NAALAKKERSUISUT

GOVERNMENT OF GREENLAND

Kræftredegørelsen 2011

Departementet for Sundhed, EM 2011/47

Forord

Ved efterårssamlingen i 2009 blev Naalakkersuisut pålagt at igangsætte strukturerede undersøgelser om forekomsten og udviklingen af kræft i Grønland, således at disse kan danne baggrunden for en national kræftplan, der skal igangsættes indenfor denne valgperiode – dvs. senest i 2013 - og i tilknytning hertil skal Naalakkersuisut til efterårssamlingen 2011 fremlægge rammerne for de påtænkte undersøgelser i form af en skriftlig redegørelse.

Det er med stor glæde, at jeg kan fremlægge Kræftredegørelsen 2011, som repræsenterer afslutningen på første del af dette pålæg. Kræft er en af de største udfordringer for vores sundhed og vores livskvalitet. God kræftbehandling kan betyde forskellen mellem helbredelse og død.

Flere får kræft i dag end tidligere. Det skyldes mange faktorer. Dels at selve hyppigheden af kræft stiger, men også at risikoen for at få kræft øges med alderen - og flere bliver heldigvis ældre i dag end tidligere. Der er i dag også mange flere end tidligere, der bliver helbredt for deres kræftsygdom eller som overlever længere med den. Det stiller krav ikke kun til selve kræftbehandlingen, men også til rehabilitering efter sygdommen og til lindrende behandling i de sene faser af sygdommen.

Kræftredegørelsen 2011 tager udgangspunkt i et helhedsperspektiv på kræftsygdomme og giver en status for kræftbehandlingen i Grønland. Den beskriver således indsatser i forhold til forebyggelse, diagnostik, behandling og pleje, rehabilitering og lindrende (palliativ) behandling samt forslag til de områder, der skal arbejdes videre med frem mod kræftplanen i 2013.

Kræftredegørelsen peger på, at en stor del af alle kræfttilfælde kan forebygges. Rygning, men også andre livsstilsfaktorer er vigtige årsager til kræft. Det er min opfattelse, at denne viden i fremtiden i højere grad end i dag gennem en fælles indsats skal omsættes til livsstilsændringer i befolkningen.

Generelt gælder, at jo tidligere kræft opdages, jo lettere er den at behandle. Tidlig diagnostik er derfor en meget vigtig del af god kræftbehandling. Det er et godt og veltilrettelagt behandlingsforløb også. Tilbud indenfor kræftbehandling er i dag mange og komplekse. Samtidig er mange behandlingsforløb langvarige og en del behandlinger kan ikke foregå herhjemme, men vil foregå i Danmark. Det stiller ekstra krav til samarbejdet omkring og med den enkelte kræftsyge.

God kræftbehandling er ikke gratis. Derfor indeholder redegørelsen også en kort beskrivelse af de økonomiske midler, der i dag bruges på kræftområdet og de foreløbige forventninger til de økonomiske behov, der vil opstå ved implementering af en national kræftplan.

Jeg vil takke alle de mange i og udenfor sundhedsvæsenets institutioner, der har stillet deres store viden til rådighed for arbejdet med Kræftredegørelsen 2011 og ser frem til det videre arbejde med kræftplanen.

Nuuk, juli 2011
Agathe Fontain
Medlem af Naalakkersuisut for Sundhed

Indholdsfortegnelse

Forord ... 3
Resume ... 7
1 Redegørelsens baggrund ... 12
1.1 Redegørelsen ... 12
2 Kræft og kræftforekomst ... 13
2.1 Hvad er kræft? ... 13
2.2 Målsætning for kræftbehandlingen ... 13
2.3 Hvornår kan kræft konstateres? ... 14
2.4 Forekomst af kræft i Grønland ... 14
2.5 Sammenligning af kræftforekomsten mellem Grønland og de nordiske lande ... 18
2.6 Overlevelse efter kræftsygdom ... 21
2.7 Kræftforløb ... 21
2.8 Undersøgelse af tidsintervaller fra symptomer til behandling ... 22
2.9 Registreringen af kræft i Grønland ... 23
2.10 Samarbejde på kræftområdet og de danske kræftpakker ... 24
3 Patientforløb, udredning og behandling ... 26
3.1 Patientforløb ... 26
3.2 Patientinddragelse og patienters retsstilling ... 30
3.4 Behandling ... 33
3.5 Eksperimentel kræftbehandling ... 35
4 Primær forebyggelse ... 36
4.1 Inuuneritta og forebyggelsens organisering ... 37
4.2 Rygning og kræft ... 37
4.3 Fysisk aktivitet og kræft ... 38
4.4 Alkohol og kræft ... 39
4.5 Ernæring og kræft ... 39
4.6 Stråling og kræft ... 40
4.7 Infektiøse risikofaktorer og kræft ... 41
4.8 Arbejdsmiljø og kræftforebyggelse ... 41
4.9 Andre risikofaktorer og beskyttende faktorer ... 42
5 Sekundær forebyggelse og screening ... 42
5.1 Screening for livmoderhalskræft (smearundersøgelsen) ... 43
5.2 Undersøgelse af kvinder med høj risiko for arvelig brystkræft og kræft i æggestokke ... 45
5.3 Tyktarmskræft ... 45
5.4 Kræftscreening i Danmark ... 46
6 Udredning og behandling af de almindeligste kræftsygdomme ... 47
6.1 Lungekræft ... 47
6.2 Brystkræft ... 48
6.3 Kræft i spiserøret (øsofaguscancer) ... 50
6.4 Kræft i mavesækken (ventrikelcancer) ... 51
6.5 Kræft i bugspytkirtlen (pancreascancer) ... 51
6.6 Kræft i tyktarmen (kolorektal cancer) ... 52
6.7 Livmoderhalskræft ... 53
6.8 Kræft i æggestokkene ... 55

6.9 Livmoderkræft og andre gynækologiske kræftformer ... 56
6.10 Hoved- og halskræft specielt kræft i næsesvælget ... 57
7 Rehabilitering og palliativ indsats ... 59
7.1 Rehabilitering ... 59
7.2 Palliativ indsats og terminal pleje ... 61
7.3 Juridiske og økonomiske forhold ... 63
7.4 Regler omkring ledsagelse ved sygdom ... 63
7.5 Neriuffiit Kattuffiat (Kræftens Bekæmpelse) ... 64
8 Datadokumentation og fremtidige behov for registrering og databehandling på kræftområdet ... 66
8.1 Nuværende registrering af kræftsygdomme ... 66
8.2 De nuværende registre ... 66
8.3 Fremtidig registrering i sundhedsvæsenet, den elektroniske patientjournal (EPJ) ... 67
8.4 Kliniske databaser i Danmark ... 68
8.5 Fremtidige databehov ... 68
9 Uddannelse og forskning ... 70
9.1 Uddannelse ... 70
9.2 Forskning ... 71
10 Anbefalinger til det videre arbejde frem mod en kræftplan ... 73
10.1 Elementer omkring kræft, kræftforekomst og data for kræftområdet, der anbefales vurderet frem mod en national kræftplan ... 73
10.2 Elementer omkring udredning og behandling, der anbefales vurderet frem mod en national kræftplan ... 73
10.3 Elementer omkring primær forebyggelse, der bør vurderes som et led i kræftplanen ... 74
10.4 Elementer omkring sekundær forebyggelse, der bør vurderes som et led i kræftplanen ... 75
10.5 Områder omkring de enkelte kræftsygdomme, der bør vurderes som et led i kræftplanen ... 75
10.6 Sociale behov, palliativ indsats, rehabilitering og terminal pleje ... 75
10.7 Uddannelse og forskning ... 75
11. Ressourcer til kræftområdet og forventning til fremtidens ressourcebehov ... 77
11.1 Ressourceforbrug på kræftområdet i dag ... 77
11.2 Konklusion omkring ressourceforbruget til kræftbehandling i Grønland ved fortsættelse af det nuværende tilbud ... 80
11.3 Udviklingen på kræftområdet i Danmark og ressourceforbruget til de danske kræftpakker ... 80
11.4 Forventninger til det fremtidige ressourcebehov til kræftbehandling i Grønland ved forbedring af det nuværende tilbud ... 81
12 Litteratur ... 84
BILAG 1 Styregruppe og arbejdsgrupper ... 86

Resume

I Kapitel 1 beskrives redegørelsens baggrund.
Redegørelsen skal pege frem mod en kræftplan i 2013, der skal foreslå indsatser, som kan nedsætte hyppigheden af kræft og foreslå muligheder for at forbedre kræftbehandlingen.

I Kapitel 2 beskrives hvad kræft er, målsætningen for kræftbehandling, den samlede forekomst i Grønland og forekomsten sammenlignet med de nordiske lande og indenfor rigsfællesskabet. Derudover samarbejdet på kræftområdet og de danske kræftpakker.
Det samlede antal kræfttilfælde er fordoblet på 30 år til 158 anmeldte tilfælde i 2008. Langt den hyppigste kræftform er for både mænd og kvinder lungekræft. Der mangler løbende overvågning af fx dødelighed og overlevelse af kræft. En journalundersøgelse af 51 nylige kræfttilfælde pegede ligesom andre undersøgelser på, at grønlandske patienter ser ud til at blive diagnosticeret sent i forløbet.
Anbefalinger frem mod en national kræftplan omkring forekomst af kræft:

- 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.
- Igangsætte udredning af og planlægge en informationsstrategi der kan sikre, at befolkningen har den nødvendige viden om symptomer, handlemuligheder og behandlingsmuligheder, så en kræftdiagnose kan ske tidligst muligt og så der ikke er barrierer mod at henvende sig til lægen.

I Kapitel 3 beskrives patientforløb, udredning og behandling.
Omkring patientforløb beskrives de lokale patientforløb og muligheder for udredning lokalt, forløb og udredningsmuligheder på Dronning Ingrids Hospital og udenfor Grønland samt ophold på Det grønlandske Patienthjem. For diagnostik beskrives de nuværende muligheder indenfor røntgen og billeddiagnostik, patologiske undersøgelser af vævsprøver og de forventede fremtidige diagnostiske behov. For behandling beskrives den kirurgiske og medicinske kræftbehandling samt strålebehandling og palliativ behandling. Herudover er der et afsnit om eksperimentel kræftbehandling.
Anbefalinger frem mod den nationale kræftplan er:
Omkring patientforløb

- 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 Ingrids Hospital.
- Udrede og foreslå hvordan et optimalt informationsflow mellem de forskellige behandlingsinstanser omkring patienten kan sikres, herunder evt. behov for en særlig onkologisk journal og patientforløbsbeskrivelser. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

Omkring diagnostik og behandling

- Igangsætte udredning og give forslag til mulige forbedringer omkring diagnostik og behandling
- 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.

- Analysere og lægge plan for, hvordan der sikres hurtigere svar på patologiprøver, herunder muligheden for adgang til den danske patologidatabase. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.
- 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.
- 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 kunne sikre disse.
- 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 ultralydsdiagnostisk udstyr lokalt og fiberlaryngoskop med NBI – lys. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.
- Igangsætte udredning af de fremtidige fysiske behov indenfor specielt Dronning Ingrids Hospital, herunder behov for samtalerum og enestuer. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

I Kapitel 4 beskrives muligheden for forebyggelse af kræft og virksomme indsatser på området. Det er Landslægens opfattelse at omkring 50 % af alle kræfttilfælde kan forebygges. Den nuværende borgerrettede strategi på forebyggelsesområdet er Inuuneritta, det grønlandske folkesundhedsprogram. Den patientrettede forebyggelse sker i Inuunerissarfiit, livsstilsambulatorier. Langt det største forebyggelsespotentiale findes for rygning, men også indenfor fysisk aktivitet, for overvægt og på kostområdet, på alkoholområdet og i mindre grad for andre områder er der et uudnyttet forebyggelsespotentiale.

Anbefalinger frem mod den nationale kræftplan er:

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 sundhedsundervisningen 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 standarder for god forebyggelsespraksis og for monitorering af indsatsen. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov og gevinst.

Omkring tobak/ rygning

- Analysere og foreslå tiltag på området, herunder fx øgede afgifter på tobaksvarer, øremærkning af midler til tobaksafvænning 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.

Omkring 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.

Omkring 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.

Omkring 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.

I Kapitel 5 beskrives den nuværende screeningsindsats.

Der tilbydes systematisk befolkningsscreening for livmoderhalskræft (smearundersøgelsen). Herudover er tilbud om regelmæssig undersøgelse af patienter med familiær ophobning af tyktarmskræft og til patienter, der er arveligt disponerede for brystkræft og kræft i æggestokkene.

Anbefalinger frem mod den nationale kræftplan omkring screening er:

- Evaluere den nuværende screeningsindsats og foreslå tiltag til evt. forbedringer samt analysere behov for yderligere screeningsprogrammer på kræftområdet inklusiv de ressourcebehov og gevinster forbedringer på området vil medføre.

I Kapitel 6 beskrives forekomst, medvirkende faktorer, udredning og behandling samt prognose for de almindeligste kræftlidelser.

Det er lungekræft, brystkræft, kræft i spiserøret, kræft i mavesækken, kræft i bugspytkirtlen, kræft i tyktarmen, livmoderhalskræft, kræft i æggestokkene samt kræft i næsesvælget.

Anbefalinger frem mod den nationale kræftplan omkring de hyppigste kræftformer er:

- 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.

I Kapitel 7 beskrives rehabilitering, palliativ indsats, terminal pleje samt juridiske forhold og Neriuffiit Kattuffiat (Kræftens Bekæmpelse).

Anbefalinger frem mod den nationale kræftplan er:

Omkring sociale behov

- 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.

Omkring rehabilitering

- 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.

Omkring palliativ indsats og terminal pleje

- 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.

I kapitel 8 beskrives den nuværende datadokumentation på kræftområdet og fremtidige behov for registrering og databehandling.

De nuværende registre er Landspatientregistret i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse samt Cancerregistret og Dødsårsagsregistret, der varetages i Landlægeembedet i samarbejde med den danske Sundhedsstyrelse. En fremtidig optimal registrering vil afhænge af muligheden for at etablere en Elektronisk Patient Journal (EPJ).

Anbefalinger frem mod en national kræftplan er beskrevet under Kapitel 2.

I Kapitel 9 beskrives den nuværende uddannelse af læger og sygeplejersker indenfor kræftområdet samt den nuværende forskning og forskningsbehov.

Anbefalinger frem mod en national kræftplan er

Omkring uddannelse

- 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 smertebehandling af kræftsygdomme i Grønland. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

Omkring forskning

- Analysere forskningsbehov og strategi for den lokale kræftforskning, herunder ressourcebehov.
- At initiere muligheder for at sikre viden om den mest målrettede og effektive informationsindsats gennem lokal forskning i adfærd og ændringer af adfærd i perioden fra symptom til at søge læge. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

I Kapitel 10 beskrives anbefalingerne ovenfor.

I Kapitel 11 beskrives ressourcer til kræftområdet og forventning til fremtiden ressourcebehov.

Det er ikke muligt nøjagtigt, at sætte økonomi på kræftområdet, da området generelt ikke kan udskilles fra sundhedsvæsenets samlede ydelser og udgifter. Det er ud fra de foreliggende data peget på tendenser for ressourceforbruget til kræftområdet indenfor den primære forebyggelse, sekundær forebyggelse og screening, ressourcer til diagnostik og behandling i Grønland (for indlæggelser/ udskrivninger, sengedage og medicinudgifter samt udgifter til onkologisk dagafsnit) samt for ressourcer til diagnostik og behandling udenfor Grønland (antal patienter i kræftbehandling, udgifter til kræftbehandling på Rigshospitalet og udgifter til patoanatomiske undersøgelser). Det blev konkluderet, at for de områder, hvor det kan opgøres, er ressourceforbruget både her og i Danmark til kræftbehandling stigende og det vil øges, selvom vi ikke gør noget aktivt for at forbedre tilbuddet på kræftområdet.

Herefter beskrives kort udviklingen på kræftområdet i Danmark og ressourceforbruget til de danske kræftpakker. Siden 2001 er set en kraftig stigende aktivitet på kræftområdet i Danmark. Det gælder specielt antallet af personer, der får en behandling relateret til kræft, antal operationer, antal strålebehandlinger og antal kemoterapeutiske behandlinger. Der blev i perioden 2004 til 2009 givet 7,1 mia. kr. alene i ekstra særbevillinger til kræftområdet, samt 2,25 mia. kr. i lånepuljer til investeringer i kræftapparatur. De samlede investeringer har således frem til 2010 været på næsten 10 mia. kr.

Herefter beskrives forventninger til det fremtidige ressourcebehov til kræftbehandling i Grønland ved forbedring af det nuværende tilbud. Der er en række basale betingelser, som betyder, at der vil være et betydeligt behov for ressourcetilførsel, hvis kræftområde skal løftes. Det er hensynet til, at der er konkurrerende udfordringer for sundhedsvæsenet fx livsstilssygdomme, psykisk sygdom og øgede behov for sundhedsydelser generelt. En bedring på kræftområdet bør ikke få negativ indflydelse på tilbuddet indenfor de øvrige områder. Det er udfordringer omkring tilgængelighed og logistisk. Øget specialisering og muligheder på Dronning Ingrids Hospital vil øge udfordringen omkring tilgængelighed. En sikring af at forbedringer på kræftområdet bliver et tilbud til alle borgere uanset bosted, bliver en vigtig udfordring. Herudover kommer en række finansielle udfordringer som en *høj enhedspris for mere specialiserede sundhedsydelser* pga. bosætningsmønstret, en r*elativ underfinansiering af sundhedsvæsenet* som i praksis betyder, at der er behandlinger for ikke livstruende lidelser, som det grønlandske sundhedsvæsen ikke tilbyder eller har ventetid på, det gælder også ydelser efter en kræftsygdom. Et løft af kræftområdet vil derfor kræve ressourcetilførsel også på andre relaterede områder. *Manglende apparaturinvesteringer* idet der i en årrække ikke er sket større investeringer i nyt diagnostisk udstyr, som fx en MR skanner. Det har gjort, at de diagnostiske muligheder og dermed den diagnostiske kvalitet ikke har fulgt med den udvikling, der er sket i vores nabolande. *Risiko for betydelig "gøgeungeeffekt" ved apparaturanskaffelser.* En mulighed for MR skanning vil betyde, at det vil blive meget svært ikke at tilbyde også andre patientgrupper en sådan undersøgelse, hvis denne normalt indgår i udredning af sygdommen. Hvis vi i Grønland skulle udføre bare en femtedel af antallet af MR scanninger i Danmark i 2009 vil det svare til over 1.000 MR undersøgelser om året. *Mangel på data i sundhedsvæsenet* er nok den største kvalitetsmæssige udfordring i dag. Da datatilgængeligheden er et generelt problem på hele sundhedsområdet er en helhedsløsning nødvendig for, at data kan løftes på kræftområdet. *Rehabilitering og palliativ indsats.* Individuelt tilpassede rehabiliteringsforløb vil kræve praktiske og personalemæssige ressourcer. Hvis der kommer bedre tilbud omkring rehabilitering og terminal pleje i hjemmet vil disse tilbud også skulle gives til andre grupper end netop kræftpatienter.

Herefter gives et bud på de specielle betingelser, der har betydning for det fremtidige ressourcebehov på kræftområdet selvom deres endelige vægt vil afhænge af, hvilke af de muligheder og behov indenfor kræftbehandlingen, som vil indgå i den endelige kræftplan i 2013. Der vil kunne forventes en aktivitetsøgning på samme områder som det er set i Danmark: flere operationer, flere kemoterapeutiske behandlinger og flere patienter til strålebehandling. Det forventes også at forbedrede patientforløb vil indgå, som kan betyde flaskehalse, hvor en kapacitetsøgning vil blive nødvendig. Det kan allerede nu ses, at det kun er få initiativer, der vil kunne iværksættes uden ekstra ressourcer – økonomiske såvel som praktiske. Samtidig vil det ikke være muligt at få den ønskede forbedring og dermed det maksimale udbytte af investeringerne, hvis der kun satses på at implementere dele af behovene på kræftområdet.

1 Redegørelsens baggrund

Ved efterårssamlingen i 2009 blev Naalakkersuisut pålagt **at igangsætte strukturerede undersøgelser om forekomsten og udviklingen af kræft i Grønland, således at disse kan** danne baggrunden for **en national kræftplan, der skal igangsættes indenfor denne valgperiode** og **i tilknytning hertil skal Naalakkersuisut til efterårssamlingen 2011 fremlægge rammerne for de påtænkte undersøgelser i form af en skriftlig redegørelse**.

Denne redegørelse repræsenterer afslutningen på første del af dette pålæg.

1.1 Redegørelsen

I Kræftplan 2013 skal foreslås indsatser, der kan nedsætte hyppigheden af kræft og foreslå muligheder til at forbedre kræftbehandlingen. Denne redegørelse tager udgangspunkt i et helhedsperspektiv på kræftsygdomme. Redegørelsen giver en status for kræftbehandlingen i Grønland og beskriver således indsatser i forhold til forebyggelse, diagnostik, behandling og pleje, rehabilitering og lindrende behandling (palliativ behandling). Herudover beskrives kort de nuværende afsatte økonomiske midler samt de økonomiske behov der kan forventes som følge af implementeringen af en national kræftplan ud fra den udvikling, der er gennemgået i Danmark som følge af de danske kræftplaner.

Redegørelsen er udarbejdet på baggrund af arbejdet i 6 arbejdsgrupper og ud fra en række bidrag fra eksperter på området. De enkelte bidragsydere er ansvarlige for egne bidrag, mens Departementet for Sundhed er ansvarlig for redegørelsens tekst og forslag til anbefalinger.

Kræftredegørelsen har været udsendt til høring i perioden 4. juli til 10. august 2011 til følgende høringsparter: Departementet for Finanser, Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling, Departementet for Uddannelse og Forskning, Landslægeembedet, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, Grønlands Lægekredsforening, PPK, SIK, KANUKOKA, Neriuffik og Patientforeningen Grønland.

Høringssvarene vil blive medtaget i det videre arbejde frem mod en kræftplan.

2 Kræft og kræftforekomst

2.1 Hvad er kræft

Kræft er ikke én sygdom. Kræft betegner en række sygdomme, der har forskelligt forløb og forskelligt udfald (prognose), rammer forskelligt i befolknings- og aldersgrupper, kræver forskellige former for diagnostik og behandling og som – så vidt vi ved i dag – har forskellige årsager. Kræft kan opstå i alle væv og organer, men der er stor forskel på, hvor hyppigt kræft opstår i forskellige væv og organer. Der kan også være meget stor forskel mellem individer og mellem forskellige kræfttyper på, hvor hurtigt en kræftsygdom udvikler sig.

Kræft starter altid med, at en eller flere celler begynder at vokse og dele sig ukontrolleret, fordi de mekanismer, der normalt styrer cellers udvikling og deling, er sat helt eller delvis ud af funktion. Kræftsvulster vil derfor vokse og sprede sig, men spredningen foregår i meget forskelligt omfang og hastighed. Væksthastigheden bestemmes overvejende af hvilken type af celler kræften udvikles fra og disse cellers modningsgrad. Spredningen foregår i første omgang lokalt, men celler kan afstødes fra kræftsvulsten og bæres med lymfe- og blodbaner til andre steder i kroppen og danne dattersvulster (metastaser). Kræftsvulsten vil ved væksten vokse ind i væv og organer og påvirke deres funktion. Ubehandlet vil de fleste kræftsygdomme medføre døden indenfor kortere eller længere tid, fordi kræften gennem sin vækst vil ødelægge organer og dermed basale livsfunktioner. (Sundhedsstyrelsen, 2000).

2.2 Målsætning for kræftbehandlingen

Målsætningen for indsatsen overfor kræft er gennem forebyggelse, at nedsætte antallet der får kræft og at iværksætte tidlig og effektiv behandling, så muligheden for at overleve sygdommen sikres bedst muligt. Samtidig skal de, der har overstået en kræftsygdom sikres de bedste muligheder og dem, som behandlingen ikke har kunnet kurere skal sikres lindrende behandling og pleje.

Målsætning for indsatsen mod kræft kan mere specifikt beskrives som, at:

- 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 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 (Sundhedsstyrelsen, 2005).

2.3 Hvornår kan kræft konstateres?

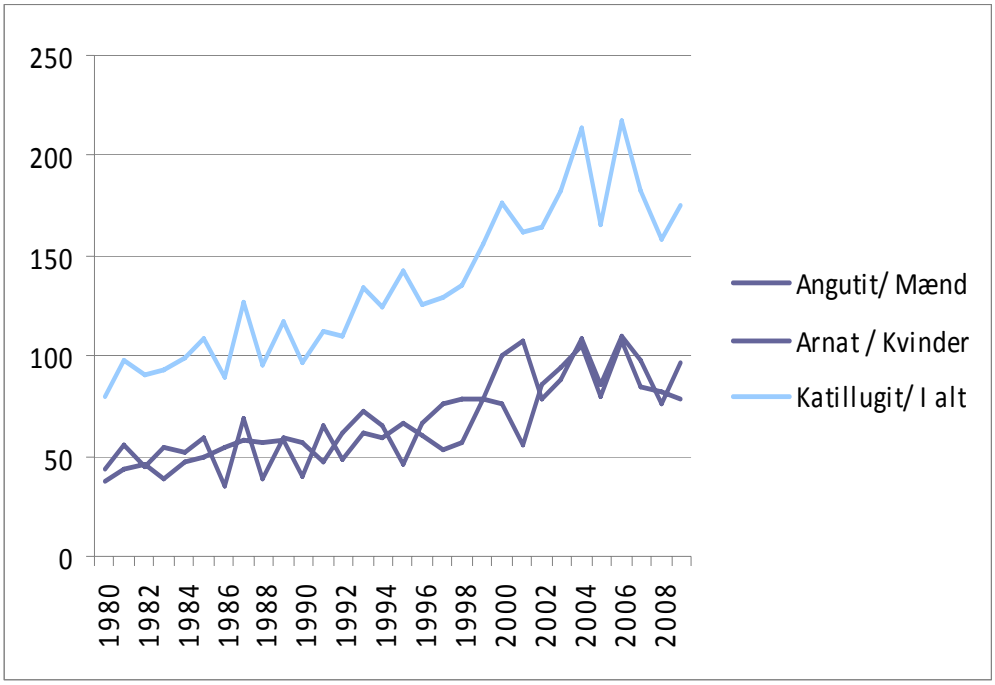
Mulighederne for en succesrig kræftbehandling er afhængig af hvilket organ og hvilken celletype kræften udgår fra – og ikke mindst, hvor tidligt den opdages. Kræftsvulsters væksthastighed er meget forskellig. Det kan derfor ikke sikkert siges nøjagtigt, hvor lang tid en kræftsvulst bruger på at udvikle sig fra den første kræftcelle til den har nået en størrelse, der giver symptomer eller den er blevet så stor, at den kan opdages. Men for de fleste kræftformer tager denne udvikling mange år.

Sikkert er det, at der er en nedre grænse for, hvor tidligt en kræftsvulst kan opdages med de muligheder, vi har i dag. Det gør, at selvom en klinisk undersøgelse viser normale forhold er det ingen garanti for, at personen ikke har en kræftsvulst, der er så lille, at den endnu ikke kan opdages (Sundhedsstyrelsen, 2000).

2.4 Forekomst af kræft i Grønland

At forbedre diagnostik og behandling af kræft kræver viden om kræftforløbet hos mange kræftpatienter, hvis kræftsygdoms- og behandlingsforløb så sammenlignes. Til dette formål samles oplysninger om kræft i registre. For at kunne sammenlignes må kræftsygdomme underinddeles på basis af biologiske lighedstræk. Det er bl.a. kræftsvulstens udgangspunkt (fx lunger), kræftcellernes modningsgrad og kræftens udbredelse på diagnosetidspunktet. Herudover tages hensyn til andre faktorer, der kan påvirke sygdomsforløbet, som alder, køn, almentilstand og øvrige helbredsforhold.

Det er i Grønland pligtigt at indrapportere alle nydiagnostiserede kræfttilfælde til Landslægeembedet. Landslægeembedes samler og fremsender oplysningerne til det danske Cancerregister, der varetages af Sundhedsstyrelsen i Danmark. Cancerregistret foretager indtastning og bearbejdning af de grønlandske data. Canceranmeldelser fra grønlandske patienter, der diagnosticeres i Danmark, fx på Rigshospitalet sendes direkte til Sundhedsstyrelsen. Cancerregistret leverer data vedrørende kræftforekomsten i Grønland til Landslægeembedet.

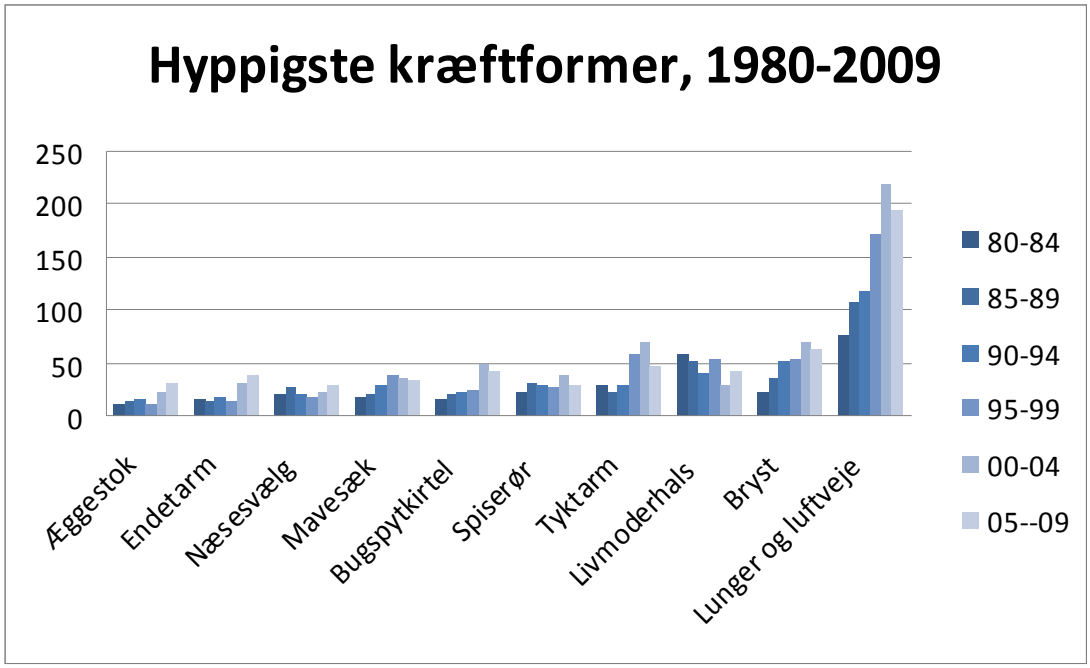


Figur 2.1 Det samlede antal anmeldte nye kræfttilfælde i Grønland fra 1980 til og med 2008 (Data fra Landslægeembedet)

De mest almindeligt brugte mål for forekomst er antal nye tilfælde per år (også kaldet incidensen) og antal personer i befolkningen, der på et givet tidspunkt lever med sygdommen (også kaldet prævalensen). Antallet af nydiagnosticerede kræfttilfælde pr. år varierer lidt, men det totale antal af kræfttilfælde i Grønland er stigende (Figur 2.1). Det samlede antal nye kræfttilfælde pr. år er således næsten fordoblet fra 80 til 158 tilfælde fra 1980 til 2008. I opgørelsen er ikke medtaget forstadier til kræft.

