

25-11-2015

Revideret specialevejledning for klinisk onkologi (version til ansøgning)

Specialevejledningen er udarbejdet som led i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, jf. sundhedslovens § 208, som omhandler organiseringen og varetagelsen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse.

Ud fra denne reviderede specialevejledning kan der ansøges om varetagelse af specialfunktioner. Efter vurdering af ansøgninger vil Sundhedsstyrelsen udsende en ny specialevejledning, hvoraf de godkendte matrikler fremgår.

Specialebeskrivelse

Klinisk onkologi omfatter forebyggelse, diagnostik, ikke-kirurgisk behandling, pleje, palliation og rehabilitering af patienter med kræftsygdomme i samtlige organsystemer.

Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for speciallets områder.

Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik, behandling og pleje af patienter med maligne sygdomme. Behandlingen omfatter medicinsk behandling og stråleterapi.

I klinisk onkologi er der følgende kerneopgaver:

- Strålebehandling
- Kemoterapi
- Hormonterapi
- Måltrettet biologisk behandling
- Immunterapi
- Understøttende behandling
- Palliativ behandling og terminal pleje

Forhold af betydning for specialeplanlægning

Der dør årligt ca. 15.500 personer af kræft i Danmark, svarende til ca. en fjerdedel af samtlige dødsfald. Hvert år rammes ca. 35.000 personer af kræft, og ca. 250.000 personer lever med en kræftdiagnose i Danmark. Kræfthypigheden i Danmark er stigende, og det estimeres, at antallet af nye kræfttilfælde vil være øget med 25 % i

Sagsnr. 4-1012-44/25
Reference DGO
T 7222 7563
E syb@sst.dk

år 2025 sammenlignet med 2011. Nye behandlingsmuligheder, nye indikationer og forbedret overlevelse medfører ligeledes, at antallet af patienter med behov for onkologisk behandling er i vækst. Samtidig har stadig flere kræftpatienter andre samtidige sygdomme (komorbiditet), hvilket kan komplicere det onkologiske behandlingsforløb og øger behovet for samarbejde med intern medicin.

Det skønnes, at 70-80 % af alle kræfttilfælde kan behandles med kurativ intention ved hjælp af kirurgi, medicinsk behandling, stråleterapi eller kombinationer heraf. Ca. 50-60 % af alle kræftpatienter vil på et eller andet tidspunkt have behov for strålebehandling. Ca. 15.000 patienter har hvert år behov for palliativ behandling, støtte og pleje. Dette foregår såvel i klinisk onkologi som i en del andre specialer, herunder almen medicin. Stigningen i antal dødsfald som følge af kræft er mindre end stigningen i forekomsten af kræft. Dette er udtryk for forbedret behandling og overlevelse for langt de fleste kræftformer.

Udredning af patienter mistænkt for kræft foregår i praksissektoren og på sygehuse. Klinisk onkologi samarbejder med mange specialer på sygehusniveau om diagnostik, stadietdeling, komorbiditet, opfølgningsprogrammer og monitorering af bivirkninger samt palliation. Dette samarbejde bør være organiseret omkring multidisciplinære teams med regelmæssige konferencer. Der er indført pakkeforløb for kræftpatienter med henblik på at undgå ikke-fagligt begrundet ventetid ved diagnostik og behandling.

Onkologisk behandling er udelukkende sygehusbehandling. Der er otte afdelinger med tilknyttet stråleterapi. Herudover er der en række decentrale onkologiske afdelinger og onkologiske funktioner på medicinske afdelinger. Den største del af den onkologiske behandling foregår ambulant.

Stort set alle onkologiske standardbehandlinger bygger enten på gennemførte fase II eller III undersøgelser. Alle medicinske kræftbehandlinger beskrives i behandlingsforskrifter med angivelse af doser, relevante blodprøver, radiologiske undersøgelser m.m. med tidsangivelse for hvornår de enkelte undersøgelser skal foretages. Dette gælder både standard-, protokollerede og eksperimentelle behandlinger.

