

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;182:V205017

Dansk onkologi og specialiseret palliation – to adskilte siloer?

Lotte Engell-Nørregård

Ugeskr Læger 2020;182:V205017

I Ugeskrift for læger beskriver *Sørensen et al* [1] udfordringer for integration af onkologi og specialiseret palliativ indsats (SPI), særligt med fokus på den tidlige indsats. Der er tiltagende international konsensus om, at SPI giver mening for patienter, pårørende, personale – og nok også for samfundsøkonomien. Der er da heller ingen tvivl om, at en palliativ indsats for patienter med kræft er en politisk prioritet. Allerede i kræftplan I fra 2000 [2] var palliation et af fokuspunkterne i forhold til at forbedre kræftbehandlingen i Danmark. I de efterfølgende kræftplaner (II, III og IV) blev prioriteringen af palliation til patienter med kræft fastholdt, ligesom nødvendigheden af uddannelse blev adresseret. Dette blev i 2017 suppleret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats [3].

Danske data viser, at medianoverlevelsen fra henvisning til SPI til død er 39 dage, at 27% af patienterne med kræft havde tilknytning til mere end én SPI, og at andelen af henviste patienter med kræft, der ikke dør, inden de får kontakt med SPI, er 82% – hvilket svarer til, at 18% dør (eller bliver for dårlige til behandling) på venteliste [4]. Tal fra danske registre viser social ulighed i adgangen til SPI i forhold til enlige, kort uddannelse og lav indkomst [5]. Der er således fortsat behov for optimering af området i Danmark.

Organisering af SPI har udviklet sig ved knopskydning, hvilket har medført regionale og lokale forskelle i administrativ placering af det terminale forløb og SPI i hospitalsregi. På nogle onkologiske afdelinger afsluttes patientbehandlingen, når der ikke er yderligere onkologiske behandlingstilbud, mens man på andre varetager det terminale forløb. Nogle onkologiske afdelinger har SPI under samme ledelse, og nogle har SPI på samme matrikel. Denne heterogene organisatoriske struktur giver selvsagt en uensartet mulighed for integreret samarbejde på tværs af landet. At 27% af patienter med kræft har tilknytning til mere end én SPI, kan risikere at være en suboptimal udnyttelse af de knappe ressourcer og medføre risiko for manglende kontinuitet i det palliative forløb. Det kan dog være forklaret af behov for hospiceindlæggelse hos en patient, der er tilknyttet en SPI-enhed uden sengepladser.

Da kapaciteten for SPI er begrænset, er en prioritering nødvendig. Nogle SPI modtager patienter tidligt, men ofte vil fokus være rettet mod de mest symptomatiske patienter. Antallet af

henvisninger til SPI afspejler næppe det reelle behov for SPI, idet vi (onkologerne) prioriterer henvisninger afhængigt af kendte lokale forhold (ventetider, afvisninger m.m). Hvis behovet for SPI skal afdækkes, vil der med faste mellemrum være behov for dokumenteret screening af alle patienter med kræft. Hvis dette skal opnås, har vi behov for et integreret samarbejde med vores kollegaer fra SPI, så vi kan sikre en ensartet og struktureret vurdering, visitation og behandling af patienterne med kræft. Herved kan grunden også lægges til et struktureret fokus på bekæmpelse af social ulighed.

Håndteringen af patienter med basale palliative behov ligger i et krydsfelt mellem praktiserende læge, hjemmepleje og onkologer. Grænserne er vage, og det gælder også for grænserne mellem basal og specialiseret palliation. Der kan være tale om komplicerede symptomkomplekser, hvor dele kan være svære at få frem eller ligefrem tabubelagte. En struktureret tilgang til palliation vil måske kunne blotlægge basale palliative behov, der vil kunne håndteres i onkologisk regi. Dermed kan behovet for SPI måske undgås eller udsættes.

Som onkologer varetager vi en stor del af den palliative behandling for vores patienter. Men som beskrevet ovenfor er mulighederne for håndtering samt integreret samarbejde og rotationsordninger med SPI heterogene på tværs af landet. At der er behov for optimering af SPI er uomtvisteligt, og det kræver opnormering og uddannelse af personale.

Hvis vi alle er enige om, at indsatsen for tidlig palliation og SPI skal prioriteres, er der behov for at påbegynde et integreret og struktureret brobygningsarbejde mellem de to siloer.

KORRESPONDANCE: *Lotte Engell-Nørregård*, formand for Dansk selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), Afdeling for Kræftbehandling, Herlev Hospital. E-mail: lotte.engell-noerregaard@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Sørensen J, Neergaard MA, Grønvold M et al. Integration af specialiseret palliation og onkologi. *Ugeskr Læger* 2020;182:V06190343.
2. Kræftplan I. Sundhedsstyrelsen, 2000. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Kraeft/Kraeftplaner/Kraeftplan-I/National-kraeftplan-I.ashx?la=da&hash=DA730A0CD04C8C997CBC82AED00B07DD99CEEF82> (26. apr 2020).
3. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen, 2017. https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx (26. apr 2020).
4. Dansk Palliativ Database. Årsrapport 2018. www.dmcgpal.dk/573/rsrapportfradanskpalliativdatabase.
5. Adersen M. Which cancer patients are admitted to specialised palliative care? [ph.d.-afhandl]. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2018.