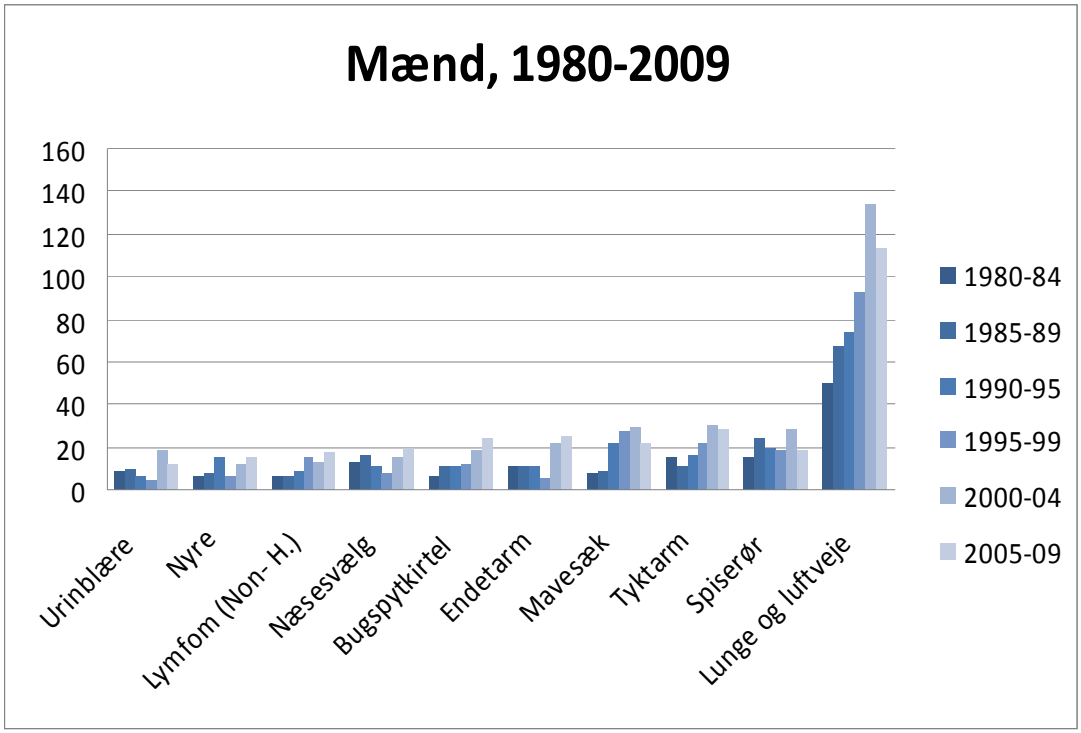
Stigningen i antal tilfælde betyder, at Sundhedsvæsenet i dag skal udrede og behandle dobbelt så mange kræftsyge som for 30 år siden. Samtidig er behandlingstilbuddet blevet meget mere omfattende end tidligere.

Risikoen for at udvikle kræft stiger med alderen. Når middellevetiden stiger vil flere i deres livsforløb nå at udvikle kræft. En del af stigningen i antal tilfælde skyldes derfor, at vi i dag bliver ældre. Således er middellevetiden steget fra 60 år for mænd og 66 år for kvinder i 1980-1984 til nu at være omkring 67 år for mænd og 72 år for kvinder. Selv når øgningen i middellevetiden indregnes, så har der været en stigning i antallet af kræfttilfælde. I Danmark regner man med, at stigningen i det totale antal af kræfttilfælde er på omkring 1 % om året når der tages hensyn til middellevetiden (Sundhedsstyrelsen, 2000). I Grønland er stigningen fundet til at være lidt mindre, omkring 4 % på 5 år i perioden fra 1973 til 1997 (Friborg et al., 2004).



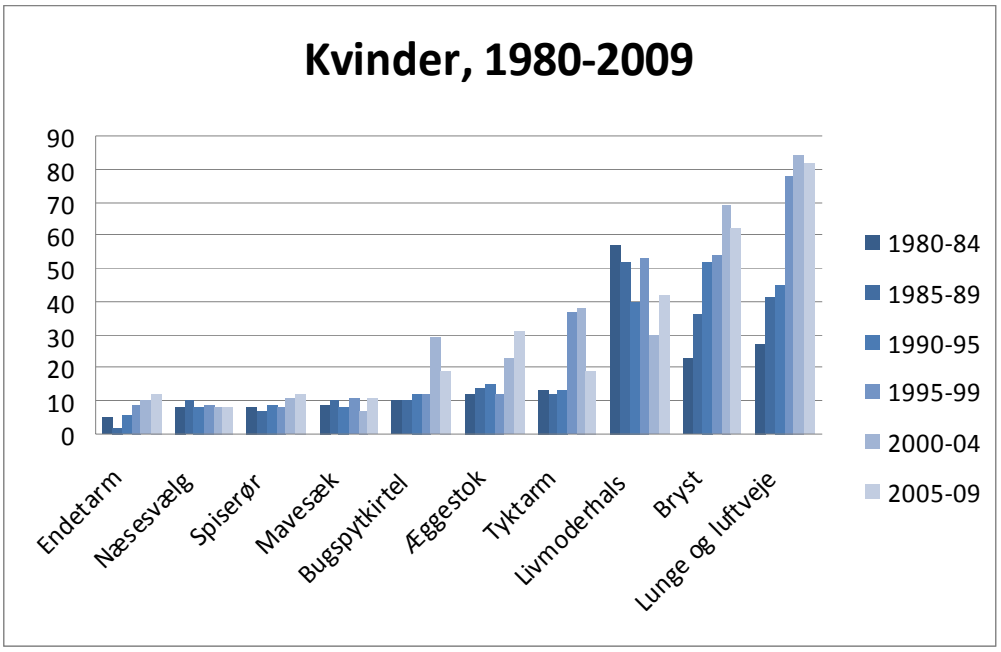
Figur 2.2 Udviklingen for de 10 hyppigste kræftformer i Grønland fra 1980 til 2009.
Tallene viser det samlede antal kræfttilfælde i hver 5 års periode
(Data fra Landslægeembedet)

Stigningen er forskellig mellem forskellige kræftformer. Nogle former for kræft er således ikke steget, mens andre er steget markant. Der blev i perioden fra 1980 til i dag diagnosticeret omkring 60 forskellige hovedformer for kræft (der hver kan have mange undergrupper). De kræftformer, der hyppigst blev konstateret i perioden 1980 til 2009, var lungekræft, brystkræft, livmoderhalskræft, kræft i tyktarmen, kræft i spiserøret, kræft i bugspytkirtlen, kræft i mavesækken, kræft i næsesvælget, kræft i endetarmen og kræft i æggestokkene. Heraf var lungekræft langt den hyppigste og et stigende antal personer fik konstateret lungekræft gennem hele perioden (Figur 2.2).



Figur 2.3 Hyppigste kræftformer hos grønlandske mænd i perioden 1980 til 2009. Tallene viser det samlede antal kræfttilfælde i hver 5 års periode. (Data fra Landslægeembedet)

De 10 hyppigst konstaterede kræftformer hos mænd udgjorde 66 % af alle kræfttilfælde, der blev konstateret mellem 1980 og 2009. Hvis man ser på udviklingen i antallet indenfor disse former så fik langt flest mænd konstateret lungekræft efterfulgt af kræft i spiserøret, tyktarmskræft, kræft i mavesækken, endetarmskræft, kræft i bugspytkirtlen, kræft i næsesvælget, lymfom af Non-Hodgkin type (lymfekræft), kræft i nyrer og kræft i urinblæren (Figur 2.3).



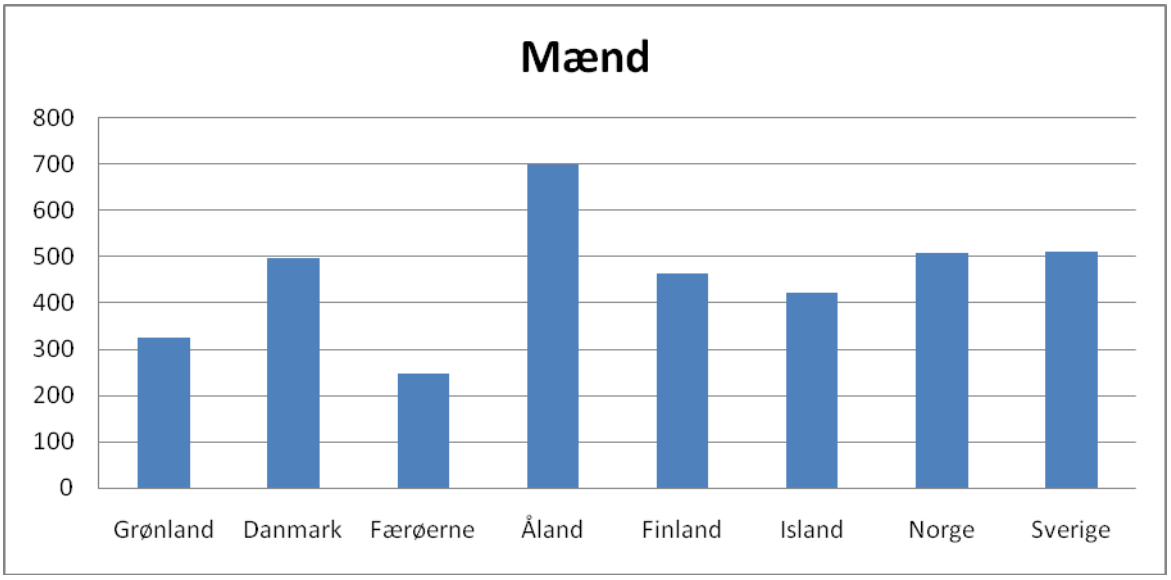
Figur 2.4 Hyppigste kræftformer hos grønlandske kvinder i perioden 1980 til 2009. Tallene viser det samlede antal kræfttilfælde i hver 5 års periode. (Data fra Landslægeembedet)

Hos kvinder udgjorde de 10 hyppigst konstaterede kræftformer 72 % af alle diagnosticerede kræfttilfælde i perioden 1980 til 2009 (Figur 2.4). Lungekræft var også hos kvinder langt den hyppigste kræftform fulgt af brystkræft, livmoderhalskræft, tyktarmskræft, kræft i æggestokke, kræft i bugspytkirtlen, kræft i mavesækken, kræft i spiserøret, kræft i næsesvælget og endetarmskræft. Tre af de almindeligst forekomne kræftlidelser hos kvinder er således kræftformer, der kun eller næsten kun rammer kvinder.

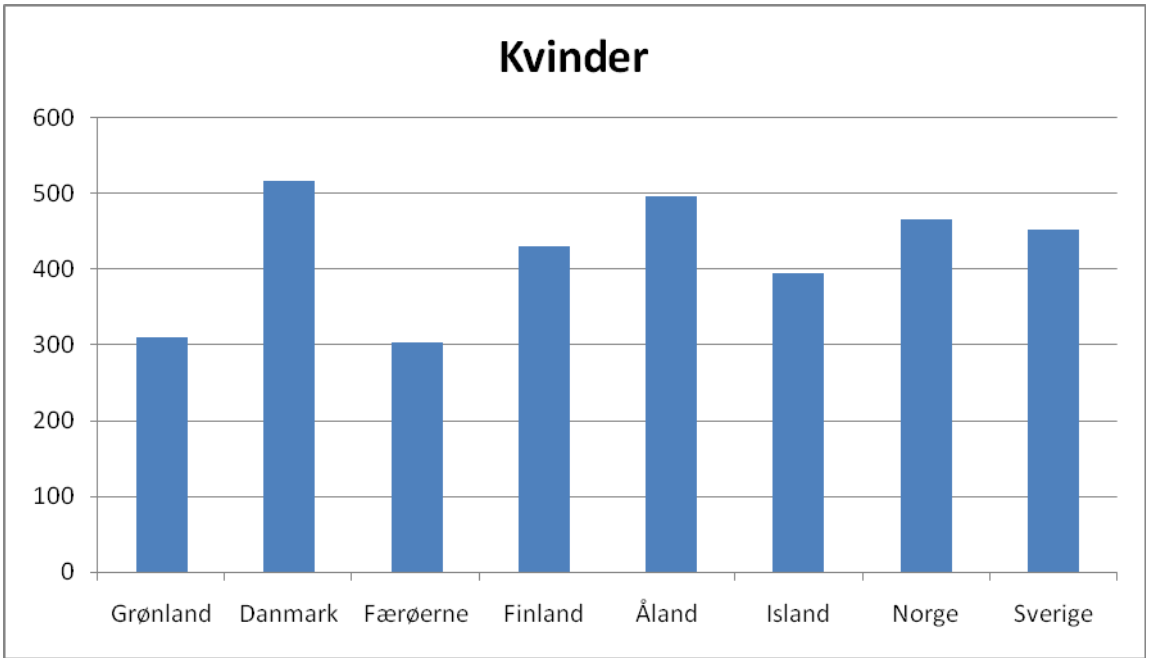
2.5 Sammenligning af kræftforekomsten mellem Grønland og de nordiske lande

Det er vigtigt at kunne sammenligne forekomsten af kræft i Grønland med forekomsten i andre lande. De nordiske lande ligner på mange måder hinanden omkring livsvilkår og organiseringen af samfundet som fx hospitalssystemernes opbygning. En sammenligning med de øvrige nordiske lande er derfor nærliggende.

NOMESCO, Nordisk Medicinalstatistisk Komité, laver sammenligninger af kræftforekomsten i de nordiske lande opgjort, så de bedst muligt kan sammenlignes. Det vil sige, at der er taget hensyn til forskelle i antal indbyggere og i alderssammensætning. Omkring alderssammensætningen laves beregningerne, som om alle landene havde den samme alders-sammensætning ud fra en ”nordisk standardpopulation”. Antal nydiagnosticerede tilfælde per år hos mænd og kvinder opgjort på denne måde i de nordiske lande i perioden 2000-2004 fremgår af Figur 2.5 og 2.6.

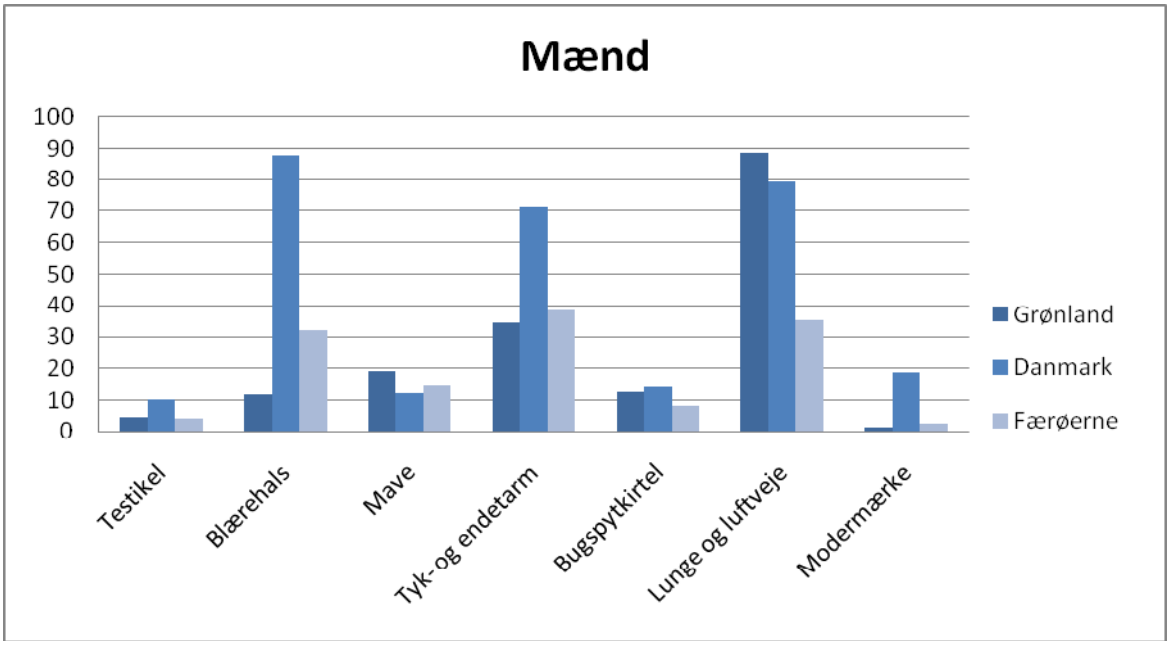


Figur 2.5 Nye kræfttilfælde per år hos mænd i de nordiske lande i 2000-2004 opgjort som antal per 100.000 mænd og ud fra en nordisk standardpopulation (data fra NOMESCO)

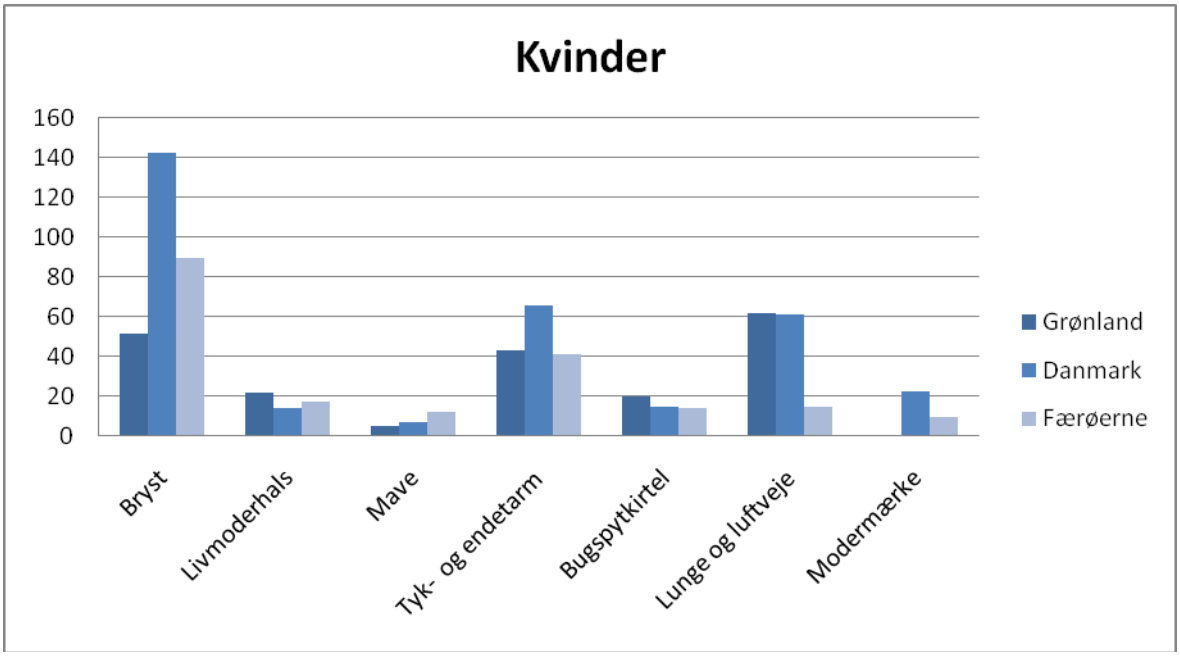


Figur 2.6 Nye kræfttilfælde per år hos kvinder i de nordiske lande i 2000-2004 opgjort som antal per 100.000 kvinder og ud fra en nordisk standardpopulation (data fra NOMESCO)

Som det ses, har Grønland - når tallene opgøres på denne måde - en lav forekomst af kræft i forhold til de øvrige nordiske lande. Det skulle vi også gerne have, da den grønlandske befolkning er yngre end i de øvrige nordiske lande.



Figur 2.7 Sammenligning af forekomsten af hyppige kræftformer hos mænd i 2002-2004 mellem Grønland, Danmark og Færøerne, opgjort per 100.000 mænd og ud fra en nordisk standardpopulation (Data fra NOMESCO)



Figur 2.8 Sammenligning af forekomsten af hyppige kræftformer hos kvinder i 2000 – 2004 mellem Grønland, Danmark og Færøerne, opgjort per 100.000 kvinder og ud fra en nordisk standardpopulation (Data fra NOMESCO)

Der er betydelig forskel for de enkelte kræfttyper. Hvis man ser på de kræfttyper, som er hyppigst i Grønland, Danmark og Færøerne hos mænd og kvinder (Figur 2.7 og 2.8) får man bekræftet, at Grønland har relativt mange tilfælde af lungekræft hos både mænd og kvinder.

2.6 Overlevelse efter kræftsygdom

Den samlede effekt af kræftbehandlingen vurderes bl.a. ud fra overlevelsen af en kræftsygdom. Et af de vigtigste mål for den samlede indsats er således overlevelsen af behandlede kræftpatienter sammenlignet med den øvrige befolknings overlevelse, kaldet den kræftspecifikke dødelighed. Dette mål udregnes ofte som overlevelsen efter 1 år, 5 år og 10 år efter diagnosen blev stillet, kaldet 1 års, 5 års og 10 års overlevelsen. Overlevelsen vil ofte blive opgjort samlet, på køn og på aldersgrupper eller aldersstandardiseret samt ud fra en stadieinddeling af, hvor fremskreden kræften er på diagnosetidspunktet.

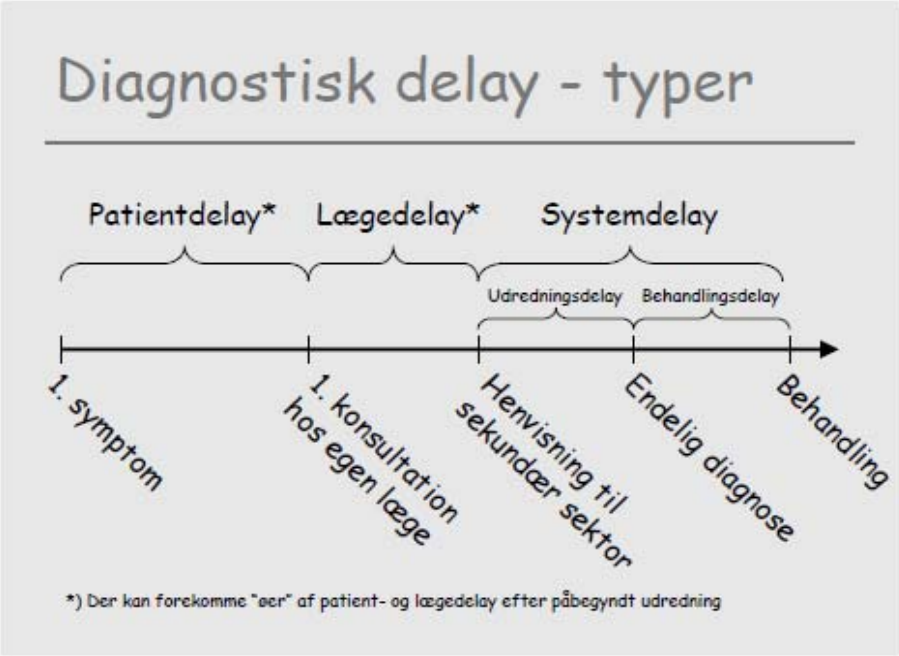
Da Grønland har en lille befolkning vil det årlige antal af tilfælde indenfor de enkelte kræftsygdomme være lille og vil af naturlige årsager variere fra år til år. Dødeligheden af kræft vil også variere naturligt fra år til år. Det gør, at overlevelsen af kræft opgjort for det enkelte år ikke er et brugbart mål i Grønland og man vil ofte opgøre dødeligheden for en samlet periode på 5 eller 10 år. Det betyder igen, at tallene ikke altid kan være aktuelle, da kræftbehandling og dermed dødelighed kan ændre sig betydeligt indenfor 5 eller 10 år.

Landslægen publicerer i dag ikke tal for overlevelsen af kræft i Grønland. Der mangler således en løbende overvågning af kræftoverlevelsen i Grønland. Nordisk Medicinalstatistisk Komité har ønsket i fremtiden at give tal også for selvstyreområderne i Norden (Grønland, Færøerne og Åland). Det bliver formentlig som 5 årsopgørelser (NOMESCO, 2010). I forbindelse med overvågningen af effekten af en kræftplan er det helt nødvendigt at have løbende adgang til opdateret viden om kræftoverlevelsen.

2.7 Kræftforløb

Det er generelt vigtigt for prognosen, at kræft konstateres tidligst muligt. Forskning har for nogle kræfttyper vist, at nogle patienter i Grønland har kræft i et fremskredent stadium, når de får diagnosen. Det er dokumenteret bl.a. for kræft i næsesvælget (Jensen et al., 2010) og for lungekræft (personlig meddelelse Overlæge Allan Gelvan). Vi ved meget lidt om, hvorfor det er tilfældet, og det kan have mange årsager.

Grønland har nogle særlige udfordringer, der kan have betydning for det samlede tidsinterval fra patientens første symptom og til behandlingen startes. Det gælder fx muligheden for at blive set af en læge, hvis man bor i en bygd. Kræft eller mistanke om kræft bliver i sundhedsvæsenet betragtet som en akut sygdom og patienten indkaldes til videre udredning og behandling snarest muligt efter henvisningen. Der kan dog forekomme forsinkelser grundet transportmuligheder. Personaleudskiftning og dermed begrænset personligt kendskab til patienten og evt. til forhold i Grønland kan måske også have betydning. En forsinkelse kan også skyldes, at kræft ikke mistænkes af lægen, og patienten derfor må vente på at få den rigtige diagnose.



Figur 2.9 Typer af forsinkelser (delays) i kræftbehandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2005)

I medicinsk sprog betegner forsinkelser som delay (se Figur 2.9). Det er *forsinkelsen hos patienten* - den tid der går fra patienten mærker de første symptomer til han/hun går til lægen. *Forsinkelsen hos primærlægen* - den tid der går fra patienten går til lægen til lægen får mistanke om kræft og viderehenviser. Tiden før primærlægen viderehenviser, vil i Grønland altid være længere for de kræfttyper, hvor der foregår en lokal udredning, som fx mistanke om livmoderhalskræft og mistanke om brystkræft. *Udredningsforsinkelsen* - fra lægen i primærsektoren henviser til patienten indkaldes til videre udredning. En speciel type af udredningsforsinkelser er, hvis patienten ikke møder til udredning eller af personlige grunde selv ønsker at udredningen udskydes. Der kan også være *behandlingsforsinkelser* i de forskellige led i behandlingssystemet.

2.8 Undersøgelse af tidsintervaller fra symptomer til behandling

Der foreligger ikke forskning omkring de forskellige typer af forsinkelser, men det er i denne redegørelse set som vigtigt at belyse, om der findes nogle typer af forsinkelser, der specielt kan undgås.

Der blev derfor lavet en undersøgelse, en såkaldt journalaudit, af de sidste 51 anmeldelser af kræftsygdom til Landslægeembedet. Patienterne var fordelt over hele landet (undtagen Qaanaaq og Ittoqqortoormiit) og var i alderen fra 23 til 80 år. Beregningerne er delt op for de 22 patienter, hvor kræften blev fundet som resultat af en smearprøve for livmoderhalskræft og for de 29, der blev fundet efter klinisk mistanke.

Patientens forsinkelse kunne ikke vurderes, da der var for få journaler med angivelse af, hvor lang tid patienten havde haft symptomer.

Tidsintervallet fra mistanke til viderehenvisning: **Ved smearundersøgelser** fandtes, at tiden fra mistanken, dvs. fra smearsvaret forelå og til resultatet af den lokale udredning (biopsier og udskrabning)

forelå, var gennemsnitlig på 14 dage (for de 15 ud af 22 patienter, hvor data fandtes). Kun 3 patienter blev ikke henvist til Dronning Ingrids Hospital samme dag, som svaret på den lokale udredning forelå. For udbredning af kræften på diagnosetidspunktet fandtes, at 16 patienter havde forstadier til kræft og 5 havde lokal kræft, mens oplysninger manglede for den sidste. Ingen havde således spredning af kræften.

Ved klinisk mistanke om kræft var billedet noget anderledes. Diagnosen kræft blev mistænkt hos 10/20 patienter ved 1. henvendelse og hos yderligere 6/20 indenfor 12 dage. Ved mistanke blev 13/27 patienter henvist til videre udredning samme dag og yderligere 6 blev henvist indenfor den første uge. *Tid fra henvisning til indlæggelse ved klinisk kræftmistanke:* Efter henvisning blev 2/26 indlagt på Dronning Ingrids Hospital samme dag, 8/26 indenfor den første uge, 4/26 indenfor 2 uger, 4/26 indenfor 3 uger og 9/26 efter mere end 3 uger. *For udbredning af kræften* blev fundet, at kun 1 patient havde forstadier, 5 havde lokal kræft, 11 havde regional spredning og 12 patienter havde udbredt kræft.

Angående **patologisvar** fandtes for de 27 patienter, hvor dette var registreret, at der gik gennemsnitligt 16 dage fra prøven blev taget til svaret var modtaget. Spredningen var fra 6 til 32 dage.

Datamaterialet bag undersøgelsen er beskedent og undersøgelsen er ikke en egentlig forskningsundersøgelse. Den sandsynliggør dog, at diagnosen kræft hos et flertal af patienterne først stilles, når kræften er udbredt. Grunden til dette synes for en del tilfælde at være, at patienterne kommer sent i forløbet, så sent at lægerne ofte fandt mistanke om kræft allerede ved første henvendelse med symptomerne.

