

Lægearbejde hvor kræft er organiseret som en akut sygdom

New South Wales, Australien, som forbillede

1. reservelæge Frede Donskov

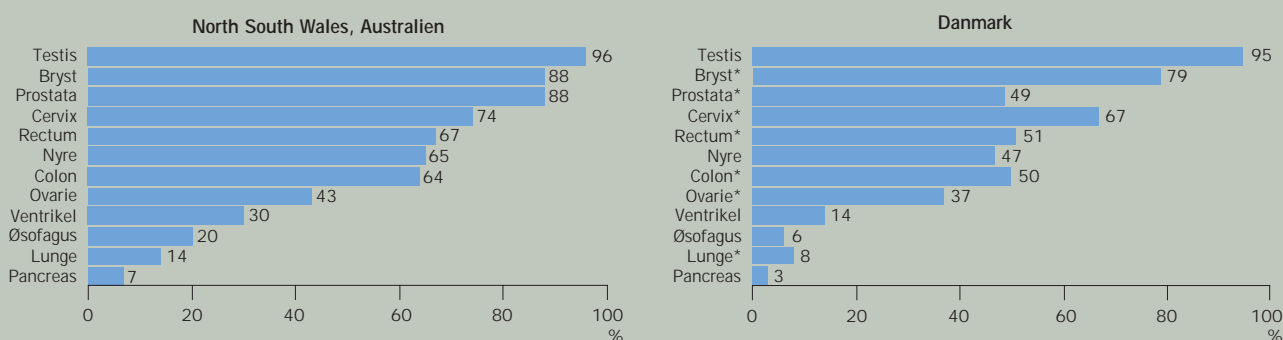
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Onkologisk Afdeling D

Lange ventelister og dårlige behandlingsresultater har medført en massiv kritik af dansk kræftbehandling. Kræft berører os alle, enten personligt eller gennem familie; hver anden mand og hver tredje kvinde kan forvente at blive diagnosticeret med kræft i løbet af livet [1, 2]. Selv om vi ikke kan lide at høre det, ligger Danmark (DK) stort set nummer sidst blandt vestlige EU-lande, når det drejer sig om kræftoverlevelse [3-6]. Den danske relative femårsoverlevelse for kræft er 39% for mænd og 51% for kvinder [3, 4]. Til sammenligning er den relative femårsoverlevelse for kræft 63% i New South Wales (NSW), Australien, [1] og 66% i USA [2] (Figur 1). I et forsøg på at finde ny inspiration rejste undertegnede til Sydney, New South Wales (NSW), Australien, for at arbejde et år på en medicinsk onkologisk afdeling i et område, hvor kræftbehandlingsresultaterne er på højde med de bedste i verden. Det følgende er en status over indsatsen på kræftområdet i NSW med paralleller til danske forhold.

Mindset: cancer needs urgent management

Effektiviteten ved diagnostik og behandling af cancer var slående set med danske øjne – udredningsforløb er afkortet med uger og måneder i forhold til dansk standard, hvilket bedst kan tilskrives indstillingen hos den enkelte læge. Kræft betragtes som en akut sygdom, og skanning, skopi, biopsi, tilsyn, vurdering og behandling foretages hellere i dag end i morgen. Resultat: ingen ventelister. *The window of opportunities* for den enkelte patient opnås derfor bedre, hvilket resulterer i, at to tredjedele af alle kræftpatienter i NSW bliver langtidsoverlevende. Ud over den mentale indstilling er *ward-registrars* (se senere) hemmeligheden i den effektivitet, der er i udredning og behandling, idet de dagligt presser på for at få gennemført de nødvendige undersøgelser inklusive tilsyn og behandlinger for »deres patienter«. I forhold til udenlandske patienter diagnosticeres en betydelig mindre del af de danske patienter med lokaliseret sygdom [5], og langsom udredning er formentlig en væsentlig forklaring herpå. Dette støttes af tal, der viser, at danske patienters dårlige prognose især er relateret til tiden omkring diagnosen og de første måneder herefter [7].

Figur 1. Den relative femårsoverlevelse for udvalgte cancerformer i New South Wales (NSW), Australien, og Danmark.



Overlevelsen er markant dårligere for danske patienter. Samlet er den relative femårsoverlevelse under 50% for danske patienter, hvor den er 63% for patienter i NSW. Figuren er baseret på nyeste tilgængelige overlevelsesdata, NSW 1999-2003 [1], Danmark 1999-2000 [10] for organer angivet med *, øvrige 1991-1995 [3]. Perioderne, der sammenlignes, er således ikke helt identiske, men opdaterede tal findes ikke. Den relative femårsoverlevelse angivet grafisk og med tal.



