

Region Hovedstaden

# Kræftplan

December 2010

REGION

Høringsudkast  
Faglige anbefalinger

## Indholdsfortegnelse:

<b>1. Resumé og anbefalinger .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Indledning .....</b>	<b>11</b>
2.1. Baggrund .....	11
<b>3. Udviklingen i kræftsygdomme .....</b>	<b>13</b>
3.1 Kræftudvikling i Danmark.....	13
3.2 Kræftudvikling i et nordisk perspektiv.....	16
<b>4. Nationale og regionale initiativer .....</b>	<b>18</b>
4.1. National kræftstyregruppe.....	18
4.2 Kræftplan I, II og III .....	18
4.3 Hospitalsplan og specialeplan .....	19
4.4 Sundhedsaftaler .....	19
4.5 Kræftaftalen 2007.....	20
4.6 Pakkeforløb for kræft .....	20
4.7 Multidisciplinære og tværsektorielle regionale arbejdsgrupper .....	21
4.8 Forløbskoordinatorer .....	21
4.9 Regional administrativ kræftstyregruppe.....	22
4.10 Regional kvalitetspolitik og kvalitetshandlingsplan.....	22
4.11 Andre nationale initiativer.....	22
<b>5. Diagnostik og behandling .....</b>	<b>24</b>
5.1 Anbefalinger .....	24
5.2. Implementering af pakkeforløb.....	24
5.3 Udredning og diagnostik .....	26
5.4 Behandling.....	29
5.4.1 Kirurgisk behandling.....	30
5.4.2 Medicinsk behandling .....	31
5.4.3 Strålebehandling .....	32
5.4.4 Alternativ behandling .....	34
<b>6. Tidlig opsporing af kræftsygdomme.....</b>	<b>36</b>
6.1. Anbefalinger .....	36
6.2. Tidlig opsporing og diagnostik.....	36
6.2.1. Styrket adgang til faglig rådgivning og billeddiagnostik.....	38
6.3. Screening for kræftsygdomme.....	38
6.3.1. Brystkræftscreening .....	39
6.3.2. Livmoderhalskræftscreening.....	39
6.3.3. Screening for tyk- og endetarmskræft .....	40
6.4. Øge deltagelsen i screeningsprogrammer .....	40
6.5. Kvalitetssikring af screeningsprogrammer .....	41
6.6. Arvelige kræftsygdomme .....	41
<b>7. Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb.....</b>	<b>42</b>
7.1 Anbefalinger .....	42

7.2 Rehabilitering .....	43
7.3 Senfølger .....	46
7.4 Opfølgende kontroller .....	46
7.5 Forløbsprogrammer og sammenhængende forløb .....	48
<b>8. Palliation .....</b>	<b>51</b>
8.1 Anbefalinger .....	51
8.2 Forløbsprogrammer for palliativ indsats .....	51
8.3 Styrkelse af den tværsektorielle palliative indsats .....	53
8.4 Styrkelse af den palliative indsats på hospitalerne .....	53
<b>9. Patientaspektet .....</b>	<b>56</b>
9.1 Anbefalinger .....	56
9.2 Patientinddragelse .....	56
<b>10. Aktivitets- og kvalitetsmålinger .....</b>	<b>59</b>
10.1 Anbefalinger .....	59
10.2 National monitorering .....	59
10.3 Regional monitorering .....	60
<b>11. Forskning .....</b>	<b>62</b>
11.1 Anbefalinger .....	62
11.2 Infrastruktur for klinisk kræftforskning .....	62
<b>12. Personale og uddannelse .....</b>	<b>65</b>
12.1 Anbefalinger .....	65
12.2 Opgaveforskydning .....	65
12.3 Videre- og efteruddannelse .....	65
12.4 Udvikling af nye uddannelser .....	66
<b>13. Litteraturliste .....</b>	<b>67</b>
<b>BILAG 1 .....</b>	<b>68</b>
<b>BILAG 2 .....</b>	<b>75</b>
<b>BILAG 3 .....</b>	<b>77</b>

# 1. Resumé og anbefalinger

Region Hovedstadens kræftplan fastlægger regionens indsats på kræftområdet de kommende år. Hovedfokus i regionens kræftplan er forløbet før behandling og efter behandling. Derudover indeholder kræftplanen anbefalinger til en forbedret indsats i forhold til eksempelvis diagnostik, behandling, forskning og uddannelse.

Følgende områder adresseres i kræftplanen:

- Diagnostik og behandling
- Tidlig opsporing af kræftsygdomme
- Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb
- Palliation
- Patientspektet
- Aktivitets- og kvalitetsmålinger
- Forskning
- Personale og uddannelse

## **Diagnostik og behandling**

Kræftplan I og II har sikret fokus på at forbedre indsatsen for især diagnostik og behandling. Det er vigtigt, at dette fokus fortsat fastholdes, således at kvaliteten forsat forbedres. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

### Kvalitet og samarbejde

- Der skal fortsat arbejdes med at understøtte og sikre overgangene mellem sektorer.
- Der skal fortsat arbejdes med at sikre kvaliteten inden for diagnostik og behandling, eksempelvis ved at samle kræftbehandlingen på få enheder.
- Den multidisciplinære konference skal udvikles og styrkes.
- Der skal etableres et lærings-, udviklings- og videndelingcenter for robotkirurgi på Herlev Hospital.
- Der skal fortsat være fokus på, at patienter med komorbiditet får tilbudt fagligt optimale forløb.
- Der skal sikres fokus på patientsikkerheden på kræftområdet ved, at eksisterende viden om utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en systematisk opfølgning.

### Kapacitet

- Den diagnostiske kapacitet og behandlingskapaciteten - herunder strålebehandlingskapaciteten – skal løbende monitoreres.
- Der skal fortsat arbejdes med at sikre effektive arbejdsgange og optimal anvendelse af ressourcerne.
- Der skal etableres et partikelterapi-læg på Rigshospitalet.

Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” anbefaler også, at den igangværende samling af kræftudredning og behandling på færre enheder forsat bør understøttes i såvel hospitalsplaner som den nationale specialeplanlægning.

### **Tidlig opsporing af kræftsygdomme**

Tidlig opsporing af kræftsygdom forbedrer muligheden for overlevelse. Det er ønsket, at der fortsat sikres fokus på tidlig opsporing samt forbedring af de diagnostiske muligheder for praksissektoren. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

#### Faglig rådgivning og billeddiagnostik

- Der skal ske en styrkelse af praksissektorens muligheder for adgang til hurtig multidisciplinær udredning af kræftpatienter i hospitalsregi, herunder billeddiagnostiske undersøgelser.
- Der skal etableres en entydig adgang for praksissektoren til subakut faglig rådgivning fra speciallæger på hospitalsafdelingerne.

#### Screeningsprogrammer

- Der implementeres screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år hvert andet år. Screeningen påbegyndes i 2014.
- Regionens borgere skal sikres tilstrækkelig viden om kræftsygdommenes symptomer, screenings- og helbredelsesmuligheder.
- Der skal undersøges nye kommunikationsmuligheder med henblik på en målgruppebaseret information om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder.
- Sundhedsstyrelsen opfordres til at udarbejde informationsmateriale om screeningstilbud på andre sprog end dansk.
- Regionen skal understøtte kommunerne med henblik på kompetenceudvikling af deres ansatte til en øget oplysningsindsats om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder.
- Der skal sikres en fortsat løbende monitorering af screeningsprogrammernes kvalitet.
- Der skal fortsat arbejdes på kvalitetssikring af de alment praktiserende lægers indsats i livmoderhalskræftscreeningen.

#### Arvelige kræftsygdomme

- For at sikre bedre evidens for screening for arvelige kræftsygdomme skal der løbende ske kvalitetssikring og monitorering af effekten.
- Regionen skal i takt med nye muligheder for screening for arvelige kræftsygdomme sikre, at der er kliniske retningslinjer for henvisning til klinisk-genetisk rådgivning og gentestning.

De regionale anbefalinger er i tråd med anbefalingerne i ”Aftale om Kræftplan III” og anbefalingerne i Sundhedsstyrelsen oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet”.

Af ”Aftale om Kræftplan III” fremgår det, at der skal implementeres en diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, at der skal sikres ensartet og let adgang til specialiseret udredning, samt vejledning til den praktiserende læge, at danskernes kendskab til symptomer på kræft skal styrkes, og at der skal implementeres landsdækkende screening for tyk- og endetarmskræft.

Sundhedsstyrelsen oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” anbefaler, at forebyggelsesindsatsen, herunder information om screeningsprogrammer øges overfor udsatte voksne. Indsatsen skal være mere målgruppeorienteret, og der skal være særligt fokus på patienter med komorbiditet. Samtidigt skal der være hurtigere adgang til diagnostiske undersøgelser og speciallægerådgivning for almen praksis.

## **Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb**

I takt med at behandlingen og overlevelsen forbedres for kræftpatienter, får et stigende antal patienter behov for et tilbud efter endt behandling. Mange af disse patienter har behov for et rehabiliteringstilbud. Hertil kommer, at mange patienter har senfølger, og hovedparten af patienterne har behov for opfølgende kontroller efter deres kræftbehandling. Alle patienter har behov for et sammenhængende forløb, som sikrer sammenhæng internt på hospitaler, mellem hospitaler og mellem sektorerne. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

### Rehabilitering

- Der skal ske en kortlægning af rehabiliteringstilbuddene i regionen, og alle kræftpatienter med et rehabiliteringsbehov skal modtage et målrettet individuelt rehabiliteringstilbud.
- Der skal udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering målrettet en række sygdomsområder bl.a. kræft i regi af sundhedsaftalerne 2011-2014.
- Der skal ske en synliggørelse af alle rehabiliteringstilbud i regionen, og de skal være tilgængelige på de eksisterende relevante webportaler fx på regionens sundheds- og forebyggelsesportal.
- Der skal igangsættes af et udviklingsarbejde med henblik på etablering af et videntcenter for rehabilitering i regionen.
- Der skal være øget fokus på gruppen af udsatte borgere herunder indvandrere samt borgere med komorbiditet.
- Der skal ske en styrkelse af mulighederne for at bruge de eksisterende elektroniske kommunikationsredskaber /MedCom standarder ved brug af efteruddannelse og vejledninger mv.

### Senfølger

- Der skal ske en vidensopsamling om senfølger, og patienter med senfølger skal tilbydes behandling.
- Der skal udleveres information om senfølger til alle kræftpatienter, og de skal oplyses om støttemuligheder i relation til deres kræftbehandling, herunder information om livet efter en kræftsygdom.
- Anbefalingerne i regionens lymfødemrapport skal implementeres.

### Opfølgende kontroller

- Der skal udarbejdes og implementeres nationale kontrolforløb for kræftpatienter.
- Regionen skal støtte og bidrage til udarbejdelsen af nationale kontrolforløb. Såfremt, der ikke foreligger nationale kontrolforløb i 1. halvår af 2011, skal der igangsættes en regional proces.
- Såfremt der er behov for at igangsætte en regional proces på området anbefales det, at:
  - processen igangsættes indledningsvist for de kræftformer, hvor der er stor volumen, og hvor behovet for ensretning af kontrolforløb vurderes størst,
  - kontrolforløbene organisatorisk skal revurderes, og at det for alle kontrolforløb vurderes konkret, hvilken funktion både almen praksis og speciallægepraksis skal have, og at

- det for alle kontrolforløb vurderes konkret, hvilke personalegrupper, der kan inddrages i varetagelsen af kontrolforløbet.
- Regionen skal i samarbejde med relevante parter udbyde efteruddannelse i varetagelsen af de kontrolforløb, hvor praksissektoren indtænkes som en aktiv ressource.
- Fokus på forskning af effekten af kontrolforløb skal sikres ved at afsætte ressourcer hertil.