2.9 Registreringen af kræft i Grønland

En pålidelig registrering af antal kræfttilfælde og andre centrale kræftdata er helt nødvendig for at kunne overvåge kræftforekomst og kræftbehandling. Det centrale register omkring kræft er også for Grønland Cancerregistret i Sundhedsstyrelsen (se afsnit 2.4). Cancerregistret er i opgørelser omkring danske patienter fundet at være et meget pålideligt registrer med få procents manglende indrapportering.

Der har ikke været publiceret undersøgelser omkring kompletheden af Cancerregistret for grønlandske patienter. Der har i forbindelse med forskningsundersøgelser af patienter med brystkræft og lungekræft været lavet en journalgennemgang ud fra lokal viden om behandlede patienter og ud fra Landspatientregistret. Formålet med denne fremgangsmåde var at sikre en så fuldstændig registrering af patienter som muligt. Resultaterne er endnu ikke publiceret, men undersøgelsernes resultater viste, at for disse 2 kræftsygdomme var antallet registreret i Cancerregistret noget lavere end det faktiske antal (personlig meddelelse, overlæge Allan Gelvan).

Der er i dag ikke praktisk og økonomisk mulighed for, at kræftregistrering vil kunne hjemtages. Det vurderes heller ikke at være hensigtsmæssigt, da det vil udgøre en betydelig administrativ belastning på akademisk niveau. Underrapportering og/eller fejlregistrering i Cancerregistret vil også i fremtiden have stor betydning for pålideligheden af den grønlandske kræftstatistik. En mistanke om dette må derfor følges op.

2.10 Samarbejde på kræftområdet og de danske kræftpakker

Udviklingen på kræftområdet i Danmark har stor betydning for de grønlandske patienter og for det tilbud det grønlandske sundhedsvæsen kan give sine kræftpatienter, idet Grønland har et tæt samarbejde med Danmark på kræftområdet. Så vidt det er muligt bruges de samme kliniske vejledninger omkring udredning og behandling af kræft i Grønland som i Danmark. Analyse af vævsprøver, analyse af nogle blodprøver og en del af kræftbehandlingen af grønlandske patienter foregår i Danmark, ligesom overvågningen på kræftområdet også foregår i samarbejde med Danmark.

I Danmark blev man i slutningen af 1990'erne opmærksom på, at dødeligheden af en række kræftsygdomme var højere end i de øvrige nordiske lande. Det fik den danske regering til at sætte fokus på kræftområdet. Sundhedsministeren nedsatte i maj 1998 en Kræftstyregruppe på baggrund af en offentlig debat om kræftbehandlingens kvalitet og resultat. Formålet var at belyse mulighederne for at forbedre kræftbehandlingen i Danmark. Det førte til en række delrapporter, bl.a. med anbefaling af udbygning af strålebehandlingskapaciteten i 1999. I 2000 blev den første kræftplan offentliggjort (Sundhedsstyrelsen, 2000) og evalueringen af den i 2004 (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004). Arbejdet blev videreført med Kræftplan II (Sundhedsstyrelsen, 2005), som blev fulgt op i 2007 (Sundhedsstyrelsen, 2007). Kræftplan III er fra slutningen af 2010 (Regeringen, 2010) og er endnu under implementering. Kræftplanerne har været fulgt at en betydelig økonomisk indsprøjtning til området (se kapitel 10).

Der er ikke tvivl om, at de danske kræftplaner har medført en betydelig styrkelse af alle aspekter af kræftområdet. Det har haft positiv indflydelse bl.a. for de grønlandske patienter, der behandles i Danmark. Indholdet af de danske kræftplaner skal derfor kort beskrives her.

Kræftplan I (National Kræftplan)

Hovedformålet med den første danske kræftplan, "National kræftplan – Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen" var at belyse mulighederne for at forbedre kræftbehandlingen i Danmark. Kræftplanen omfattede primært udredning og behandling, men også forebyggelse, rehabilitering og palliativ indsats (Sundhedsstyrelsen, 2000). Kræftplan I resulterede i en lang række initiativer. Forebyggelsen blev styrket, specielt i forhold til rygning. Der blev taget nye initiativer inden for screening. Der skete en kraftig vækst i diagnostik og behandling af kræftsygdomme, og der kom øget fokus på betydningen af rehabilitering af kræftpatienter og den palliative indsats. Kræftsygdomme fik en større plads i de sundhedsfaglige uddannelser, bl.a. i den ny speciallægeuddannelse. Også andre væsentlige initiativer i perioden styrkede kræftområdet. Det var fx ventetidsgarantien for patienter med livstruende kræftsygdomme fra 2001, den danske regerings sundhedsplan fra 2002 "Sund hele livet", hvor kræftsygdomme var et af otte prioriterede sygdomsområder, samt beslutningen om at etablere tre eksperimentelle enheder for kræftbehandling i Danmark i 2004 (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Kræftplan II

Ved evalueringen af Kræftplan I blev overordnet identificeret 5 områder, hvor der blev vurderet behov for forstærket indsats. Det var omkring kirurgiens organisering, omkring monitorering af kræftområdet, omkring samspil mellem primær og sekundærsektoren, omkring uddannelse og omkring kapacitetsudbygning og anvendelse (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004). På trods af betydelig ressourcetilførsel til kræftområdet fandtes problemer med at overholde ventetidsgarantien for diagnostik og behandling på grund af et øget antal kræfttilfælde, en øget andel af ældre samt nye og flere behandlingsmuligheder. Dette indgik i Kræftplan II (Sundhedsstyrelsen, 2005), der lagde op til en videreudvikling og styrkelse af den eksisterende indsats, specielt inden-

for tobaksforebyggelse, forbedret organisering af patientforløb i pakker, styrkelse af kræftkirurgien og monitorering af indsatsen på kræftområdet.

Opfølgningen af Kræftplan II fandt behov for yderligere at styrke beskrivelse og implementering af sammenhængende patientforløb i pakker på hele kræftområdet, hvor alle trin er planlagt og forhåndsbooket for hele forløbet lige fra patienten henvises. En kontaktpersonsordning er en del af pakkeforløbet. Dette blev implementeret i 2008. Desuden en styrket kræftkirurgi gennem bl.a. samling på færre hænder ud fra en samlet specialeplan, med krav til bl.a. patientunderlaget og afdelingernes forudsætninger for at varetage øvrige funktioner. En systematisk opfølgning på de nationale kliniske retningslinjer med tilhørende indikatorer og opfølgning af omsætningen af disse til lokale kliniske retningslinjer. En styrkelse af monitoreringen af indsats og resultater med sikring af den nødvendige datakvalitet. Bedre service til patienten og sammenhæng i patientforløb gennem sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af sektorer. Desuden en fortsat styrket tobaksforebyggelse og større ledelsesmæssigt fokus for at sikre systematiske og solide løsninger samt deling af erfaringerne.

Kræftplan III

Aftalen om Kræftplan III blev indgået i november 2010. Målet med planen var hurtigere diagnostik ved mistanke om kræft samt styrkelse af den tidlige opsporing, bedre efterforløb med løft af rehabiliteringen og den palliative indsats samt øget overlevelse og bedre livskvalitet for patienterne. Kræftpakke III indeholdt:

- En diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på kræft, så deres situation afklares hurtigt som led i et sammenhængende diagnostisk forløb.
- Indførelse af landsdækkende screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år.
- Et samlet forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation, så de mennesker der har haft kræft finder tilbage til et meningsfuldt liv og de, der desværre ikke kan helbredes, får den nødvendige støtte og lindring.
- Styrkelse af den palliative indsats både på det basale og specialiserede niveau og afsætte midler til nye hospicepladser.
- Styrkelse af inddragelsen af patienternes pårørende, hvilket skal ske med særligt fokus på børn, der som pårørende er en sårbar - men ofte tavs – gruppe.
- Styrkelse af forebyggelsen af kræft, så endnu færre danskere rammes af sygdommen.
- Styrkelse af danskernes kendskab til symptomer på kræft.
- Styrkelse af forløbskoordinationen.

3 Patientforløb, udredning og behandling

Den første udredning ved kræftmistanke sker lokalt. Det kan ud over den kliniske undersøgelse være ved fx at tage et røntgenbillede, tage blodprøver, lave ultralyd eller eventuelt at udtage en vævsprøve. Der er forskelle internt i Grønland på, hvad den lokale udredning kan omfatte. De fleste patienter vil som hovedregel i forbindelse med udredningen skulle overflyttes til andre dele af sundhedsvæsenet.

3.1 Patientforløb

Patientforløb er det samlede udrednings- og behandlingsforløb, som patienten kommer igennem. Patientforløbet for kræftpatienter kan involvere kontakt til mange forskellige dele af behandlingssystemet. Patientforløbet i Grønland vil ofte gå gennem følgende faser:

- For patienter i bygder: henvendelse til det lokale sundhedsvæsen - evt. lokal udredning og vente på evt. svar.
- Udredning i det lokale sundhedscenter eller på regionsygehus – og vente på evt. svar, fx patologisvar.
- Visitation til videre udredning og diagnostik på Dronning Ingrids Hospital.
- Udredning på Dronning Ingrids Hospital - og evt. vente på svar.
- Primærbehandling på Dronning Ingrids Hospital og/eller viderehenvisning til Rigshospitalet – og evt. vente på opheling efter primær kirurgisk behandling før medicinsk behandling eller evt. vente på indkaldelse til Rigshospitalet.
- Sekundær behandling på Dronning Ingrids Hospital eller på Rigshospitalet med ophold på sygehus, på patienthotel eller på Det grønlandske Patienthjem i Brønshøj. Ventetid mellem behandlinger kan foregå hjemme, på patienthotel eller på Det grønlandske Patienthjem.
- Kontrol efter endt behandling – lokalt, på Dronning Ingrids Hospital eller på Rigshospitalet.
- Eksperimentel behandling i Danmark eller i udlandet.

De øvrige faser i patientforløbet, rehabilitering og den terminale behandling, behandles i Kapitel 7.
Et sammenhængende patientforløb betyder at forløbet startes hurtigt, at det er effektivt og at patienten oplever forløbet som trygt. Patienterne skal opleve, at de følges gennem forløbet, at de kender deres status og at de har viden om aftaler og har informationer om næste skridt i forløbet. Kvaliteten af patientforløbet afspejles også af de fysiske forhold på sygehusene, som mulighed for enestue og samtalerum. Enestuer for svært syge giver nemlig mulighed for adskillelse fra udskrivningsklare patienter og bedre muligheder for samvær med de pårørende.

Den lokale udredning og behandling

I bygderne er udredningsmulighederne begrænsede. Ofte vil det med det samme blive aftalt, at patienterne sendes til videre udredning på det nærmeste sundhedscenter eller regionssygehus så hurtigt som muligt. Eventuelt foretages en telemedicinsk konsultation.

På sundhedscentrene og regionssygehusene kan der tages evt. blodprøver, som analyseres lokalt eller sendes videre til Centrallaboratoriet på Dronning Ingrids Hospital (Landshospitalet) eller til Danmark. Røntgenbilleder kan tages. De kan vurderes lokalt og sendes elektronisk til nærmere beskrivelse på Radiologisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital. Mange steder har de lokale læger træning i at lave ultralydsundersøgelser uden at være specialister i dette. Vævsprøver kan tages og sendes til

analyse i Danmark. Speciallægerne på Dronning Ingrids Hospital er nøglepersoner for lægerne på kysten ved behov for hjælp i forbindelse med udredning og behandling.

De lokale sundhedscentre/regionssygehuse har en løbende kontakt med kræftpatienter, fra den primære mistanke, under behandlingsforløbene, efter endt behandling, under rehabilitering og ved behov for terminal behandling. Det angives fra lægelig side, at regionernes rolle omkring diagnostik endnu ikke er fuldt afklaret og at der nogle steder kan mangle skriftlige vejledninger i, hvordan udredningen sker lokalt. Tilbagemeldinger fra plejeområdet angiver, at der på de fleste sundhedscentre/ regionssygehuse ikke findes sygeplejefaglige retningslinjer for, hvad plejeforløbet inklusive rejseplanlægningen for en kræftpatient skal indeholde.

Det påpeges, at man lokalt kan have svært ved at følge patientens forløb, hvilket giver en større risiko mindre hensigtsmæssige patientforløb. Det opfattes også, at fælles gennemgang af patientforløb mellem kysten og Dronning Ingrids Hospital kunne være hensigtsmæssigt for at optimere forløbene. Information efter endt behandling til sundhedscentre/regionssygehuse i form af fx udskrivelsesbrev om, at patienten har afsluttet sin kræftbehandling modtages ofte først meget sent. Manglende viden gør det svært at sikre en hurtig opfølgning på patientens behov (hjemmesygepleje, indlæggelse, behandlingsopfølgning) i rehabiliteringsperioden/den terminale periode.

Dronning Ingrids Hospital

Straks efter lokal mistanke om malign sygdom eller efter lokal udredning visiteres patienterne til indlæggelse på medicinsk eller kirurgisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital. Den endelige kræftdiagnose vil ofte blive stillet her. Her findes specialafdelinger for medicin, kirurgi, radiologi, anæstesi og psykiatri og et dagafsnit for medicinsk kræftbehandling (onkologisk dagafsnit). På Radiologisk afdeling findes landets eneste CT skanner.

Når diagnosen er stillet, vil speciallægerne på Dronning Ingrids Hospital ud fra behandlingsvejledninger - ved behov i samarbejde med specialiserede kræftafdelinger på Rigshospitalet eller andre steder - vurdere, hvor den videre behandling skal foregå.

Der findes for de almindeligste kræftformer lægelige procedurer for udredning og behandling. På det sygeplejefaglige område findes kun få retningslinjer/procedurer, som fx forløbsbeskrivelser så sygepleje, undersøgelser og prøver kan tilrettelægges, før patienterne indlægges fra lokalsygehusene. Det gælder også for de patienter, som skal overflyttes til eller afventer indkaldelse til Rigshospitalet omkring, hvad de kan forvente sig af det generelle forløb på Rigshospitalet og underliggende institutioner.

De fysiske rammer på sengeafdelingerne opleves af personalet som præget af, at Dronning Ingrids Hospital er et ”gammelt” hospital og ofte har stor overbelægning. Det medfører, at personalet opfatter, at de fysiske rammer i dag begrænser muligheden for, at patienterne kan tilbydes optimale indlæggelsesforløb.

Ved udskrivning fra Rigshospitalet til Dronning Ingrids Hospital opleves, at der ofte mangler den nødvendige information i form af epikriser og sygeplejerapporter for at kunne følge op på pleje og behandling af patienten. Dette er uanset om det resterende patientforløb omhandler rehabilitering eller terminal pleje.

Rigshospitalet
Hvis diagnosen ikke kan stilles med de muligheder, der foreligger på Dronning Ingrids Hospital, eller når sygdommen kræver specialiseret behandling, vil patienten skulle overflyttes til yderligere udredning i Danmark, oftest på Rigshospitalet, mens et fåtal behandles på Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og på universitetshospitalerne i Århus og Odense. De fleste kræftpatienter er tilknyttet Finsencentret, en del også Rigshospitalets andre centre. Kræftpatienter udgør ca. 25 % af alle patienter, der nedsendes til behandling på Rigshospitalet (se kapitel 10).

Patientforløb for grønlandske patienter på Rigshospitalet følger de samme retningslinjer som for danske patienter. De danske kræftpakker har også en haft positiv betydning for de grønlandske patient gennem kortere og mere sammenhængende patientforløb.

Kræftbehandlingsforløb er ofte komplekse og tværgående med involvering af flere centre og klinikker. En stor del af patienterne har flere forløb på Rigshospitalet – som ambulante patienter, som indlagte og/eller kontrolleres efter endt behandling. Det grønlandske sundhedsvæsen har ansat en grønlandskoordinator på Rigshospitalet, der skal sikre de grønlandske patienter et optimalt og smidigt forløb gennem et tæt samarbejde med Dronning Ingrids Hospital, Det grønlandske Patienthjem og de enkelte klinikker på RH. Grønlandskoordinatoren kontaktes altid ved tværgående forløb, forløb med manglende planer og forløb med uhensigtsmæssige ventetider. Hun bekræfter, at der jævnligt er kommunikationsproblemer med efterlysning fra Grønland af epikriser, journalkopier, undersøgelsesresultater og den videre plan for patientforløbet.

Det grønlandske Patienthjem
De fleste kræftpatienter, der modtager ambulant behandling på Rigshospitalet og på andre hospitaler, bor på Det grønlandske Patienthjem i Brønshøj. Det grønlandske Patienthjem er en institution under Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Dets primære opgave er at indkvartere visiterede patienter og pårørende fra Grønland før og efter hospitalsindlæggelse eller ambulant undersøgelse i Danmark. Det grønlandske Patienthjems skal også være behjælpelig med at løse eventuelle problemer under opholdet.

Behandlingsforløb på Rigshospitalet/andre hospitaler kan variere meget og dermed varierer varigheden af opholdet på Det grønlandske Patienthjem. Opholdet for en kræftpatient kan variere fra 3 til 6 måneder afhængig af om det er strålebehandling, kemobehandling eller en kombinationsbehandling (stråler/kemobehandling). Det grønlandske Patienthjem har i 2010 gennemsnitligt haft omkring 50 beboere – heraf var langt de fleste (ca. 42) patienter og de øvrige pårørende eller ledsagere. Der var således en belægningsprocent i gennemsnit på 114 % og således generelt overbelægning. Kræftpatienter udgør ca. en tredjedel til halvdelen af alle patienter. Mulighed for at komme hjem midlertidigt i behandlingspauserne vil kunne forkorte opholdet på Det grønlandske Patienthjem.

Hvis en kræftpatient skal nedsendes til Danmark, sendes en henvisning til Rigshospitalet eller andet hospital i Danmark, som efterfølgende indkalder patienten. Når indkaldelsen er godkendt af Dronning Ingrids Hospital bestiller patienthjemmet rejse og giver hjemsygehuset besked. Det grønlandske Patienthjem medsender også informationsmateriale om institutionen. Alle patienter til Det grønlandske Patienthjem bliver modtaget i Kastrup Lufthavn af tolk fra patienthjemmet ude ved flyet, som ledsager patienten til Rigshospitalet/andre hospitaler eller til patienthjemmet. Det grønlandske Patienthjem sørger også for billet og kontakt til hjemsted og transport til Kastrup Lufthavn for alle patienter, der skal retur til Grønland.

I det daglige er der et tæt samarbejde mellem plejepersonalet på Det grønlandske Patienthjem og de respektive kræftafdelinger og øvrige afdelinger - i forhold til behov for ændringer og bivirkninger under den igangværende behandling. Samarbejdet i forhold til patientforløb og kontakten til onkologisk klinik på Rigshospitalet og øvrige afsnit angives at være blevet bedre efter, at disse har fået tilknyttet forløbskoordinator.

Udfordringer for Det grønlandske Patienthjem

1) Kapacitetsmæssige problemer gør, at Det grønlandske Patienthjem ikke altid har plads til alle patienter. Kapacitetsproblemet bliver løst, når patienthjemmet flytter ind i nye lokaliteter i starten af 2012. Det vil også give bedre faciliteter, bl.a. eneværelser til alle patienter.

2) Ressourcemæssige problemer. Da flere patienter visiteres til behandling i Danmark og flere behandlinger gives ambulant bliver belægningen og personalet på Det grønlandske Patienthjem presset. Det gælder også tolkebistand på Rigshospitalet/andre hospitaler. Det går ud over patienthjemmets generelle serviceniveau.

3) Muligheder for pårørende: Det er et stort og tilbagevende problem for mange kræftpatienter (og andre langtidspatienter), at der ikke er mulighed for at se nærtstående familie – og at vilkårene for at få familiemedlemmer på besøg er forskellige fra kommune til kommune. For den enkelte patient opleves det som uretfærdigt, at der ikke er lige vilkår og/eller muligheder. Det er særligt svært for børn med kræft og patienter med kræft i halsregionen, som modtager strålebehandling.

Børn med kræft, som får kemobehandling er typisk i behandling i ½-1 år. De skal under behandlingen så vidt muligt være isoleret fra øvrige beboere for at undgå smitterisiko (influenza, børnesygdomme mv.). De får tildelt en af patienthjemmets lejligheder, så familierne så vidt muligt kan leve et almindeligt hjemmeliv. Men det betyder, at familierne ikke kan benytte sig af de sædvanlige tilbud (indkøbssteder, forlystelsessteder og andre seværdigheder – hvor man er indenfor). Denne gruppe af patienter og deres familier er derfor specielt sårbare, da de udover kræftsygdommen også skal leve et meget isoleret liv under behandlingsopholdet. Udfordringen bliver endnu større, når de ikke kan få afholdt udgifter til rejse og ophold for den ene af forældrene samt for eventuelle øvrige børn. I sådanne situationer er det som regel moderen, der alene skal tage sig af det syge barn. Det er en svær situation moderen bliver sat i: ingen mulighed for at dele sorg/bekymring eller få aflastning under opholdet samt restriktioner i forhold til samvær med andre.

Patienter med kræft i halsregionen, som modtager strålebehandling er ofte medtaget af strålebehandlingens bivirkninger. Huden omkring munden og halsen bliver følsom og sart og midtvejs under behandlingen bliver det svært for mange at synke, de bliver generet af sejt slim, svamp i munden og nedsat spytdannelse. Det gør, at de fleste taber sig meget – da de har svært ved at indtage føde samtidig med at maden mister smag. Det påvirker i den grad deres livskvalitet og de har et særligt behov for den støtte, omsorg og opmuntring, som nærtstående familie kan give.

4) Information og sygeplejerapporter/overflytningsrapport: Patienthjemmet opfatter, at mange patienter ikke bliver forberedt nok på nedrejse til Danmark, behandling og opholdet på Det grønlandske Patienthjem, og at mange patienter ikke medbringer sygeplejerapporter/overflytningsrapport, deres sædvanlige medicin, recept på denne eller sygeplejeartikler.

Tiltag der understøtter det gode patientforløb

To gange om året mødes kræftsygeplejersker i Danmark, som samarbejder med Dronning Ingrids Hospital, ledelse og personale på Det grønlandske Patienthjem og grønlandskoordinatoren. På disse møder udveksles erfaringer og der foregår gensidige orienteringer om eventuelle nye tiltag i relation til pleje og behandling.

3.2 Patientinddragelse og patienters retsstilling

Patienter og deres pårørende møder sundhedsvæsenet med forventninger og behov. De har forskellig viden, ressourcer og værdier, som bør inddrages og tilgodeses for at få et godt behandlingsforløb. Inddragelsen skal ske under hensyntagen til den enkelte patients ønsker og behov. God kommunikation kan være med til at undgå misforståelser og vil sikre patientens oplevelse af tryghed og kvalitet.

Pårørende udgør en vigtig ressource for mange kræftpatienter. Pårørendeinddragelse inddrager de personer, som patienten selv definerer som pårørende. Overordnet er det målet, at der sker en systematisk og fortløbende vidensdeling mellem kræftpatienten, de pårørende og de sundhedsprofessionelle, så kræftpatienternes og deres pårørendes viden, ønsker, behov og kendskab til egen situation anvendes i behandlingsforløbet.

Relationen mellem den enkelte patient og det sundhedsfaglige personale reguleres af *Landstingsforordning nr. 6 af 31. maj 2001 om patienters retsstilling*. Udgangspunktet er, at en behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, og at sundhedspersonalet er forpligtet til at sikre, at patienten er velinformeret. Et andet vigtigt regelsæt er reglerne om aktindsigt og tavshedspligt.

Patienten har mulighed for at klage over sundhedsvæsenets ydelser til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Patienten kan også klage over enkelte sundhedspersoner til Landslægeembedet. Klagen behandles så i Disciplinærnævnet under Patientombuddet i Danmark, der per 1. januar 2011 har erstattet Patientklagenævnet. Det er i Grønland kun muligt at klage over de enkelte behandleres indsats, men ikke over patientforløbet som helhed.

3.3 Redskaber i udredning og behandling

Radiologi og billeddiagnostik

Billeddiagnostik, som røntgen og ultralyd, spiller en central rolle i kræftdiagnostikken og i kontrol af behandlingen. Disse undersøgelser udgør en væsentlig brik i alle dele af de fleste kræftpatienters forløb. Det gælder *indenfor screening* idet mammografiundersøgelsen er en røntgenundersøgelse. *Ved mistanke om kræft* vil de fleste patienter få foretaget en eller flere almindelige røntgenundersøgelser og eventuelt CT skanninger. Også under den *videre udredning* spiller billeddiagnostik en rolle fx ved udtagning af vævsprøver vejledt af ultralyd eller CT. Nogle *behandlinger* er også billedvejledt som indlæggelser af dræn- og stentbehandlinger. Også ved *monitorering af behandlingseffekt*, ved *opfølgning* af kræft og ved *palliativ behandling* spiller billeddiagnostik en tiltagende rolle (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Røntgenundersøgelser kan foretages på alle sundhedscentre og regionssygehuse, men der findes kun speciallæger i radiologi og billeddiagnostik på Radiologisk afdeling ved Dronning Ingrids Hospital. Her er 2 stillinger som speciallæger. Røntgenundersøgelser videresendes elektronisk til beskrivelse på Radiologisk afdeling, hvilket giver en sikkerhed for korrekt diagnostik.

Ultralydsundersøgelser kan udføres lokalt mange steder, men ultralydsundersøgelser lavet af speciallæge kan kun foregå på Radiologisk afdeling. Det er i dag ikke muligt at gemme og overføre lokalt udførte ultralydsdiagnostiske undersøgelser elektronisk til Nuuk. Det er derfor ikke muligt at sikre speciallægevurdering af ultralydsundersøgelser, der er udført lokalt.

CT (computertomografi) scanning er en form for tredimensionel røntgenundersøgelse. Undersøgelsen kræver specielt udstyr og speciel viden og kan foretages på Radiologisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital. Der er i dag ingen eller få dages ventetid på CT scanning.

Grønland råder ikke over en ***MR (magnetisk resonans) scanner***. MR scanning er en teknik, hvor radiobølger og magnetisme anvendes til at danne detaljerede billeder af kroppens indre. Metoden indgår i dag i Danmark og i udlandet oftest i primær udredning af en kræftsygdom. Tilgang til MR scanning må i dag opfattes som en nødvendighed i forbindelse med kræftudredning.

Der er ikke tegn på, at der i den nærmeste fremtid vil findes undersøgelser, der kan erstatte CT og MR indenfor kræftdiagnostik og behandling (Sundhedsstyrelsen, 2005).

I Danmark og i udlandet kan også tilbydes en række andre mere avancerede undersøgelser. Det gælder bl.a. scintigrafiske undersøgelser og positron-emissions-tomografi (PET), der gør brug af radioaktive isotoper samt og PET-CT scanninger, der har den fordel, at den kombinerer CT med en scintigrafisk undersøgelse, som med stor sikkerhed kan vise, om en proces er en kræftsvulst. Det er ikke sandsynligt at disse undersøgelser vil komme til at kunne tilbydes i Grønland.

En korrekt stadieinddeling af en cancersygdom har stor betydning for at give den optimale behandling og dermed for prognosen. Diagnostik, specielt stadieinddeling og billedvejledt behandling samt monitorering og vurdering af behandlingsresultaterne opfattes i dag i Danmark som en radiologisk specialistopgave, som skal løses i samarbejde med de behandlende klinikere (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Patologisk undersøgelse

Patologisk anatomi og cytologi er et diagnostisk speciale, der betjener hospitalsafdelinger og praktiserende læger med diagnoser baseret på undersøgelser af organer, væv og/eller celler. Diagnoserne stilles ved undersøgelser af organer (makroskopisk undersøgelse), ved lysmikroskopi-undersøgelser ofte suppleret med specielle teknikker som fx immunhistokemi, immuncytokemi, ved elektronmikroskopi og ved teknikker, der omfatter molekylærbiologiske og genetiske forhold.

Patologiske undersøgelser spiller en central rolle i moderne kræftbehandling. Patologiske undersøgelser sker i *alle faser af en kræftsygdom fra screening til diagnostik, behandling, behandlingskontrol og ved obduktioner*. Patologiske prøver bruges til vurdering af tumorvævets differentiering (modningsgrad) og spredning og dermed til stadieinddeling af kræften. Patologiske prøver er dermed centrale i valg af behandling. I nogle tilfælde kan avancerede patologiske teknikker også bruges til at vurdere om den enkelte patient vil have gavn af en specifik behandling. Det er specielt teknikker på genniveau og på proteinniveau. Patologisvar spiller også en helt central rolle ved monitorering af kræftudviklin-

gen. Cancerregisteret modtager dagligt elektronisk indberetning af kræftdiagnoser fra patologiafdelingerne via den landsdækkende patologidatabank.

Vævsprøver kan ikke analyseres i Grønland, da vi ikke har en Patologisk afdeling eller patologisk anatomisk ekspertise. Prøver sendes til undersøgelse på Patologisk Afdeling på Rigshospitalet. Vævsprøverne sendes ved behov som kurerpost. Svaret sendes til den rekvirerende afdeling per fax. Det er speciallægernes vurdering, at hvis man beder specifikt om hasteanalyse vil et svar foreligge efter ca. en uge. Hvis prøverne ikke mærkes eller sendes som hastende kan svartiden være op til 3 - 5 uger. Denne svartid er fundet bekræftet i journalauditundersøgelsen (se afsnit 2.8).

Patologidatabanken (Landsregistret for Patologi)

Patologidatabanken er en online landsdækkende databank over patologiprøver i Danmark, der ejes af Danske Regioner. Patologidatabanken er et dagligt værktøj for landets patologiafdelinger. I forbindelse med undersøgelse af aktuelle væv- og celleprøver benyttes Patologidatabanken til at give øjeblikkelig information om alle tidligere undersøgelser og diagnoser på samme patient uanset, hvor i landet disse undersøgelser er foretaget. Dermed sikres et optimalt grundlag for den aktuelle diagnostik. I Patologidatabanken sikres en høj og ensartet kvalitet af indberetninger baseret på landsdækkende klassifikationer (Sundhedsstyrelsen, 2005).