Som følge af den øgede overlevelse for kræftpatienter vil der være flere helbredte patienter med kroniske følger af behandlingen. Der er brug for betydelig viden inden for disse områder. I takt med de forbedrede behandlingsresultater vil der således være et stigende antal helbredte kræftpatienter, som har behov for målrettet rehabiliteringsindsats. Dette stiller krav om en kompetent psykosocial indsats gennem hele forløbet med vægt på god kommunikation med patienter og pårørende og krav til et udbygget samarbejde med andre sektorer.

Palliativ behandling og pleje er en integreret del af onkologien. Indsatsen kræver et nøje koordineret samspil mellem de relevante parter, herunder patienter og deres pårørende, sygehusafdelinger, palliative teams og afdelinger, hospice, den primære sundhedssektor og den sociale sektor.

Enkelte afdelinger i landet har særlige enheder for eksperimentel behandling.

Et øget antal genetiske defekter, som kan medføre kræftsygdomme, forventes at blive påvist i de kommende år. Specialet forventes i stigende grad at blive inddra-

get i opsporings- og registreringsarbejdet samt den efterfølgende genetiske rådgivning som led i multidisciplinære teams med blandt andet klinisk genetik.

Brug af molekylærbiologiske metoder til karakteristik af tumorer er i dag et standardelement i behandlingen af en række sygdomme. Det er således et krav ved diagnostik af en række sygdomme. Disse metoder vil formentligt blive endnu mere udbredte i fremtiden.

Strålebehandling bliver løbende teknologisk forbedret. Intensitetsmoduleret og billedvejledt radioterapi er således i dag standardprocedurer. Avanceret strålebehandling stiller løbende store krav til de tekniske faciliteter, ligesom der vil være et øget behov for kombinationer af CT-, MR- og PET-baseret stråleplanlægning. Etablering af partikelterapi i Danmark er den nyeste landvinding på den teknologiske front.

For at sikre ensartet behandling af høj kvalitet er der behov for, at der udarbejdes kliniske retningslinjer inden for området. Udover de nationale kliniske retningslinjer, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, udarbejder de faglige og videnskabelige selskaber landsdækkende kliniske retningslinjer.

Praksisområdet

Diagnostik af patienter mistænkt for kræftsygdomme starter hyppigt i almen praksis og fortsætter efterfølgende i et samarbejde med andre specialer. Patienten henvises først til klinisk onkologi, når der foreligger en malign diagnose. Ved kurativ behandling kan patienterne afhængig af deres specifikke kræftsygdom overgå til opfølgning i almen praksis. Der bør for de hyppigste onkologisk sygdomme foreligge retningslinjer for samarbejde og opgavevaretagelse mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

Der er ikke speciallægepraksis i klinisk onkologi.

Det kommunale sundhedsvæsen

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

I henhold til Sundhedsloven har kommunerne hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne, blandt andet med henblik på livsstilsændringer vedrørende kost, alkohol, tobak, fysisk aktivitet og mental sundhed.

Sygehusvæsenet

Nedenfor beskrives anbefalinger til hovedfunktionsniveauet og krav til varetagelse af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. De sygdomsgrupper/diagnoser samt diagnostiske og behandlingsmæssige metoder, der er regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner i specialet, oplistes.

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktioner i klinisk onkologi omfatter medicinsk onkologisk behandling for hyppigt forekommende kræftsygdomme, som der ligger standardiserede behandlingsprogrammer for og under forudsætning af tilstedeværelse af onkologisk ekspertise. Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet

mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.

Der er følgende onkologiske hovedfunktioner (tallene i parentes angiver et skøn over årlige antal patientforløb på landsplan):

- Lungekræft, medicinsk behandling af såvel småcellet som ikke-småcellet lungekræft (>2000 forløb/år)
- Brystkræft, medicinsk behandling (ca. 2.500 forløb/år ekskl. endokrin behandling)
- Tyktarmskræft, medicinsk behandling (> 2.000 forløb).

Varetagelse af hovedfunktioner i klinisk onkologi bør ske i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. det relevante pakkeforløb. Der bør foreligge samarbejdsaftaler mellem afdelinger, der udelukkende varetager hovedfunktionsniveau og afdelinger, der varetager specialfunktioner.

Det er væsentligt, at øvrigt personale, herunder sygeplejersker, har relevante kompetencer og erfaring i varetagelse af speciallets patienter.