### Sammenhængende forløb

- Der skal igangsættes et udviklings- og forskningsarbejde mhp. udarbejdelse af et forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller, sammenhængende forløb og patientaspektet.
- Der skal ske en styrkelse og udvikling af forløbskoordinatorfunktion blandt andet med henblik på at styrke sammenhængende forløb internt på hospitalerne og mellem sektorer.
- Der skal ske en systematisk styrkelse af patientforløbets overgang fra sekundær- til primærsektor via sundhedsaftalernes aftalekompleks (2011-2014).
- Kommunerne opfordres til, at deres tilbud til kræftpatienter fremgår af Forebyggelsesportalen, lokalaviser mv.
- Der skal ske en undersøgelse af anvendeligheden og omfanget af kræftpatienters brug af muligheden for tilskud til indtil 12 behandlinger ved almen praktiserende psykolog.
- Det skal sikres, at eksisterende it-systemer bruges, og at der tilbydes efteruddannelse i brug af systemerne.
- Der skal udarbejdes retningslinjer for, hvordan alle patienter herunder kræftpatienter ved afslutningen af deres forløb på hospitalet orienteres om, hvor de kan henvende sig ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med deres sygdom.

Rehabilitering spiller ligesom i "Aftale om Kræftplan III" en fremtrædende rolle i regionens kræftplan. I "Aftale om Kræftplan III" er det besluttet, at der skal udvikles forløbsprogrammer for rehabilitering og palliation, hvor der foretages en behovsvurdering af alle kræftpatienters rehabiliteringsbehov. Denne anbefaling ligger tæt op af regionens anbefaling om etablering af et forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, sammenhængende forløb og patientaspektet.

Anbefalingen i regionens kræftplan, om at igangsætte et udviklingsarbejde med henblik på etablering af et videncenter for rehabilitering i regionen, ligger tæt op af beslutningen i "Aftale om Kræftplan III" om, at rehabiliteringsindsatsen skal sammentænke aktiviteterne på Rehabiliteringscenter Dallund og Palliativt Videncenter fra 2012 i et nyt nationalt Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

Den regionale kræftplan sætter ligesom "Aftale om Kræftplan III" fokus på forløbskoordination. Kræftplan III gør det obligatorisk for regionerne at have organisatoriske forløbskoordinatorfunktioner på hospitalsniveau for både kræft- og hjertepatienter. I Sundhedsstyrelsens oplæg "Styrket indsats på kræftområdet" anbefales det endvidere, at der skal være fokus på senfølger og udarbejdes nationale kliniske retningslinjer for opfølgende kontroller.

### **Palliation**

Kræftpatienter lever længere med kræft og har derfor ofte længere palliative forløb end tidligere. Den palliative indsats er en tværfaglig helhedsbehandling med patienten og den

nærmeste familie i centrum. Behandlingens sigte er at lindre den samlede fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle lidelse hos patienter med fremskreden kræft. Der i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

#### Forløbsprogrammer for palliativ indsats

- Der skal igangsættes et udviklingsarbejde med henblik på udarbejdelse af et selvstændigt forløbsprogram for palliation. Området skal samtidigt indarbejdes i pakkeforløbene.
- Der skal udvikles fælles tværsektorielle retningslinjer for den koordinerede palliative indsats via sundhedsaftalerne (2011 til 2014).

#### Styrkelse af den tværsektorielle palliative indsats

- Der skal ske en styrkelse af kompetencer, kommunikation og sparring i samarbejdet om den basale palliative indsats mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne.

#### Styrkelse af den palliative indsats på hospitalerne

- Der skal være adgang til palliative specialister på alle hospitaler i regionen.
- Der skal i regionen ske en styrkelse af uddannelsesniveaet både for personale, der beskæftiger sig med palliation på det basale og specialiserede niveau.
- Beslutningerne i hospitalsplanen implementeres gennem etablering af specialiserede palliative enheder på alle områdehospitaler med tilhørende udgående palliative teams. Som et supplement hertil etableres der et internt palliativt team på Rigshospitalet.
- Der skal etableres en palliativ vagtfunktion i relation til de eksisterende specialiserede palliative funktioner, således at der er en vagtfunktion i hvert planområde.
- Der skal udarbejdes fælles visitationskriterier til de hospicer, som regionen har indgået driftsaftaler med samt til regionens palliative afsnit.
- Alle kræftpatienter med behov for en længerevarende palliativ indsats, skal tilknyttes en specialiseret palliativ enhed.
- Der skal ske en styrkelse af den palliative kliniske interventionsforskning.
- Der skal sættes øget fokus på samarbejde med patientforeninger/lokalforeninger.

En styrkelse af den palliative indsats har ligesom i "Aftale om Kræftplan III" en fremtrædende rolle i regionens kræftplan. I overensstemmelse hermed anbefaler regionen udvikling af forløbsprogrammer. Anbefalingerne i den regionale kræftplan om både at styrke den basale og specialiserede palliative indsats er ligeledes i overensstemmelse med beslutningen i "Kræftplan III", om at styrke både den basale og specialiserede palliative indsats samt at sikre adgang til palliative specialister hele døgnet. I tråd med kræftplan III anbefaler regionen endvidere, at der er fokus på det tværsektorielle samarbejde om palliation.

#### **Patientaspektet**

Patienter forventer på en anden måde end tidligere at blive hørt og inddraget i forhold til deres egne forløb på hospitalet samt også i forhold til generelle forhold på hospitalet. Patienter og pårørende har en stor viden om patienten, som med fordel for alle parter kan benyttes til at styrke og forbedre patienternes forløb på hospitalet. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

#### Patientinddragelse

- Kræftpatienter og pårørende skal i regionen tilbydes forløb på hospitalerne, hvor de inddrages.

- Der skal igangsættes et forsknings-/ udviklingsprojekt, som afdækker, hvordan patienter og pårørende bedst inddrages.
- Der skal foretages en undersøgelse af mulighederne for implementering af årlige undersøgelser i regionen, såfremt der ikke tages initiativ til national monitorering af patienttilfredsheden blandt kræftpatienter.
- Der skal på regionens hospitaler løbende sikres en dialog med patienter og pårørende, således at patienter/pårørende inddrages på relevante områder.

Der er i ”Aftale om Kræftplan III” og Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” fokus på patient- og pårørendeaspektet som i regionens kræftplan. Der er overensstemmelse mellem anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” og regionens anbefalinger om inddragelse af både patienter og pårørende både i forhold til eget forløb og i forhold til inddragelse i fora, hvor udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet pågår.

### **Aktivitets- og kvalitetsmålinger**

Det er vigtigt, at initiativer på kræftområdet kan monitoreres regionalt. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger:

#### Regional monitoreringsmodel

- Der skal etableres en regional monitorering af kræftpatienters forløb på hospitalerne/afdelingerne baseret på data fra landspatientregistret.
- Det regionale monitoreringssystem skal bygges op som en enkel generisk model.
- Der skal i udviklingsarbejdet af et regionalt monitoreringssystem tages udgangspunkt i nogle indikatorer, hvor der er fokus på området og gode erfaringer.
- Det skal belyses, hvordan data fra de kliniske databaser kan inddrages i en regional monitoreringsmodel.
- En regional monitoreringsmodel skal have fokus på kvalitetsindikatorerne: incidens, overlevelse og indikatorer i relation til udredning og behandling.
- Der skal regionalt være fokus på at understøtte, at der på sigt udvikles et system for monitorering af hele patientforløbet.

De regionale anbefalinger er i tråd med anbefalinger i både ”Aftale om Kræftplan III” og Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet”.

”Aftale om Kræftplan III” lægger vægt på, at der sker en systematik opfølgning på indsatsen på kræftområdet, herunder en løbende opfølgning af forløbstiderne. Derudover skal de kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet i højere grad indgå i den fortsatte udvikling af den nationale monitoreringsmodel.

Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” anbefaler også, at der skabes grundlag for og etableres forløbsbaseret dokumentation på tværs af sektorer, og at organisering og metode fra de kliniske kvalitetsdatabaser udbredes med henblik på øget indsamling af og opfølgning på kvalitetsdata.

## **Forskning**

Kræftområdet er præget af stor udvikling på især det medicinske og teknologiske område. Ønsket er at skabe de bedst mulige rammer for regionens forskningsindsats på området og sikre et fortsat fokus på kræftforskning. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

### Infrastruktur for klinisk kræftforskning

- Der skal etableres en Koordinerende Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning i regionen, som forankres i en af de eksisterende Kliniske Kræftforskningsenheder
- Der skal ske en omstrukturering af systemet af Kliniske Kræftforskningsenheder, således at det servicerer det samlede kliniske kræftforskningsområde.
- Regionens system af Kliniske Kræftforskningsenheder tilføres nødvendige midler via nationale og regionale finansieringskilder.

De regionale anbefalinger er i tråd med anbefalinger i Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet”, hvori det indgår som en anbefaling, at der skal ske en styrkelse af den lokale infrastruktur for kræftforskning.

## **Personale og uddannelse**

For at sikre høj kvalitet i behandlingen af patienterne og optimal anvendelse af personaleressourcerne i regionen er det vigtigt at understøtte rekruttering og personaleudvikling. Der er i den forbindelse nedenstående anbefalinger.