På trods af at svar på prøver fra grønlandske patienter også lægges ind i Patologidatabanken, er det i dag ikke muligt for behandlere i Grønland at få adgang til elektroniske svar. Svar til Grønland sendes fortsat per fax. Det er ikke hensigtsmæssigt. Det er dokumenteret, at elektroniske svar nedsætter den samlede svartid, mens papirsvar kan blive væk og øger risikoen for fejlregistrering. Den manglende elektroniske adgang til patologisvar gør det vanskeligere for lægerne at følge kræftpatienternes forløb, fordi svar ikke kan sammenlignes med tidligere prøver taget andre steder i Grønland. Lægerne kan heller ikke følge, om kontrolprøver er taget lokalt.

Det vil således være af stor betydning for patientbehandlingen at få direkte adgang til den danske Patologidatabank. Det vil forkorte svartiden, mindske risikoen for at svar ikke modtages eller fejlarkiveres og vil bedre lægernes mulighed for at følge op på patienterne.

Frysemikroskopi

Frysemikroskopi er en særlig patologisk ydelse, hvor en vævsprøve analyseres med det samme, så svaret kan vejlede operatøren under en kræftoperation. Under operationen tages en vævsprøve, som øjeblikkelig bringes til patologerne, der inden for mindre end en halv time med en speciel teknik kan afgøre, om der er kræft i vævet. Det kan på den måde afgøres, om alt kræftvæv er bortopereret i sikker afstand til sundt væv.

Frysemikroskopi ikke kan ydes til Grønland. Det er en af grundene til, at vi i dag sjældent kan tilbyde brystbevarende operation ved brystkræft. Manglen på mulighed for frysemikroskopi er også med til at begrænse mulighederne i forbindelse med operation af andre typer af kræft.

Blodprøver

Der er få blodprøver, der indgår i selve kræftdiagnostikken. De vigtigste kan analyseres i Grønland, mens enkelte sendes til speciallaboratorier i Danmark. Der sker i dag en meget udbredt forskning omkring at finde nye pålidelige markører af kræft, der kan måles i blodet og som kan bruges diagno-

stisk og til at følge behandlingen. Der er ikke nye analyser, der lige nu står for at skulle indføres, men behovet i fremtiden er uafklaret.

Fremtidige diagnostiske behov

Der foregår i dag en rivende udvikling indenfor kræftdiagnostik. Det gælder både billeddiagnostik og indenfor avancerede patologiske undersøgelser. Moderne kræftdiagnostik kræver ofte meget dyrt og specialiseret udstyr, der betjenes af få superspecialister indenfor netop deres felt. Det gør, at Grønland får tiltagende svært ved selv at kunne give et optimalt udredningstilbud. Det er i dag nødvendigt, at sende patienter mistænkt for kræft ned til yderligere udredning og specialundersøgelser i Danmark. Vi kan forvente, at forbedrede diagnostiske muligheder udenfor Grønland vil give en forventning om, at også grønlandske patienter får gavn af disse forbedringer. Omfanget af nedsendelser af grønlandske patienter til diagnostisk udredning kan derfor forventes at blive større i fremtiden.

Det er nødvendigt også fortsat at forbedre og forfine muligheden for at stille kræftdiagnoser i Grønland. Det kræver blandt andet den nødvendige investering i apparatur. Det drejer sig om investering i en MR (magnetisk resonans) scanner, der vil give betydelig bedre mulighed for diagnostik af kræft, foruden en lang række andre sygdomme. Der vil også være behov for fornyelse af ultralydsdiagnostisk udstyr på kysten og den nuværende CT scanner. Kræft i næsesvælget og andre kræftformer i de øvre luftveje kan være svære at se med det udstyr, vi råder over i dag (fiberscop). I udlandet anbefales det i dag at bruge fiberlaryngoskop med NBI – lys (Narrow Band Imaging) for at sikre tidligere diagnostik og bedre opfølgning af specielt kræft i næsesvælget.

3.4 Behandling

Når diagnosen kræft er stillet, vil behandlingen afhænge af, hvilket væv kræften udgår fra, dens lokalisation og dens spredning. De fleste patienter vil modtage forskellige kombinationer af flere typer af behandlinger som operation, strålebehandling og medicinsk kræftbehandling (kemoterapi). Hvordan disse behandlinger kombineres og, i hvilken rækkefølge, de gives, bygger på erfaringer fra international forskning. Der er for næsten alle kræfttyper lavet retningslinjer for deres behandling. Disse er for mange kræftformer ens eller kun lidt forskellige fra land til land. I Grønland følges, så vidt det er muligt, danske kliniske retningslinjer.

Den kirurgiske behandling

Operation er fortsat den primære behandling for mange kræfttyper. Nogle typer af kræft opereres i Grønland. Det gælder fx underlivskræft, brystkræft og kræft i tyktarm. Patienter med andre typer vil blive henvist til operation i Danmark, oftest på Rigshospitalet. Det gælder i dag blandt andet lungekræft, kræft i spiserøret og kræft i mavesækken, kræft i bugspytkirtlen og i endetarmen. Derudover er operation for fremskredet kræft i nyrer og urinveje også en specialistopgave, som ikke kan varetages i Grønland.

Internationalt og i Danmark foreslås det, at flere og flere kirurgiske kræftbehandlinger centraliseres på få specialafdelinger (Sundhedsstyrelsen, 2006). Formålet med centraliseringen er at sikre den bedste kvalitet og dermed den bedste overlevelse. Udviklingen mod en større centralisering af den kirurgiske kræftbehandling forventes at fortsætte. Operationerne vil i fremtiden foregå på få afdelinger, der modtager patienter fra et meget stort optageområde.

Grønland vil skulle tage stilling til, om vi vil følge anbefalingerne omkring centralisering. Lokale forhold vil skubbe på denne stillingtagen. Indenfor de næste 10 år vil der ske en næsten fuldstændig udskiftning af de kirurgiske speciallæger på Dronning Ingrids Hospital. De nuværende speciallæger vil ikke kunne erstattes med læger med samme brede kirurgiske kunnen, da den kirurgiske speciallægeuddannelse i dag er mere snæver, og den indeholder kun i begrænset omfang kræftkirurgi.

Den medicinske kræftbehandling (den onkologiske behandling)

Den medicinske kræftbehandling er for en del kræfttyper hjemtaget til Grønland. Onkologisk afsnit på Dronning Ingrids Hospital i Nuuk, der er en del af medicinsk afdeling, er ansvarlig for den medicinske kræftbehandling. Medicinsk kræftbehandling i Grønland foregår i tæt samarbejde med Onkologisk afdeling på Rigshospitalet, der har det overordnede ansvar for den behandling, der gives i Grønland.

Medicinsk behandling dækker over kemoterapeutisk (celledræbende behandling), hormonel behandling og biologisk behandling. For medicinsk kræftbehandling skelnes mellem efterbehandling af formodet raske (adjuverende behandling) og behandling af uhelbredeligt syge (pallierende behandling). Adjuverende behandling gives for at mindske risiko for tilbagevenden af sygdommen mens pallierende behandling gives med livsforlængelse og symptomlindring for øje.

Hvor det er muligt henlægges den hormonelle behandling og til tider også den biologiske behandling til kystsygehusene. Kemoterapeutisk behandling kræver væsentlig ekspertise og særlige faciliteter og kan som hovedregel ikke varetages på kystsygehusene. Pallierende behandling kan dog efter aftale i visse tilfælde gives lokalt. Kemoterapeutisk behandling gives for de fleste kræfttyper hver tredje uge. I perioderne mellem kurene rejser patienten hjem.

Det kan ikke udelukkes, at flere medicinske kræftbehandlinger kan hjemtages i fremtiden.

Strålebehandling

Strålebehandling er en medicinsk anvendelse af ioniserende stråling. Under behandlingens tilføres en høj stråledosis til kræftvævet, mens sundt væv skånes mest muligt. Strålebehandling kan gives som primær behandling, supplerende behandling til kemoterapi eller som smertelindrende (palliativ) behandling. Strålebehandling kan ikke gives i Grønland, men foregår for grønlandske patienter oftest på Herlev Sygehus, som også betjener Rigshospitalet.

Palliativ behandling

Begrebet palliativ behandling dækker alle former for lindrende og livsforlængende behandlinger. Den palliative indsats må tilrettes efter den enkelte patients symptomer og behov. Det kan være i form af medicinsk kræftbehandling, kirurgisk behandling, palliativ strålebehandling, smertebehandling, behandling af bivirkninger fx kvalmestillende behandling eller behandlingen af andre symptomer.

Den palliative indsats er en vigtig del af det samlede behandlingstilbud. Der bliver i Danmark lagt mere og mere vægt på at bedre den palliative indsats gennem uddannelse af praktiserende læger, palliative teams og tilbud om hospiceophold i den sidste tid.

I Grønland vil den palliative behandling ofte foregå på patientens hjemsted. Der er ingen specialister i palliativ indsats. Der findes ikke mulighed for døgnpleje i hjemmet eller palliative enheder (hospices). Det er ikke ualmindeligt, at patienter med uhelbredelig kræft ikke kan udskrives fra Dronning Ingrids Hospital. Det er ikke hensigtsmæssigt hverken for patienten, de pårørende eller for hospitalet. En spe-

cialafdeling er et hektisk sted, hvor det er meget vanskeligt at opfylde de specielle behov, som kronisk syge og døende patienter har. Samtidigt er disse patienter meget plejekrævende og lægger dermed beslag på en stor del af afdelingens plejeressourcer.

3.5 Eksperimentel kræftbehandling

Eksperimentel kræftbehandling er behandling, hvis effekt ikke er tilstrækkeligt dokumenteret. Netop fordi behandlingen er eksperimentel vides ikke om den eksperimentelle behandling er virksom, eller om patienten kan tåle den. Behandlingen indebærer, at patienten - efter eget ønske og på eget ansvar - ud fra en grundig information om konsekvenser, deltager i afprøvning af ikke godkendt medicin eller på anden måde indgår i forskningsprojekter. Eksperimentel behandling er en mulig livsforlængende behandling, der i nogle tilfælde giver patienterne en øget livskvalitet i den sidste periode i deres liv.

Ved Landstingets Forårssamling i 2007 blev ”Forslag til Landstingsbeslutning om at pålægge Landsstyret at arbejde for, at kræftpatienter, der ikke længere kan behandles, fremover kan blive henvist til eksperimentel behandling i Danmark, og at sundhedsvæsenet i den forbindelse skal tilbyde at betale for rejse, ophold og kostudgifter” vedtaget.

Grønlandske patienters mulighed for at kunne henvises til eksperimentel behandling vurderes ligesom for danske patienter af det såkaldte ”second-opinion panel” under den danske Sundhedsstyrelse. Formålet med ekspertpanelets vurdering er at sikre færdigbehandlede, men ikke helbredte, patienter mulighed for at få vurderet, om der findes yderligere behandlingsmuligheder overfor deres sygdom end de almindeligt brugte.

Panelets opgave er, indenfor 4 uger fra en henvisning, at give råd om eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i Danmark eller øvrige udland. Patienter henvises til second-opinion panelet af den overlæge, der er ansvarlig for patientens behandling. Eksperimentel kræftbehandling foregår på Onkologiske afdelinger (kræftafdelinger i Danmark og i udlandet). Hvilke kræftsygdomme, der kan gives tilbud om eksperimentel behandling, vil være afhængig af den forskning og de forsøg, der pågår omkring de enkelte sygdomme.

Det blev ud fra befolkningstallet i Grønland i 2006 skønnet, at cirka 7 patienter vil kunne tilbydes at deltage i eksperimentel kræftbehandling i Danmark pr. år og at en person findes egnet til at deltage i eksperimentel kræftbehandling i andre lande hvert andet år.

Der står mere om udredningen og behandlingen af de almindeligste kræftsygdomme i kapitel 5.

4 Primær forebyggelse

Fokus i dette kapitel er den primære forebyggelse, dvs. aktiviteter der sigter på helt at undgå at kræftsygdom opstår. Den sekundære forebyggelse (tidlig opsporing og behandling) og screening behandles i kapitel 5, mens den tertiære forebyggelse (bevarelse af funktionsniveau og livskvalitet, samt forhindring af tilbagefald af sygdom) beskrives under rehabilitering i kapitel 7.

Kræft kan i høj grad forebygges. Det er Landslægens opfattelse, at omkring 50 % af alle kræfttilfælde i Grønland kan forebygges (Landslægeembedet, 2010). Tobaksrygning, overvægt, alkohol, fysisk inaktivitet, stråling og infektioner er de risikofaktorer, der tegner sig for de største kræftforebyggelsespotentialer. Udover disse faktorer er der også stigende dokumentation for, at kosten udgør et stort kræftforebyggelsespotentiale (World Health Organization, 2003, Sundhedsstyrelsen, 2005).

Der er ingen tvivl om, at primær kræftforebyggelse er omkostningseffektiv. Men resultater af dagens forebyggelsesindsatser vil først kunne ses om 10-30 år på grund af den lange tid, det tager for kræft at udvikle sig. Forebyggelse er derfor et langt sejt træk - men forebyggelsen i dag sætter rammerne for kræftudviklingen i morgen.

Fjernelse af risikofaktor	% alle kræfttilfælde, der kunne undgås, mænd	% alle kræfttilfælde, der kunne undgås, kvinder
Fjerne rygning	26 %	14 %
Fjerne soleksposition	3 %	4 %
Undgå HPV og Helicobacter pylori (mavesårsbakterie)	2 %	2 %
Undgå arbejdsrelateret eksponering	3 %	1 %
Undgå alkohol	4 %	1 %
Undgå menneskeskabt stråling	1 %	2 %
Undgå overvægt	Mindre end 1 %	Mindre end 1 %
Undgå radon	Mindre end 1 %	Mindre end 1 %
Fjerne passiv rygning	Mindre end 1 %	Mindre end 1 %

Tabel 4.1 Analyse af, hvor stor en del af det samlede antal kræfttilfælde i Norden, der kan undgås ved at fjerne de vigtigste risikofaktorer (Olsen et al., 1997)

En analyse af, hvor stor en andel af det samlede antal kræfttilfælde der kan undgås ved fjernelse af de enkelte risikofaktorer er opsummeret i Tabel 4.1 ud fra internationale data omsat til danske forhold. Det ses, at rygning er den enkeltfaktor, der har størst betydning for udviklingen af kræft.

Da de fleste kræfttyper er betinget af mange faktorer, kan nedsættelse af flere risikofaktorer samtidig øge virkningen mere end summen af de enkelte faktorers virkning (potensere virkningen). Det gælder fx for rygning og radon ved lungekræft, hvor en samtidig udsættelse for begge dele øger risikoen betydeligt mere end summen af de to faktorer taget hver for sig.

Forebyggelsen af rygning og udbredelsen af sunde vaner vil, udover at virke kræftforebyggende, også have generelle sundhedsfremmende effekter og vil gavne folkesundheden.

4.1 Inuuneritta og forebyggelsens organisering

Den politiske ramme for forebyggelsen er Inuuneritta, Grønlands første folkesundhedsprogram. Programmet udgør Selvstyrets langsigtede strategi på folkesundhedsområdet (Grønlands Hjemmestyre, 2007). Det blev vedtaget i 2007 og løber frem til 2012. Inuunerittas fokusområder er:

- Alkohol og hash
- Vold, voldtægter og seksuelle overgreb
- Selvmord og selvmordsforebyggelse
- Kost og fysisk aktivitet
- Sexliv (seksuel sundhed)
- Rygning
- Tandsundhed

Som der fremgår ovenfor er en meget stor del af mulighederne for at forebygge kræft allerede dækket gennem Inuunerittas fokusområder. En effektiv forebyggende indsats på disse områder vil derfor på længere sigt have stor betydning for kræftudviklingen. Det er planlagt at følge Inuunerittas effekt gennem en række indikatorer.

Paarisa og kommunerne står for den overordnede borgerrettede forebyggelse. Sundhedsvæsenet patientrettede forebyggelse sker fra 2010-2011 i Livsstilsambulatoriet. Livsstilsambulatoriet er en kvalitetssikret metode til at arbejde med sundhedsfremme, forebyggelse og kroniske sygdomme i sundhedsvæsenet.
Der arbejdes for nuværende med:

- at øge fokus på rygning og fysisk aktivitet i det daglige arbejde i sundhedsvæsenet
- at fastholde en god diabetesomsorg
- at opnå en systematisk omsorg for patienter med forhøjet blodtryk og kronisk obstruktiv lungelidelse (”rygerlunger”)
- at udvikle og afholde sundhedsevents

4.2 Rygning og kræft

Tobak er den enkeltfaktor, der har størst forebyggelsespotentiale med hensyn til kræft. Jo mere og jo længere tid, man har røget, desto større er kræftrisikoen, men det kan betale sig at stoppe med at ryge selv efter konstatering af kræft. Pga. den store andel af rygere i Grønland er der et stort forebyggelsespotentiale.

Rygning kan forårsage kræft i øvre luftveje herunder i næse- og mundhule, svælg, strube og lunger, samt i spiserør, mavesæk, bugspytkirtel, lever, nyrer, nyrebækken, blære, livmoderhals og blodkræft. Rygning er også mistænkt for at kunne give kræft i tyktarm og endetarm. Langt den hyppigste rygerrelaterede kræftform er lungekræft.

Antallet af rygere i Grønland er meget højt. I dag ryger 68 % af kvinder og 64 % af mænd over 18 år (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Rygning startes også tidligt. Således havde 43 % af 11årige

og 83 % af 16-årige prøvet at ryge i 2010, samtidig var andelen af dagligrygere blandt 15-årige 52 %. Også blandt børn og unge røg flere piger end drenge (Bjerregaard and Niclasen, 2011).

Der er en tiltagende social skævhed i andelen af rygere, så flere af de dårligst stillede ryger. Således røg omkring 80 % af personer udenfor erhverv og under 60 % af højere funktionærer i 2005-2007 (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008).

Mange rygere vil gerne holde op med at ryge. Det skal de hjælpes til. Succes med tobaksforebyggelse til den generelle befolkning kan i starten føre til øget ulighed, fordi de bedst stillede ofte vil være de første til at efterleve anbefalingerne og dermed vil høste helbredseffekten først. Stigende tobaksafgifter kan på længere sigt bidrage til udligning af sociale forskelle på rygeadfærd. Øremærkning af tobaksafgifter til fx rygeafvænning er en anden måde at tilgodese de dårligst stillede på (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Der er tre indsatsområder, der gensidigt styrker hinanden i at nedbringe befolkningens tobaksforbrug og udsættelse for tobaksrøg (World Health Organisation, 2003):

1) forebyggelse af rygestart
2) rygestoptilbud
3) beskyttelse mod udsættelse for passiv rygning

De indsatser der er omkostningseffektive og har dokumenteret effekt er: øget pris på tobaksprodukter, forbud mod tobaksreklamering og andre salgsfremmende metoder, brug af markante og stærke advarsler på tobaksprodukter, lovgivning, der forbyder rygning, brede informationskampagner og uddannelsesprogrammer samt rygeafvænningsprogrammer til dem, der gerne vil holde op med at ryge.

Grønland fik i efteråret 2010 en meget restriktiv rygelov, der skal sikre røgfri miljøer. Allerede inden fandtes lovgivning, der forbød rygning på institutioner for børn og unge og omkring disse.

4.3 Fysisk aktivitet og kræft

Øget fysisk aktivitet nedsætter kræftrisikoen. Øget fysisk aktivitet kan være med til at forebygge tyktarmskræft 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 (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Ernæringsrådet anbefaler, at både børn og voksne er fysisk aktive 1 time om dagen. I befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 angav 78 % af voksne at de opfyldte dette (angivelsen er sammensat af flere delelementer, og det er formentligt et absolut maksimumtal), mens det gjaldt 27 % af skoleelever (Bjerregaard and Niclasen, 2011).

Ud fra et sundhedssynspunkt bør der arbejdes for, at alle lever op til Ernæringsrådets anbefalinger. Det er vigtigt at starte tidligt, da gode motionsvaner hos børn rækker ind i voksenalderen. Måder til at befordre fysisk aktivitet bør omsættes fra politik til handling. Allerede i dagtilbud og i skolen bør børn sikres 1 times fysisk aktivitet dagligt. Andre kan nås igennem øget tilgængelighed af fysiske rammer for aktivitet og øget fysisk aktivitet på arbejdspladser med lavt aktivitetskrav.

4.4 Alkohol og kræft

Ethvert alkoholindtag har vist sig at kunne øge forekomsten af en række kræftformer. Alkohol er skønnet til at bidrage til 2 % af kræfttilfælde i Danmark. Tal kendes ikke for Grønland, men er formentlig lige så stort. Det er specielt kræft i mund, svælg, spiserør og mave-tarm, lever samt bryst, der er relaterede til alkoholindtagelse (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Der er i forhold til kræftudvikling ikke fundet et forbrug under hvilket, det er ”sikkert at drikke”. Set alene ud fra kræftforebyggelsen må det derfor anbefales slet ikke at drikke alkohol. Alkohol giver også risiko for en række andre helbredsskader fx leverlidelser. Alkoholmisbrug har også en række skadelige sociale konsekvenser, som rækker langt udover den enkelte og ofte gives videre til efterfølgende generationer. Således vokser en del børn op i familier med alkoholmisbrug. Derudover er alkohol medvirkende årsag til trafikulykker. Der er derfor også andre betydelige fordele ved, at befolkningens alkoholforbrug mindskes.

Alkoholforbruget i Grønland er præget af rusdrikkeri, dvs. at drikke meget på en gang. I Befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 havde 36 % af mænd og 25 % af kvinder et alkoholforbrug, der var potentielt skadeligt (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Brug af alkohol starter tidligt. I 2010 angav 24 % af de 15-årige, at de havde været fulde 3 eller flere gange (Bjerregaard and Niclasen, 2011). Rusdrikkeri har flere negative effekter end et mindre, dagligt forbrug.

Det er fra et folkesundhedssynspunkt - herunder for kræftudviklingen – uhensigtsmæssigt, at unge drikker så meget og starter så tidligt, som de gør. Der kan med fordel arbejdes mod at nedbringe antallet af alkoholstorforbrugere, en udsættelse af alkoholdebut og en reduktion af forbruget hos unge. Det kan ske ved indgreb, oplysningsaktiviteter og kulturpåvirkninger samt behandling og støtte i forbindelse med alkoholproblemer.

Der er tydelig dokumenteret effekt af prisregulering og beskatning, regulering af alkoholtilgængelighed (fx fastsættelse af aldersgrænser, licensregulering) og af systematisk, evidensbaseret alkoholbehandling, der dækker alle relevante alkoholproblemer fra det tidlige overforbrug af alkohol til det afhængige forbrug, ligesom det kan anbefales, at alle uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser udarbejder en alkoholpolitik (Sundhedsstyrelsen, 2005).

4.5 Ernæring og kræft

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 i forhold til udvikling af kræft i mundhule, spiserør, mavesæk, tyktarm og endetarm, mens rødt kød menes at medvirke til øget forekomst af kræft i tyktarm og endetarm (World Health Organization, 2003).

Anbefalingen i Ernæringsrådets 10 kostråd er, at spise varieret og at spise groft brød og gryn samt frugt og grønt hver dag, men 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 % frugt og 87 % grøntsager mindst 1 gang ugentligt (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). 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 bygder (Bjerregaard and Niclasen, 2011).

De kræftformer, der relateres til overvægt, er kræft i livmoder, bryst, æggestokke, galdeblære, bugspytkirtel, lever, nyre og blærehalskirtel. Overvægt skal forebygges, da succesraten for behandlingsindsatser er meget lav: fem år efter et vægttab er 99 % tilbage på udgangsvægten eller over denne (Sundhedsstyrelsen, 2005). I 2005-2007 fandtes, at andelen af overvægtige blandt mænd var 49 % og blandt kvinder 57 % (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Blandt børn er ved indskolingen fundet en tredobling af andelen med overvægt over 30 år frem til 2004 og at mange børn, der er overvægtige, når de kommer i skole, også er overvægtige, når de går ud af skolen (Schnohr et al., 2005, Niclasen et al., 2007).

På grund af den ringe behandlingssucces for overvægt vil det have specielt stor effekt at satse på forebyggelse i form af sunde kost- og bevægelsesvaner blandt børn og unge. Indsatserne bør tage sigte på at skabe sunde rammer og normer for kost og bevægelse, samt at sikre øget tilgængelighed af sunde tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2005).

4.6 Stråling og kræft

Ioniserende stråling fra radon og ultraviolet stråling fra solen er de væsentligste strålingskilder af betydning til kræftudvikling, som kan forebygges. Solstråling inklusive solariebrug øger risiko for modermærkekræft og menes at være årsag til langt den største del af hudkræfttilfælde. På grund af klimaet i Grønland er solekspositionen generelt lavere og risikoen for udvikling af hudkræft tilsvarende mindre.

Radon er en radioaktiv gas, der findes i undergrunden, specielt på steder, hvor der er også er uran. Radon siver fra undergrunden op i bygninger. Radon i boliger er medvirkende årsag til udvikling af lungekræft. Samtidig rygning øger risikoen væsentligt.

Forekomsten af Radon i boliger er fundet meget forskellig i forskellige områder i Grønland, men med den højeste forekomst i Sydgrønland. Forekomsten i Nord og Øst er ikke undersøgt (NIRAS and Asiaq, 2005).

WHO og de nordiske strålemyndigheder har i september 2009 offentliggjort nye anbefalinger om, at bygninger bør have et radonindhold på under 100 Bq/m³ (becquerel pr. kubikmeter) mod før 200 Bq/m³. På baggrund af de nye anbefalinger agter Departementet for Boliger, Infrastruktur og Trafik at skærpe bygningsreglementets bestemmelser, så de følger WHO og de nordiske strålemyndigheders anbefalinger. I en planlagt revision af bygningsreglementet vil det således blive anbefalet, at der iværksættes forbedringer i eksisterende boliger, hvis radonindholdet i indeklimaet overstiger 100 Bq/m³ (i stedet for som nu 200 Bq/m³). Samtidigt agter Departementet for Boliger, Infrastruktur og Trafik at benytte anledningen til at iværksætte en oplysningskampagne, så husejere informeres om, hvor i landet der kan være risiko for radon i indeklimaet, hvordan man får sit hus undersøgt og hvor man kan få råd om sikring af huset mod radon i indeklimaet.

Ud fra et sundhedsfagligt synspunkt bør både boliger, institutioner og skoler, have så lavt radonindhold i luften som muligt. Hvis man måler radon, bør man samtidig måle ventilation for at vurdere, hvor meget et evt. radon-problem kan afhjælpes med bedre ventilation.

4.7 Infektiøse risikofaktorer og kræft

En række infektiøse risikofaktorer har sammenhæng med kræftudvikling. De vigtigste i Grønland er infektion med Humant Papilloma Virus (HPV), mavesårsbakterien Helicobactor Pylori samt Ebstein Barr virus og Hepatitis B virus.

Humant Papilloma Virus (HPV)

Infektion med Humant Papilloma Virus (HPV) er hyppig og er relateret til udvikling af livmoderhalskræft, samt kræft i skeden, skamlæber, penis og endetarm. Det tager formentligt op til 10-15 år fra smitte med HPV til udvikling af kræft. Smitte kan undgås gennem vaccination.

I Grønland startede vaccination mod HPV virus i 2009. Vaccinen skal helst gives inden den seksuelle debutalder og tilbydes i dag til piger på 12 år. Vaccinen gives endnu ikke i nogen lande til drenge, men røster er fremme omkring dette i bl.a. Danmark. Langt den største gevinst ses dog ved vaccination af piger, idet det forventes, at op mod 70 % af tilfældene af livmoderhalskræft kan forebygges gennem vaccination mod HPV.

Helicobacter pylori

Forekomsten af bakterien helicobacter pylori i mavesækken øger risikoen for kræft i mavesækken. Infektionen er relativt hyppig i Grønland og svært behandlelig. Der er endnu ikke dokumentation for at succesfuld behandling mindsker kræftrisikoen. Hvis bakterien findes i forbindelse med en undersøgelse af mavesækken eller ved tegn på mavesår vil bakterien forsøges fjernet gennem behandling med antibiotika.

Hepatitis B

Infektion med hepatitis B øger risikoen for udvikling af primær leverkræft, specielt hvis infektionen er erhvervet som spæd eller i barndommen. Omkring 8 % af den grønlandske befolkning menes at være bærere af Hepatitis B virus. Det er en relativ høj andel. I 2010 startede vaccination mod Hepatitis B som et led i børnevaccinationsprogrammet. Vaccinationen omfatter både spæde og 12-årige, hvorfor en høj andel af alle under 25 år om 12 år være vaccineret mod Hepatitis B.

Epstein-Barr virus

Epstein-Barr virusinfektion er hyppigt forekommende i befolkningen og det er tidligere vist, at mange smittes allerede i tidlig barnealder. Ebstein-Barr virus har sammenhæng med udvikling af kræft i næsesvælget (rhinopharynx). Tidlig infektion kan undgås gennem forbedret hygiejne i fx daginstitutionen, men ud over dette er muligheden for forebyggelse lille.

4.8 Arbejdsmiljø og kræftforebyggelse

I Danmark menes 4-5 % af alle kræfttilfælde at være relateret til arbejdsmiljøet. Det drejer sig specielt om udsættelse for kræftfremmende stoffer i produktionen. Hertil kommer andre arbejdsrelaterede risici såsom udsættelse for natarbejde, stråling og stillesiddende arbejde, der er under mistanke for at øge risikoen for kræftudvikling (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Man ved stort set ikke noget om risikofaktorer i arbejdsmiljøet for udvikling af kræft i Grønland, da det aldrig er undersøgt. Men da vi har begrænset mængde industri er andelen formentlig meget mindre. De hyppigste arbejdsrelaterede kræftformer er kræft i næse og bihuler, strube, lunger og lungehinder,

urinveje og lever samt blod- og lymfekræft. Da der ikke findes tal for udbredelsen af kræftfremkaldende faktorer eller for udsættelsen for kræftfremkaldende stoffer i arbejdsmiljøet er det ikke muligt at sige noget konkret om forebyggelsespotentialet for kræfttilfælde herhjemme

4.9 Andre risikofaktorer og beskyttende faktorer

Betydningen af bl.a. genetiske risikofaktorer, socialt netværk, uddannelse, spiritualitet, stress og andre psykosociale faktorer for udvikling af kræft har været undersøgt uden, at der endnu er dokumentation nok til at forebyggende tiltag kan anbefales (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Stegemutagener og tjærestoffer i madvarer er andre risikofaktorer for kræft, som til dels kan forebygges. En række kræftfremkaldende stoffer, herunder hormonforstyrrende stoffer, findes i produkter og i forurening i luft, vand og jord, men det vides ikke, hvor mange kræfttilfælde, der kan relateres til disse risikofaktorer og som kan forebygges (Sundhedsstyrelsen, 2005). Befolkningen i Grønland har generelt en høj forekomst af miljøfremmede stoffer i kroppen som kommer fra indtaget af specielt havpattedyr og isbjørn. Nogle af disse miljøfremmede stoffer er hormonforstyrrende. Der er dog ingen samlede vurderinger af miljøfremmede stoffers betydning for udvikling af kræft i Grønland.