Hovedfunktioner i klinisk onkologi kan være en integreret del af de intern medicinske afdelinger med fælles vagt. Det bør på hovedfunktionsniveau være muligt at få assistance i løbet af kort tid fra en speciallæge i ét af de ni specialer inden for intern medicin eller fra klinisk onkologi. På hovedfunktionsniveau bør det være muligt at få telefonisk rådgivning fra speciallæge i klinisk onkologi.

Ved varetagelse af hovedfunktioner i klinisk onkologi bør der være samarbejde med følgende specialer:

- Intern medicin (bredt)
- Kirurgi

Krav til varetagelse af specialfunktioner

I Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' beskrives en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning, som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner. Disse krav udgør grundlaget for varetagelse af specialfunktioner, men derudover oplystes der nedenfor specifikke krav, som gælder for klinisk onkologi.

Krav til varetagelse af regionsfunktioner

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af regionsfunktioner:

Ved varetagelse af regionsfunktioner skal det være muligt at få telefonisk assistance fra en speciallæge i klinisk onkologi indenfor kort tid. Senest næste dag skal der være mulighed for assistance fra speciallæge i klinisk onkologi og ved varetagelse af særlige patientgrupper kan der være behov for assistance indenfor kort tid.

For alle funktionerne skal der være etableret et multidisciplinært samarbejde, organiseret omkring MDT konferencerne. Onkologisk diagnostik, behandling og opfølgning foregår oftest i tæt samarbejde inden for multidisciplinære teams, og de øvrige funktioner i teamet bør eksempelvis være til rådighed ved komplikationer i den onkologiske del af patientforløbet.

Ved varetagelse af regionsfunktioner i klinisk onkologi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

Regionsfunktioner

Alle regionsfunktioner varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb.

1. Kræft i hjernen, strålebehandling (400 pt.) og medicinsk kræftbehandling (150 pt., non-konkommittant)
2. Ekstrakranielle tumorer, stereotaktisk strålebehandling (ca. 6-800 pt.) (monitoreres)
3. Hjernemetastaser, strålebehandling, herunder stereotaktisk (ca. 500 pt.)
4. Hoved- og halskræft (ekskl. skjoldbruskkirtelkræft), strålebehandling (8-900 pt.) og medicinsk behandling (150 pt., non-konkommittant). Tæt opfølgning af kvalitet skal sikres ved indberetning til national database og opdaterede landsdækkende kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen vil følge området tæt med henblik på vurdering af behov for yderligere samling. (monitoreres)
5. Lungekræft, strålebehandling, også i kombination med kurativt intenderet medicinsk behandling, samt behandling med targeterede stoffer til dissemineret sygdom (800 pt.)
6. Brystkræft, medicinsk behandling af primært inoperable (ca. 200 pt) samt strålebehandling (ca. 3.000 pt., stigende)
7. Tyktarmskræft med oligo-metastaser (ca. 150 pt.).
8. Endetarmskræft, strålebehandling og medicinsk behandling (ca. 500 pt.)
9. Bugspytkirtelkræft, medicinsk behandling (450 pt.)
10. Kræft i urinblæren, strålebehandling (300 pt.) og medicinsk behandling (150-200 pt.)
11. Prostatakræft, herunder strålebehandling (500 pt.), ikke-hormonmodulerende medicinsk behandling (150-200 pt.), metastatisk kastraktionsrefraktær prostatakræft (3-400 pt.) og kurativ hormonmodulerende behandling.
Ikke-kurativ hormonmodulerende 1. linje behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau i både urologi og klinisk onkologi. Ikke-kurativ hormonmodulerende behandling af prostatakræft ved progression på 1. linje kan desuden varetages på regionsfunktionsniveau i urologi. (monitoreres)
12. Kræft i æggestokke- og livmoder, medicinsk behandling (750 pt.) og strålebehandling (ca. 20 pt.):

13. Hudkræft, non-malign melanom, strålebehandling (ca. 800 pt.).
14. Maligne hæmatologiske sygdomme, strålebehandling (600 pt.). Varetages i tæt samarbejde med specialet hæmatologi
15. Alle kræftformer, palliativ strålebehandling (ca. 5.500 pt.)

Krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner

De krav, som er anført for regionsfunktionsniveauet, gælder også for det højt specialiserede niveau. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner:

Særlige onkologiske behandlingsformer og eksperimentel behandling skal kun foregå på afdelinger med højt specialiserede funktioner. Der kan etableres et formaliseret samarbejde mellem en afdeling med højt specialiseret funktion og en afdeling med regions- eller hovedfunktion efter godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

På højt specialiseret niveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i klinisk onkologi inden for kort tid.

Ved varetagelse af højt specialiserede funktioner i klinisk onkologi skal der – afhængigt af den enkelte funktion – være samarbejde med relevante specialer på relevant specialiseringsniveau. Der bør være samarbejde med udenlandske centre, hvor det er relevant, specielt ved sjældne kræfttyper.

Højt specialiserede funktioner

Alle højt specialiserede funktioner varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb med mindre andet er specifikt angivet under funktionen.

16. Kræft i øjet, strålebehandling (120 pt.)
17. Primære intrakranielle tumorer og karmisdannelser, stereotaktisk strålebehandling af (100 pt.)
18. Kræft i skjoldbruskkirtlen, ekstern strålebehandling og intern radiojodbehandling (300 pt.)
19. Kræft i skjoldbruskkirtlen, medicinsk behandling (<24 pt.)
20. Mesotheliom, strålebehandling og medicinsk behandling (150 pt.)
21. Thymomer, strålebehandling og medicinsk behandling (ca. 25 pt.)
22. Kræft i spiserør, mavemund (cardia) og mavesæk, medicinsk behandling og strålebehandling (> 500 pt.)
23. Tyndtarmscarinomer, medicinsk behandling (100 pt.)

24. Analkræft, strålebehandling (ca. 100 pt.) og medicinsk behandling (ca. 100 pt.)
25. Primær levercancer, strålebehandling og medicinsk behandling (100 pt.)
26. Bugspytkirtelkræft, strålebehandling (<50 pt.)
27. Kræft i galdeblære og galdegang, medicinsk behandling, (ca. 100 pt.) (monitoreres)
28. Kræft i nyre, medicinsk behandling (250 pt.)
29. Binyrecarcinom (ca. 5-10 pt.)
30. Prostatakræft, iod seed behandling (<100 pt.)
31. Prostatakræft, interstitiel brachyterapi (>100 pt.)
32. Kræft i penis, strålebehandling og medicinsk behandling (<50 pt.)
33. Testikelkræft, opfølgning efter orkiektomi, medicinsk behandling og strålebehandling (300 pt.)
34. Kræft i vagina og livmoderhals, strålebehandling og medicinsk behandling (200 pt.)
35. Kræft i vulva, strålebehandling og medicinsk behandling (20-30 pt)
36. Persisterende trofoblastsygdomme, herunder invasiv mola og choriocarcinom, medicinsk behandling (<50 pt.) Varetages i et multidisciplinært team med gynækologi-obstetrik med fælles retningslinjer og fælles konferencer
37. Sarkomer, strålebehandling og medicinsk behandling (100 pt.)
38. Maligne melanomer, medicinsk behandling (ca. 270 pt.) og strålebehandling (10-15 pt.)
39. Hudkræft, non-malign-melanom, medicinsk behandling (25 pt.)
40. Mycosis fungoides, total hudbestråling (<50 pt.)
41. Helkropsbestråling (100 pt.)
42. Neuroendokrine tumorer, medicinsk behandling (ca. 120 pt.) Varetages i et multidisciplinært team med kirurgi med fælles retningslinjer og fælles konferencer.
43. Ukendt primær tumor, medicinsk behandling (>200 pt.)

44. Brachyterapi ved ekstensiv bækkenkirurgi, intraoperativ, interstitiel (<50 pt.)
45. Brachyterapi af sarkomer ved ekstremitetsbevarende kirurgi, interstitiel (<50 pt.)
46. Strålebehandling af børn, evt. i samarbejde med udlandsfunktion (<100 pt.). Strålebehandling af børn er sjældent og samtidig meget kompleks, hvorfor der skal være et tæt og formaliseret samarbejde med udvalgte centre i udlandet, hvor der er mulighed for partikelterapi. Funktionen revideres, når der er etableret et nationalt center for partikelterapi. Varetages i et multidisciplinært team på matriklen med pædiatri og andre relevante specialer med fælles retningslinjer og fælles konferencer
47. Partikelterapi af voksne, visitation til behandling i udlandet (20-30 pt.). Funktionen revideres, når der er etableret et nationalt center for partikelterapi.