### Uddannelses tilbud:

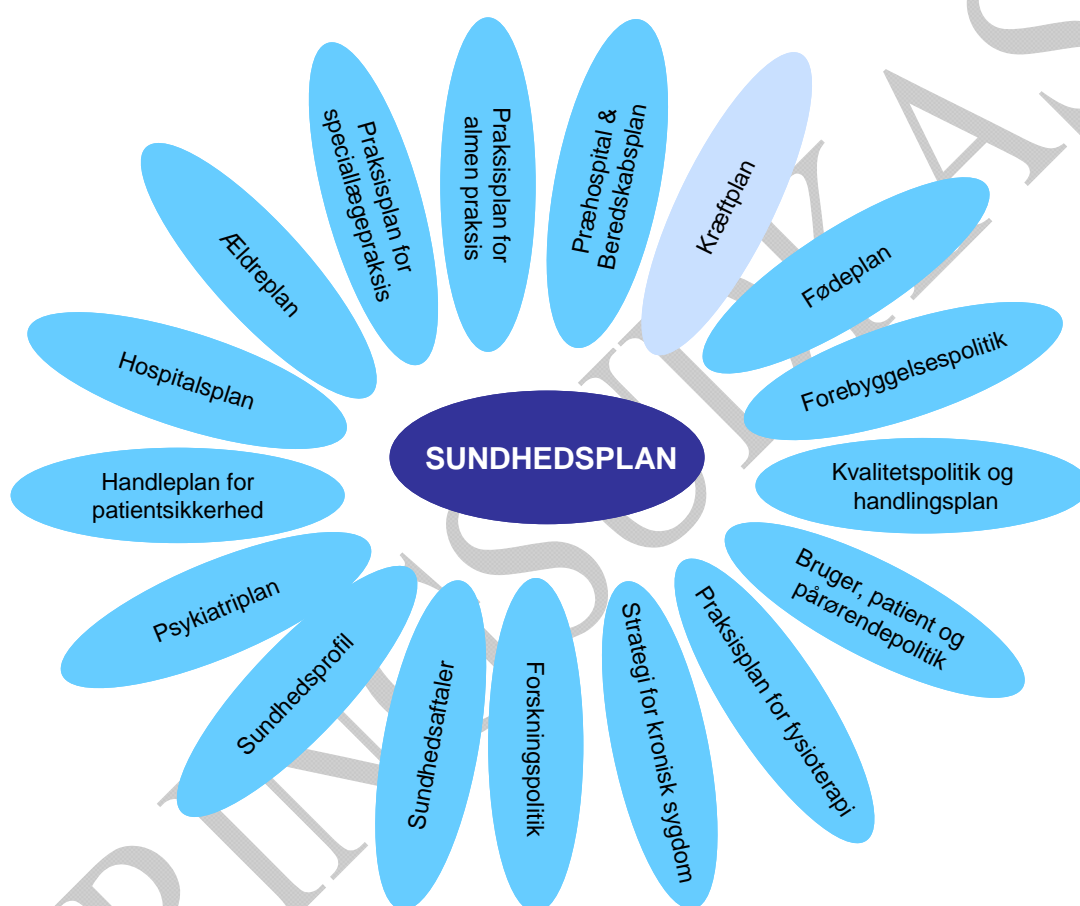
- Der skal fortsat arbejdes med opgaveforskydning, udvikling af nye uddannelser og tilbud om efteruddannelse på kræftområdet.
- Der skal udbydes efteruddannelse for kirurger i laparoskopisk kirurgi.
- Behovet for efteruddannelse i robotkirurgi skal kortlægges.
- Behovet for efteruddannelse i multidisciplinær udredning og behandling af kræftpatienter skal kortlægges.

Anbefalingerne er i tråd med Sundhedsstyrelsens oplæg: ” Styrket indsats på kræftområdet”, som også anbefaler, at der skal være fokus på at øge de fagspecifikke og generelle kompetencer, samt at der skal sikres effektiv ressourceudnyttelse. Dette ved at sikre efteruddannelse af sundhedsprofessionelle til at besidde spidskompetencer på højeste niveau. Disse kompetencer skal løbende udvikles og justeres i overensstemmelse med den evidensbaserede viden. Der skal derudover være mulighed for opgaveforskydning til andre faggrupper, og det bør sikres, at der opbygges erfaring med arbejde i tværfaglige teams.

## 2. Indledning

### 2.1. Baggrund

Målet med Region Hovedstadens kræftplan er at sikre, at kræftpatienter inden for de givne rammer får den bedst mulige behandling i det samlede patientforløb også i de dele, som ligger ud over udrednings- og behandlingsfaserne. Kræftplanen giver anbefalinger for regionens indsats fremover. Kræftplanen er en opfølgning på allerede iværksatte regionale initiativer som følge af Kræftplan I og II, pakkeforløb for kræftpatienter og screeningsprogrammer. Planen indgår som en del af regionens sundhedsplanlægning, der er illustreret ved nedenstående figur:



I Hospitalsplan 2007 indgår det, at der skal udarbejdes en samlet kræftplan for Region Hovedstaden med fokus på kapacitet, kvalitet og sammenhæng i hele patientforløbet. Ifølge hospitalsplanen skulle arbejdet med Region Hovedstadens kræftplan igangsættes i efteråret 2007. For at sikre fokus på implementering af pakkeforløb for kræftpatienter blev det dog i efteråret 2007 besluttet at udsætte udarbejdelsen af en regional kræftplan.

Endvidere er baggrunden for regionens plan, at regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne i november 2010 indgik aftale om Kræftplan III, som særligt skal føre til:

- Hurtigere diagnostik ved mistanke om kræft samt styrkelse af den tidlige opsporing
- Bedre efterforløb med et markant løft af rehabiliteringen og den palliative indsats
- Øget overlevelse for danske kræftpatienter samt forbedring af livskvaliteten for patienterne både før, under og efter behandlingen.

Regionen har allerede gjort en stor indsats for at sikre højere kvalitet, kortere ventetid og sammenhæng i udrednings- og behandlingsforløbet for kræftpatienter og på en række områder er regionen nationalt og internationalt førende indenfor kræftbehandling. På baggrund af indholdet i Kræftplan III og Sundhedsstyrelsen oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet”, der udkom i juni 2010, har regionens kræftplan særligt fokus på en styrket indsats indenfor følgende områder:

- Tidlig opsporing af kræftsygdomme
- Rehabilitering, senfølger og opfølgende kontroller
- Palliation
- Patientaspektet
- Aktivitets- og kvalitetsmålinger
- Forskning

Regionens kræftplan indeholder desuden en række anbefalinger, der skal bidrage til at sikre en fortsat høj kvalitet i forhold til udredning og behandling.

Nogle af kræftplanens anbefalinger indebærer forslag til konkrete initiativer, mens andre vedrører forslag, som kræver nærmere vurdering, og som gennemføres i sammenhæng med implementeringen af regionens hospitalsplan og inden for de givne rammer.

HØRINGSUDKAST

### 3. Udviklingen i kræftsygdomme

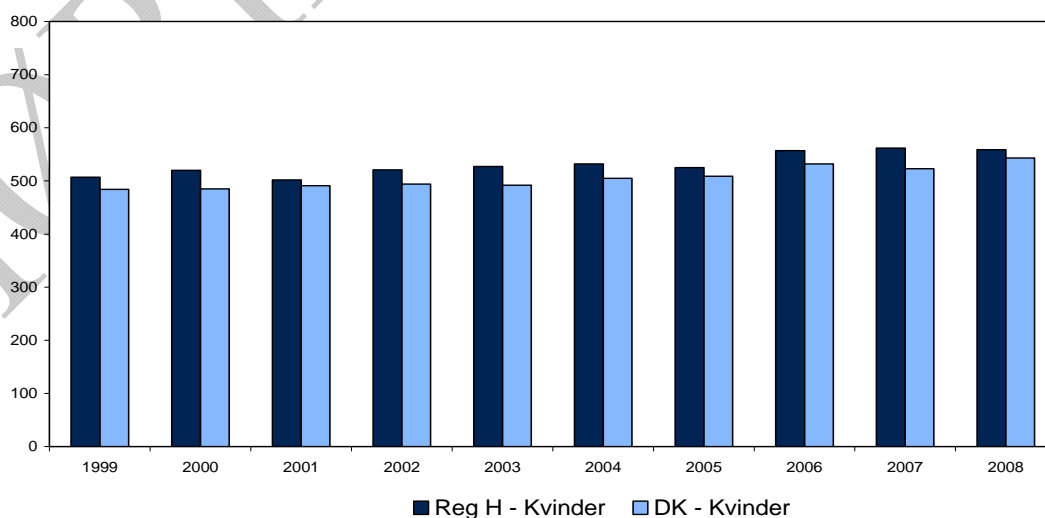
Kræftsygdommene er i fokus på mange måder, hvilket kan medføre øget diagnosticering af patienter med kræft. Eksempelvis vil implementering af pakkeforløb for kræftsygdomme og øget screening have indflydelse på hvor mange patienter med kræft, der identificeres, og hvornår i sygdomsforløbet diagnosen stilles.

Andelen af ældre personer er stigende i Danmark, hvilket både kan tilskrives en forlængelse af den gennemsnitlige levetid, og at der i en årrække er født færre børn end tidligere. De fleste kræftsygdomme rammer i overvejende grad ældre personer. Udviklingen i befolkningens alderssammensætning, tiltag på forebyggelses- og sundhedsområdet og bedre behandlingsmuligheder vil derfor også indirekte have en indflydelse på forekomsten af kræft. Som eksempel kan nævnes, at når behandlingen af hjerte- og kredsløbssygdomme og symptomer forbedres, og dødeligheden affødt heraf er faldet betydeligt i en længere årrække, vil flere personer overleve længere med en deraf følgende større risiko for at få kræft. Et andet eksempel er, at nye og forbedrede behandlingsmuligheder gør det muligt at mindske risikoen for senfølger og andre bivirkninger med betydning for overlevelsen. Dette kan også have betydning for udviklingen i bl.a. befolkningens alderssammensætning og dermed indirekte for incidensraten.

#### 3.1 Kræftudvikling i Danmark

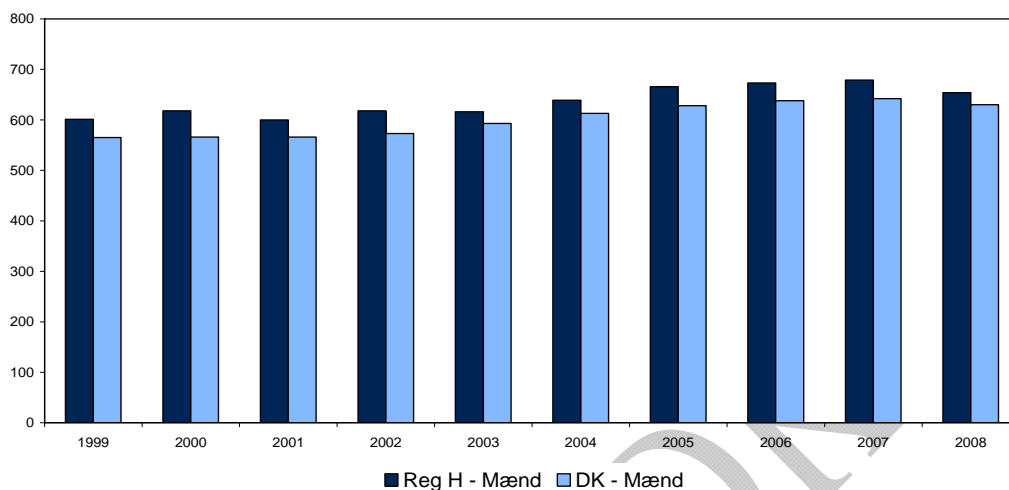
Gennem de seneste mange år har der været en stigning i antallet af nye kræfttilfælde i Danmark. I 2008 var der 33.645 nye kræfttilfælde i Danmark, hvilket er en lille stigning i forhold til 2007, hvor der var 32.812 nye tilfælde af kræft. Udviklingen de sidste ti år viser også, at der er en stigning i antallet af nye tilfælde af kræft i Region Hovedstaden. Dog var der et større udsving i 2007, således at udviklingen fra 2007 til 2008 viser et fald i antallet af nye kræfttilfælde i Region Hovedstaden.

Udvikling i nye kræfttilfælde, incidens pr. 100.000 personer 1999 - 2008, aldersstandardiseret



Kilde: Cancerregistret

Udvikling i nye kræfttilfælde, incidens pr. 100.000 personer 1999 - 2008, aldersstandardiseret



Kilde: Cancerregistret

Den samlede stigning i incidensraten dækker over en stigning hos kvinder og et mindre fald hos mænd. Det er stigningen i brystkræft hos kvinder, der er den helt overvejende selvstændige faktor i det samlede billede.