Sammenhængen mellem risikofaktorer og kræftudvikling er ofte velbeskrevet, mens dokumentationen for virksomme forebyggelsesmetoder er mere sparsom. Det gælder ikke mindst i Grønland, hvor forebyggelsestiltag sjældent evalueres. Samlet gælder det om at sikre mere viden om, opmærksomhed på og hvis muligt også regulering af risikofaktorerne. Viden også omkring effekt af indsatser står forskerne for. Opmærksomheden står formidlerne fx Paarisa, kommunale forebyggelsesorganisationer, professionelle som læger og lærere for, mens reguleringen af risikofaktorerne og dimensionering af forebyggelsesindsatserne er politikernes ansvar. Generelt gælder, at et mix af forebyggelsesmetoder har den største effekt (Sundhedsstyrelsen, 2005).

5 Sekundær forebyggelse og screening

Målet med sekundær forebyggelse er at finde sygdommen tidligt eller at finde og udrede patienter med høj risiko for at blive syge. Sekundær forebyggelse hænger derfor nøje sammen med screening. Ved screening forstås et generelt tilbud til afgrænsede befolkningsgrupper om at lade sig undersøge for sygdom eller forstadier til sygdom. I et kræftscreeningsprogram inviteres mennesker, der selv opfatter sig som raske, til undersøgelse for at påvise kræft eller forstadier til kræft på et tidspunkt, hvor sygdommen endnu ikke har givet symptomer.

Stillingtagen til indførelse af et screeningsprogram for en kræftsygdom er en langvarig proces, hvor en faglig anbefaling baseret på en videnskabeligt påvist effekt indgår, sammen med praktiske muligheder, politiske ønsker og etiske overvejelser. Ud fra et etisk perspektiv vil etablering af screening altid forudsætte, at der er et relevant behandlingstilbud. Omkostningen og nytten af en screeningsindsats må afvejes overfor omkostningerne og nytten af en styrket forebyggende indsats.

Ved en screeningsindsats undersøges flest raske og screeningen er ikke til konkret nytte for den enkelte deltager – med mindre denne skulle vise sig at være syg. Screening medfører, at det hos enkelte kan give unødig bekymring, da det ikke kan undgås også at finde personer, der ved yderligere undersøgelser viser sig ikke at have kræft. Screening kan også udløse bekymring og overforbrug af ressourcer ved at finde forstadier til kræft, der måske aldrig ville have udviklet sig.

WHO har allerede i 1968 opstillet kriterier for hvilke betingelser, der bør være opfyldt, før et screeningprogram tilbydes (Wilson and Jungner, 1968):

- sygdommen skal være et vigtigt sundhedsproblem og være hyppig
- det ubehandlede forløb skal være kendt
- der skal være en for patienterne acceptabel behandling
- der skal være en klar behandlingsindikation
- der skal være faciliteter til diagnostik og behandling
- der skal være en egnet test, der er acceptabel for befolkningen
- omkostningerne skal stå i rimeligt forhold til de samlede sundhedsudgifter

Der er i dag tre screeningsmetoder for kræftsygdomme, som er tilstrækkeligt dokumenterede til at nationale screeningsprogrammer generelt anbefales. Det drejer sig om 1) Livmoder-halskræftscreening i form af undersøgelse for celleforandringer i livmoderhalsen, 2) Brystkræft-screening af kvinder i form af mammografiscreening og 3) Tarmkræftscreening af kvinder og mænd i form af undersøgelse for blod i afføringen (Sundhedsstyrelsen, 2005). Enkelte forskere er stadig uenige i nyttevirkningen af brystkræftscreening.

I Grønland tilbydes befolkningsscreening for livmoderhalskræft. Ud over dette er der et tilbud om regelmæssig undersøgelse af kvinder, der har en kendt arvelig tendens til brystkræft eller kræft i æggestokke og til patienter med familiær ophobning af tarmkræft.

5.1 Screening for livmoderhalskræft (smearundersøgelsen)

En reduktion af antallet af livmoderhalskræfttilfælde kræver en effektiv primær forebyggelse i form af en høj dækningsgrad af HPV vaccination, et velfungerende smearprogram, en velfungerende behand-

lingsindsats og en velfungerende opfølgning af patienter, der er blevet behandlet for at undgå recidiv af sygdommen.

I Grønland tilbydes systematisk screening for kræft i livmoderhalsen. Screeningen foregår ved, at en celleprøve (smearprøve) fra livmoderhalsen undersøges for forstadier og tidlige stadier af livmoderhalskræft. Smearundersøgelsen er en overordentlig effektiv måde at screene for forstadier til livmoderhalskræft på.

I Grønland begyndte man at tage smearprøver i begyndelsen af 70´erne. I midten af 90´erne blev fundet, at der blev taget et antal smearprøver, der ville være mere end tilstrækkeligt til at kunne undersøge alle i målgruppen ved en organiseret screening. Da kun 35 - 40 % af kvinder blev undersøgt, betød det, at mange kvinder fik taget overflødige smearprøver.

Der blev udarbejdet et screeningsprogram og fra 1/1 1998 blev der tilbudt undersøgelse til alle kvinder i aldersgruppen 20 – 70. I dag tilbydes alle kvinder i alderen 20-65 år hvert 3. år (2½ - 3½ års interval) screening for livmoderhalskræft. Baggrunden for i dag at ophøre ved 65 år er, at det er vist sig at være tilstrækkeligt til at undgå udvikling af livmoderhalskræft. Den praktiske udførelse af smearundersøgelserne er organiseret lokalt. Der udsendes centralt fra 2 personlige rykkerskrivelser.

Smearprøverne undersøges i Danmark. Der er sket en løbende forbedring af analysemetoden. Siden 2008 er prøven fremsendt i en alkoholopløsning til automatiseret analyse. Dette har bedret analysen væsentligt og mindsket behovet for genanalyser til 1-2 %.

Det er klart vist, at screening i Danmark og andre lande har reduceret antallet af egentlige livmoderhalskræfttilfælde betydeligt over de sidste 20 år. Årlig forekomst af livmoderhalskræft er fx i Region Syd, det tidligere Fyns Amt, reduceret med mere end 50 %. Antal tilfælde er formentlig også faldet i Grønland. Det årlige antal nye tilfælde af livmoderhalskræft er begrænset og har naturligt store udsving. Beregninger fra Gynækologisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital har - med et lille forbehold for endelig kvalitetsevaluering af tallene - nyligt vist en reduktion set over en 10 års periode.

Livmoderhalskræft skyldes oftest en HPV (Humant Papilloma Virus)-infektion (se kapitel 4). HPV består af mange undertyper. Nogle – specielt typerne 16 og 18 – kan inducere celleforandringer, som kan være kræftforstadier. En del af disse forsvinder uden behandling, men en væsentlig del videreudvikles til egentlig kræft. Tidsrummet fra infektion til udvikling af kræftforstadier er som regel langt: 2 – 10 år og det samme gælder fra kræftforstadier til kræft. Jo tidligere man finder kræftforstadierne jo simplere er behandlingen. De lette kræftforstadier ses an eller eventuelt fryses – medens de svære opereres med et såkaldt keglesnit. Egentlig kræft opereres altid.

Et væsentligt problem for smearundersøgelserne har været, at dækningsgraden er for lav. I 1998-1999 var dækningsgraden 70 %. Dækningsgraden er senere faldet og var i 2007 mindre end 40 %. I 2010 var dækningsgraden efter 1. rykker ca. 51 %. Hvis den ikke øges vil det ikke være muligt at få antallet af livmoderhalskræfttilfælde til at falde så meget, som det egentlig kunne. Det vil have store menneskelige omkostninger og betyde, at sundhedsvæsenet skal bære en dobbelt økonomisk byrde til både screening og behandling.

Fra 2004 kom tiltagende problemer med indkaldelsesprogrammet. Det blev helt uacceptabelt i 2008, hvor også børn og andre personer, der ikke skulle smearundersøges, blev indkaldt. I 2010 er dette rettet samtidig med, at der er indført en rykker nummer 2. Det forventes at øge dækningsgraden.

Et EDB-program blev udviklet tilbage i 1997 til at håndtere indkaldelser og lette opfølgningen af screeningsresultater. Dette er aldrig færdiggjort. Det gør, at det blandt andet er umuligt at lave kontroltabeller eller at udhente statistikker, hvilket gør opfølgningen af screeningen unødig tung.

5.2 Undersøgelse af kvinder med høj risiko for arvelig brystkræft og kræft i æggestokke

I Grønland tilbydes ikke befolkningsscreening for brystkræft, men patienter med særlig arvelig risiko for brystkræft og kræft i æggestokke tilbydes regelmæssige undersøgelser.

I forbindelse med genetisk undersøgelse af grønlandske patienter med brystkræft og/eller kræft i æggestokkene er fundet en ikke tidligere kendt sygdomsfremkaldende ændring af et gen (BRCA1 genet). Bærere af dette gen har høj livstidsrisiko for brystkræft og kræft i æggestokke. Siden 2009 er alle kvinder i risiko tilbudt undersøgelse for, om hun er bærer af genet. Det gælder:
- Alle patienter med brystkræft
- Alle patienter med kræft i æggestokke
- Relevante slægtninge til bærere af genet
- Alle der beder om det

Ved fund af en bærer af genændringen foretages familieudredning, hvor alle kvindelige familiemedlemmer, der kan have arvet genet, tilbydes undersøgelse. Kvinder, der er bærere af genet, tilbydes forebyggende undersøgelser så en eventuel udvikling af bryst- eller kræft i æggestokke kan findes hurtigt. De forebyggende undersøgelser består af mammografi hvert andet år og årlig kontrol ved gynækolog og fra 40-årsalderen tilbud om profylaktisk fjernelse af æggestokke (hvilket også reducerer risikoen for brystkræft). Da der ikke kan laves mammografi-undersøgelser i Grønland, foretages denne på Rigshospitalet.

Fordele og ulemper ved en befolkningsscreening for genet har været drøftet i en specialistgruppe. Man afstod, da det blev vurderet, at resultatet af en screening af befolkningen over 18 år ikke vil stå mål med de betydelige ressourcer en sådan screening ville kræve. Anbefalingen blev, at den nuværende strategi for genetisk udredning fortsættes, men at ny viden følges så anbefalingerne evt. kan ændres som følge af denne.

Det tilbud, der gives i Grønland er anderledes end det danske program omkring arvelige brystkræftformer, hvor man tilbyder mammografiundersøgelse hvert år.

5.3 Tyktarmskræft

Alle tilfælde af tarmkræft begynder med en godartet polyp. Udviklingen fra en godartet polyp til en kræftsvulst tager flere år. Det vides, at personer, der har haft polypper i tyktarmen, har en betydelig risiko for at få nye polypper. Regelmæssig kikkertundersøgelse af tyktarmen og systematisk fjernelse af polypper kan forebygge tarmkræft.

I Grønland tilbydes ikke befolkningsscreening for kræft i tyktarm og endetarm, men patienter med særlig risiko for disse kræftformer tilbydes regelmæssige undersøgelser.

Der findes også arvelig kræft i tyktarm og endetarm, hvor kræftrisikoen nedarves, men der er endnu ikke fundet familier i Grønland med mutationer i kendte tarmkræftgener. Der er heller ikke er fundet familier, der opfylder de klassiske kriterier for arvelig tarmkræft. Selvom arvelig tarmkræft ikke er fundet endnu, så er der en del familier, hvor flere familiemedlemmer har fået påvist tarmkræft.

Personer, der kommer til kikkertundersøgelse af tyktarmen eller operation for tyktarmskræft, udspørges om der er nogen i familien, der har haft tyktarmskræft. Hvis det er tilfældet tegnes et stamtræ. Det afgøres herudfra om regelmæssig kikkertundersøgelse af tyktarmen kan anbefales. Hvis der er mistanke om arvelig tyktarmskræft foretages yderligere familieudredning og eventuelt genetisk screening. Hvis der findes ophobning af tarmkræft i familien anbefales forebyggende kikkert-undersøgelse af tyktarmen hvert andet år til de personer, der kan være i risiko.

Godartede polypper i tyktarmen giver sjældent symptomer, men kan bløde. Polypper opdages oftest tilfældigt ved kikkertundersøgelse af andre årsager, som f.eks. uregelmæssigt afføringsmønster eller blodmangel, der kan være tegn på tarmkræft. Polypperne fjernes og hvis patologisk undersøgelse viser, at de er af den type, som kan blive til kræft, indgår personen i et kontrolprogram med kikkertundersøgelse hvert 5. år.

Undersøgelse af patienter med øget risiko for udvikling af kræft i tyktarm og endetarm er en integreret del af det daglige arbejde i Kirurgisk Ambulatorium eller under kystrejserne. Der føres kun delvis selvstændig statistik over disse undersøgelser og antallet er ikke kendt, men de udgør kun en lille del af det samlede antal kikkertundersøgelser af tarmen.

Tilbuddet til grønlandske patienter med ophobning af tyktarmskræft i familien er det samme som anbefales i europæiske lande.

5.4 Kræftscreening i Danmark

I Danmark tilbydes screening for livmoderhalskræft samt mammografiscreening hvert andet år til kvinder i alderen 50-69 år. I forbindelse med Kræftplan III fra 2010 er tarmkræftscreening indført som et tilbud til mænd og kvinder i alderen 50-74 år (Regeringen, 2010).

6 Udredning og behandling af de almindeligste kræftsygdomme

Som beskrevet tidligere er kræft ikke en sygdom, men mange forskellige sygdomme med et fællestræk – at de vokser uhæmmet og spreder sig ind i andre væv i kroppen. For at illustrere de mange facetter i kræftbehandlingen gives i dette kapitel en oversigt over de vigtigste kræftformer i Grønland, deres diagnose og behandling.

6.1 Lungekræft

Lungekræft består af flere hovedtyper. Typen har betydning for behandling og forløbet af sygdommen. I perioden september 2004 til maj 2010 blev i alt diagnosticeret 144 tilfælde af lungekræft. Den årlige forekomst af nye tilfælde (incidensen) af lungekræft i Grønland var således i denne periode 47/100.000. På verdensplan er forekomsten af lungekræft 52 nye tilfælde pr 100.000 personer om året. I Danmark var incidensen af lungekræft i 2003 45/100.000 pr. år. Antal tilfælde i Grønland er således af i dag af samme størrelsesorden som forekomsten både på verdensplan og i Skandinavien. Alders- og kønsfordelingen hos grønlandske patienter er stort set den samme som i resten af verden.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Omkring 90 % af alle lungekræfttilfælde skyldes rygning, og risikoen for at udvikle kræft er fortsat forøget selv efter rygeophør (se kapitel 4). Da et flertal af voksne fortsat ryger, og da mange starter med at ryge i en ung alder, kan det forventes, at antallet af lungekræfttilfælde fortsat vil være stigende i en periode fremover. Som det fremgår af figur 2.3 og 2.4, så er der i dag flest mænd, der udvikler lungekræft. Da antallet af rygere blandt kvinder/piger nu er højere end blandt mænd/drenge forventes det, at stigningen specielt vil ses hos kvinder.

Udredning og behandling

Ved mistanke om lungekræft vil den lokale udredning ofte starte med et røntgenbillede af lungerne. Hvis røntgenbilledet eller andre undersøgelser bekræfter mistanken henvises til Medicinsk afdeling på Dronning Ingrids Hospital. I Medicinsk afdeling vil diagnosen oftest blive stillet efter yderligere undersøgelser som CT scanning og en vævsprøve fra det mistænkte område. Vævsprøven tages ofte i forbindelse med en kikkertundersøgelse af luftvejene (en bronkoskopi). I nogle tilfælde er det teknisk ikke muligt, at nå frem til en sikker vævsdiagnose med de muligheder, der er på Dronning Ingrids Hospital. Så vil patienten blive overflyttet til videre udredning på Thoraxkirurgisk afdeling på Rigshospitalet.

I 2004 blev den medicinske behandling af lungekræft hjemtaget til Medicinsk afdeling på Dronning Ingrids Hospital, der har et Onkologisk dagafsnit. Behandlingen foregår i nært samarbejde med Onkologisk klinik på Rigshospitalet, da forudsætningen for hjemtagningen var, at behandlingen i Grønland vedvarende ligger tæt op af den, som gives på Rigshospitalet.

Når diagnosen foreligger, lægges en behandlingsplan. Behandlingsplanlægningen foregår på Medicinsk afdeling. Lokaliseret lungekræft kan kureres ved operation. Den operative behandling foregår på Thoraxkirurgisk afdeling på Rigshospitalet. Eventuel medicinsk efterbehandling efter operation gives på Dronning Ingrids Hospital. Ved sygdom med spredning tilbydes kemobehandling, eventuelt supple-

ret med strålebehandling. I de relativt få tilfælde, hvor der skal gives strålebehandling, gives denne i Danmark.

Prognose

I forbindelse med et forskningsprojekt er der ved at blive analyseret data omkring diagnose, behandling og overlevelse for patienter med lungekræft i Grønland (personlig meddelelse, Overlæge Allan Gelvan), men for nuværende har vi ingen data omkring dette. Det er ud fra projektet klart, at sygdommen hos flere patienter er mere fremskreden på diagnosetidspunktet, end det er beskrevet i andre undersøgelser fra den vestlige verden. Dette er et tegn på, at diagnosen formentlig stilles ret sent i sygdomsforløbet. Det kan have flere årsager (se afsnit 2.7 om patientforløb). Det vides på nuværende tidspunkt i projektet, at overlevelsen af lungekræft i Grønland, når den er i samme stadie, er sammenlignelig med danske og internationale resultater.

Organiseringen omkring lungekræftbehandling i forhold til i Danmark

Organiseringen af behandlingen af lungekræft i Grønland følger danske retningslinjer både for kirurgisk og medicinsk behandling.

6.2 Brystkræft

Som det fremgår af figur 2.8 er forekomsten af brystkræft i Grønland lav i forhold til i de øvrige nordiske lande. For perioden 1996-2009 er der indsamlet systematiske data for nydiagnoticeret brystkræft. I denne periode blev diagnosticeret i alt 193 nye tilfælde, hvilket svarer til en alderskorrigeret forekomst af nye tilfælde (incidens) på 58/100.000 per år. Forekomsten af brystkræft er forsat væsentligt lavere end i de højt industrialiserede lande, men menes at være let stigende. Grønland er formentlig langsomt på vej mod at have det samme antal af brystkræfttilfælde, som ses i den øvrige vestlige verden.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Arv kan være en vigtig faktor ved brystkræft specielt genbærere af BRCA1 har en høj risiko (se afsnit 5.2). Børnefødsler før 30-årsalderen beskytter i nogen grad mod brystkræft, mens barnløshed øger risikoen. Andre medvirkende faktorer er langvarig hormonbehandling efter overgangsalderen, overvægt og påvirkning fra hormonforstyrrende stoffer, mens fysisk aktivitet nedsætter risikoen.

Diagnostik og behandling af brystkræft

Hvis en kvinde kommer med mistanke om en knude i brystet og en klinisk undersøgelse bekræfter dette starter en lokal udredning om muligt med ultralyd. Ultralyd kan afklare, om der tale om væskefyldte områder (cyster), men er ellers ikke sikker nok til at stille diagnosen. Mammografi kan ikke tilbydes i Grønland.

Da Kirurgisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital i 1996 blev grenspecialiseret fik gynækologisk/obstetrisk afd. ansvaret for den kirurgiske behandling af lidelser i brystet (mamma) hos kvinder. Afdelingen har ikke læger, der er specialister i brystkirurgi, men følger stadig de retningslinjer, der dengang blev udstukket i samarbejde med Rigshospitalet. Undersøgelses- og behandlingsmuligheder er stort set uændrede fra 1996, på nær indførelsen af ultralydsundersøgelse, der er tilkommet senere.

Kirurgisk behandling

Behandlingen af brystkræft er altid primært operativ. I Grønland foretages operation oftest i 2 trin. Ved trin 1 fjernes den suspekte knude. I Nuuk henvises patienter med mistanke om en knude i brystet til gynækologisk/obstetrisk afdeling, mens den primære udredning og fjernelse af knuden på kysten i de fleste tilfælde vil blive foretaget lokalt. På gynækologisk/obstetrisk afdeling indlægges kvinder med knuder med stærk mistanke om kræft indenfor få dage, mens kvinder med mindre mistanke om, at knuden er kræft søges behandlet inden for 14 dage. Det fjernede væv sendes til patologisk undersøgelse i Danmark. Patologisvar foreligger i de fleste tilfælde og kan meddeles kvinden på under 21 dage.

Hvis der ved den patologiske undersøgelse er fundet tegn på kræft, bliver kvinden akut henvist til nærmere udredning og operation på gynækologisk/obstetrisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital. Operationen vil oftest være fjernelse af brystet (mastektomi). Den kirurgiske behandling indeholder en standardiseret undersøgelse for evt. spredning af kræften med fjernelse af lymfeknuder i armhulen. Operationen udføres oftest indenfor 7 dage efter patologisvaret er modtaget. Den samlede indlæggelsestid er 4-8 dage. Der foretages ca. 80 knudefjernelser på gynækologisk/obstetrisk afdeling per år. Der findes kræft i cirka 8-15 af disse tilfælde. Fra kysten henvises 5-10 patienter per år til kirurgisk kræftbehandling efter påvist brystkræft.

Primærknuden er i under 10 % af tilfældene fjernet i sundt væv. Her tilbydes at brystet kan bevares og at operationen kun består af fjernelse af lymfeknuder i armhulen. En væsentlig del af patienterne fravælger denne mulighed, måske fordi den indebærer en lille usikkerhed om, hvorvidt alt kræftvæv er fjernet (om operationen er radikal) eller fordi operationsmåden kræver efterfølgende strålebehandling ved et 3-4 måneders ophold i Danmark.

Det er i dag ikke mulighed for brystbevarende kirurgi til øvrige patienter bl.a. på grund af mangel på mulighed for patologisk undersøgelse af vævet under operationen. Der kan i stedet tilbydes sekundær rekonstruktion af brystet, hvis det ikke er kontraindiceret. Efterspørgslen af brystrekonstruktioner efter brystkræft har de senere år været 2-4 per år. Enkelte er blevet afvist af medicinske årsager eller kontraindikationer, mens andre har siden afstået tilbuddet af personlige årsager. 1-2 patienter bliver opereret på Dronning Ingrids Hospital årligt, dels af tilrejsende plastikkirurg, mens de øvrige opereres på Rigshospitalet (Personlig meddelelse, Overlæge i plastikkirurgi Hanne Kjeldsen).

Nogle af de henviste til sekundær rekonstruktion på Rigshospitalet rammes af sundhedsvæsenets henvisningsstop for ikke akutte patienter og ventetiden på rekonstruktion må lige nu forventes at være 1-4 år.

Det videre forløb planlægges ud fra resultaterne af undersøgelser af det fjernede væv og foregår helt eller delvis på Onkologisk afsnit på Dronning Ingrids Hospital. Der er ingen ventetid på onkologisk behandling, men behandlingen kan først opstartes, når operationssåret er helet. Det tager typisk 3-4 uger.

Onkologisk behandling

Den medicinske behandling af brystkræft blev hjemtaget i september 2004 efter aftale med Onkologisk Klinik på Rigshospitalet under forudsætning af, at behandlingen i Grønland ligger tæt op af den som til enhver tid gives på Rigshospitalet. I behandlingen indgår kemoterapi, hormonel/anti-hormonel behandling, biologisk behandling og strålebehandling efter gældende retningslinjer. De første tre typer

af behandlinger kan gives på Dronning Ingrids Hospital, mens strålebehandling foregår i Danmark. Strålebehandlingen er koordineret med det øvrige behandlingsforløb.

Prognose

I forbindelse med et forskningsprojekt (personlig meddelelse, overlæge Allan Gelvan) er der ved at blive analyseret data omkring diagnose, behandling og overlevelse for brystkræftpatienter diagnosticeret fra 1996 til 2009. Data er endnu ikke offentliggjort, men det er fundet, at 5 års overlevelsen ved brystkræft i perioden 1996-1999 var lav sammenlignet med data fra den vestlige verden. I perioden 2000-2003 sås gradvis bedring af overlevelsen. Efter indførelse af det nuværende behandlings- og opfølgningstilbud i 2004, ses en 5 års overlevelse, der er på linje med den, der kendes fra den vestlige verden. Det vides på nuværende tidspunkt ikke, om den dårligere overlevelse før hjemtagning af behandlingen skyldtes, at der var en anden fordeling på typer af brystkræft, eller om kræften var mere fremskreden.

Organiseringen omkring brystkræftbehandling i forhold til i Danmark

Tilbuddet for patienter med brystkræft adskiller sig væsentligt fra tilbuddet i Danmark. Dels vil en mammografiundersøgelse altid indgå i diagnostik af brystkræft i Danmark (foruden i det forebyggende screeningstilbud, se afsnit 5.4). Dels er det anbefalet, 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 behov. Desuden skal kunne tilbydes vurdering af kræftspredningen ved ”sentinel node” metoden, hvilket ikke kan tilbydes i Grønland, da det er en isotop-teknik.

Den medicinske brystkræftbehandling i Grønland er i overensstemmelse med danske og internationale retningslinjer.

6.3 Kræft i spiserøret (øsofaguscancer)

Kræft i spiserøret rammer 5 - 10 personer om året i Grønland. Den er hyppigst hos mænd. Der er flere tilfælde i Grønland end i Danmark, cirka 5 gange så mange. Hyppigheden synes at være stabil.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Alkoholforbrug og rygning anses for at være medvirkende årsager til sygdommen.

Behandling

Tidligere var operation den almindeligste behandling. Nu bliver de fleste patienter behandlet med en kombination af stråleterapi og kemoterapi. Nogle patienter med fremskreden kræft, konkurrerende sygdomme og dårlig almentilstand behandles palliativt (lindrende) med en stent i spiserøret (et rør af metalnet, der kan holde spiserøret åbent). Hverken strålebehandling eller kemoterapi kan gives i Grønland. Opholdet i Danmark er langvarigt (mange måneder).

Prognose

Mulighed for helbredelse er lille. Kun nogle få procent af patienterne er i live 5 år efter, at sygdommen blev opdaget.

Organiseringen omkring spiserørskræftbehandling i i forhold til i Danmark
Behandlingen af kræft i spiserøret foregår efter danske retningslinjer.

6.4 Kræft i mavesækken (ventrikelcancer)

Hyppigheden er cirka 5 - 10 tilfælde om året, flest mænd. Sygdommen er ca. dobbelt så hyppig i Grønland som i Danmark. Hyppigheden var stigende indtil 1997 (Friborg et al., 2003), men forventes nu at være stabiliseret. I Danmark er der sket et dramatisk fald i hyppigheden.

Faktorer, der medvirker til udviklingen
Mavesårsbakterier (Helicobacter Pylori) anses for en vigtig medvirkende årsag til ventrikelcancer. Helicobacter bakterier er meget udbredt i Grønland. I en befolkningsundersøgelse var 58 % af de undersøgte inficerede (Koch et al., 2005). I en undersøgelse af patienter, der skulle kikkertundersøges i mavesækken (gastroskoperes) på grund af halsbrand, smerter i den øverste del af maven eller sure opstød var 90 % inficeret. I Danmark er mindre end 20 % af befolkningen inficerede. Helicobacter Pylori smitter via afføring. Det kan forventes, at hyppigheden falder med tiden da de sanitære forhold fortsat bedres. Hyppigheden af kræft i mavesækken er højere hos rygere.

Behandling
Tidligere var den eneste behandling operation. Nu kombineres operation og kemoterapi. Praktisk taget alle patienter med ventrikelcancer henvises til Danmark, idet det anbefales, at operation for ventrikelcancer samles på få specialafdelinger. Kemoterapi for ventrikelcancer kan ikke gives i Grønland. Opholdet i Danmark er generelt langvarigt. Nogle patienter har så fremskredet sygdom, at de ikke kan opereres (indvækst i naboorganer og metastaser til lever og lunger). Hos andre patienter viser det sig ved operationen, at svulsten ikke kan fjernes. Patienter, der ikke kan opereres, tilbydes lindrende kemoterapeutisk behandling. Denne behandling kan heller ikke gives i Grønland.

Prognose
Hvis svulsten opdages og behandles tidligt er chancen for at blive helbredt god. Her vil tre ud af fire være i live fem år efter operationen. Men mere end halvdelen af patienterne har spredning af sygdommen, når den opdages, og kan ofte ikke opereres. Disse patienter lever kun få måneder.

Organiseringen omkring behandling af kræft i mavesækken i forhold til i Danmark
Organiseringen og tilbuddet omkring kræft i mavesækken adskiller sig ikke fra tilbuddet i Danmark.

6.5 Kræft i bugspytkirtlen (pancreascancer)

Hyppigheden af kræft i bugspytkirtlen er ifølge en undersøgelse begrænset i Grønland og kun lidt højere end i Danmark (Friborg et al., 2003). Erfaringen fra kirurgisk afdeling er dog, at sygdommen er lige så hyppig som kræft i spiserøret og i mavesækken og dermed rammer 5-10 personer årligt. Formentlig skyldes forskellen i vurderingen af forekomsten, at der tidligere skete en vis underrapportering, fordi personen døde inden en sikker diagnose var stillet eller tilfældet blev måske anmeldt som "udbredt kræft med ukendt primærtumor". Det skyldes, at kræft i bugspytkirtlen ofte giver ingen eller få symptomer indtil den har spredt sig og er blevet uhelbredelig. Kræft i bugspytkirtlen er lige hyppig hos mænd og kvinder.