1 Sygeplejerske giver kemoterapi. Bemærk onkologen med jakkesæt og slips - uden hvid kittel.



Når diagnosen er stillet i NSW følger man i udtalt grad amerikanske kliniske retningslinjer for behandling.

Organisation: Mesterlære og lean-produktion samt tid til fordybelse

En patient er tilknyttet både afdelingen og en speciallæge, hvilket medfører en meget høj grad af ansvarsfølelse og »ejerskab« for den enkelte læge og tryghed for patienten. Omkring speciallægen arbejder 1-2 yngre læger i et team med speciallægen som akse. Patienter vurderes af disse team, hvor den yngre læge udfører hovedparten af arbejdet og speciallægen *the final touch*, idet speciallægen principielt ser alle sine

patienter. Ingen læge arbejder derfor alene i NSW, i modsætning til i DK. Derved opnås både mesterlæreprincippet og lean-produktion i praksis (*lean*-produktion blev først beskrevet af *Toyota* som en effektiv produktionsform bestående af små enheder med høj grad af selvstændig beslutningskompetence). Der er tid til læsning af faglitteratur i arbejdstiden, og megen undervisning foregår løbende i disse lægeteam, når patientbehandling drøftes. De mange konferencer, som kendes fra danske forhold, inklusive morgenkonferencen, er derfor ikke nødvendige og findes ikke i NSW. De indlagte patienter passes af faste yngre læger (*ward-registrars*, der har rotation hver tredje måned), som møder på arbejde hver dag (40 timers arbejdsuge, inkl. vagter), kender de indlagte patienters sygehistorier udenad, bestiller prøver, får prøvesvar, sætter behandling i gang, modtager akutte patienter og formidler kontakten med sygeplejen, hvilket giver et fantastisk sammenhængende patientforløb og uddannelse for disse yngre læger, som på rekordtid bliver utrolig dygtige. Stuegang til speciallægens egne patienter er derfor reduceret til et par timer to gange ugentligt, resten klares via telefon.

Faktaboks

New South Wales (NSW), Australien

6,8 mio. indbyggere, hovedparten bor i Sydney (4,2 mio.)
 Kræftbehandlingsresultaterne er blandt de bedste i verden
 34.092 nye tilfælde af cancer og 12.686 dødsfald i 2004
 Cancerincidensen 1995-2004 er uændret for mænd og stigende med 8% for kvinder

Den aldersstandardiserede mortalitetsrate 1995-2004 er faldet med 16% for mænd og 10% for kvinder, herunder:

- faldet med 22% for prostatacancer
- faldet med 20% for coloncancer
- faldet med 18% for brystcancer
- faldet 22% for mandlig lungecancer

Den relative femårsoverlevelse for kræft er 63% i NSW

Danmark

5,3 mio. indbyggere
 32.802 nye cancertilfælde og 15.452 dødsfald i 2001
 Den aldersstandardiserede mortalitetsrate har været uændret siden 1970 for store sygdomme som brystcancer og coloncancer
 Kræftbehandlingsresultaterne er blandt de dårligste i EU-landene
 Den relative femårsoverlevelse for kræft er 39% for mænd og 51% for kvinder, samlet under 50%

Håndtering af overgangsproblemet: onkologen på tilsyn, direkte booking, clinical nurse consultants og multi disciplinary teams

Onkologen går tilsyn på andre afdelinger, rådgiver om udredning, bliver kontaktet igen, når der er prøvesvar, og arrangerer relevante forundersøgelser mhp. behandling. Meget information er således givet løbende til patienten allerede inden denne ankommer til onkologisk afdeling. I DK går onkologen som regel ikke tilsyn.

Speciallæger kan booke patienter direkte hos en kollega i et andet speciale uden forudgående visitering - oftest inden for en uge. Henvisningen med relevante papirer medgives patienten. *Clinical nurse consultants* (CNC) er seniorsygeplejersker, der er ansat for hver større sygdomsmodalitet. Ordningen har eksisteret siden 1986 og er et væsentligt instrument for stabil kontakt med ambulante patienter, dvs. en tovholderfunktion. CNC varetager løbende telefonisk kontakt med patienterne i dagtiden, arrangerer indlæggelse og papirarbejde ved henvisninger, hvilket er vagthavende læge-arbejde

VIDENSKAB OG PRAKSIS | AUSTRALIEN

i DK. Forskellen er, at CNC oftest kender patienten, hvad vagthavende læge i DK ikke gør. Nye patienter drøftes på ugentlige *multi disciplinary teams* (MDT) en konference med mediciner, onkolog, kirurg, patolog, radiolog og positron-emissionstomografi (PET)-læge (PET er rutine til diagnostik) samt CNC og palliativ læge. Der er lagt store beslutningskompetencer ud i disse MDT. Princippet er, at ingen læge – alene – må træffe behandlingsbeslutning om en ny kræftpatient, uden at alle relevante fagpersoner har været involveret.

