billedet på Skype og lyd på tlf. Det er lidt primitivt og selvfølgelig lidt sjovt men vi har behov for flere faciliteter, så det bliver professionelt. Nogle MDT grupper har etableret det meget godt.

Sp19: Kræftbehandlingen er allerede blevet centraliseret og samlet på færre hospitaler. Er der behov for yderligere centralisering i udredning, nu da kræftbehandling bliver mere kompliceret?

Ved ikke,

Kommentar

Det skal være nogen med erfaring inden for feltet, der diagnosticerer, så vi får alle detaljerne med. Det er stadig en god ide med diagnostiske enheder, der har erfaring. Det er problematisk, hvis det foregår på alle mulige medicinske afdelinger, for de kan mangle overblik over at udrede for forskellige typer kræft, og det kan give et forlænget forløb - hvis der bliver henvist mangelfuldt, så har vi oplevet, at der mangler eksempelvis en biopsi. Så vi kan se, at det betyder meget, om de har erfaring, og det kommer an på niveauet af centraliseringen.

Sp20: Kræftbehandlingen er allerede blevet centraliseret og samlet på færre hospitaler. Er der behov for yderligere centralisering i onkologisk behandling, nu da kræftbehandling bliver mere kompliceret?

Nej,

Kommentar

Jeg synes, det ligger fint nu. Noget af standardbehandlingen kan godt ske i nærområdet, men når det skal være mere avanceret, er det vigtigt, patienterne kommer ind på mere specialiserede steder, hvor de også kan blive tilbudt forsøg på rette tid, og det sker tit på specialiserede afdelinger. Der er behov for fastholdelse af den nuværende centralisering.

Sp21: Kræftbehandlingen er allerede blevet centraliseret og samlet på færre hospitaler. Er der behov for yderligere centralisering i kirurgi, nu da kræftbehandling bliver mere kompliceret?

Ved ikke,

Kommentar

Jeg ved ikke nok om det på andre områder.

Sp22: Bør Danmark indføre en certificering af kræftkirurger?

Ja, i meget høj grad

Sp23: Bør Danmark indføre en certificering af onkologer?

Ja, i meget høj grad

Sp24: Regeringen mener, at lægerne skal blive bedre til at inddrage patienter og pårørende i behandlingen, f.eks. når den uhelbredeligt syge patient alligevel ikke er interesseret i livsforlængende behandling, der har betydelige bivirkninger. Er du enig i at patienter og pårørende skal inddrages mere i den slags situationer?

Måske,

Kommentar

Min erfaring er, jeg inddrager patienterne, når jeg kan, så jeg kan ikke helt genkende det. Det kører meget i pressen, men det er ikke min oplevelse, at vi ikke inddrager patienterne. Når behandlingen bliver ved med at køre, selvom man måske burde tale om andre muligheder, så er det pga. pres for behandling fra pårørende og patienten, og måske nogle gange fordi lægen ikke har tid til at tale med dem. Sådan en samtale tager en halv time, ikke fem minutter. På den måde risikerer vi, at den samtale ikke bliver ført, fordi det er hurtigere at ordinere patienten mere kemo. Det er ikke fordi, mine kolleger er bange for samtalen eller ikke prioriterer den, hvis de kan komme til det. Men jeg oplever relativt ofte, at patienter og forbavsende mange pårørende presser på for at fastholde behandlingen ud i det åbenlyst meningsløse. Så jeg kan ikke sige nej eller ja.

Sp25: Denne spørgeskemaundersøgelse vil blive overdraget til sundhedsminister Sophie Løhde for at give inspiration til arbejdet med at udarbejde Kræftplan IV. Har du andre input til denne proces.

Det er så vigtigt med prioritering, det må de gerne begynde at kigge på. Også tage diskussionen i medierne, for det er overvældende, så meget ny kræftbehandling, der kommer, og som er dyr, så vi må prioritere. Det vælter økonomien i sundhedsvæsenet. Pengene følger ikke med, og vi oplever, at personale og andre ressourcer fjernes for at betale for behandlingen, og det holder ikke. Vi er nødt til at åbne debatten om, hvad der er en meningsfuld effekt, og hvad vi vil betale for at opnå den effekt? Den beslutning skal tages på overordnet niveau, så vi også i kommunikationen med patienterne kan fortælle, at det er overordnede beslutninger. Den enkelte læge kan ikke alene være ansvarlig for at sige nej til en dyr behandling med begrænset effekt. Det skal være generelle beslutninger, og så skal vi nok forvalte dem. Vi må finde en model, og ingen modeller er perfekte, men det undslår os ikke for at prøve, for hvis ikke vi prøver, at så finder vi det aldrig.