Faktorer, der medvirker til udviklingen
Årsagerne til kræft i bugspytkirtlen er ukendt. Sygdommen kan være arvelig (familiær bugspytkirtelkræft). Der kendes ingen familier med arvelig bugspytkirtelkræft i Grønland.

Symptomer
De almindeligste symptomer på bugspytkirtelkræft er gulsot, kvalme og smerter. Den eneste behandling, der kan føre til helbredelse er operation, men kun få af de patienter, der opereres for bugspytkirtelkræft er i live 5 år efter operationen.

Operativ behandling
Patienter med bugspytkirtelkræft, hvor der er håb om helbredelse, sendes til behandling i Danmark. Helbredende operation for bugspytkirtelkræft udføres kun på specialafdelinger, og grønlandske patienter behandles på Rigshospitalet. Når sygdommen opdages, har de fleste patienter så fremskredet sygdom, at de ikke kan helbredes ved en operation. Mange af disse får foretaget en palliativ operation, der forhindrer, at de udvikler gulsot. Det sker hvis kræften trykker på galdevejene. Operation gør, at de kan spise almindeligt. Denne operation kan udføres i Grønland.

Onkologisk behandling
Den onkologiske viderebehandling af bugspytkirtelkræft blev hjemtaget til Dronning Ingrids Hospital i 2006 og udføres i nært samarbejde med Onkologisk Klinik på Rigshospitalet, under forudsætning af at behandlingen i Grønland ligger tæt op af den standardbehandling, der til enhver tid tilbydes på Rigshospitalet.

Hos formodet raskopererede tilbydes efterfølgende adjuverende kemoterapeutisk behandling. Denne behandling gives over få måneder. I tilfælde, hvor sygdommen ikke kan helbredes med kirurgi, tilbydes pallierende kemoterapeutisk behandling. Både den adjuverende og den pallierende behandling omfatter kun et stof, der gives i en blodåre en gang ugentligt. Der er ingen væsentlige bivirkninger forbundet med denne type kemobehandling, og teknisk er den relativt nem at håndtere. Ved behandling på Dronning Ingrids Hospital vil der ikke være mulighed for at hjemrejse mellem behandlinger for alle patienter. For patienter, der bor uden for Nuuk, opstartes behandlingen i de fleste tilfælde derfor på Dronning Ingrids Hospital og foregår derefter lokalt på kystsygehusene. Behandlingen kan startes 3-4 uger efter operation.

Organiseringen omkring behandlingen af bugspytkirtelkræft i forhold til i Danmark
Organiseringen og tilbuddet ved bugspytkirtelkræft er som i Danmark

6.6 Kræft i tyktarmen (kolorektal cancer)

Tarmkræft (kræft i tyktarm og endetarm) er den hyppigste form for kræft i mavetarmkanalen. 20-25 personer får stillet diagnosen hvert år i Grønland, og hyppigheden er stigende. Lige mange mænd og kvinder rammes. Sygdommen er lige hyppig i Danmark og Grønland, når der korrigeres for forskelle i befolkningernes alderssammensætning.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Tarmkræft kan være arvelig, men i de fleste tilfælde er årsagen reelt ukendt, selvom en lang tarmpassagetid og dermed spisevaner menes at have betydning (se afsnit 4.5). Der findes en lang række arvelige syndromer, hvor der ses en øget risiko for tarmkræft. I Grønland er der ikke identificeret familier med disse, men der er en del familier har familiært optrædende tarmkræft (se afsnit 5.3). Det ser ud som om Acetylsalicylsyre (Hjertemagnyl) beskytter mod kræft i tyktarm og endetarm.

Udredning og behandling

Mistanken om kræft i tyktarm og endetarm vil ofte opstå ved blod i afføringen eller vekslende afføringsmønster. Begge dele er relativt hyppige symptomer også ved andre lidelser i tarmen. Ved mistanke udføres lokalt kikkertundersøgelse af endetarmen og eventuelt røntgen af tyktarmen med kontrast. Røntgenundersøgelsen var tidligere den vigtigste undersøgelse ved mistanke om tarmkræft, men i dag anbefales kikkertundersøgelse af hele tyktarmen frem til overgangen til tyndtarmen. Denne undersøgelse er en speciallægeundersøgelse og fortages i kirurgisk ambulatorium på Dronning Ingrids Hospital.

Behandlingen af tarmkræft afhænger af om svulsten sidder i tyktarmen eller i endetarmen. Kræft i tyktarmen behandles med en operation. I nogle tilfælde anbefales ekstra medicinsk behandling (adjuverende kemoterapi). Operationen kan udføres her i Grønland, og patienterne kan få den adjuverende kemoterapi på Medicinsk afdeling på Dronning Ingrids Hospital.

Hvis svulsten sidder i endetarmen, er behandlingen også operation, men først foretages en MR-scanning. Afhængig af resultatet gives strålebehandling inden operationen. Selve operationen udføres på specialafdeling, på Rigshospitalet. På grund af strålebehandlingen bliver opholdet oftest langvarigt (flere måneder).

Prognose

Muligheden for at blive helbredt er rimelig god. Cirka halvdelen af alle patienterne er i live fem år efter operationen. Næsten alle, der får opdaget svulsten tidligt, helbredes. Hvis svulsten har spredt sig til leveren er muligheden for helbredelse meget lille.

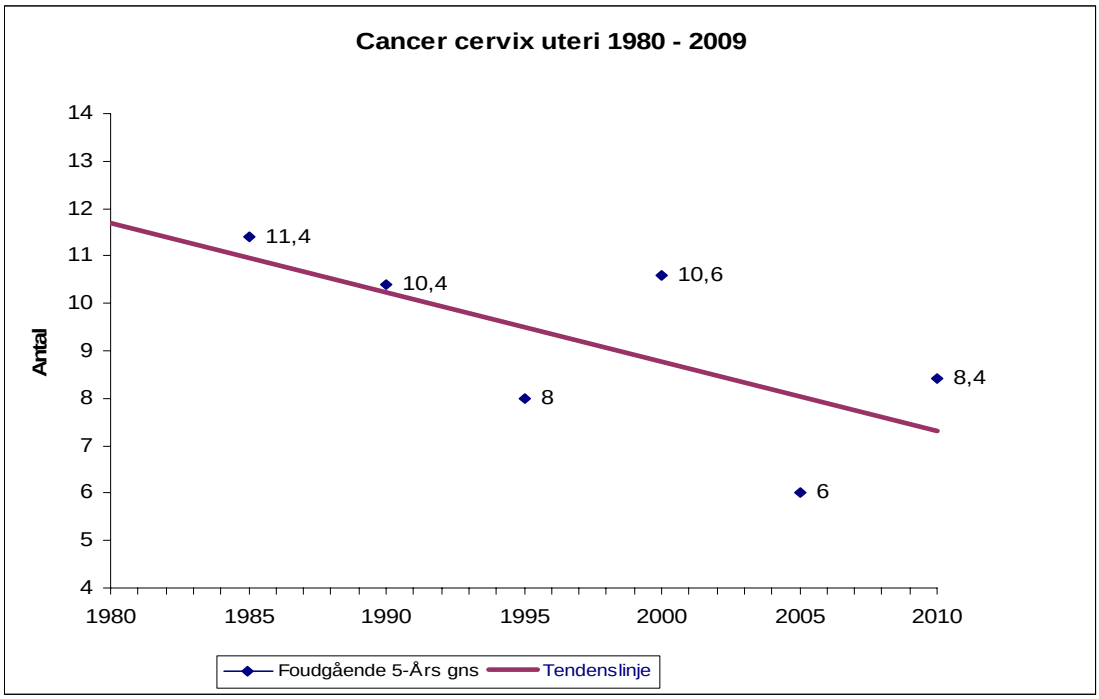
Organiseringen omkring behandlingen af tarmkræft i Grønland i forhold til i Danmark

Kræft i endetarmen behandles i Grønland som i Danmark. Den operative behandling opfattes også i Grønland som en specialiseret behandling, der bør foregå på specialafdeling og som bør foretages af kirurger, der behersker specielle teknikker.

Behandlingen af kræft i tyktarmen opfattes i Danmark også som en specialistopgave, der bør foregå på specialafdelinger med et befolkningsgrundlag på 350.000- 500.000 indbyggere, men opereres i dag på Dronning Ingrids Hospital.

6.7 Livmoderhalskræft

Antal nye tilfælde sat i forhold til alderen (den aldersstandardiserede incidens) af livmoderhalskræft (cancer cervix uteri) er på ca. 40 tilfælde pr. 100.000 kvinder pr år. Selvom antallet er halveret fra 70´erne er det fortsat højt og ca. 3 gange højere end i Danmark, der ellers har en af de højeste antal nye tilfælde i Europa.



Figur 6.1: Antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i 5 års perioder 1980-2009

Der har gennem de sidste 20 år været et fald i antal nye tilfælde pr. år til 6-8 pr. år i de sidste 10 år (se figur 6.1). Dette må tilskrives indførelse af screening, idet kræftforstadier opdages og behandles tidligere med næsten 100 % helbredelse.

Der er ikke udført specifikke undersøgelser af dødeligheden af livmoderhalskræft i Grønland, men den er tilsyneladende også faldende. Den lavere dødelighed skyldes at cancertilfældene findes tidligere, men også en øget indsigt og opmærksomhed lokalt, samt mere effektiv behandling og systematisk efterkontrol.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Langt de fleste tilfælde af livmoderhalskræft er induceret af en HPV-virus (Humant Papilloma Virus). HPV virus består af mange undertyper. Højrisikotyperne for livmoderhalskræft er bl.a. type 16 og 18, som man i dag kan vaccinere imod (se afsnit 4.7). Infektionen kan inducere kræftforstadier, der kan findes ved smearundersøgelse (se afsnit 5.1).

Behandling

Livmoderhalskræft opdages oftest i forbindelse med en celleprøve. Såfremt der er påvist tegn på kræftforstadier foretages videreudredning med udskrabning af væv fra livmoderhalsen og biopsier. Hvis svaret på disse vævsprøver viser lette forstadier kan de kontrolleres, da mange helbredes spontant. Er de vedblivende, er der sværere forandringer eller egentlig kræft henvises til videre behandling på gynækologisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital. Her udføres yderligere undersøgelser til belysning af kræftens eventuelle spredning.

De lette kræftforstadier (dysplasier) ses an evt. fryses, mens de svære opereres med et såkaldt keglesnit (koniseres). Ved egentlig kræft behandles ud fra en inddeling af, hvor kræften sidder og om den

har bredt sig. Behandlingen er operativ ved begrænset spredning evt. suppleret med stråle-behandling eller kemoterapi. De senere stadier behandles med strålebehandling og/eller kemoterapi. Egentlig kræft i tidligere stadier (stadium 1 og 2a) opereres på Dronning Ingrids Hospital, medens stadium 2b – 4 henvises til behandling på Rigshospitalet. Forløbet, behandlingen og kontrol er i øvrigt som angivet i vejledningerne fra Dansk Gynækologisk Cancer.

Prognose

Livmoderhalskræft er normalt en langsomt voksende kræfttype. Ved kræftforstadierne tidligt kan kræften med enkle midler kureres fuldstændigt.

Organiseringen omkring behandlingen af livmoderhalskræft i Danmark

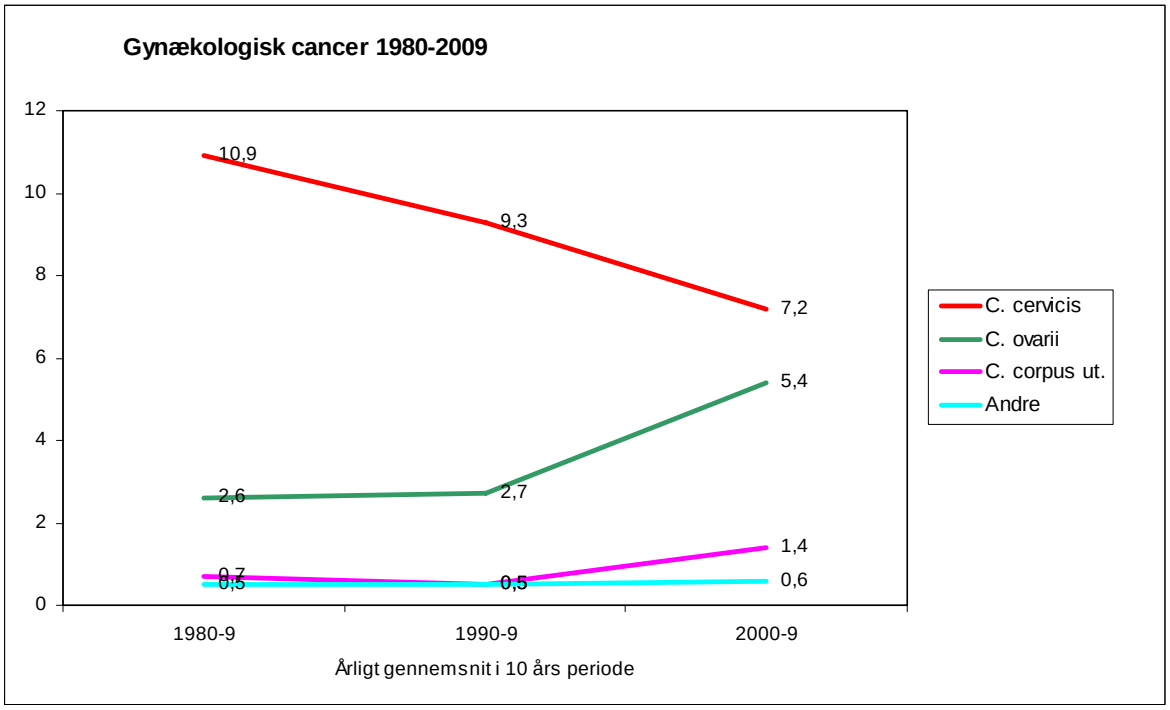
I Danmark er behandlingen af Livmoderhalskræft centraliseret, således at alle patienter med egentlig kræft behandles på regionale centre. Dette sker ud fra et ønske om, at afdelinger, der opererer fremskreden livmoderhalskræft, har et patientgrundlag på 1 million indbyggere (Sundhedsstyrelsen, 2005) for, at gynækologerne skal være bedst muligt trænet i behandlingen. Specialister rejser ved behov til Grønland og opererer patienter i Stadium 1 og 2a på Dronning Ingrids Hospital.

6.8 Kræft i æggestokkene

Æggestokskræft har tidligere ramt grønlandske kvinder i et antal lig med eller under det danske. Imidlertid er set en stigning i den seneste periode (Figur 6.2). Stigningen kan være betinget af bedre tilgængelighed af diagnostiske muligheder med mulighed for ultralydsscanning og blodprøve for biomarkør (CA-125) – også på kysten.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Som ved brystkræft er genbærere med BRCA1 særlig udsatte. Disse kvinder tilbydes årlig kontrol ved gynækolog og fra 40-årsalderen tilbydes profylaktisk fjernelse af æggestokke (hvilket også reducerer risikoen for brystkræft) (se afsnit 5.2).



Figur 6.7: Gynækologisk cancer (livmoderhalskræft (c. cervicis), kræft i æggestokke (c. ovarii) og livmoderkræft (c.corpus uteri)) 1980-2009. Gennemsnitlige årlige antal i 10 års periode

Behandling

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 gives først kemoterapi og efterfølgende kirurgisk behandling på Rigshospitalet. Kontrollen foregår de første 1-2 år på Rigshospitalet, hvorefter den om muligt overtages af gynækologer på Dronning Ingrids Hospital.

Prognose

Mange patienter findes først i et sent stadie, hvor sygdommen er vidt fremskredet, da sygdommen er relativt symptomløs. Overlevelsen er for grønlandske som for danske patienter på ca. 30 % efter 5 år. Overlevelsestiden er dog steget fra ca. 3 år i dag mod ca. 1 år i 70´erne.

Organiseringen omkring behandlingen af kræft i æggestokkene i Danmark

I Danmark betragtes kræft i æggestokkene som en specialistopgave og den kirurgiske behandling er inden for de sidste år samlet i få centre.

6.9 Livmoderkræft og andre gynækologiske kræftformer

Kræft i livmoderen (c. corporis uteri) er sjælden i Grønland om end der er set en svag stigning (Figur 6.7), måske på grund af den øgede levealder og ændret livsstil. Symptomer er typisk blødninger efter menopausen. Mange findes tidligt og også derfor er prognosen god. Ca. 80 % er i live efter 5 år. Udredning og behandling følger vejledningerne i Danmark.

6.10 Hoved- og halskræft specielt kræft i næsesvælget

Hoved-halskræft er hyppigt forekommende blandt befolkningen i Grønland. Det gælder i særdeleshed kræft i næsesvælget (rhinopharynxcancer), som er langt den hyppigste hoved- og halskræftform i Grønland. Antal nye tilfælde per år har de sidste år været mellem 8 og 14 nye tilfælde pr. år de seneste 5 år. Kræft i næsesvælget er hos kvinder næsten 50 gange så hyppig som i Danmark, mens den for mænd er ca. 25 gange så hyppig. Kræft i næsesvælget er også hyppigere forekommende i en række asiatiske lande og i Nordafrika.

Faktorer, der medvirker til udviklingen

Der er en klar sammenhæng mellem kræft i næsesvælget og infektion med Ebstein-Barr virus (se afsnit 4.7). I de områder i verden, hvor der er en høj forekomst af kræft i næsesvælget findes virus i langt de fleste tumorer. I modsætning til andre kræftformer i hoved- og halsområdet, er der ikke sammenhæng mellem forbrug af alkohol og tobak og kræft i næsesvælget. Der er også en arvelig komponent. Der kendes tilfælde med familiære ophobninger af kræft i næsesvælget, ligesom der er byer/områder i Grønland med relativt flere tilfælde kræft i næsesvælget.

Symptomer og diagnose

Det er ofte svært at stille diagnosen kræft i næsesvælget. Patienter kan gå med sygdommen igennem længere tid med kun vage symptomer som lidt trykken i hovedet, ubehag - der ofte relateres til bihuler og næse -, måske tæthed i næsen, lidt næseblod eller nedsat hørelse på grund af væske i mellemøre. Senere, når svulsten vokser ind under kraniet, kommer der symptomer fra tryk på nerver; fx nedsat bevægelighed af øjne/skelen på grund af øjenmuskellammelse, smerter der stråler ud til ansigtet eller følelsesløshed. Svulsten spreder sig først efter længere tid til lymfekirtler på halsen, men ofte stilles diagnosen først, når en person kommer med hævede kirtler på halsen. Diagnosen stilles ved prøver (biopsi) fra dels næsesvælget dels fra eventuelle kirtler på halsen i forbindelse med undersøgelse hos en øre-næse-halslæge enten på Dronning Ingrids Hospital eller hos en rejsende øre-næse-halslæge på kysten.

Behandling

Sygdommen behandles på Rigshospitalet med stråle- og kemoterapi sideløbende, så kemoterapi sker i forbindelse med strålebehandlingen. Det forøger strålebehandlingens effekt og forebygger spredning og lokalt tilbagefald af kræften. Behandlingen er individuelt planlagt til den enkelte patient via computersimulation.

I efterforløbet efter behandlingen har disse patienter behov for betydelig støtte fra sundhedsvæsenet. Behandlingen har svære bivirkninger i form af smerter, tørre slimhinder, hævelse både i og udenpå halsen og sår på hud og slimhinder. Det er især vigtigt, at patienten følges og støttes omkring ernæring, men også smertebehandlingen er vigtig. Det kan være nødvendigt, at en patient i en periode efter strålebehandlingen ernæres gennem en slange til maven eller, for at sikre vejrtrækningen, får lagt en kanyle fra forsiden af halsen til luftrøret (tracheostomi).

Prognose

Hurtig opstart af behandling samt intensiv efterkontrol er af stor betydning for overlevelsen. På grund af demografiske forhold og mangel på speciallæger, er der anledning til at tro, at håndteringen af hoved-halskræft i Grønland, ikke har været optimal. For langt de fleste patienter stiles mod at kunne gøre patienten rask. Vigtigheden af opfølgning efter endt egentlig kræftbehandling er illustreret af data

fra Rigshospitalet. I Danmark er der en 5 års overlevelse for disse patienter på omkring 70-80 %, mens det går de grønlandske patienter noget dårligere. Det har to hovedårsager. Den første er, at patienter i Grønland kommer meget senere til behandling, end de gør i Danmark. De har dermed større svulster med deraf følgende ringere mulighed for helbredelse. Den anden er, at der hidtil har været ringe muligheder for opfølgning og støtte efter endt behandling i Danmark. Der arbejdes på at bedre dette. Der blev i 2010 afholdt et seminar med fokus på opfølgning af patienter med kræft i næsesvælget med vægt på ernæring og smertebehandling med deltagelse af personale fra kystsygehuse. På seminaret var undervisere fra Onkologisk afdeling på Rigshospitalet og man enedes om en fremtidig struktur på efterforløbet for disse patienter.

7 Rehabilitering og palliativ indsats

7.1 Rehabilitering

Rehabilitering starter principielt ved kræftdiagnosen. Rehabilitering efter en kræftsygdom tager udgangspunkt i den enkelte patients behov og er dermed individuel. Rehabilitering bør tilbydes alle patienter.

Af landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v. beskrives sundhedsvæsenets vigtigste opgave som værende *"at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande samt at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande".*

Den sundhedsmæssige rehabilitering må med henvisning til denne landstingsforordning være sundhedsfremmende og forebyggende, udover at være en væsentlig del af pleje og behandlingen. En stor del af rehabiliteringen sker udenfor sundhedsvæsenets område. Fx er den sociale rehabilitering en opgave, der skal ske i tæt samarbejde med aktører i den sociale sektor. Øvrige aktører i rehabilitering er arbejdsgiver, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer og evt. uddannelsesorganisationer, ligesom frivillige organisationer og NGO'er, som fx Neriuffiit Kattuffiat (Kræftens Bekæmpelse) har en betydelig plads.

I denne redegørelse er fokuseret primært på den sundhedsmæssige rehabilitering.

Rehabilitering til kræftramte patienter drejer sig om at hjælpe patienter, som har eller risikerer at få begrænsninger i deres fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne på grund af kræftsygdommen eller senfølgerne heraf. Mange af kræftpatienterne er i den arbejdsdygtige alder. Det er af stor betydning for den enkelte og for samfundsøkonomien at forebygge senfølgers opståen, at identificere dem, hvis de opstår og at mindske deres effekter. Hjælpen skal sikre et selvstændigt og meningsfyldt liv med eller uden tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er vigtigt, at også de pårørende inddrages i rehabiliteringen.

Rehabilitering kan defineres som: *En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har, eller er i risiko for at få, betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og / eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats* (Marselisborgcentret, 2004).

En vellykket rehabilitering er, når den kræftramte opnår et liv som han/ hun er tilfreds med. Rehabilitering kan ske ved hjælp af:

- Genoptræning
- Håndtering af blivende forandringer som følge af sygdommen eller dens behandling
- Forebyggelse så sygdommen ikke udvikler sig yderligere og eventuelle komplikationer eller senfølger begrænses.

Undersøgelser viser, at kræftpatienter kan have et betydeligt rehabiliterings-behov i forhold til psykiske belastninger (Mehlsen et al., 2007). Nyere undersøgelser viser også, at der er effekt af fysisk rehabili-

tering (træning) under kræftbehandling (Adamsen et al., 2009). Kræftpatienters rehabiliteringsbehov er meget forskellige, men for mange kan enkle tiltag være med til at forbedre rehabiliteringen.

Rehabilitering kan understøttes af almindelig information og patientuddannelse. Patientuddannelse kan også være en del af rehabiliteringen og kan være med til at:

- Støtte patienterne og give dem redskaber til at kunne mestre sygdom og behandling
- Sætte fokus på livsstilsændringer og forebyggelse.

Rehabiliteringsmuligheder på sundhedscentre/regionssygehuse

Der foreligger ikke fælles rutiner og retningslinjer for rehabiliteringen på sundhedsområdet. En forespørgsel til regionerne viste, at der tilbydes rehabiliterende tiltag tilpasset lokale muligheder og kompetencer. Livsstilsvejledning fra de lokale diabetesgrupper eller profylaksenøglepersoner/sygeplejersker er et gennemgående træk, ligesom sundhedscentrene/regionssygehusene samarbejder med lokalkommunen om fx hjemmehjælp. Træning og genoptræning foregår ikke alle steder pga. mangel på lokale fagprofessionelle på området. Der findes ved alle sundhedscentre og regionssygehuse mulighed for hjemmesygepleje. Flere sundhedscentre/regionssygehuse henviser til de lokale afdelinger af Neriuffiit Kattuffiat. Patienter i kemoterapi kan bruge onkologisk dagafsnits ”hotline”. Ud over dette er der tilbud om hjælpemidler fx proteser, parykker og rekonstruktion også udenfor Nuuk.

Rehabiliteringsmuligheder på Dronning Ingrids Hospital

Der er på nuværende tidspunkt følgende rehabiliteringstilbud til de onkologiske patienter på Dronning Ingrids Hospital:

Tilbud til alle:

- Parykker og tørklæder i forbindelse med kemoterapi
- Vejledning ved diætist
- Information om økonomi: Legater, kritisk sygdom (pensionskasse) og bistand fra egne socialrådgivere
- Udlån af hjælpemidler
- Patienter i kemobehandling har en ”hotline” til Onkologisk dagafsnit
- Mulighed for åbne indlæggelser dvs. at terminale patienter kan indlægges direkte i afdelingerne udenom Dronning Ingrids Sundhedscenter i Nuuk
- Ilt-behandling i hjemmet
- Hjemmesygepleje.

Ved brystkræft:

- Lymfødem behandling ved fysioterapeut
- Brystproteser og hjælpemidler
- I samarbejde mellem Onkologisk dagafsnit og Neriuffik arrangeres møder forår og efterår for patienter med brystkræft
- Rekonstruktion af brystet efter brystkræft

Andre kræftformer:

- Nye tandproteser til ØNH cancer patienter
- Undervisning i colostomi.

Rehabiliteringsmuligheder i Danmark (for danske borgere)

I alle tre danske Kræftplaner påpeges, at kræftrehabilitering skal ses som en integreret del af kræftbehandlingen, at der bør ske en nøje afklaring af den enkelte kræftpatients behov for rehabilitering og at der bør udvikles og implementeres kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser. Kræftens Bekæmpel-

se mener dog, at der fortsat er behov for mere konkrete indsatser på rehabiliteringsområdet (Kræftens Bekæmpelse, 2010).

Alle danske kræftpatienter skal inden udskrivningen have lavet en rehabiliteringsplan. Der findes i mange kommuner en tværfaglig rehabiliteringsindsats og evt. rehabiliteringscentre, som tilbyder kurser for færdigbehandlede kræftpatienter. I København findes der et sundhedscenter for kræftramte. Det er landets første sundhedscenter alene målrettet personer, der er berørte af kræft. Centret er oprettet i et fællesskab mellem Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Centret er opdelt i to enheder: En rehabiliteringsenhed, som varetages af Københavns Kommune og en rådgivningsenhed, som Kræftens Bekæmpelse står for. Rehabiliteringsenheden tilbyder forløb, hvor f.eks. fysisk aktivitet, undervisning og samtaler kan være en del af forløbet. For at deltage kræves en henvisning fra egen læge eller behandlende afdeling. Rådgivningsenheden tilbyder individuelle samtaler og samtaler sammen med pårørende eller i grupper med ligestillede. Dette tilbud er åbent for alle, uanset bopæl.

7.2 Palliativ indsats og terminal pleje

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. Støtte til de pårørende og efterladte er også en vigtig del af den palliative indsats.

WHO definerer formålet med palliativ indsats som *" at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står overfor de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, social og åndelig art"*
(se http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/). Den palliative indsats:

- tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter
- tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som for eksempel kemo- eller stråleterapi og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer

Det palliative områder er - som rehabilitering – tværfagligt og en stor del af ansvaret for den palliative ligger udenfor sundhedsvæsenets regi. Der skelnes mellem basal palliativ indsats og specialiseret palliativ indsats. Uanset indsatsniveau så kræver den tværfaglige indsats samarbejde og koordination mellem fagområder og sektorer – centreret omkring patientens behov.

Basal palliativ indsats foregår:

- Ambulant i sundhedscentre/regionssygehuse ved distriktslæge og plejepersonale
- Under indlæggelse i sundhedscentre/regionssygehuse på almene sengeafdelinger eller på Dronning Ingrids Hospitals sygehusafdelinger
- I hjemmet i kommunalt regi ved den kommunale hjemmepleje og ved hjemmesygeplejerske

Specialiseret palliativ indsats foregår ved:

- Palliative teams
- Palliative sengeafdelinger på sygehusene
- Hospice

I Grønland er den palliative indsats kendetegnet ved **ikke** at være specialiseret.

Den palliative indsats og terminale pleje på sundhedscentre/regionssygehuse

Der er ikke retningslinjer for den palliative indsats i sundhedsvæsenet i Grønland og mulighederne er lokalt forskellige. Alle sundhedscenter/regionssygehuse kan som hovedregel tilbyde enestuer med mulighed for medindlæggelse af pårørende og giver mulighed for indlæggelse til alle terminale patienter med behov for dette. For terminale patienter i eget hjem tilbyder sundhedsvæsenet hjemmesygepleje i dagtiden. Omfanget af hjemmesygeplejen er tilpasset lokale behov og muligheder.

Terminale patienter må ofte indlægges af andre grunde end et egentligt specialiseret plejebehov. Det kan være, fordi patienten bliver bange for at være alene i hjemmet, fordi familien er kørt trætte eller fordi det lokale alderdomshjem ikke har mulighed for at kunne tilbyde aflastningsplads og plejemæssige kompetencer, der dækker patientens behov. Det opfattes ikke som optimalt.

Personalet på sundhedscenter/regionssygehuse angiver, at samarbejdet med kommunerne og sundhedscenter/regionssygehuse er meget forskelligt i integration og i omfang.

Den palliative indsats og terminale pleje på Dronning Ingrids Hospital

Dronning Ingrids Hospital fungerer både som lokalsygehus for Nuuks borgere og som landshospital for hele Grønland. De fysiske rammer på sengeafdelinger på Dronning Ingrids Hospital er præget af, at Dronning Ingrids Hospital er et ”gammelt” hospital og ofte har en stor overbelægning.