Hos kvinder er forekomsten af brystkræft nationalt steget med 13 pct. fra 2007 til 2008, hvilket med stor sandsynlighed kan tilskrives en kraftig øgning i antallet af screeninger for brystkræft i alle regioner, dog især i Region Midtjylland hvor screeningsprogrammet blev udrullet først. Der forventes for 2009 registreret en yderlig stigning i antallet af brystkræfttilfælde som følge af den fulde effekt af den nationale udrulning af screeningsprogrammet. Foreløbige data fra Landspatientregistret viser, at behandlingsaktiviteten i Region Hovedstaden for patienter med brystkræft er steget med ca. 40 % fra 2008 til 2009, hvilket indikerer en kraftig incidensstigning, som hovedsageligt må tilskrives implementeringen af det nationale screeningsprogram for brystkræft.

## Nye tilfælde af kræft

Udvalgte kræftformer efter region. Kvinder 2008. Aldersstandardiserede rater pr. 100.000

Kvinder	Region	Region	Region	Region	Region
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Hoved og hals	15	13	15	<b>20</b>	18
Tyktarm	48	42	44	<b>44</b>	50
Endetarm	18	18	19	<b>17</b>	19
Lunge, bronkier og luftrør	63	60	64	<b>60</b>	68
Modermærkekræft i hud	23	23	32	<b>36</b>	22
Anden hudkræft <sup>⊗</sup>	8	10	21	<b>18</b>	18
Bryst	147	174	152	<b>148</b>	150
Livmoderhals	12	12	13	<b>15</b>	10
Livmoder	28	20	26	<b>24</b>	22
Æggestok	15	18	19	<b>17</b>	19
Urinveje (neoplasi)	20	26	23	<b>25</b>	25
Hjerne og centralnervesystem	22	22	25	<b>33</b>	26
Øvrige	98	90	102	<b>104</b>	98
I alt	517	528	554	<b>561</b>	544

<sup>⊗</sup> Ekskl. basalcelle hudkræft

Kilde: Cancerregistret

Hos mænd er den hyppigste kræftform kræft i testikel og prostata, hvor der ses en kontinuerlig stigende tendens på ca. 50 % fra 2000 til 2007. Der er formentlig flere årsager hertil. Eksempelvis den øgede opmærksomhed om prostatakræft, forbedrede diagnostiske muligheder, hvilket har betydet, at flere tilfælde, der tidligere ikke er blevet diagnosticeret, opdages samt en reel incidensstigning.

Lungekræft er stadigvæk en af de hyppigste kræftsygdomme hos begge køn, men det ser nu ud til, at den stigende udvikling hos kvinder, der er set i de sidste 10 år, er bremset op i 2008 med et lille fald på 4 pct. sammenlignet med 2007. Det kan dog ikke siges, om denne tendens vil fortsætte. Også hos mændene ses et lille fald på 5 pct. Forekomsten er på det laveste niveau i de seneste 10 år.

## Nye tilfælde af kræft

Udvalgte kræftformer efter region. Mænd 2008. Aldersstandardiserede rater pr. 100.000

Mænd	Region	Region	Region	Region	Region
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Hoved og hals	30	29	28	<b>40</b>	34
Tyktarm	49	51	47	<b>54</b>	59
Endetarm	39	30	30	<b>31</b>	38
Lunge, bronkier og luftrør	85	81	82	<b>79</b>	92
Modermærkekræft i hud	24	23	22	<b>28</b>	21
Anden hudkræft <sup>⊠</sup>	22	23	37	<b>40</b>	28
Blærehalskirtel	139	128	125	<b>139</b>	162
Testikel	11	9	11	<b>11</b>	13
Urinveje (neoplas)	69	63	64	<b>68</b>	69
Hjerne og centralnervesystem	19	23	22	<b>24</b>	22
Øvrige	147	137	137	<b>142</b>	142
I alt	633	598	604	<b>656</b>	679

⊠ Ekskl. basalcelle hudkræft

Kilde: Cancerregistret

For uddybning af kræftudviklingen henvises til cancerregistrets årsrapporter på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

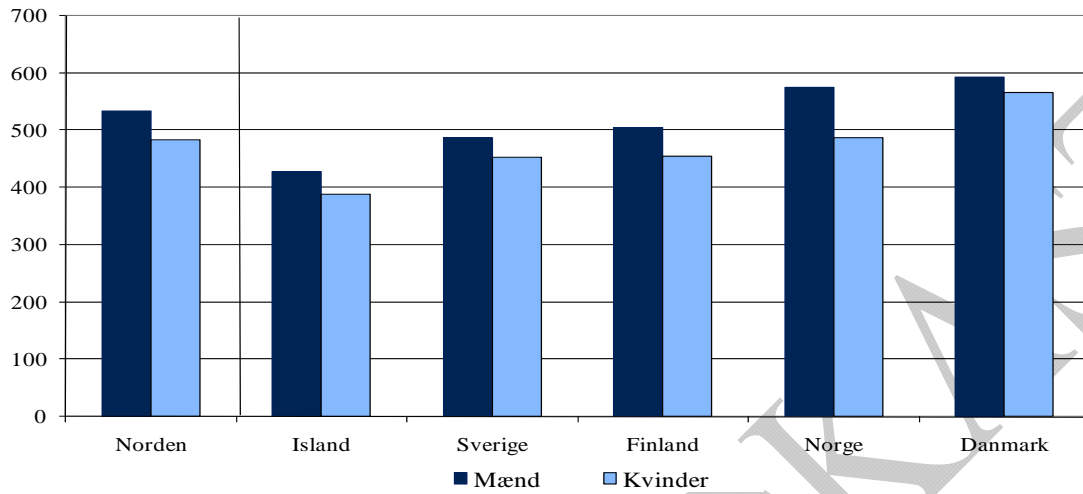
### 3.2 Kræftudvikling i et nordisk perspektiv

Politisk har forbedring af kræftbehandlingen været et højt prioriteret indsatsområde de sidste ti år. Alligevel er forekomsten af kræft højere i Danmark end i de lande, Danmark normalt sammenlignes med. Blandt de nordiske lande har Danmark den højeste incidens. På andenpladsen kommer Norge og derefter Finland. Hertil kommer, at dødeligheden generelt er større for langt de fleste store kræftsygdomme: tyk- og endetarmkræft, lungekræft, brystkræft og livmoderhalskræft, og det til trods for, at den samlede overlevelse er forbedret de sidste år.

Danskernes risikoadfærd: et større alkohol-, tobak- og kalorieindtag end befolkningen i de andre nordiske lande over tid, og en senere diagnose og/eller forskelle i diagnostisk tradition er sandsynligvis forklaringen på det billede. Endvidere har Danmark implementeret screeningsprogrammer for kræftsygdom senere end flere af de andre nordiske lande.

**Figur 3.A Incidens fra 2007 for de nordiske lande fordelt på køn,**

**Samlet incidens pr. år 2007 samt incidens pr. 100.000 personer, aldersstandardiseret for de Nordiske lande**



Kilde: Nordcan

HØRINGSUDVALGET

## 4. Nationale og regionale initiativer

I midten af 1990'erne blev kræftsygdom den mest hyppige dødsårsag i Danmark, idet godt ¼ del af alle dødsfald skyldtes kræft. Ved sammenligning med flere af de lande vi normalt sammenligner os med, kunne det konstateres, at Danmark havde en større dødelighed som følge af kræftsygdom. Disse forhold medførte en offentlig debat om kræftbehandlingens kvalitet og resultater. Affødt af debatten nedsatte Sundhedsministeren i 1998 en national kræftstyregruppe.

### 4.1. National kræftstyregruppe

Kræftstyregruppen fik til opdrag at belyse mulighederne for at forbedre kræftbehandlingen i Danmark med henblik på at nedsætte dødeligheden som følge af kræft. De første store opgaver blev udarbejdelsen af en national kræftplan, samt anbefalinger om udbygning af strålekapaciteten.

I dag er kræftstyregruppens hovedopdrag at følge udviklingen på kræftområdet inklusiv effekten af nationale, regionale og kommunale planer og initiativer samt at vurdere behovet for indsatser på kræftområdet og på denne baggrund fremkomme med forslag til anbefalinger.

### 4.2 Kræftplan I, II og III

Kræftplan I blev udsendt i februar 2000. Med udgangspunkt i planens anbefalinger er der sket en udbygning af flere dele af sundhedsvæsenets indsats mod kræftsygdomme. Selvom der var tale om en plan indeholdt Kræftplan I ikke en konkret beskrivelse af, hvilke initiativer der skulle gennemføres og hvornår. Der var heller ikke en angivelse af, hvilke økonomiske ressourcer der skulle tilføres for at implementere planen.

I 2004 blev Kræftplan I evalueret af Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi Vurdering. Evalueringen pegede blandt andet på udfordringer med sammenlægningen af kræftkirurgien, monitorering af kræftområdet, samspillet mellem primær- og sekundærsektor, uddannelse samt kapacitetsudbygning og –anvendelse. For de mest udbredte kræftsygdomme var overlevelsen fortsat dårligere i Danmark end i de øvrige nordiske lande.

I samme periode fra 2000-2004 blev der udarbejdet en kræftplan i daværende H.S., og en rammeplan med anbefalinger til fremtidens indsatsområder i både Københavns Amt og Frederiksborg Amt. I Bornholms Regionskommune blev der udarbejdet en organisatorisk og operationel kræftplan med udgangspunkt i Kræftplan II. Begge amter nedsatte endvidere en amtslig kræftstyregruppe/kræftfølgegruppe.

De lokale initiativer havde til formål at understøtte og implementere anbefalinger i Kræftplan I.

I 2005 udsendte regeringen Kræftplan II. Kræftplan II indeholder faglige anbefalinger til forbedringer af indsatsen gennem hele patientforløbet fra forebyggelse over diagnostik til rehabilitering og den palliative indsats.

Sundhedsstyrelsen udgav i september 2007 rapporten ”Opfølgning på Kræftplan II”, hvori der konkluderes, at der er igangsat en række initiativer som følge af Kræftplan II, men at der fortsat er behov for en målrettet og forstærket indsats på en række områder.

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne indgik i november 2010 aftale om Kræftplan III, som skal føre til øget overlevelse for danske kræftpatienter samt forbedring af livskvaliteten for patienter både før, under og efter behandlingen. Hovedfokus i aftale om Kræftplan III er hurtigere diagnostik ved mistanke om kræft, styrkelse af tidlig opsporing, bedre efterforløb med et markant løft af rehabiliteringen og den palliative indsats. Der er med finansloven for 2011 afsat økonomiske rammer for implementering af Kræftplan III.

### 4.3 Hospitalsplan og specialeplan

I maj 2007 blev regionens hospitalsplan vedtaget. Implementering af planen har understøttet regionens ønske om øget kvalitet i udredning og behandling af alle patienter i regionen og dermed også kræftpatienter. Et centralt element i hospitalsplanen er samling af afdelinger ud fra betragtningen om, at øvelse gør mester. Denne udvikling understøttes af Sundhedsstyrelsens specialeplan 2010, som bidrager til, at specialiseret behandling foregår få steder. Helt centralt i regionens planlægning er således at sikre, at patienter med kræft udredes og behandles på specialiserede afdelinger, hvor de rette kompetencer er til rådighed, idet studier viser, at der er en klar sammenhæng mellem operationsmæssig volumen og behandlingskvaliteten, eksempelvis overlevelse.

Det har betydet, at en række kræftkirurgiske afdelinger de forløbne fem år er blevet sammenlagt. Skema 5.A viser en oversigt over sammenlægningen af kræftkirurgiske afdelinger i regionen. En række kræftoperationer foretages kun et til to steder i regionen, selvom der er flere afdelinger, der varetager specialet. Eksempelvis opereres patienter med æggestokkræft kun på to af regionens hospitaler.