Stort volumen pr. speciallæge: erfaring og kvalitet

Det tilstræbes generelt i NSW, at hver cancerkirurg for at opretholde ekspertise inden for en bestemt operationstype foretager 50 operationer pr. år, dvs. mindst en af samme type operation pr. kirurg pr. uge [8]. Pointen er, at træning af kirurgen og stort volumen har betydning for patientens prognose. Sundhedsstyrelsen i DK har udmeldt tilsvarende anbefalinger i Specialeplanlægningen [9]. Disse er endnu ikke fuldt implementeret i DK og bortset fra brystcancer (50 operationer pr. år) er anbefalingerne til kirurgvolumen generelt lavere i DK (cerebrale cancer: 40, ovariecancer: 25, coloncancer: 20, lungecancer: 25, pancreascancer: 15 og nyrecancer: ti operationer pr. år pr. kirurg). På samme måde tilstræbes der i NSW et stort volumen pr. onkolog, dvs. vurdering og behandling årligt af ca. 300 nye patienter pr. speciallæge. Den store kapacitet pr. læge synes at være en medvirkende årsag til, at der ikke er ventelister af betydning i NSW.

Fokus på forebyggelse og tidlig opsporing

Der fokuseres på forebyggelse og tidlig opsporing. Antirygekampagnerne er mere aggressive end de danske. Der er etableret en statslig telefonisk *Quitline*. 16% af de voksne ryger dagligt i NSW mod 30% i DK. Der tilbydes screening for cervixcancer (*smear*), brystcancer (mammografi) og coloncancer (okkult blod).

Stort samspil mellem offentligt og privat

På privathospitaler i NSW udføres halvdelen af cancerkirurgien, hovedparten af skanningerne og biopsierne samt en

mindre del af kemo/strålebehandlingerne. Lægerne er ofte ansat deltids på det offentlige sygehus, så de også kan varetage den private ansættelse. Ved den private ansættelse ydes der *fee per service*, hvilket virker stærkt animerende til at gøre en ekstra indsats. Kræftdiagnostik og behandling på privathospitaler i DK har et meget lille omfang.

Konklusion

New South Wales, Australien, har organiseret udredning og behandling af kræft som en akut sygdom og kan derved være et forbillede for Danmark.

Korrespondance: *Frede Donskov*, Onkologisk Afdeling D, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus. E-mail: fd@microbiology.au.dk

Interessekonflikter: Der er modtaget økonomisk støtte fra Kræftens Bekæmpelse samt Foreningen af Yngre Onkologer & AstraZeneca's Forsknings- og Uddannelseslegat

Litteratur

1. Cancer Institute NSW. Cancer in New South Wales – Incidence and Mortality Report 2004. www.cancerinstitute.org.au/cancer_inst/publications/reports.html /nov 2007.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007;57:43-66.
3. Storm HH, Engholm G. Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. *Ugeskr Læger* 2002;164:2855-64.
4. Berrino F, de Angelis R, Sant M et al. EURO-CARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO-CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007;8:773-83.
5. Engeland A, Haldorsen T, Dickman PW et al. Relative survival of cancer patients – a comparison between Denmark and the other Nordic countries. *Acta Oncol* 1998;37:49-59.
6. Engeland A, Haldorsen T, Tretli S et al. Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010, on the basis of relative survival analysis. *APMIS Suppl* 1995;49:1-161.
7. Sundhedsstyrelsen 2005. Kræft i Danmark. Et opdateret billede af forekomst, dødelighed og overlevelse. www.sst.dk/publ/publ2005/plan/kraeftplan2/Kraeftepidemiologi_rapport.pdf /nov 2007.
8. Cancer Institute NSW. NSW Cancer Services Review. A Discussion Paper March 2005. www.cancerinstitute.org.au/cancer_inst/news/pdfs/NSWCancerServicesReviewADiscussionPaper.pdf /nov 2007.
9. Sundhedsstyrelsen 2006. Forbedring af kirurgisk kræftbehandling – de lægevidenskabelige selskabers anbefaling. www.sst.dk/nov 2007.
10. Sundhedsstyrelsen 2005. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. www.sst.dk/publ/publ2005/plan/kraeftplan2/kraeftplan2.pdf /nov 2007.