Generelt tilstræbes for alle patienter, at den sidste tid tilbringes så tæt på eget hjem og familien som muligt. Patienter med bopæl udenfor Nuuk vil derfor ofte blive overflyttet til sundhedscenter/regionssygehus. Enkelte patienter fra kysten behandles på Dronning Ingrids Hospital: Der er ofte patienter med komplekse plejeforløb og behandlingsbehov, med familie i Nuuk og med for sen stillingtagen til, hvor patienten ønsker at dø.

Patienter fra Nuuk har i det terminale forløb mulighed for en åben indlæggelse, hvilket betydet at de kan indlægges direkte udenom Dronning Ingrids Sundhedscenter. Kun enkelte patienter oplever et forløb helt i eget hjem, da der heller ikke i Nuuk er mulighed for døgnsygepleje og døgndækkende hjemmehjælp. Dette betyder, at patienter kan være indlagt i terminale forløb i 1-2 måneder. Disse patienter kan være meget plejekrævende, idet de som oftest også har smerteproblematikker samt psykiske, sociale og åndelige behov, som skal varetages. Pårørende vil ligeledes have behov for samtaler og støtte fra personalet i denne svære periode.

Det er klart, at der i dag er palliative behov – ikke kun for kræftpatienter, men også for andre patientgrupper - der ikke kan dækkes. Det gælder specielt pleje i eget hjem, idet der ikke er mulighed for døgnsygepleje og døgndækkende hjemmehjælp i hjemmet eller for at imødekomme ønske om terminal pleje i hjemmet. De manglende muligheder ses både omkring den professionelle indsats og omkring de økonomiske muligheder, da denne form for pleje er økonomisk og personalemæssig omkostningstung.

Der mangler også for nuværende et regelsæt, der specificerer plejeområdet. I dag er der ingen klar afgrænsning mellem sundhedsvæsenets og det kommunale områdes ansvar for pleje af patienter i eget hjem.

Smertebehandling

Smertebehandlingen er en vigtig del af den palliative behandling af kræftpatienter. Smertebehandling opleves af plejepersonalet på både Dronning Ingrids Hospital og på lokale sundhedscentre/regionssygehuse, som et område med behov og potentiale for udvikling og forbedring.

Der er i dag ikke samme retningslinjer for smertebehandling lokalt. Behovet for udvikling syntes således særligt stort på landets sundhedscentre /regionssygehuse og kunne ske i samarbejde med Anæstesiologisk afdeling på Dronning Ingrids Hospital.

7.3 Juridiske og økonomiske forhold

I henhold til *Landstingsforordning nr. 15 af 20. november 2006 om offentlig hjælp* og *Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 4 af 15. marts 2007 om udbetaling af offentlig hjælp, handlingsplaner, rådighed mv*. har alle personer, der opholder sig i Grønland, ret til hjælp, hvis de ikke kan forsørge sig selv og deres familie ved arbejdsløshed eller ved sygdom.

Der ydes offentlig hjælp til forsørgelse og til faste udgifter samt til enkeltudgifter, hvis borgeren er syg og derfor ikke står til rådighed for arbejdsmarkedet. Der kan således ydes offentlig hjælp til udgifter til mad, varme, tøj eller lignende. Hvis borgerens økonomi ændres væsentligt som følge af sygdom, kan en borger i en lejebolig søge om boligsikring på baggrund af den forventede lavere indtægt. Denne mulighed findes ikke for borgere i egen bolig. Nogle kræftpatienter er via deres overenskomst eller ansættelseskontrakt berettiget til løn under sygdom.

Hvis en borger har varigt nedsat erhvervsevne pga. en sygdom kan vedkommende tilkendes førtidspension, hvis betingelserne herfor er opfyldt.

7.4 Regler omkring ledsagelse ved sygdom

Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 2 af 24. januar 2005 om ydelser ved undersøgelser og behandling udenfor patientens hjemsted behandler også regler omkring ledsagelse. Patienter, der transporteres til behandling udenfor hjemsted og som befinder sig i en akut livstruende tilstand, kan ledsages af én pårørende eller nærtstående på sundhedsvæsenets regning, hvis forholdene tillader det. Det er den til enhver tid behandlende læge, der afgør, hvorvidt der er tale om akut livstruende sygdom. Unge under 18 år har altid ret til én pårørende som ledsager. Det er altid piloten der afgør, hvorvidt der er plads til ledsagere ved en evakuering. Såfremt piloten ved en evakuering skønner, at der er plads kan en nr. 2

pårørende komme med. Det grønlandske sundhedsvæsen afholder ingen udgifter i forbindelse med nr. 2 pårørende og bistår ikke med indkvartering, forplejning m.v.

Pårørende, der rejser på sundhedsvæsenets regning har ret til forplejning og indkvartering indtil patientens tilstand er stabiliseret. Det grønlandske sundhedsvæsens forpligtigelser vedr. ophold og forplejning ophører således, når patientens tilstand ikke længere skønnes at være akut livstruende. Ophold og forplejning for ledsager er herefter for dennes egen regning.

Ved ikke-akut livstruende evakuering kan én pårørende-ledsager følge patienten. Det grønlandske sundhedsvæsen afholder ingen udgifter i forbindelse hermed, og bistår ikke med indkvartering, forplejning m.v. Da kræftsygdom kun sjældent kan betegnes som akut livstruende har pårørende oftest ikke mulighed for få rejse og ophold betalt via sundhedsvæsenet. Heller ikke kommunerne er i dag forpligtede til at betale for billet eller opholdsudgifter til pårørende.

Hjemrejse for den pårørende bestilles og betales af det grønlandske sundhedsvæsen. Der vælges den billigste løsning og hjemrejsen kan ikke tilpasses personlige ønsker, ændres eller refunderes.

7.5 Neriuffiit Kattuffiat (Kræftens Bekæmpelse)

I Grønland findes der en landsdækkende upolitisk forening for kræftpatienter og deres pårørende - Neriuffiit Kattuffiat (Kræftens Bekæmpelse). Landsforeningen Neriuffiit Kattuffiat blev dannet i 1998, mens den første lokalforening blev oprettet i 1988.

Neriuffiit Kattuffiat's formål er at bekæmpe kræft gennem:
Støtte og vejledning til kræftpatienter og pårørende
Øge befolkningens kendskab til kræft gennem oplysningsaktiviteter
Påvirkning af det offentlige til at prioritere forebyggelse og behandling af kræft
Samarbejde med social- og sundhedsmyndigheder med henblik på, at alle patienter får den bedste sammenhængende behandling og omsorg
Information om Neriuffiit Kattuffiat's arbejde
Indtægtsgivende virksomhed med henblik på støtte af aktiviteter til støtte for kræftramte.

Landsforeningen Neriuffiit Kattuffiat har sit hovedsæde i Nuuk og har en fuldtidsansat kontorassistent tilknyttet. Arbejdet i Neriuffiit Kattuffiat bygger på lokalforeningerne og det frivillige arbejde, som mange lokalt bidrager med. Neriuffiit Kattuffiat afholder årlige landsindsamlinger til fordel for foreningens arbejde. De indsamlede midler er grundlaget for foreningens økonomi og driften af landsorganisationen. Herudover får foreningen tilskud og sponsorater fra både offentlige institutioner samt private selskaber og foreninger.

Tilbud fra Neriuffiit Kattuffiat

Neriuffiit Kattuffiat støtte kræftpatienter på mange måder, fx gennem legater, samtalepersoner, oprettelse af selvhjælpsgrupper og gennem informationsarbejde.

Legater: Når en person får diagnosen kræft første gang, er der mulighed for at søge et legat fra Neriuffiit Kattuffiat. Legatet skal ses som et opmuntringsbeløb som den sygdomsramte selv kan bestemme, hvad skal bruges til.

Samtalepersoner: Neriuffik har en række samtalepersoner tilknyttet lokalforeningerne. Alle samtalepersoner har været på kursus gennem Neriuffiit Kattuffiat. De første samtalepersoner blev uddannet i 1990, og siden har der været løbende været uddannet flere. Samtalepersonerne udfører frivilligt arbejde, der omfatter støtte og samtale med de sygdomsramte og deres pårørende. Alle kræftramte og deres pårørende kan få samtaler med samtalepersonerne. Samtalepersonerne henviser ved behov til kommunen og hjælper med informationssøgning vedrørende muligheder for hjælp indenfor socialvæsenet.

Selvhjælpsgrupper: Der er blevet opstartet selvhjælpsgrupper for sygdomsramte og deres familier i lokalforeningerne. Grupperne støttes af samtalepersonerne. Samtalegrupperne benyttes af kræftramte til at mødes med andre kræftramte og snakke sammen.

Informationsarbejde: Neriuffiit Kattuffiat har foranlediget, at i alt 16 pjecer fra Kræftens Bekæmpelse i Danmark er blevet oversat til grønlandsk. Neriuffiit Kattuffiat har en hjemmeside (www.neriuffik.gl). Herfra er det muligt at finde informationer, herunder de grønlandsksprogede pjecer.

8 Datadokumentation og fremtidige behov for registrering og databehandling på kræftområdet

Kræftområdet mangler, som mange øvrige områder i sundhedsvæsenet, mulighed for at kunne opnå opdaterede, pålidelige statistiske data omkring diagnoser og behandling, samt om kvaliteten i behandlingen.

8.1 Nuværende registrering af kræftsygdomme

For at kunne vurdere kvalitet og effekt af en indsats på kræftområdet kræves data. Data, der kan give mulighed for at måle på en række indikatorer, som samlet kan belyse kræftbehandlingen. Brug af indikatorer giver mulighed for overvågning af området og for, at der kan laves sammenlignende analyser over tid (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004). Indikatorer skal være dels *på struktur*, som økonomiske rammer, personale, antal skannere etc., *på proces* som antal udførte undersøgelser eller givne behandlinger samt *på resultat* som overlevelse eller andel kræftpatienter, der er tilbage i arbejde igen.

De muligheder vi har i dag for rutinemæssig overvågning af kræftområdet er sparsomme. Det drejer sig primært om antallet af kræftpatienter og antallet af nye tilfælde per år (se kapitel 2).

8.2 De nuværende registre

De kerneregistre, vi i dag kan bruge til at vurdere kræftbehandlingen, er de nedenfor beskrevne centrale nationale registre. De bygger alle på data i CPR registret. De vurderes sammen med det landsdækkende fødselsregister - samt et forhåbentligt kommende landsdækkende CPR baseret medicinregister - at være kerneregistre for al registrering i Sundhedsvæsenet også i fremtiden.

De centrale nationale registre indenfor kræftområdet er:

Landspatientregistret

Det grønlandske landspatientregister varetages af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Landspatientregistret indsamler data om alle patientkontakter i det grønlandske sundhedsvæsen, der har ført til indlæggelse. Registret indeholder oplysninger om bl.a. sygehus, evt. afdeling og udskrivningsdiagnoser. Indberetningen sker elektronisk. Data i Landspatientregistret består af de enkelte sygehuses indrapporteringer til registret og data valideres ikke.

Statens Serum Institut har i samarbejde med Departementet for Sundhed lavet en evaluering af fuldstændigheden og validiteten af data i Landspatientregistret i perioden 1987 til 2007. Denne fandt, at indrapporteringen sker med betydelig forsinkelse. I sammenligning med det landsdækkende fødselsregister var antallet af fødsler underrapporteret med ca. 25 %, samtidig fandtes en betydelig variation mellem distrikter og over tid (Afdeling for Epidemiologisk Forskning, 2008). Evalueringen af Landspatientregistret er fortsat i en uddybende undersøgelse, men resultaterne fra denne foreligger endnu ikke.

Det danske landspatientregister har for at forbedre kræftstatistikken siden 2004 også indsamlet data omkring behandlingsdiagnoser.

Cancerregistret

Cancerregistret varetages også for Grønland af afdelingen for Sundhedsdokumentation i den danske Sundhedsstyrelse, som Landslægeembedet har en aftale med omkring varetagelsen af den grønlandske kræftstatistik. Til registret indberettes fx diagnosetidspunkt, lokalisation af kræften, dens udbredelse og type af behandling(er). Indberetning til registret er også i Grønland obligatorisk (i henhold til Landslægecirkulære nr. 9, af 15. januar 1987) og sker ved en skriftlig indberetning til Landslægeembedet. Der foreligger ingen analyser omkring kompletheden og rigtigheden af indrapporteringerne til Cancerregistret for grønlandske patienter, men endnu ikke publicerede forskningsresultater for brystkræft og lungekræft tyder på, at der er en vis underrapportering (Personlig meddelelse, Overlæge Allan Gelvan, Dronning Ingrids Hospital).

I Danmark har indberetningen til Cancerregistret siden 2004 været elektronisk. Fra 2004 er indberetning af diagnosedata fra Landsregistret for Patologi sket direkte til Cancerregistret (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004)

Dødsårsagsregistret

Dødsfald i Grønland indrapporteres til Landslægeembedet på papir i form af en dødsattest. På denne indberettes bl.a. dødsdato, dødsårsag og dødsmåde. Landslægeembedet videresender oplysningerne til det danske dødsårsagsregister i afdelingen for Sundhedsdokumentation i Sundhedsstyrelsen, der leverer endelige data tilbage til Landslægeembedet. Ud over Sundhedsstyrelsens registrering af dødsfald er også etableret et særligt grønlandsk dødsårsagsregister til forskningsformål. Dette ligger på Statens Institut for Folkesundhed, som selv validerer og vedligeholder det ved samkørsel af Landslægens register med det centrale personregister. Registeret på Statens Institut for Folkesundhed indeholder alle, der er registreret som døde, mens de havde folkeregisteradresse i Grønland. Det rummer oplysninger om fødested og mere detaljerede bopælsoplysninger end Landslægens register, især detaljer omkring bopæl i by eller bygd. Forskellen mellem de to registre har de senere år været nogle få procent, hvorfor dødsårsagsregistreringen må anset for forholdsvist valid.

I Danmark er indrapporteringen til dødsårsagsregistret nu elektronisk.

8.3 Fremtidig registrering i sundhedsvæsenet, den elektroniske patientjournal (EPJ)

Hvis man skal kunne følge hele forløbet fra patienten henvender sig første gang til det lokale sundhedscenter og til behandling er afsluttet kræves, at vi får en velfungerende Elektronisk Patient Journal (EPJ) i Grønland. EPJ er et it-system, der behandler og lagrer den samling af patientdata, som man normalt vil opfatte som patientens journal, dvs. oplysninger om patientens tilstand, de planlagte og udførte undersøgelser og behandlinger samt observationer af patienten (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004).

Det har længe været et ønske at binde hele det grønlandske sundhedsvæsen sammen i et EPJ system. Det er en kerne i den IKS (Information Teknologi Strategi) i sundhedsvæsenet, som er under udarbejdelse (personlig meddelelse Lars Ragus, Departementet for Sundhed).

En EPJ vil kunne erstatte behovet for særskilte kliniske databaser i fremtiden gennem et datafangst-system, hvilket vil være en stor fordel. Samtidig vil det formentligt kunne gøre tilgængeligheden af data hurtigere end den er i øjeblikket.

Der vil dog også være faremomenter. Et EPJ system med datafangst vil aldrig blive bedre end de data, der bliver indtastet i systemet. En grønlandsk EPJ, der ikke spiller sammen med et dansk EPJ system vil medføre en risiko for, at Grønland bliver afskåret fra muligheden for at være en del af den danske sundhedsovervågning på kræftområdet. Det vil have meget stor betydning for vores mulighed for at monitorere kræftindsatsen.

8.4 Kliniske databaser i Danmark

Kræftpatienter i Grønland bliver så vidt muligt behandlet efter de samme retningslinjer som danske patienter og grønlandske patienter, der behandles i Danmark indgår automatisk i de danske kliniske databaser. Der er for nuværende intet overblik over kompletheden af denne registrering og dermed heller ikke om, hvorvidt disse databaser - som de fremstår i dag - vil kunne hjælpe os til en bedre mulighed for at vurdere kræftbehandlingen af grønlandske patienter.

Det har i de danske kræftpakker været fremhævet, at det er vigtigt at styrke netop datas kvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2000). I forbindelse med den styrkede indsats på kræftområdet i Danmark blev foreslået oprettelse af en række kliniske databaser, en for hver af de vigtigste kræftformer. Disse databaser fungerer i sammenhæng med de generelle registre og deres datakvalitet sikres gennem oprettelse af tre regionale kompetencecentre for de kliniske databaser (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004). De kliniske databaser baserer sig på kliniske retningslinjer for behandlingen af den givne kræftsygdom. Disse retningslinjer er ofte lavet i et samarbejde mellem de lokale speciellægeselskaber og centrale myndigheder. Der blev i 2004 nedsat et udvalg, der skulle forslå tiltag i den kliniske kræftforskning med basis bl.a. omkring de videnskabelige selskaber og i de kliniske databaser, der skulle understøtte kræftplan I (KOF udvalget, 2004). Arbejdet er senere videreført med forslag til brug af de kliniske databaser i forsknings-sammenhæng (Dansk Kræftforskningsforum, 2010)

8.5 Fremtidige databehov

Det er vigtigt at slå fast, at vi i dag i Grønland ikke har mulighed for selv at overtage den løbende opdatering og vedligeholdelse af de allerede eksisterende nationale centrale registre, der bruges til overvågning af kræftområdet. Der er heller ikke i dag ressourcer til at kunne varetage opdatering, kvalitetssikring og vedligeholdelsen af nye kliniske registre.

For at kunne analysere, om en kræftplan resulterer i de ønskede forbedringer af indsatsen, er det nødvendigt at styrke dataindsamling og databearbejdning for kræftdata. Det gælder:

- at sikre valide (troværdige), fuldstændige og opdaterede data i de eksisterende registre.
- at behovet for nye registre og for nye data og nye indikatorer for kræftsygdomme analyseres
- at vi har vidensmæssige ressourcer til at lave løbende analyser på området – eller har de økonomiske ressourcer til at købe ydelsen udefra.

Valide analyser kræver, at dækningen er så fuldstændig som muligt og at indberetningerne er korrekte. Det kræver overblik over fuldstændighed og kvalitet af de registre, vi allerede har i dag. Det kræver også, at vi har overblik over, hvilke kliniske registre grønlandske patienter indgår i, når de behandles i Danmark – og at vi - så vidt muligt - kan være med til at sikre, at de er komplette og valide nok til at kunne bruges i en grønlandsk sammenhæng.

For at sikre datakvaliteten er det nødvendigt, at al registrering sker på CPR niveau og for at sikre en vis hastighed og færre fejlkilder, at registreringen er elektronisk. Et øget brug af registre til monitorering vil kræve tilgængelighed til data på en enkel og smidig måde, men samtidig et sikkert system omkring brug af registerdata på CPR-niveau, som tilgodeser datasikkerheden for den enkelte borger.

9 Uddannelse og forskning

9.1 Uddannelse

Uddannelsesområdet er et kerneområde, hvis vi vil forbedre den samlede kræftbehandling. Hvis uddannelsen omkring kræft styrkes, vil kvaliteten af kræftbehandlingen også kunne blive bedre. Investering i uddannelse kan ses som en investering i fremtidens kræftbehandling (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004).

I Grønland deltager sundhedsvæsenet i den kliniske uddannelse af sygeplejersker og i yngre lægers videreuddannelse. Yngre lægers videreuddannelse foregår i samarbejde med Region Syd i Danmark. I Grønland tilbydes den etårige kliniske grunduddannelse af læger og den etårige introduktion efter grunduddannelsen til specialerne medicin, kirurgi, psykiatri og almen medicin. Herudover kan hele uddannelsen til speciallæge i almen medicin gennemføres Grønland. Det gør, at det grønlandske sundhedsvæsen har en forpligtelse i sine uddannelsesforløb til at kunne give en uddannelse i kræftsygdomme, der svarer til kravene i det danske uddannelsessystem.

Det er lokalt i sygeplejestationer, sundhedscentre og på regionssygehusene kræftpatienterne mødes primært, og det er her, den første mistanke skal understøttes af en hurtig og relevant primær udredning og viderehenvisning. Når kræft først er mistænkt og diagnosen sandsynliggjort, er udredning og behandling for mange kræftsygdomme som udgangspunkt standardiseret.

Det kan være svært at finde den ene patient med en kræftdiagnose blandt de mange daglige patienter med et bredt spektrum af symptomer og bekymringer, der ses af det primære personale i sundhedsvæsenet. Det gælder specielt, hvis kræften er i et tidligt stadium og derfor ikke giver symptomer, der entydigt peger på en kræftsygdom. Frontpersonalets uddannelse, eksistensen af guidelines for udredning (lokalt som centralt), kendskab til viderehenvisning og kræftbehandlingens organisation i Grønland er vigtige for at sikre et godt patientforløb fra starten.

Sundhedspersonalet blev i forbindelse med denne redegørelse forespurgt om behov for mere viden og uddannelse, og på alle niveauer angav en del behov for mere viden, da det oplevedes at patienterne havde spørgsmål, det kunne være svært at svare på. Desuden blev opfattet behov for, at forløb blev analyseret for at lære af disse og for at sikre, at de er optimale. Det blev påpeget fra plejepersonalet at forebyggelse, tidlig opsporing, rehabilitering, palliation og patientinddragelse i forhold til kræft er nyere områder, hvorfor der er behov for at personalet uddannes og opkvalificeres yderligere. Det opfattedes, at der ikke er ensartede kvalifikationer på kræftområdet eller fast praksis om, at personale, der arbejder med svært syge kræftpatienter, modtager supervision.

I den grønlandske bacheloruddannelse i sygeplejevidenskab undervises der i dag i kræftsygdomme svarende til ca. 4,5 ECTS point. Herunder i diagnostik, behandling og pleje af kræftpatienter. Uddannelsen indenfor kræftområdet i sygeplejeuddannelsen i Grønland tager udgangspunkt i den samme litteratur og de samme retningslinjer, som gælder for sygeplejen i Danmark. Dog er der her fokus på de særlige vilkår, der er for behandling og pleje i Grønland. Det er sygeplejeuddannelsens opfattelse, at der i den grønlandske sygeplejeuddannelse er et tiltagende fokus på den kliniske pleje og omsorg for kræftramte patienter (personlig meddelelse Suzanne Møller, Center for sygeplejevidenskab og sundhedsforskning, Ilisimatusarfik).

Der findes i Grønland ikke generelle efteruddannelseskurser for sygeplejersker i kræftbehandling, men det er muligt for grønlandske sygeplejersker at søge videreuddannelse indenfor onkologisk sygepleje i Danmark, hvor der er en etårig efteruddannelse målrettet sygeplejersker ansat på kræftafdelinger. Der er endnu ingen sygeplejersker i Grønland, der har taget denne uddannelse. Efter hjemtagningen af visse dele af onkologien i 2004, har Sundhedsvæsenets kursusafdeling afviklet en del kurser for plejepersonalet indenfor onkologi. Derudover er der tiltag for personalet i medicinsk dagafsnit, for at sikre at personalets viden om kemoterapeutisk behandling løbende opdateres.

De lægelige gruppers behov for efter- og videreefteruddannelse dækkes i dag ved, at læger i Grønland søger de kurser, der findes i regi af Den Almindelige Danske Lægeforening og i speciallægeselskaberne eller søger efteruddannelse i samarbejde med institutioner i Danmark.

I forbindelse med de danske kræftplaner blev behovet for uddannelse indenfor kræftområdet i sygeplejestudiet og i lægeuddannelsen samt i efter- og videreuddannelsen afdækket og uddannelsen er søgt styrket (Sundhedsstyrelsen. Kræftstyregruppen, 2001, Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004). Meget uddannelse i sundhedssektoren er i dag stadig mesterlære, hvor yngre kolleger lærer af ældre og erfarne. I evalueringen af Kræftplan I blev fundet, at anbefalingerne omkring oprustning på uddannelsesområdet ikke i fuldt omfang blev fulgt. Dette var begrundet i, at der ikke var afsat specifikke ressourcer til uddannelse på kræftområdet. Produktion, dvs. at få det daglige arbejde til at glide, blev fortsat vægtet højere end uddannelse samtidig med at uddannelsesfunktionen ikke var tilstrækkelig synliggjort i arbejdstilrettelæggelsen, planlægning eller budgetlægning (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2004).

9.2 Forskning

Kræftforskning er i dag international. Dansk og udenlandsk forskning danner basis for de anbefalinger omkring kræftbehandling i Danmark, som også følges i Grønland. Grønland bidrager til forskningsmuligheder gennem, at grønlandske patienter registreres i Cancerregistret. Den forskningsbaserede viden på kræftområdet i Grønland er dog sparsom, hvis man ser på antal af publikationer i internationale forskningsdatabaser.

Grønland er et meget lille forskningsfelt. Generelt for forskning i Grønland gælder, at hvad der forskes i ikke er eller kan reguleres, og at megen forskning er et resultat af en ildsjæls interesse for et enkelt område. Meget af den samlede forskning om Grønland foregår fortsat i institutioner udenfor Grønland. Det gælder måske i endnu højere grad for forskning på kræftområdet, da denne forskning ofte kræver specielt udstyr og en speciel viden, der kun findes i store forskningsmiljøer. Det betyder alt sammen, at den forskningsbaserede viden, vi har - generelt som på kræftområdet - ikke udgør et samlet hele, men ofte består af øer af viden indenfor nogle områder samtidig med, at der er områder, hvor der ikke er forsket. Denne ”skævhed” er også beskrevet i andre forskningsbaserede sammenhænge i Arktis (Young, 2003). For at sikre at den grønlandske vinkel og lokal viden indgår anbefaler Grønlands Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd derfor alle forskere udefra, at de inddrager lokale samarbejdspartnere.

Der er ingen forskningsstrategi på kræftområdet i Grønland og dermed heller ikke mål for forskningsindsatsen. De overordnede mål i Danmark er:

1. At der løbende kan tilbydes de bedste muligheder for forebyggende og tidlig diagnose.
2. At der kan tilbydes evidensbaseret onkologisk udredning og behandling på højeste internationale niveau.
3. At der gives mulighed for deltagelse i kliniske forsøg omfattende tilbud om nye udrednings-, behandlings- og opfølgningsprincipper og -teknikker.
4. At pleje, herunder terminal pleje, rehabilitering og palliation, forbedres på basis af forskningsskabt evidens.
5. At viden vedrørende forebyggelse, udredning og behandling af kræftpatienter implementeres i sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2004).

Af disse mål er specielt mål nr. 1, 2, 4 og 5 også relevante i en grønlandsk sammenhæng. 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 (Niclasen and Mulvad, 2010).

10 Anbefalinger til det videre arbejde frem mod en kræftplan

I dette afsnit opsummeres og konkretiseres de anbefalinger, der er fremkommet under arbejdet med redegørelsens områder.

10.1 Elementer omkring kræft, kræftforekomst og data for kræftområdet, der anbefales vurderet frem mod en national kræftplan

Kræft og kræftforekomst

- 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.
- Igangsætte udredning af og planlægge en informationsstrategi, der kan sikre at befolkningen har den nødvendige viden om symptomer, handlemuligheder og behandlingsmuligheder, så en kræftdiagnose kan ske tidligst muligt og så der ikke er barrierer mod at henvende sig til lægen.

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.

10.2 Elementer omkring udredning og behandling, der anbefales vurderet frem mod en national kræftplan

Patientforløb

- 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 Ingrids Hospital.
- Udrede og foreslå hvordan et optimalt informationsflow mellem de forskellige behandlingsinstanser omkring patienten kan sikres, herunder evt. behov for en særlig onkologisk journal og patientforløbsbeskrivelser. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

Diagnostik og behandling

- Igangsætte udredning og give forslag til mulige forbedringer omkring diagnostik og behandling
- 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.
- Analysere og lægge plan for, hvordan der sikres hurtigere svar på patologiprøver, herunder muligheden for adgang til den danske patologidatabase. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.
- 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.
- 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.
- 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 ultralydsdiagnostisk udstyr lokalt og fiberlaryngoskop med NBI – lys. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.
- Igangsætte udredning af de fremtidige fysiske behov indenfor specielt Dronning Ingrids Hospital, herunder behov for samtalerum og enestuer. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

10.3 Elementer omkring primær forebyggelse, der bør vurderes som et led i kræftplanen

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 sundhedsundervisningen 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 standarder 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 tobaksafvænning 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.

10.4 Elementer omkring sekundær forebyggelse, der bør vurderes som et led i kræftplanen

Screening

- Evaluere 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.

Og på længere sigt:

- Undersøge om MR undersøgelse (magnetisk resonans undersøgelse) kan erstatte mammografiundersøgelsen i undersøgelsesprogrammet for arvelig brystkræft.

10.5 Områder omkring de enkelte kræftsygdomme, der bør vurderes som et led i kræftplanen

- 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.

10.6 Sociale behov, palliativ indsats, rehabilitering og terminal pleje

Sociale behov

- 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.

Rehabilitering

- 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.

Palliativ indsats og terminal pleje

- 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.

10.7 Uddannelse og forskning

Uddannelse

- 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 smertebehandling af kræftsygdomme i Grønland. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

Forskning

- At analysere forskningsbehov og strategi for den lokale kræftforskning, herunder ressourcebehov.
- At initiere muligheder for at sikre viden om den mest målrettede og effektive informationsindsats gennem lokal forskning i adfærd og ændringer af adfærd i perioden fra symptom til at søge læge. Desuden analyse af det nødvendige ressourcebehov.

11. Ressourcer til kræftområdet og forventning til fremtidens ressourcebehov

11.1 Ressourceforbrug på kræftområdet i dag

Det er ikke muligt nøjagtigt, at sætte økonomi på kræftområdet, da området generelt ikke kan udskilles fra sundhedsvæsenets samlede ydelser og udgifter. Det er her forsøgt ud fra de foreliggende data, at pege på tendenser for ressourceforbruget til kræftområdet.

Ressourcer til primær forebyggelse af kræft

Indenfor den primære forebyggelse er der i 2011 i Finansloven sat 10,7 mio. kr. af til den nationale forebyggende indsats. Den største del af midlerne er afsat til Inuuneritta (Folkesundhedsprogrammet) og til 2010 også til Inuunerissarfiit (Livsstilsambulatorier) (se afsnit 4.1). Det er kun en del af midlerne til Inuuneritta, der er relateret til forebyggelsen af områder der er relaterede til kræft. Herudover er der i sundhedsvæsenet midler til HPV vaccination af alle piger på 12 år. I alt blev i 2011 11.962 t.kr. (1.000 kr.) øremærket til primær forebyggelse

Inuuneritta og Inuunerissarfiit	10.712 t.kr.
HPV vaccination	1.250 t.kr.