Monitorering af specialfunktioner i klinisk onkologi

Sundhedsstyrelsen følger løbende op på, om den gældende specialeplan er tids-svarende, relevant og dækkende. Det sker gennem årlige statusrapporter om opfyldelse af krav til specialfunktionerne. Dertil kommer, at Sundhedsstyrelsen årligt vil monitorere udvalgte specialfunktioner i specialet. Monitoreringen baseres på data fra Landspatientregisteret, og omfatter kontakter til offentlige og private sygehuse (offentligt finansierede kontakter), som både afsluttede og uafsluttede indlæggelser henholdsvis ambulante kontakter.

Sundhedsstyrelsen vil årligt monitorere følgende specialfunktioner i specialet klinisk onkologi, som beskrevet nedenfor:

Regionsfunktioner

- Ekstrakranielle tumorer, stereotaktisk strålebehandling (ca. 6-800 pt.)

Monitoreringen afgrænses med en af de følgende procedurekoder:

BWGC22, BWGC23, BWGC24 eller BWGC29.

Alder på behandlingstidspunktet: 18+ år.

Der opgøres volumenindikatorer på antal unikke patienter og antal behandlinger på henholdsvis sygehusafdeling og geografisk lokalisation.

- Prostatakræft, herunder strålebehandling (500 pt.), ikke-hormonmodulerende medicinsk behandling (150-200 pt.), metastatisk kastraktionsrefraktær prostatakræft (3-400 pt.) og kurativ hormonmodulerende behandling.
Ikke-kurativ hormonmodulerende 1. linje behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau i både urologi og klinisk onkologi. Ikke-kurativ hormonmodulerende behandling af prostatakræft ved progression på 1. linje kan desuden varetages på regionsfunktionsniveau i urologi.

Monitoreringen afgrænses med følgende diagnosekode:

DC619*

I kombination med en af følgende procedurekoder:

BWHA* eller BWHC*

Afgrænses desuden på specialekode for klinisk onkologi

- Hoved- og halskræft (ekskl. skjoldbruskkirtelkræft), strålebehandling (8-900 pt.) og medicinsk behandling (150 pt., non-konkomittant). Tæt opfølgning af kvalitet skal sikres ved indberetning til national database og opdaterede landsdækkende kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen vil følge området tæt med henblik på vurdering af behov for yderligere samling.

Monitorering sker ved træk i den kliniske database DAHANCA ved træk på følgende indikator:

Andel patienter der er drøftet ved MDT-konference

Det opgøres på sygehus og adresse

Højt specialiserede funktioner

- Kræft i galdeblære og galdegang, medicinsk behandling, (ca. 100 pt.)

Monitoreringen afgrænses med en af følgende diagnosekoder:

DC249 eller DC249X (aktionsdiagnose)

I kombination med en af de følgende procedurekoder:

BWHA*

Der opgøres volumenindikatorer på antal unikke patienter og antal behandlinger på henholdsvis sygehusafdeling og geografisk lokalisation.

For mere udførlig beskrivelse af principper for monitoreringen se Sundhedsstyrelsens hjemmeside [*her indsættes senere et link*].

Baggrund for udarbejdelse af specialevejledningen

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet denne specialevejledning på baggrund af en revision af specialevejledningen fra Specialeplan 2010 og har i arbejdet indhentet rådgivning fra faglige repræsentanter fra regionerne samt fra de relevante videnskabelige selskaber m.v. Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning - begreber, principper og krav' (tilgængelig fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside) beskriver rammerne for specialeplanlægningen..

Følgende udgivelser er inddraget i specialeplanlægningen i relevant omfang:

- Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket Akutberedskab' fra 2007
- Sundhedsstyrelsens pakkeforløb på kræftområdet
- Sundhedsstyrelsens opfølgningsprogrammer for (alle) kræftformer