Skema 4.A Oversigt over antallet af kræftkirurgiske afdelinger fordelt på specialer

Speciale	Før kræftplan II	2010
Kirurgi (mave-tarm)	8	5
Sarkomkirurgi	2	1
Thoraxkirurgi	2	1
Neurokirurgi	2	1
Urologi	4	2
Plastikkirurgi	3	2
Mammakirurgi	3	2
Øre-, Næse-, Halskirurgi	2	1
Gynækologi	6	4
Øjenkirurgi	1	1
Børnekirurgi	1	1
<b>I alt</b>	<b>34</b>	<b>21</b>

### 4.4 Sundhedsaftaler

Sundhedsaftaler er aftaler om samarbejdet mellem Region Hovedstaden og de enkelte kommuner vedrørende bl.a. udskrivnings- og indlæggelsesforløb, træning, hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme mv. Aftalerne er obligatoriske og de understøtter intentionerne i strukturreformen om større kommunal inddragelse i løsningen af sundhedsopgaverne og behovet for at optimere de tværgående patientforløb.

Formålet er, at borgerne via et styrket tværsektorielt og tværfagligt samarbejde skal opleve en sammenhængende indsats.

I grundaftalen for sundhedsaftalerne for perioden 2011-2014 er det vedtaget, at der udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række indsatsområder, primært målrettet borgere med kronisk sygdom, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade.

#### **4.5 Kræftaftalen 2007**

I 2007 blev der igen sat fokus på kræftindsatsen nationalt. Kernen i drøftelserne var, at en del kræftpatienter havde forløb med unødigt ventetid både i forhold til diagnosticering og behandling.

I oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner aftalen om "Akut handling og klar besked til kræftpatienter" (red. Kræftaftalen 2007). Ifølge aftalen skal der indføres pakkeforløb for alle patienter med begrundet mistanke om kræft og patienter med kræft. Formålet med pakkeforløb er at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling uden unødigt ventetid og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag.

Pakkeforløbene for kræft blev færdiggjort løbende i 2008, og regionerne fik herefter tre måneder til at implementere dem. Det sidste pakkeforløb: pakkeforløb for ukendt primær tumor blev offentliggjort i foråret 2010 og skal implementeres regionalt senest den 1. januar 2011.

#### **Hvad er et pakkeforløb**

Et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger, herunder fagligt begrundede forløbstider. Endvidere beskriver pakkeforløbene, hvor der undervejs i forløbet skal gives information til patienterne, samt de målepunkter, der skal gøre det muligt at monitorere, om pakkeforløbene fungerer efter hensigten.

#### **4.6 Pakkeforløb for kræft**

Det har været en stor opgave for regionens hospitaler og klinikere at implementere pakkeforløb for kræft i regionen. Der er arbejdet målrettet med at sikre implementeringen og også fremadrettet vil det kræve en målrettet indsats at fastholde de gode resultater.

Regionen har siden december 2007 udarbejdet statusopgørelser over implementeringen af pakkeforløb for kræftpatienter. Opgørelserne viser, at anbefalingerne for hovedparten af pakkeforløbene efterleves, men at kapaciteten generelt er sårbar overfor udsving i forhold til antallet af henvisninger. Der har været områder, hvor der har været særlige udfordringer, eksempelvis implementering af pakkeforløb for brystkræft, hvor kapaciteten blev underlagt et ekstraordinært stort pres i 2009 og i 1. halvår af 2010 affødt af første runde af den nationale mammografiscreening.

Generelt viser regionens statusredegørelser, at pakkeforløb for kræftpatienter blandt andet har bidraget til:

- hurtigere udredning og behandling af patienter med begrundet mistanke om kræft eller diagnosticeret kræftsygdom,
- øget opmærksomhed på de forskellige faggruppers bidrag til det samlede pakkeforløb, samt mere gennemskuelige organisatoriske arbejdsgange og klar ansvarsplacering,
- fælles grundlag for planlægning på tværs af specialer, da den enkelte patient håndteres af et helt team af specialister,
- styrket dialog mellem specialerne,
- tættere kontakt og kommunikation mellem praksissektoren og hospitalerne og mellem afdelinger og hospitaler,
- gennemsigtighed i forhold til ensartet behandling i hele landet.

Statusopgørelserne viser dog også, at hurtig udredning og behandling af kræftpatienter ofte kræver, at kræftpatienter prioriteres fremfor patienter med andre sygdomme.

#### **4.7 Multidisciplinære og tværsektorielle regionale arbejdsgrupper**

I takt med offentliggørelsen af de nationale pakkeforløb blev der i Region Hovedstaden nedsat multidisciplinære og tværsektorielle arbejdsgrupper, der fik til hovedopgave at sikre implementeringen af konkrete pakkeforløb. Arbejdsgrupperne er opdelt med forskellige ansvarsområder, eksempelvis brystkræft, hoved/halskræft, tyk- og endetarmskræft, lungekræft, og de gynækologiske kræftformer.

Regionens administrative kræftstyregruppe har i foråret 2010 besluttet, at de i alt 15 regionale kræftarbejdsgrupper skal opretholdes. Arbejdsgrupperne skal fortsat sikre fokus på implementeringen af pakkeforløb for kræftpatienter og bidrage til at sikre, at de gode resultater, der allerede er opnået på kræftområdet, bibeholdes. De regionale arbejdsgrupper er også tiltænkt en central rolle i forhold til implementeringen af de faglige anbefalinger i regionens kræftplan.

#### **4.8 Forløbskoordinatorer**

En af de centrale anbefalinger i Kræftaftalen 2007 var ansættelse af forløbskoordinatorer på kræftområdet for derved organisatorisk at understøtte koordinering og sammenhæng af patientforløbene.

På baggrund heraf blev der i efteråret 2008 og i starten af 2009 ansat forløbskoordinatorer på regionens hospitaler. Ud over de nybevilligede stillinger er der på en række af regionens afdelinger/hospitaler personale, der ikke er ansat specifikt som forløbskoordinatorer, men som varetager funktionen.

Forløbskoordinatorfunktionen skal først og fremmest bidrage til implementering af pakkeforløb for kræftpatienter. Opgaver, som løses, er bl.a. identificering og løsning af flaskehalsproblemer, booking af patientforløb og telefonisk kontakt med patienterne.

Forløbskoordinatorfunktionen er udfoldet forskelligt på regionens hospitaler afhængigt af behov og lokale forhold. Behovet for forløbskoordinering varierer mellem afdelinger/hospitaler

og fra patient til patient. I forhold til implementering af funktionen i Region Hovedstaden har det derfor været vigtigt, at funktionen tilpasses det konkrete behov.

#### **4.9 Regional administrativ kræftstyregruppe**

Med henblik på at sikre de bedst mulige administrative og organisatoriske rammer for kræftområdet i regionen, blev der i efteråret 2009 nedsat en regional administrativ kræftstyregruppe.

Kræftstyregruppen har til opdrag at sikre det overordnede fokus på kræftområdet, herunder at udarbejde forslag til prioriteringer på kræftområdet. Kræftstyregruppen fik som sin første opgave at udarbejde forslag til en regional kræftplan. Etableringen af en regional kræftstyregruppe skal endvidere medvirke til en hensigtsmæssig udvikling af kræftområdet og en stadig forbedring af kvaliteten.

#### **4.10 Regional kvalitetspolitik og kvalitetshandlingsplan**

Regionsrådet vedtog i juni 2010 en regional kvalitetspolitik, som sætter rammen for udvikling af kvaliteten i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetspolitikken definerer fire overordnede værdier, som er de overordnede pejlemærker i forhold til kvalitetsudviklingen: sikkerhed, patientfokusering (patienten i centrum), effektivitet og lighed.

Den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken sker i den regionale kvalitetshandlingsplan for 2010 – 2013. Her er der opstillet konkrete målsætninger for de fire værdier, som skal opnås inden for perioden fx krav til patientinddragelse, klinisk kvalitet og sammenhængende forløb.

#### **4.11 Andre nationale initiativer**

Nationalt er der i det forløbne årti taget initiativ til at etablere en række øvrige organisatoriske og ledelsesmæssige tiltag på kræftområdet for derved at sikre det fortsatte fokus på kvalitet og udvikling.

##### Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v

Siden 2001 har der været fastsat maksimale ventetider til behandling af patienter med livstruende sygdomme. De maksimale ventetider omfatter næsten alle patienter med kræft, idet det alene er almindelig hudkræft (ikke modermærkekræft) og kræftsygdomme, som knoglemarvstransplantation, der ikke er omfattet af bekendtgørelsen.

##### Second opinion-ordning

I januar 2003 blev ”second opinion-ordningen” etableret. Ordningen blev etableret for at patienter, der lider af en livstruende sygdom, som eksempelvis kræft, og som af den behandlende læge ikke kan tilbydes yderligere behandling over for selve sygdommen, kan få deres sag vurderet af Sundhedsstyrelsens ekspertpanel vedr. eksperimentel behandling. En second opinion har til formål at undersøge, om der andre steder i Danmark eller udlandet findes en behandling, herunder eksperimentel behandling, der eventuelt kan gavne patienten. Ved eksperimentel behandling forstås en uprøvet eller utilstrækkeligt dokumenteret behandling, der ikke gives i et protokolleret forsknings- eller forsøgsmæssigt regi, og som iværksættes i relation til en bestemt patient med det formål at yde patienten den bedst mulige behandling i den aktuelle situation. Vurderingen tager udgangspunkt i den enkelte patients sygehistorie og aktuelle tilstand.

#### Enheder for Eksperimentel Kræftbehandling

I 2003 og 2004 blev henholdsvis 14% og 29% af de henviste kræftpatienter rådgivet med henblik på henvisning til behandling i udlandet. Der blev derfor indgået en aftale mellem Sundhedsstyrelsen og de seks store kræftafdelinger i Danmark om mulighed for i stedet at tilbyde eksperimentel kræftbehandling i Danmark, og der blev i denne sammenhæng etableret tre enheder for eksperimentel behandling i Danmark.

De onkologiske afdelinger på Rigshospitalet og Herlev Hospital udgør sammen regionens enhed. De behandlinger, som tilbydes, er nye kemoterapistoffer eventuelt givet i nye kombinationer eller helt nye typer medicin (såkaldt biologisk målrettet behandling).

#### Nationalt Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandling

Der er ligeledes nedsat et Nationalt Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandling (NKU) bestående af "Second Opinion Panelet", repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen og repræsentanter fra de seks kræftafdelinger i Danmark. NKU tager stilling til, om der er nye behandlinger, som skal gives på Enhederne for Eksperimentel Kræftbehandling, indtil de kan gives rutinemæssigt i Danmark og overvåger, om der er områder, hvor der bør udarbejdes behandlingsprotokoller for kræftsygdomme, hvis der ikke foreligger dokumenterede kræftbehandlinger.

#### Nationalt Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler

Sundhedsstyrelsen etablerede i 2008 et Nationalt Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler (UVKL). Udvalget blev etableret som en del af en mere systematisk og transparent proces for behandling af anmodninger til Sundhedsstyrelsen om national ibrugtagning af godkendte kræftlægemidler. Udvalget behandler anmodninger om vurdering af godkendte kræftlægemidlers ibrugtagning nationalt. Med ibrugtagning menes, at et lægemiddel indføres som et behandlingstilbud, der er umiddelbart tilgængeligt på de behandlende afdelinger.

#### Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin

Affødt af aftalen om regionernes økonomi for 2010 mellem regeringen og Danske Regioner, blev parterne enige om, at regionerne forstærker arbejdet med at skabe konsensus og forpligtigende rammer på klinisk niveau for anvendelse af sygehusmedicin (dyr sygehusmedicin), så medicinanvendelsen på tværs af regionerne i højere grad ensrettes. Målet med rådet er at skabe en højere kvalitet i medicinanvendelsen og en mere effektiv ressourceanvendelse.

Rådet skal i sit arbejde tage hensyn til og inddrage nationale beslutninger, herunder beslutninger fra Kræftstyregruppen og vurderinger fra Nationalt Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler (UVKL) under Sundhedsstyrelsen.

## 5. Diagnostik og behandling

### 5.1 Anbefalinger

#### Kvalitet og samarbejde

- Der skal fortsat arbejdes med at understøtte og sikre overgangene mellem sektorer.
- Der skal fortsat arbejdes med at sikre kvaliteten inden for diagnostik og behandling, eksempelvis ved at samle kræftbehandlingen på få enheder.
- Den multidisciplinære konference skal udvikles og styrkes.
- Der skal etableres et lærings-, udviklings- og videndelingcenter for robotkirurgi på Herlev Hospital.
- Der skal fortsat være fokus på, at patienter med komorbiditet får tilbudt fagligt optimale forløb.
- Der skal sikres fokus på patientsikkerheden på kræftområdet ved, at eksisterende viden om utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en systematisk opfølgning.

#### Kapacitet

- Den diagnostiske kapacitet og behandlingskapaciteten - herunder strålebehandlingskapaciteten – skal løbende monitoreres.
- Der skal fortsat arbejdes med at sikre effektive arbejdsgange og optimal anvendelse af ressourcerne.
- Der skal etableres et partikeltherapianlæg på Rigshospitalet

### 5.2. Implementering af pakkeforløb

Pakkeforløbstankegangen har eksisteret i sundhedsvæsenet i mange år. Implementering af nationale pakkeforløb for kræftpatienter har betydet, at der er kommet yderligere fokus på at skabe sammenhængende forløb for alle kræftpatienter, hvor kernen er patienten i fokus og høj kvalitet. Samtidig har implementering af pakkeforløb for kræftpatienter samlet patientforløbet under et organisatorisk begreb, hvor der tidligere var en tendens til at tænke i eksempelvis diagnostiske pakker og/eller accelererede operationsforløb.

#### Patienter med komorbiditet

Der er kræftpatienter, som ikke behandles i en pakke, eksempelvis fordi de har komorbiditet, hvilket betyder, at de har flere alvorlige sygdomme på samme tid. Kræftaftalen 2007 fremhæver, at intensivning af udrednings- og behandlingsforløb skal komme alle kræftpatienter til gode. Det gælder således også de patienter, der samtidig fejler andet end kræft, eller har et så komplekst sygdomsbillede, at de ikke kan følge et standard pakkeforløb. Disse patienter må have særlig opmærksomhed, således at deres udredning og behandling ikke forlænges ud over det fagligt begrundede.

Cirka 40% af alle kræftpatienter har komorbiditet. En undersøgelse viser, at patienter med betydende komorbiditet ikke har profiteret af forbedringerne i overlevelse, der ellers er sket på kræftområdet. Disse patienter har således ikke fået forlænget overlevelsen nævneværdigt over de sidste 10 år. Komorbiditet rammer oftest ældre patienter, dvs. antallet af patienter med komorbiditet må forventes at stige i takt med, at befolkningen bliver ældre. Patienter med komorbiditet gennemgår i regionen et individuelt tilrettelagt patientforløb, hvilket stiller yderligere krav om samarbejde, høj sundhedsfaglig kvalitet og kommunikation for at sikre den

bedst mulige behandling for patienten. Det er anbefalingen, at der fortsat er fokus på, at patienter med komorbiditet får tilbudt fagligt optimale forløb.

#### Kvalitet i centrum

Der arbejdes i regionen målrettet med forbedring af patientforløb for kræftpatienter både i forhold til sammenhængen og i forhold til at sikre kvaliteten af selve den sundhedsfaglige indsats. Som eksempel kan nævnes lungekræft, som er en del af det nationale indikatorprojekt, hvor der er stort fokus på at forbedre regionens resultater, og hvor der løbende er set en forbedring. Hertil kommer, at regionens kvalitetspris både i 2009 og 2010 er tildelt to af regionens store kræftkirurgiske afdelinger. Brystkirurgisk afdeling på Herlev Hospital fik 2009 prisen for arbejdet med forløb for patienter med brystkræft, og i 2010 blev prisen tildelt kirurgisk afdeling K på Bispebjerg Hospital for arbejdet med produktivitetsfremmende omlægning af behandlingen af patienter med kræft i endetarmen.

Det er anbefalingen, at der fortsat arbejdes med at sikre kvaliteten inden for diagnostik og behandling, eksempelvis ved at samle kræftbehandlingen på få enheder i overensstemmelse med Hospitalsplan 2007 og Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

#### **Brystkirurgisk afdeling, Herlev Hospital**

Projektet har optimeret kræftpatienternes forløb gennem sundhedsvæsenet ved at sætte fokus på kommunikation, tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde.

#### **Kirurgisk afdeling K, Bispebjerg Hospital**

Projektet har forbedret behandlingen for en patientgruppe, der gennemgår et omfattende kirurgisk indgreb. Gennem en tværfaglig indsats med blandt andet tilbud om besøg i patientens hjem inden indlæggelsen er det lykkedes at reducere indlæggelsestiden betydeligt samtidig med, at der er fastholdt en høj patienttilfredshed.

Det er anbefalingen, at der fortsat arbejdes med at sikre og fremme kvaliteten både i forhold til forbedring af tilrettelæggelsen af patientforløbet, hvor fokus skal omfatte patientforløbets start i praksissektoren og i forhold til at sikre kvaliteten af selve den sundhedsfaglige indsats både i praksissektoren og på hospitalerne.

#### Patientsikkerhed

Alle regionens hospitaler rapporterer systematisk utilsigtede hændelser for at skabe opmærksomhed om det, der kan undgås og forebygge gentagelser. I 2010 er også praksisområdet kommet med i rapporteringssystemet gennem en udvidelse af sundhedsloven. Det er vigtigt, at viden om utilsigtede hændelser på kræftområdet anvendes til at forbedre patientsikkerheden og kvaliteten fremadrettet både på hospitalerne og i praksissektoren.

Der skal pågå en systematisk opfølgning og monitorering af utilsigtede hændelser på kræftområdet i regionen. Det er anbefalingen, at eksisterende viden om utilsigtede hændelser på kræftområdet skal sammenfattes med henblik på at skabe grundlag for en systematisk opfølgning. Viden fra klage- og forsikringsdata skal også inddrages, hvor det er muligt.

### Multidisciplinære team

Kræft er kompliceret at diagnosticere og behandle. Der er evidens for, at et team af specialister med forskellig faglighed øger mulighederne for korrekt diagnosticering og efterfølgende tilbud om den mest velegnede behandling. Med implementering af pakkeforløb for kræftpatienter blev der indført udredning og behandling i multidisciplinære team for alle kræftpatienter. Et multidisciplinært team består af kirurger, patologer, billeddiagnostikere, onkologer m.fl. Den multidisciplinære tilgang er ikke ny, men det er først de senere år, at den for alvor har vundet systematisk indpas i den kliniske hverdag på kræftområdet. Et vigtigt tiltag for at sikre den multidisciplinære tilgang til udredning og behandling er afholdelse af multidisciplinære konferencer. Det er anbefalingen, at den multidisciplinære konference udvikles og styrkes, eksempelvis ved at sikre dokumentation af strukturen.

I 2009 afviklede regionen det første efteruddannelsesforløb i multidisciplinær udredning og behandling af patienter med kræft. Fokus var tyk- og endetarmskræft. Kurset var et vigtigt tiltag i forhold til at sikre kvaliteten og understøtte implementering af multidisciplinær udredning og behandling. Lokalt på hospitalerne undervises der også i multidisciplinær tankegang, eksempelvis er der i november 2010 afviklet multidisciplinær team konference på Hillerød Hospital, hvor fokus var sygeplejeledet forløb. Det anbefales, at behovet for yderligere efteruddannelse i multidisciplinær udredning og behandling i regionen kortlægges.

### **5.3 Udredning og diagnostik**

Med implementeringen af pakkeforløb for kræftpatienter er der implementeret nationale standardiserede udredningsforløb. Der er fastlagt klare kriterier for, hvornår en patient har begrundet mistanke om kræft og dermed indgår i et pakkeforløb. Bilag 2 viser, hvor i regionen udredning og behandling af en bestemt kræftsygdom foregår.

#### Overgang fra praksissektoren til hospitalssektoren

En af de store udfordringer har været at sikre overgangen fra praksissektoren til hospitalerne ved begrundet mistanke om kræft. Som et led i implementeringen af pakkeforløbene blev der derfor i 2008 tilbudt kurser i henvisning til pakkeforløb for kræftpatienter til alle regionens praktiserende læger. Kurserne havde fokus på, hvilke kriterier der udløser henvisning til et pakkeforløb, og hvordan henvisningen skal foretages for at sikre en smidig overgang for patienten. Desuden blev der i 2008 udformet mapper med de relevante henvisningskriterier, som blev sendt til alle regionens praktiserende læger.

Det anbefales, at der fortsat arbejdes med at understøtte og sikre overgangene. Et vigtigt indsatsområde er her patienter med alvorlig sygdom og/eller komorbiditet, hvor symptomer ikke klart indikerer kræft. Regionens praksiskonsulent- og praksiskoordinatorordning, som omfatter 73 aktive praktiserende læger i regionen, spiller i denne sammenhæng en vigtig rolle. Hertil kommer, at praksiskoordinatorerne er repræsenteret i alle regionens kræftarbejdsgrupper, hvor det anbefales, at udfordringen også fremadrettet skal drøftes og belyses efter behov.

#### Kapacitet

Stigning i antallet af nye kræfttilfælde, nye diagnosticeringsmuligheder mv. betyder, at der fortsat er behov for at monitorere diagnosticeringskapaciteten (ambulatorier, apparatur, personale, mv) for at sikre kapacitet på området. Det er i denne sammenhæng også vigtigt, at kapaciteten i forhold til både almen praksis og speciallægepraksis følges. De praktiserende speciallæger kan varetage hele eller dele af initialudredningen af en række kræftsygdomme. I

forhold til den aktuelle organisering i regionen varetager de praktiserende speciallæger initialudredningen af hovedparten af patienter med mistanke om øre/næse/hals-kræft.

#### Billeddiagnostisk kapacitet

Internationalt viser tendensen, at efterspørgslen på billeddiagnostiske ydelser stiger jævnt og har gjort det i en årrække. Danmark har generelt et mindre forbrug af billeddiagnostiske ydelser, end de lande vi traditionelt sammenligner os med. Det må derfor antages, at efterspørgslen på billeddiagnostiske ydelser vil stige i Danmark, og at der fortsat vil være behov for at sikre fokus på kapaciteten. Sikring af den billeddiagnostiske kapacitet er derfor en udfordring.

