Dansk Selskab for Almen Medicin

Forskningsenheden for Almen Praksis
Syddansk Universitet
Att.: Dorte Jarbøl

8. marts 2021

DSAM's høringssvar vedrørende Rapport om kræftindsatsen i almen praksis

Kære Dorte

Mange tak for denne høringsmulighed vedrørende rapport om kræftindsatsen i almen praksis.

Det er en meget interessant rapport, som helt sikkert vil blive nyttig som idebank for udvikling af kvaliteten i almen praksis i forhold til kræft. Jeg tænker også, at mange af de forhold, der beskrives, også må gælde for andre alvorlige tilstande, hvor diagnostikken kan være vanskelig, tværfaglighed er påkrævet, og personcentreret tilgang er afgørende. Fx mange neurologiske eller reumatologiske lidelser.

Rapporten er finansieret af Kræftens Bekæmpelse, og de mange initiativer, der beskrives, er for en stor del også finansieret af de 200 mio. kr., der blev bevilget fra tidligere regering til "bedre diagnostiske redskaber til almen praksis". Penge, der siden kom på Finansloven som en fast tilførsel til KEU-enhederne. KB er en stærk medspiller til almen praksis og ofte et lokomotiv for udvikling af sundhedsydelser på andre områder. Men selvrefleksion er vigtig: Jeg tror, at vi skal være meget bevidste om, hvad vi gør, når vi bruger KB penge og tankegods. Hvad vinder vi, hvad mister vi.

Jeg bemærker i WHO's kvalitetskriterier, som omtales side 7, at nr. 2 handler om at undgå at skade, og nr. 7 handler om at undgå spild. Det er godt. Men det er svært at komme fra teori til praksis, for der er mange drivers for at opspore og behandle mere, men hvem skal finansiere undgåelse af spild og skade.

Der er næsten ingen af initiativerne beskrevet i idebanken, der omhandler, hvornår man skal LADE VÆRE med at søge efter kræftdiagnoser og prioritere noget andet.

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Der er lige lidt omkring palliation og et godt initiativ omkring PSA-dialogen. Nordjysk Kræftdag omtales, og her var John Brodersen hovedtaler, hvor han adresserede overdiagnostikken, bl.a. i screeningsprogrammerne og i ukritisk brug af diagnostiske markører, men det ved man ikke, hvis man ikke var til stede, for kategorierne i rubrikken omhandler kun "faser i kræftforløb".

Jeg har nogle forskellige kommentarer:

Side 5 nederst: Her nævnes den gode mulighed for læge-patient kontinuitet i almen praksis som argument for, at almen praksis har en vigtig rolle i kræftforløbet. Men det er faktisk det eneste sted, hvor ordet "kontinuitet" bruges, selvom det vel ligger implicit mange steder i teksten. Flere steder i rapporten skrives om, hvad den praktiserende læge (i ental) kan gøre.

Jeg savner en diskussion af betydningen af organisering i det enkelte lægehus: I hvor høj grad har man læge-patient kontinuitet? Det er mit indtryk, at nogle diagnostiske forløb trækker ud, fordi henvendelserne fordeles på flere enkeltpersoner, så overblikket svækkes, og ingen får mistanken i tide. Omvendt: Andre forløb trækker ud, hvis der aldrig kommer "friske øjne" på en sag. Der findes jo mange store undersøgelser af kontinuitetens betydning for helbred og overlevelse. Jeg ved ikke, om der findes litteratur specifikt om kontinuitetens betydning for kræftforløb i de forskellige faser?

Men når man i hele rapporten interesserer sig for relation, tillid, kommunikation, personcentrerethed, opfølgning osv. som en forudsætning for god kvalitet af den praktiserende læges indsats i de enkelte faser, så kalder det vel på et par ord om betydning på godt og ondt af kontinuitet.

Side 6: Jeg vil bare gøre opmærksom på, at moderne palliation forstår sig selv som noget, der starter, så snart vi har en alvorlig symptomgivende sygdom og ikke kun i de terminale faser. Det beskrives også i en af rapportens referencer - se side 24.

Side 7 øverst: Begrebet "Kliniske praksis" forvirrer mig lidt her i begrebsdefinitionen – det lyder næsten som "good clinical practice", der som bekendt er laveste niveau på evidenshierarkiet, men det er vel ikke det, man mener her? Måske er det den lægelige dømmekraft, der tænkes på? Outcome i den kliniske beslutningsproces, der inddrager både videnskabelig evidens, lægens erfaring og patientens præferencer. Undervejs gennem teksten, hvor begrebet bruges, fremgår det dog af sammenhængen, hvad der menes.

Side 7: Meget spændende og nyttig kvalitetsdefinition fra WHO, som jeg ikke kendte. Jeg tror, at den kan blive brugbar i anden sammenhæng. Punkt 5 omkring lighed (equitable) er dog mangelfuld: Det er jo desværre ikke nok at give samme vilkår til alle. Der er nogen, der behøver mere håndholdt omsorg end andre.

Side 14: Personcentreret omsorg kan selvfølgelig udfoldes, selv når lægen er "episodelæge", men her er igen flere eksempler på, at læge-patient kontinuitet, det gensidige kendskab, betyder noget. Jf. min første kommentar til side 5: Bør organisering diskuteres?

Side 20: Flere eksempler på at kendskab mellem patient og læge (eller sygeplejerske) har betydning for outcome.

Side 21: Om proaktivt at kontakte pårørende: Det er bestemt tit en god ide at spørge ægtefællen, eller hvem der nu er primær omsorgsperson, hvordan det går for pågældende i forbindelse med fx hjemmebesøg. ”Kom og få en konsultation, hvis du har brug for at snakke lidt”. Men jeg har svært ved at se for mig, at jeg proaktivt skal kontakte de pårørende uden om patienten. Kan virke indiskret, hvis der ikke er samtykke.

Side 21: Shared learning: Spændende projekt!

Side 22: Partnership projektet. Et projekt, der fortjener udbredelse. Har selv brugt muligheden her i vinter, hvor en patient med C prostata simpelthen ikke ville op til onkologisk ambulatorium i Aalborg, fordi hans kones kræftdød for mange år siden var så traumatiserende. Så ville han hellere bare give op med det samme. Det lykkedes at arrangere videokonference med onkologen, dvs. patient, datter og jeg sad sammen i min konsultation, og onkologen var med på video, hvor der blev givet svar på CT-scanning og blev lagt en plan: Blodprøver og pamorelin injektion klares hos mig, og vi følger op om 3 mdr. på video som sidst.

Side 23: Her beskrives vistnok som eneste sted, at en organisering kan give værdi til forløbet: Primær og sekundær kontaktperson.

Side 40: Der mangler kontaktperson til ph.d.-projekt ”Ulighed i sundhed og cancer diagnostik”. Jeg er ret sikker på, at det må være Ellen Jensens projekt, der omtales. Hendes mail er ellenjensen@dcm.aau.dk. Hun er næstformand i FYAM. Der mangler også kontaktperson på 3 andre projekter i Region Nord, dem må Janus Laust Thomasen have.

Med venlig hilsen

Bolette Friderichsen
Næstformand, DSAM