Ressourceforbrug til sekundær forebyggelse og screening

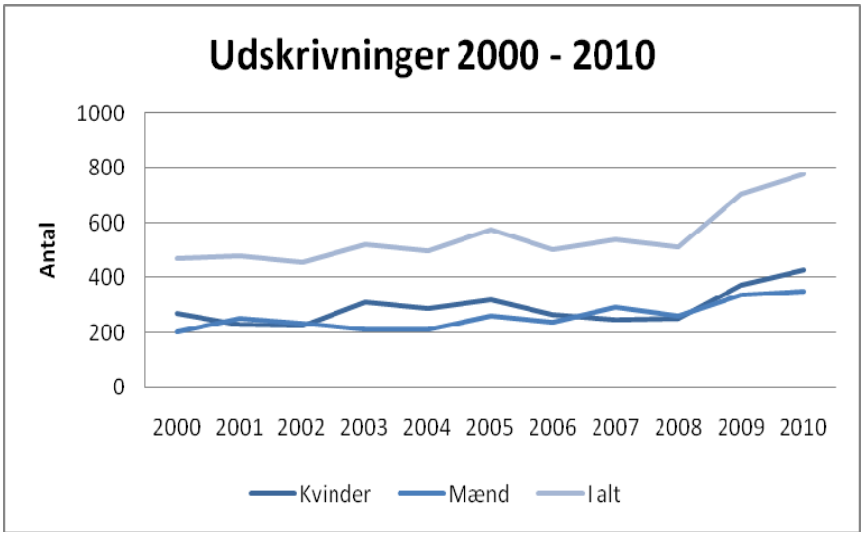
Udgifter til befolkningsscreeningen for livmoderhalskræft kan ikke udspecificeres. Som beskrevet i kapitel 5 er tilslutningen til screeningen for livmoderhalskræft i dag ikke høj nok til, at ressourcerne udnyttes optimalt. Det er heller ikke muligt at give tal på det nuværende ressourceforbrug til screening for familiært forekommende tarmkræft eller til tilbuddet til patienter med arvelig risiko for brystkræft.

Ressourcer til diagnostik og behandling i Grønland

Selvom det totale ressourceforbrug til diagnostik og behandling af kræft i Grønland ikke kan adskilles fra øvrige ydelser i sundhedsvæsenet, er det dog – med visse forbehold – muligt for indlæggelser/ udskrivninger, sengedage og medicinudgifter samt udgifter til onkologisk dagafsnit.

<u>Indlæggelser/udskrivninger</u>

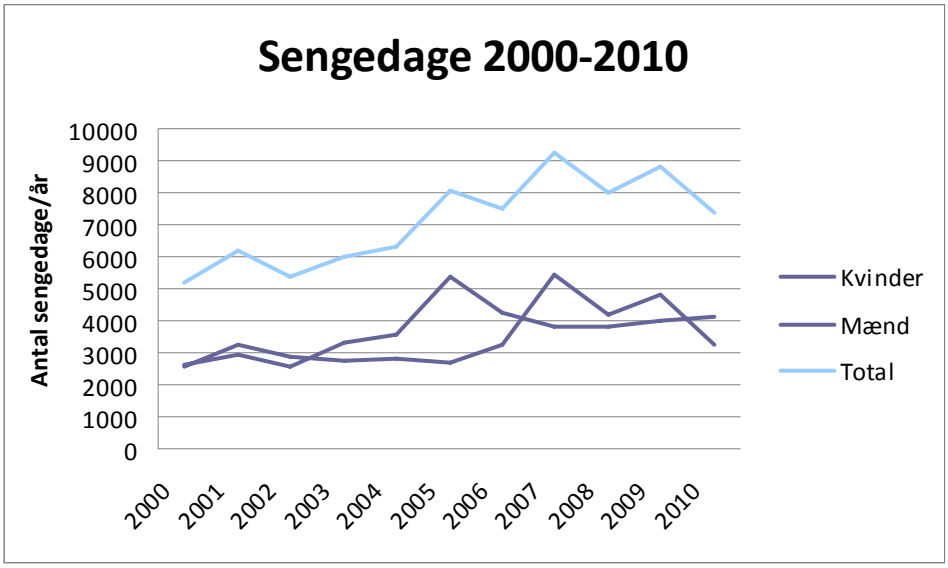
For patienter behandlet i Grønland er fundet, at antal patienter udskrevet med en kræftdiagnose steg fra 470 i 2000 til 780 i 2010 (se Figur 11.1). Dette tal er et absolut minimumstal. Dels er rapporteringen ikke fuldstændig, da der ikke foreligger data fra Nanortalik, Qaqortoq, og Qaanaaq. Dels er mange patienter på kystsygehusene ikke afklaret diagnostisk og får derfor ikke en kræftdiagnose ved udskrivningen.



Figur 11.1 Antal udskrivninger i perioden 2000 – 2010 med en cancerdiagnose (C00 – C92)

Sengedagsforbrug, patienter med en kræftdiagnose

Sengedagsforbruget for kræftpatienter toppede i 2007 med 9.234, men steg samlet i perioden fra 2000 - 2010 fra 5.158 til 7.358 sengedage/år (se Figur 11.2). Antal sengedage per indlæggelse er således faldende. Det afspejler den generelle tendens for alle typer af sygdomme mod, at flere behandlinger sker ambulant og at indlæggelsesforløb intensiveres. Det gælder som ovenfor, at også tal for sengedagsforbruget er absolut minimumstal. Dels er rapporteringen ikke fuldstændig, da der ikke foreligger data fra Nanortalik, Qaqortoq, og Qaanaaq. Dels er mange patienter på kystsygehusene ikke afklaret diagnostisk og får derfor ikke en kræftdiagnose ved udskrivningen.



Figur 11.2 Sengedagsforbrug i perioden 2000 – 2010 for patienter med en kræftdiagnose (C00 – C92)

Medicinudgifter til kræftpatienter

Udgiften til cytostatika var i 2010 på knap 5,2 mio. kr., hvilket svaret til 8,5 % af de samlede medicinudgifter. Medicinudgifter til kræftpatienter er steget betydelig mere end den totale udgift til lægemidler. Mens de samlede udgifter til lægemidler steg med 94 % i perioden 2001 til 2010, så var stigningen for udgifter til egentlig kræftmedicin (cytostatika) på 8200 %. Stigningen var relativt størst fra 2003 til 2004, hvor dele af den medicinske kræftbehandling blev hjemtaget, men er fra 2004 til 2010 steget med 430 %. Derudover har der været en meget betydelig stigning indenfor fx immun-suppresive midler. Disse midler bruges ofte, men ikke udelukkende, i kræftbehandlingen.

I 1.000 kr.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Medicinudgifter i alt	34.436	34.829	38.876	44.645	44.560	48.128	50.441	55.370	60.912
Antineoplastiske stoffer (cytostatika)	62	106	981	1.700	2.340	3.577	3.520	4.657	5.189
Immunsuppressive midler	162	633	1.343	2.193	3.215	3.407	3.185	6.238	8.165

Tabel 10.1 Medicinudgifter i alt og for kræftmedicin fra 2002 til 2010

Onkologisk afsnit

På Onkologisk dagafsnit på Dronning Ingrids Hospital blev i 2010 udført ca. 672 kemoterapeutiske behandlinger for brystkræft, lungekræft, kræft i bugspytkirtlen og kræft i tyktarmen. Udgifterne til Onkologisk dagafsnit var i alt i 2010 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 efter hjemtagelse af kræftbehandlingen.

Ressourcer til diagnostik og behandling udenfor Grønland

Ligesom for udgifter i Grønland er det kun en del af udgiften til patienter med kræft, det er muligt at sætte tal på. Her er kun givet direkte behandlingsudgifter. For at vise den fulde udgift for det grønlandske sundhedsvæsen skal afledte ydelser som fx rejser og ophold medtages.

Antal kræftpatienter der behandles udenfor Grønland

Antallet af kræftpatienter (diagnosekode mellem C00 – C92), der sendes til Danmark, er steget med 29 % fra 2007 – 2010 fra 141 til 182 patienter. Da der er patienter, som har været til behandling på Rigshospitalet over mere end et kalenderår kan antallet af patienter ikke helt tolkes som antal 'nye' patienter, der nedsendes. Da også antallet af nedsendelser med andre diagnoser er steget udgør kræftpatienter gennem hele perioden cirka 25 % af alle patienter (se Tabel 10.1).

	2007	2008	2009	2010
Antal patienter i kræftbehandling	141	151	171	182
Antal unikke patienter nedsendt til RH	544	596	667	716
% patienter i kræftbehandling	26 %	25 %	26 %	25 %

Tabel 11.1 Antal patienter med kræftdiagnose (C00-C92) behandlet på Rigshospitalet 2007 - 2010

Udgifter til kræftbehandling udenfor Grønland

Rigshospitalet opdeler deres statistik i hhv. landsdelstakster og særydelser. Særydelser dækker bl.a. udgifter til medicin, behandlingsartikler, analyser mv.

Mellem 26 % – 28 % af de årlige udgifter til landsdelstakster er fra 2007 til 2010 gået til behandlingskoder relateret til kræftdiagnoser. Herudover er yderligere 1 – 2 % af udgifterne gået til behandling af godartede svulster. Den samlede udgift til patientens behandling i Danmark kan være større, da behandlingsdiagnoser, som ikke vedrører kræftdiagnosen, ikke er medtaget i denne opgørelse. Som det ses i Tabel 11.2 er den samlede udgift til behandling steget med 30 %, mens andelen af udgifterne, der går til kræftbehandling, er relativt stabil.

Udgiften til særydelser er stigende. Siden 2008 har særydelser til kræftbehandling været opgivet for sig. I denne periode steg udgiften med 65 % og ydelser relateret til kræftbehandling udgjorde en stigende andel af de samlede særydelser i perioden (Tabel 11.2). Stigningen i udgifterne til særydelser i 2010 skyldes bl.a. et stor stigning i medicinudgifter på op mod 10 % fra 2009 til 2010.

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

Tabel 11.2 Udgifter til Kræftbehandling på Rigshospitalet 2007 - 2010

Patoanatomiske undersøgelser

Udgiften til patoanatomiske undersøgelser ligger i dag på ca. 2,3 mio. kr. årligt, hvilket dækker patoanatomisk diagnostik for alle organspecialer, smearundersøgelsen for livmoderhalskræft inklusive mulighed for HPV diagnostik, samt få andre men sjældne ydelser.

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.

11.2 Konklusion omkring ressourceforbruget til kræftbehandling i Grønland ved fortsættelse af det nuværende tilbud

Det kan samlet konkluderes, at for de områder, hvor det kan opgøres, er ressourceforbruget både her og i Danmark til kræftbehandling stigende. Selvom vi ikke gør noget aktivt for at forbedre tilbuddet kan det forventes, at ressourceforbruget til kræftbehandling vil stige yderligere. Det skyldes som tidligere angivet, dels at befolkningen bliver ældre og flere derfor vil nå at udvikle kræft, dels at de livsstilsrelaterede kræftformer – ikke mindst de rygerrelaterede – kan forventes at stige og dels at behandlingstilbuddet løbende bedres, så vi på de områder, hvor de danske behandlingsstandarder følges automatisk vil opleve stigende behandlingsudgifter, da nye medicinske behandlinger stort set altid er dyrere.

11.3 Udviklingen på kræftområdet i Danmark og ressourceforbruget til de danske kræftpakker

Kræftplan I og II angives som det største samlede løft på kræftbehandlingen i det danske sundhedsvæsens nyere historie (Søgaard, 2009). Siden 2001 har der været en kraftig stigende aktivitet på

kræftområdet i Danmark. Det gælder specielt antallet af personer, der får en behandling relateret til kræft, antal operationer, antal strålebehandlinger og antal kemoterapeutiske behandlinger.

I perioden 2001 til 2008 steg antallet af personer, der havde fået en kræft- eller kræftrelateret behandling med 32 % eller 45.000 behandlinger. I samme periode sås en stigning i andelen af operationer for kræft med 36 % svarende til 24.000 flere opererede. Også antal personer, der blev opereret for kræft steg med 2,5 % eller ca. 2000 personer. Antallet af eksterne strålebehandlinger voksede fra 2003 til 2008 med 41 % fra 203.000 til 228.000 behandlinger og antal kemoterapeutiske behandlinger blev fordoblet fra 2003 til 2008 til 232.000 behandlinger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009).

Der blev i perioden 2004 til 2009 givet 7,1 mia. kr. alene i ekstra særbevillinger til kræftområdet, samt 2,25 mia. kr. i lånepuljer til investeringer i kræftapparatur. De samlede investeringer har således frem til 2010 været på næsten 10 mia. kr. Men ud over klart definerede særbevillinger og lånepuljer, findes der ingen systematisk oversigt over økonomien i dansk kræftbehandling. Der mangler – som i Grønland – en samlet opfølgning på økonomien på kræftområdet (Søgaard, 2009).

11.4 Forventninger til det fremtidige ressourcebehov til kræftbehandling i Grønland ved forbedring af det nuværende tilbud

Basale betingelser, der har betydning for det fremtidige ressourcebehov

Der er en række basale betingelser, som betyder, at der vil være et betydeligt behov for ressourcetilførsel, hvis kræftområdet skal løftes. Ifølge Deloitte's rapport om det grønlandske sundhedsvæsens udfordringer er det en grundpræmis, at "det bedst mulige sundhedsvæsen" skal findes ved en afvejning af tre forhold: økonomi, tilgængelighed og kvalitet, samt at: *"den kvalitet og tilgængelighed af sundhedstilbud, som er typisk for de fleste vestlige lande, er ikke en realistisk referenceramme for det grønlandske sundhedsvæsen"* (p21). Det er vurderingen, at det grønlandske sundhedsvæsen i dag er tydeligt udfordret på kvalitetssiden (Deloitte, 2010).

<u>Konkurrerende udfordringer for sundhedsvæsenet.</u> Det at sikre den bedst mulige kræftbehandling er en ud af mange udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for i dag. Andre er livsstilssygdomme som hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge, psykisk sygdom og øgede behov for sundhedsydelser generelt som følge af den stigende andel af ældre og som følge af højere forventninger til sundhedsvæsenets ydelser. En bedring på kræftområdet bør ikke få negativ indflydelse på tilbuddet indenfor de øvrige områder.

<u>Tilgængelighed og logistiske udfordringer</u>

Tilgængeligheden til sundhedsydelser er i dag en udfordring. Der vil også fremover være store forskelle i de muligheder, der er for diagnostik, behandling og rehabilitering afhængigt af, om man bor i fx en bygd eller i Nuuk. Selve den fysiske afstand til mere specialiseret udredning og behandling medfører udfordringer og udgifter til transport og ophold. Øget specialisering og muligheder på Dronning Ingrids Hospital vil medføre en stigende forskel i lokale muligheder og vil øge udfordringen omkring tilgængelighed. En sikring af, at forbedringer på kræftområdet bliver et tilbud til alle borgere uanset bosted bliver en vigtig udfordring.

Finansielle udfordringer.

Høj enhedspris for mere specialiserede sundhedsydelser. Den spredte bosætning gør, at enhedsprisen for mere specialiserede sundhedsydelser ofte bliver høj, da der ikke er mulighed for stordriftsfordele. Det gør, at de samlede udgifter til et sundhedstilbud i det arktiske område ofte bliver relativt højere end i tættere beboede områder med en veludbygget infrastruktur.

Relativ underfinansiering. Det grønlandske sundhedsvæsen er i sammenligning med andre arktiske sundhedsvæsener i dag relativt underfinansieret. Grønland bruger i dag mindre pr. indbygger til sundhedsvæsenet end Danmark, mens de øvrige arktiske lande har en større udgift til sundhedsbetjening pr. indbygger i deres arktiske/nordlige områder i forhold til den gennemsnitlige udgift pr. person for hele landet (Young, 2011). I praksis betyder det, at der er behandlinger for ikke livstruende lidelser, som det grønlandske sundhedsvæsen ikke kan tilbyde, ligesom der er ventetid på operationer for ikke livstruende sygdomme. Det gælder også for følger efter kræftbehandling, som fx rekonstruktion af brystet. Et løft af kræftområdet vil således kræve ressourcetilførsel også på andre relaterede områder.

Manglende apparaturinvesteringer. En faktor på kvalitetssiden er, at der i en årrække ikke er sket investeringer i nyt diagnostisk udstyr, som fx en MR scanner. Det har gjort, at de diagnostiske muligheder og dermed den diagnostiske kvalitet ikke har fulgt med den udvikling, der er sket i vores nabolande. Uden de nødvendige apparaturinvesteringer vil gabet kun blive større.

Risiko for betydelig "gøgeungeeffekt" ved apparaturanskaffelser. En mulighed for MR scanning vil betyde, at det vil blive meget svært ikke at tilbyde også andre patientgrupper MR scanning, hvis en sådan undersøgelse normalt indgår i udredning af sygdommen. I Danmark blev i 2008 udført næsten 500.000 MR scanninger (Danske Regioner, 2010) svarende til at hver tiende dansker blev MR scannet en gang. Hvis vi i Grønland skulle udføre bare, hvad der svarer til en femtedel af dette antal, vil det betyde over 1.000 MR undersøgelser om året.

Kvalitetsmæssige udfordringer

Mangel på data i sundhedsvæsenet. Den nok største kvalitetsmæssige udfordring i dag er, at der i høj grad mangler data på kvaliteten i sundhedsvæsenet. Det gør det svært at evaluere, om nye tiltag har ført til de ønskede forbedringer. Da datatilgængeligheden er et generelt problem på hele sundhedsområdet, er en helhedsløsning nødvendig for, at data kan løftes på kræftområdet. Det vil kræve en betydelig investering.

Rehabilitering og palliativ indsats. En øget kvalitet indenfor disse områder vil være afhængig ikke kun af en indsats indenfor sundhedsvæsenet, men også indenfor specielt det sociale system. Da rehabiliteringsforløb er tilpasset den enkelte patient, vil det kræve relativt mange praktiske ressourcer og personaleressourcer på et højt professionelt plan at tilrettelægge disse. Hvis der kommer bedre tilbud omkring pleje i hjemmet fx mulighed for døgnpleje, vil disse tilbud også skulle gives til andre grupper end netop kræftpatienter. Det samme vil gælde for forbedrede rehabiliteringsmuligheder.

Specielle betingelser, der har betydning for det fremtidige ressourcebehov

De specielle betingelser, der har betydning for det fremtidige ressourcebehov, er dels relateret til, hvilke af de muligheder og behov indenfor kræftbehandlingen redegørelsen har peget på, der vil indgå i den endelige kræftplan i 2013. Det kan allerede nu ses, at det kun er få af disse, der vil kunne iværksættes uden ekstra ressourcer – økonomiske såvel som praktiske. Samtidig vil det ikke være muligt at få den ønskede forbedring og dermed det maksimale udbytte af investeringerne, hvis der kun satses på at implementere dele af behovene på kræftområdet.

Hvis det går her, som det er gået i Danmark efter opprioritering af kræftområdet, kan det forventes, at der vil komme en væsentlig aktivitetsøgning indenfor udredning og diagnostik på kræftområdet, heraf vil en del være relateret til, at flere bliver udredt på mistanke om kræft, men som viser sig ikke at have det. Hvis der peges på tilbud om en intensiveret screeningsindsats vil tilslutningen skulle være væsentlig højere end den tilslutning, der er til befolkningsscreeningen for livmoderhalskræft, hvis den skal betyde en fremtidig økonomisk gevinst. Operationer for kræft er også steget væsentligt i Danmark. Det samme vil kunne forventes her. Samtidig vil en del af disse ekstra operationer skulle foregå i Danmark, med de belastninger, det vil medføre. Antal kemoterapeutiske behandlinger kan også forventes at stige, en del af disse vil kunne gives på Onkologisk afsnit på Dronning Ingrids Hospital, mens andre vil skulle foregå i Danmark. Hvis antallet af strålebehandlinger som forventet også vil stige, så vil flere patienter skulle tilbydes relativt langvarige ophold på det danske patienthjem. En stor del af udgifterne til de danske kræftpakker er brugt til intensivering af patientforløb i pakker. I forbindelse med dette er konstateret flaskehalse, hvor en kapacitetsøgning har været nødvendig. Det vil sandsynligvis også være tilfældet her.

Den fulde beskrivelse af de specielle betingelser vil afhænge af selve kræftplanens anbefalinger.

12 Litteratur

ADAMSEN, L., QUIST, M., ANDERSEN, C., MØLLER, T., HERRSTEDT, J., KRONBORG, D., BAADSGAARD, M. T., VISTISEN, K., MIDTGAARD, J., CHRISTIANSEN, B., STAGE, M., KRONBORG, M. T. & RØRTH, M. 2009. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. British Medical Journal, b3410.

AFDELING FOR EPIDEMIOLOGISK FORSKNING, S. S. I. 2008. Det Grønlandske Landspatientregister. Intern rapport baseret på analyse af udvalgte diagnosekoder og validering af fødsler. København: Afdeling for Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut.

BJERREGAARD, P. & DAHL-PETERSEN, I. (eds.) 2008. Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007, København: Statens Institut for Folkesundhed.

BJERREGAARD, P. & NICLASEN, B. (eds.) 2011. Folkesundhed blandt skolebørn – Resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010 København: Statens Institut for Folkesundhed.

DANSK KRÆFTFORSKNINGSFORUM 2010. Status, udfordringer og muligheder for anvendelse af de kliniske kvalitetsdatabaser i klinisk kræftforskning. København: Dansk Kræftforskningsforum.

DANSKE REGIONER 2010. Styr på regionerne - regionernes økonomi i 2010. København: Danske Regioner.

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

FRIBORG, J., KOCH, A., WOHLFARHT, J., STORM, H. & MELBYE, M. 2003. Cancer in Greenlandic Inuit 1973-1997: a cohort study. International Journal of Cancer, 107, 1017-22.

FRIBORG, J., KOCH, A., WOHLFARHT, J., STORM, H. & MELBYE, M. 2004. Cancer in Greenlandic Inuit 1973-1997. International Journal of Circumpolar Health 63, 195-8.

GRØNLANDS HJEMMESTYRE 2007 Inuuneritta - Folkesundhedsprogram, Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012 [Public Health plan 2007-2012], Nuuk: Grønlands Hjemmestyre.

JENSEN, R., FRIBORG, J., ROSBORG, J., SPECHT, L., BROFELDT, S., THERKILDSEN, M. H. & HOMØE, P. 2010. Survival of head and neck cancer in Greenland. International Journal of Circumpolar Health 69, 373-82.

KOCH, A., KRAUSE, T., KROGFELT, K., OLSEN, O., FISCHER, T. & MELBYE, M. 2005. Seroprevalence and risk factors for Helicobacter pylori infection in Greenlanders. Helicobacter, 10, 433-42.

KOF UDVALGET 2004. Klinisk kræftforskning i Danmark. Konkrete tiltag til understøttelse af kræfthandlingsplanen (høringsudgaven). København: Statens Sundhedsvidenskabelige forskningsråd.

KRÆFTENS BEKÆMPELSE 2010. Strategisk oplæg om kræftrehabilitering. København: Kræftens Bekæmpelse.

LANDSLÆGEEMBEDET 2010. Årsberetning 2009. Nuuk: Landslægeembedet.

MARSELISBORGCENTRET 2004. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. København: Marselisborgcentret

MEHLSEN, M. Y., JENSEN, A. B. & ZACHARIEA, B. 2007. Psykosociale problemer og behov hos kræftpatienter. Ugeskrift for Læger, 169, 1682-7.

MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE 2009. Nøgletal for kræft, april 2009. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

NICLASEN, B. & MULVAD, G. 2010. Health care and health care delivery in Greenland. International Journal of Circumolar Health, 69, 437- 47.

NICLASEN, B. V.-L., PETZOLD, M. G. & SCHNOHR, C. 2007. 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.

NIRAS & ASIAQ 2005. Radon i Grønlandske boliger. Nuuk: Asiaq.

NOMESCO 2010. Temasektion vedr. kvalitetsindikatorer, NOMESKOs Helsestatistik for de nordiske lande 2009. København: NOMESCO.
OLSEN, J. H., ANDERSEN, A., L, L. D. & AL, E. 1997. Avoidable cancers in the Nordic countries. Acta Pathologica Microbiologica et Immunologica Scandinavica, 105
REGERINGEN 2010. Aftale om Kræftplan III. København: Regeringen.
SCHNOHR, C., SØRENSEN, T. I. A. & NICLASEN, B. V.-L. 2005. Changes since 1980 in body mass index and the prevalence of overweight among inschooling children in Nuuk, Greenland. International Journal of Circumpolar Health, 64, 157-62.
SUNDHEDSSTYRELSEN 2000. National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen.
SUNDHEDSSTYRELSEN 2005. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen.
SUNDHEDSSTYRELSEN 2006. Forbedring af kirurgisk kræftbehandling - de lægevidenskabelige selskabers anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen.
SUNDHEDSSTYRELSEN 2007. Opfølgning på Kræftplan II. København: Sundhedsstyrelsen.
SUNDHEDSSTYRELSEN. CENTER FOR EVALUERING OG MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING 2004. Evaluering af Kræftplanens gennemførelse - Status og fremtidig monitorering København: Sundhedsstyrelsen.
SUNDHEDSSTYRELSEN. KRÆFTSTYREGRUPPEN 2001. Sundhedspersonalets uddannelse i kræftbehandling. Kræftstyregruppens faglige anbefalinger. København: Kræftstyregruppen.
SØGAARD, J. 2009. Kræftbehandlingens økonomi. Nu og i fremtiden. Dagens Medicins kræftsymposium. København.
WILSON, J. M. G. & JUNGNER, G. 1968. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers. Geneva: World Health Organisation.
WORLD HEALTH ORGANISATION 2003. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organisation.
WORLD HEALTH ORGANIZATION 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO technical Report Series. Geneve: World Health Organization.
YOUNG, K. T. 2003. Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs. British Medical Journal, 327, 419-22.
YOUNG, K. 2011. Arctic Human Health Expert Group. Presentation to the Arctic Health Ministers' Meeting. Nuuk

BILAG 1 Styregruppe og arbejdsgrupper

Styregruppen

Departementet for Sundhed
Departementschef Ann B. Kjeldsen
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
Cheflæge Carsten Thordal
Landslægeembedet
Landslæge Flemming Stenz
KANUKOKA
Afdelingsleder Kisea Bruun
Departementet for Sociale anliggender
Ønskede ikke at deltage
Lægefaglig konsulent Birgit Niclasen (sekretær)

Arbejdsgrupper

Arbejdsgruppe 1. Primær forebyggelse af kræft

Departementet for Sundhed
Lægefaglig konsulent Birgit Niclasen (ansvarlig for arbejdsgruppen)
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
Fungerende afdelingschef Ella Skifte, Paarisa
Livsstilsgruppen: Speciallæge Michael L. Pedersen
Forebyggelsesorganisationen i Kommuneqarfik Sermersooq
Line Dalentoft

Arbejdsgruppe 2. Sekundær forebyggelse af kræft

Departementet for Sundhed
Lægefaglig konsulent Birgit Niclasen (ansvarlig for arbejdsgruppen)
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse (specialeansvarlige specialister):
Overlæge Torben Myrhøj, Kirurgisk afdeling
Overlæge Peder Kern, Gynækologisk - obstetrisk afdeling
Overlæge Allan Gelvan, Medicinsk afdeling (ansvarlig for onkologien)
Overlæge Susanne Brofeldt, Øre-næse-hals afdelingen
Landslægeembedet
Landslæge Flemming Stenz,
Specialkonsulent Gorm Nørgaard Pedersen.
Herudover er der kommet skriftlige svar fra Sundhedsregionerne

Arbejdsgruppe 3. De almindelige cancersygdomme og den specifikke indsats (diagnostik og behandling)

Departementet for Sundhed
Lægefaglig konsulent Birgit Niclasen (ansvarlig for arbejdsgruppen)

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse (specialeansvarlige specialister):
Overlæge Torben Myrhøj, Kirurgisk afdeling
Overlæge Peder Kern, Gynækologisk - obstetrisk afdeling
Overlæge Allan Gelvan, Medicinsk afdeling (ansvarlig for onkologien)
Overlæge Susanne Brofeldt, Øre-næse-hals afdelingen
Landslægeembedet
Landslæge Flemming Stenz
Specialkonsulent Gorm Nørgaard Pedersen.
Herudover er der kommet skriftlige svar fra Sundhedsregionerne

4. Palliativ behandling, rehabilitering og eksternt samarbejde

Departementet for Sundhed
Sundhedsfaglig konsulent Julie Præst Wilche (ansvarlig for arbejdsgruppen)
Fagspecialister på sygeplejeområdet
Forstander Stine Kilime, Det grønlandske Patienthjem
Oversygeplejerske Anne Birgitte Jensen, Medicinsk afdeling
Patientkoordinator Hanne Meyer, Rigshospitalet
Ledende sygeplejersker i Sundhedsregionerne leverede skriftlige tilbagemeldinger
Kommuneqarfik Sermersooq
Afdelingschef Margrethe Thuesen
Sana social
Socialrådgiver Marie Filemonsen
Kræftens bekæmpelse i Grønland
Herudover er der kommet skriftlige svar fra kommunerne

5. Evidens, analysegruppe og datadokumentationsgruppe

Departementet for Sundhed
Lægefaglig konsulent Birgit Niclasen (ansvarlig for arbejdsgruppen)
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse (specialeansvarlige specialister):
Overlæge Torben Myrhøj, Kirurgisk afdeling
Overlæge Peder Kern, Gynækologisk - obstetrisk afdeling
Overlæge Allan Gelvan, Medicinsk afdeling (ansvarlig for onkologien)
Overlæge Susanne Brofeldt, Øre-næse-hals afdelingen
Landslægeembedet
Landslæge Flemming Stenz
Specialkonsulent Gorm Nørgaard Pedersen

6. Økonomisk analysegruppe

Departementet for Sundhed
Lægefaglig konsulent Birgit Niclasen (ansvarlig for arbejdsgruppen)
AC fuldmægtig René Jørgensen
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
AC fuldmægtig Charlotte Paninnguaq Horsted
Departementet for Finanser
AC fuldmægtig Henriette Rosing