Kapaciteten på det billeddiagnostiske område har de forløbne år været presset både på grund af det øgede antal kræftpatienter, men også fordi en lang række af nye behandlingstilbud vil stille større krav til diagnostikken. Ventetid til diagnostik (system delay) er ofte genstand for debat. Regionen har de forløbne år foretaget en massiv udbygning af skannerkapaciteten: CT, MR, PET/CT og SPECT/CT for derved at sikre den billeddiagnostiske kapacitet.

Affødt af Kræftaftalen 2007 fik Region Hovedstadens i 2007 tilført var 70,8 mio til dækning af en midlertidig øget aktivitet og forbedring af arbejdsgangene på kræftområdet, og i 2008 fik regionen forhøjet låneadgangen med 266,1 mio. kr. til indkøb af medicoteknisk kræftapparatur: skannere, skoper, ultralydsudstyr m.v, Udover de bevilligede ekstra midler og den udvidede låneadgang, har regionen selvfinansieret betydelige investeringer i kræftapparatur for at imødekomme kravet om øget kapacitet, samt udskiftet udtjent apparatur. Skema 5.A viser udvidelsen af regionens skannerkapacitet.

#### **Skema 5. A Skannerkapaciteten i Region Hovedstaden**

Hospital/år(antal)	CT		MR		PET/CT		SPECT/CT	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010
Rigshospitalet	10	10 (2)	5	6(2)	4**	5**(1)	3	3
Bornholm Hospital	1	1(1)	0	0	0	0	0	0
Bipebjerg Hospital	2	2(1)	1	2	1	2	0	2
Frederiksberg Hospital	1	1	2	4****	0	0	1	1
Hvidovre Hospital	1	2	4	4(2)	0	0	2	2
Amager Hospital	1	1	0	0	0	0	0	0
Glostrup Hospital	2	3	2	4	0	0	2	3***
Herlev Hospital	5	7(1)	5	7(2)	2	2	1	1
Gentofte Hospital	3	3	2	2	1	1	1	1
Hospitalerne i planlægningsområde Nord*	5	4	4	4	0	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>34(5)</b>	<b>25</b>	<b>33(6)</b>	<b>8</b>	<b>11(1)</b>	<b>11</b>	<b>15</b>

\*Hillerød Hospital, Frederikssund Hospital og Helsingør Hospital er anført samlet i skemaet, da billeddiagnostikken på de tre hospitaler er samlet i én billeddiagnostisk enhed.

\*\* Én af de angivne PET/CT skannere på Rigshospitalet er en mindre skanner beregnet til at skanne hoveder

\*\*\* Medtalt er 1 SPECT/CT skanner med levering d. 3. december 2010

\*\*\*\* Medtalt er 1 MR vippe-skanner, der ibrugtages pr. 1. januar 2011

**Der er angivet status for 1. november 2007 og 1. november 2010, status er angivet i fysisk antal**

**Angivelser i ( ) er udskiftning af forældet apparatur**

**Der er desuden indgået aftale om levering af en SPECT/CT skanner til Herlev Hospital primo 2011**

#### Konventionel røntgen, ultralyd, CT-skanning og MR-skanning

Udviklingen i forbruget af konventionel røntgen, ultralyd, CT- og MR-skanning har været stigende de forløbne år. Skema 5.B viser udviklingen af total forbruget af CT- og MR-skanninger i regionen fra 2007 til 2009. Dvs. undersøgelser med nævnte modaliteter, som ikke er kræftrelaterede, fremgår også af skemaet. Undersøgelser foretaget i privat regi er ikke medtaget i oversigten.

### Skema 5.B

Hospital	2007		2008		2009	
	CT	MR	CT	MR	CT	MR
Amager Hospital	3.752		3.982		3.985	
Bispebjerg Hospital	6.162	2.183	6.812	1.829	9.031	1.914
Bornholms Hospital	2.676		2.436		2.936	
Frederiksberg Hospital	2.542	1.870	3.062	2.705	3.491	3.330
Gentofte Hospital	7.058	1.215	7.654	1.550	8.984	1.983
Glostrup Hospital	8.144	4.229	6.911	3.854	6.850	4.048
Herlev Hospital	14.424	9.993	19.096	9.335	22.540	10.626
Hillerød Hospital	12.865	3.682	13.171	3.787	14.935	5.615
Hvidovre Hospital	3.335	2.745	4.052	3.626	5.395	3.973
Rigshospitalet	16.430	6.716	17.115	6.226	18.145	8.480
Total	77.388	32.633	84.291	32.912	96.292	39.969

Oversigten viser en stigning i anvendelsen af CT- og MR-skanninger. Især fra 2008 til 2009 ses en markant udvikling i forbruget, hvilket er et nærliggende sammenfald med udvidelse af skannerkapaciteten i regionen, jf. indkøb af skannere i 2008 og 2009 affødt af Kræftaftalen 2007.

Administrativt er der i efteråret 2010 taget initiativ til at igangsætte en analyse af MR-kapaciteten i regionen for derved at kortlægge behovet for yderligere udbygning af kapaciteten. Det anbefales, at en lignende analyse igangsættes på CT-området for derved at sikre planlægningsgrundlaget for området fremadrettet.

Udover investeringer i yderligere apparatur har det været et indsatsområde at sikre den optimale anvendelse af eksisterende apparatur. Dansk Sundhedsinstitut udgav i 2010 rapporten: "Inspiration til effektiv anvendelse af CT-scannere - Et læringsprojekt på ni radiologiske afdelinger". Rapporten beskæftiger sig udelukkende med effektiviseringspotentiale relateret til ændringer i udførelse af CT-scanninger og effektivisering af arbejdstilrettelæggelse. Rapportens anbefalinger er relateret til bedre anvendelse af eksisterende apparatur. Det anbefales, at rapportens anbefalinger i forhold til effektivisering af arbejdsgange og bedre kapacitetsudnyttelse implementeres på regionens hospitaler de kommende år for derved at udvide kapaciteten, uden at investere i yderligere apparatur.

#### PET/CT og SPECT/CT

Fokus har tidligere hovedsageligt været på skannertyperne MR og CT. Men de forløbne år har modaliteterne PET/CT og SPECT/CT vundet indpas. Internationalt er PET/CT-teknikken blevet refereret til som den 'hurtigst voksende medicinske teknologi nogensinde', og potentialet vurderes at være meget stort. Dette understøttes af, at PET CT-skanninger nu skal anvendes til initialudredningen af en række kræftsygdomme eksempelvis lungekræft, hvor det tidligere var CT-skanning, der blev anbefalet. Fremadrettet vurderes det, at anvendelsen af PET/CT-teknologien vil stige yderligere.

Region Hovedstaden er godt rustet til at imødekomme denne udvikling. Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklearmedicin & PET på Rigshospitalet er blandt de internationalt førende på området og har Nordeuropas største PET Center med 2 cyklotroner og 6 PET og PET/CT skannere. Afdelingen var det andet sted i verden, hvor der blev installeret en PET CT scanner og har siden været internationalt toneangivende indenfor udvikling af PET/CT-metoden til kræftdiagnostik. Hertil kommer, at Herlev Hospital i foråret 2010 indviede regionens tredje

cyklotron, således at regionen er fremtidssikret i forhold til leveringen af de nødvendige sporstoffer til PET-skanninger.

### **Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklearmedicin & PET, Rigshospitalet**

Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklearmedicin og PET er i 2010 tildelt Global Excellence pris i sundhed for at være i front på forskningssiden i kombination med høj kvalitet i arbejdet med patienterne. Klinikken er anerkendt som Centre of Excellence og udvikler nye teknikker for at forbedre diagnostikken og skræddersyr behandlingen af kræftpatienter med svulster. Klinikken unikke og tværdisciplinære ekspertise inden for deres felt indeholder samarbejde med erhvervslivet og rummer desuden et stort potentiale for opnåelse af nye, banebrydende forskningsresultater til gavn for patienterne.

### Patologi

Hovedparten af de patologiundersøgelser, der foretages, er kræftrelaterede, hvilket betyder, at specialet har været underlagt et øget kapacitetspres bl.a. affødt af implementering af pakkeforløb for kræft. Der er de forløbne år arbejdet målrettet med at sikre kapaciteten eksempelvis ved effektivisering af arbejdsgange og indkøb af apparatur, der giver mulighed for kapacitetsforøgelse.

Etableringen af den nationale cancerbiobank i 2009, jf. kap. 11, har været et vigtigt initiativ i forhold til at sikre det organisatoriske grundlag for forskning og udvikling af patologispecialet. Specialet er i vedvarende udvikling. På især molekylærområdet er der sket fremskridt med stor betydning for den "skræddersyede" kræftbehandling, Blandt andet er der indført KRAS/BRAF PCR mutationsdetektion, der vurderes at få stor betydning for den målrettede kræftbehandling. Metoden gør det muligt at screene kræftpatienter i forhold til et givet behandlingstilbud. Fremadrettet vil der komme flere af den type undersøgelser.

Desuden er der i 2009 implementeret nye og forbedrede metoder i forhold til screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft.

Det er vurderingen, at patologispecialet også fremadrettet har en nøgleposition i forhold til at sikre kræftpatienter den bedst mulige udredning og behandling. Det er vigtigt, at innovation og forbedrede metoder integreres i den kliniske hverdag.

For de tværgående diagnostiske ydelser gælder, at deres funktionsniveauer for relevante procedurer tilpasses de kliniske afdelingers funktionsniveauer. Implementering af Hospitalsplan 2007 og Specialeplan 2010 betyder, at der er sket og fremadrettet vil ske en centralisering af diagnostik og behandling i regionen. Kræftdiagnostik og -behandling er hovedsageligt en højt specialiseret funktion, hvor der vedvarende stilles krav om samling og specialisering for at sikre kvaliteten. Det er anbefalingen, at der fortsat skal være fokus på at sikre kvaliteten af de tværgående diagnostiske ydelser.

## **5.4 Behandling**

Kræftpatienter tilbydes overordnet tre former for behandling. Kirurgisk behandling, medicinsk onkologisk behandling og strålebehandling. Det varierer, hvilken form for behandling patienter tilbydes som primær behandling. Det afhænger af den konkrete sygdom, sygdomsstadie, patientens generelle helbredtstilstand med videre. Ofte tilbydes kræftpatienter en kombination af flere behandlingsmetoder.

#### **5.4.1 Kirurgisk behandling**

Kirurgisk behandling af kræft er afgørende for det samlede behandlingsresultat for langt de fleste kræftpatienter. Samling af kræftkirurgien på færre enheder har været afgørende i forhold til at højne kvaliteten. Det er anbefalingen, at der fortsat skal være fokus på at sikre kvaliteten i den kirurgiske behandling ved samling af kræftkirurgien på få enheder i overensstemmelse med Hospitalsplan 2007 og Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

Udviklingen inden for kirurgien har i flere år gået fra åben operation mod laparoskopisk kirurgi.

##### Laparoskopisk kirurgi

Internationale undersøgelser tyder på, at den kirurgiske teknik i sig selv er en væsentlig faktor i udfaldet af behandlingen. Ved laparoskopisk kirurgi (kikkertkirurgi) udføres i princippet det samme indgreb som ved åben operation blot er den operative adgang forskellig. Der er generelt mange fordele ved at gennemføre operationer laparoskopisk, herunder færre postoperative infektioner, færre smerter, bedre kosmetisk resultat, hurtigere restituering efter operation og kortere indlæggelsestid.

For en række kræftoperationer er der evidens for anvendelse af den laparoskopiske teknik ved en række tilstande, og indikationen for laparoskopi som førstevalg vil formentlig udvides i de kommende år. Det er den faglige vurdering, at der er brug for fortsat kvalitetsudvikling på området, for særligt i en overgangsfase at minimere risikoen for komplikationer og måske generelt dårligere kirurgiske resultater.

Det er den faglige anbefaling, at alle kirurger i udgangspunktet bør beherske den laparoskopiske teknik på højt niveau. Det forudsætter imidlertid, at en række faktorer tages i betragtning. Et tilstrækkeligt volumen af laparoskopiske indgreb er nødvendigt for at vedligeholde tekniske færdigheder, muliggøre forskning og sikre uddannelse af kommende kirurger. Region Midtjylland og Region Nordjylland igangsatte det første formaliserede fælles regionale efteruddannelsesstilbud inden for laparoskopisk kirurgi i 2009. Det er anbefalingen, at et lignende efteruddannelsesstilbud udbydes i Region Hovedstaden eksempelvis i samarbejde med Region Sjælland og Region Syddanmark.

##### Robotkirurgi

Robotkirurgi vinder indpas på operationsgangene. I dag fungerer operationsrobotterne mest som intelligente hjælpeværktøjer for kirurgen, der styrer dem. Operationsrobotter har mange fordele. Den giver langt større præcision, en sikrere hånd, og den kan forstørre billeder af operationen. Erfaringer viser, at kirurgien er mere præcis og skånsom, der er færre blødninger, patienten kommer hurtigere hjem efter operationen, der er langt mindre behov for smertestillende medicin, og teknikken giver bedre komfort for kirurgen, der bliver mindre træt under operationen.

I Region Hovedstaden anvendes robotkirurgi i dag på det urologiske, kirurgiske (mave/tarm kirurgi) og gynækologiske område. Det er en højt specialiseret funktion, som kun varetages på to af regionens hospitaler: Rigshospitalet og Herlev Hospital. Den internationale udvikling indikerer, at robotkirurgi fremadrettet vil vinde yderligere indpas i kræftbehandling, hvilket vil stille krav til udvikling af området og efteruddannelse af regionens kirurger. Det anbefales, at behovet for efteruddannelse i robotkirurgi kortlægges.

Herlev Hospital har i mange år været nationalt førende på området og internationalt med helt i front. De anbefales, at der etableres et center for robotkirurgi på Herlev Hospital for at sikre grundlaget for uddannelse og udvikling i regionen, samt sikre grundlaget for videndeling og færdighedstræning i relation til andre nationale og udenlandske kirurgiske centre.

#### **5.4.2 Medicinsk behandling**

Den medicinsk onkologiske behandling varetages i Region Hovedstaden på de to højt specialiserede onkologiske afdelinger på Herlev Hospital og Rigshospitalet, og på den onkologiske afdeling på Hillerød Hospital og på Bornholm Hospital. Bornholm Hospital varetager onkologisk behandling for udvalgte patientgrupper som følge af sin geografiske beliggenhed. Det er etableret formaliseret samarbejde mellem Rigshospitalet og Bornholm Hospital i forhold til funktionen. Ifølge Hospitalsplan 2007 skal der etableres medicinsk onkologisk afdeling på Hvidovre Hospital, når de fysiske rammer muliggør det. Det fremgår af bilag 2, hvilke kræftformer der behandles på de fire afdelinger.

Den medicinsk onkologiske behandling består af kemoterapi, hormonerapi, immunterapi og i de senere år er der desuden tilkommet en lang række stoffer inden for såkaldt biologisk målrettet behandling. Tilbuddet om behandling afhænger af kræftform, stadiendeling mv. Kemoterapi er den behandlingsform som almindeligvis fører til de fleste og mest alvorlige bivirkninger, mens der generelt er færre bivirkninger ved de andre medikamentelle behandlingsformer. Det gælder også de nye biologisk målrettede stoffer, som til gengæld har vist sig at give andre former for bevirkninger - herunder hudbivirkninger - som ikke tidligere har været fremtrædende.

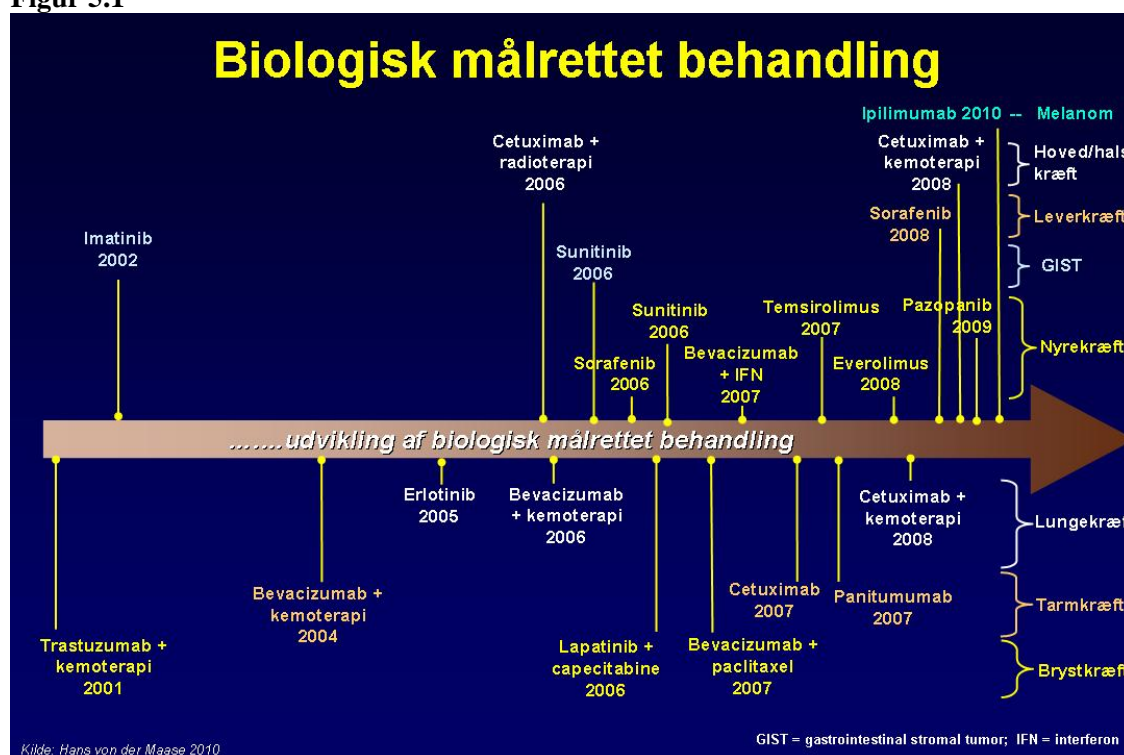
Det onkologiske område er et af de store udviklingsområder. Udviklingen af nye kræftlægemidler til kræftpatienter går meget stærkt, hvilket betyder, at der hele tiden bliver bedre helbredelsesmuligheder og bedre muligheder for at opnå levetidsforlængelse af kortere eller længere varighed for en række kræftsygdomme. Inden for de senere år er specielt udviklingen hvad angår de biologisk målrettede stoffer accelereret, jf. figur 5.1.

De onkologiske afdelinger i regionen er meget forskningsaktive og deltager løbende i udviklingen af ny kræftmedicin. Der pågår herunder fase 1 undersøgelser, hvor ny medicin for første gang afprøves på mennesker på Rigshospitalets Fase 1 Enhed og på Herlev Hospitals Enhed for Eksperimentel Kræftbehandling. Regionens onkologiske afdelinger har forskningsmæssigt opnået international anerkendelse inden for en række kræftsygdomme eksempelvis brystkræft, hoved/halskræft, blærekræft og testikelkræft.

Aktiviteten på kræftmedicin har de forløbne år været støt stigende og udviklingen indikerer, at den stiger yderligere de kommende år jf. figur 5.1, hvilket også afspejler sig i udgiftsniveauet. I 2007 blev der nationalt anvendt 0,972 milliard og i 2009 1,27 milliard til kræftmedicin.

Regionen har det overordnede ansvar for at sikre ensartet kvalitet på tværs af regionen og dialog med de andre regioner. Region Hovedstaden følger Sundhedsstyrelsens og Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicins anbefalinger i forhold til ibrugtagning af nye kræftlægemidler.

Figur 5.1



Figur 5.1 viser den hastige udvikling af nye biologisk målrettede stoffer. Det vil sige stoffer, som er rettet mod specifikke signaler, der styrer en række af kræftcellernes egenskaber, og som bl.a. har betydning for kræftcellernes deling og vækst. Der er for alle de nævnte stoffer påvist en statistisk signifikant forlængelse af enten overlevelsen eller af tiden til genvækst af kræftsygdommen ved anvendelse af stoffet alene eller i kombination med kemoterapi eller strålebehandling inden for det onkologiske område. Det forventes, at denne udvikling vil fortsætte og også fortsat vil accelerere. Stofferne repræsenterer markante forbedringer af kræftbehandlingen men medfører samtidig en voldsom stigning af medicinudgifterne, da disse nye stoffer, som er udviklet baseret på forskernes tiltagende molekylærbiologiske viden, er meget dyre

### 5.4.3 Strålebehandling

Strålebehandling er næst efter kirurgi den kræftbehandlingsform, som helbreder flest patienter. Strålebehandlingen bliver i regionen tilbudt på Herlev Hospital og Rigshospitalet.

Der er de forløbne år foretaget en massiv udbygning af strålekapaciteten og udskiftning af acceleratorene i Danmark. Udbygningen og udskiftningen af acceleratorene har både betydet en stigning i kapaciteten og en forbedring af strålebehandlingskvaliteten. Regionen kan således i dag tilbyde kræftpatienter strålebehandling, der lever op til de fleste internationale standarder.

#### Internationalt i front

Acceleratorteknologi er under konstant udvikling, hvor kombinationen af moderne billediagnostik i kombination med mulighederne for at modulere strålegangen under strålebehandling samt mulighederne for ”baglæns” dosisplanlægning radikalt har ændret strålebehandling og muliggjort, at man kan opnå lokal tumorkontrol med den såkaldte intensitetsmodulerede strålebehandling (IMRT). Dette har været med til at øge præcisionen af

strålebehandling, og udviklingen betyder færre bivirkninger ved behandling med en ny generation af accelerators, samt en hurtigere og mere præcis behandling.

Regionens afdelinger for stråleterapi er europæiske frontløbere på områder som respirationstilpasset og billedstyret strålebehandling samt andre nye teknikker. Rigshospitalet huser Europas største radioterapiklinik.

#### Kapacitetsbehov

Strålebehandlingsaktiviteten i Region Hovedstaden har de forløbne år været støt stigende. Der blev i 2007 udført 99.831 fraktioner og 112.674 fraktioner i 2009. For uddybning se skema 5.C. Fremadrettet forventes det også, at aktiviteten vil stige.

**Skema 5.C Udførte strålebehandlinger i Østdanmark, 2002-2009**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rigshospitalet	36.717	44.289	44.936	-	50.740	55.487	54.357	58.551
Herlev	33.993	36.670	40.990	-	37.468	44.344	49.293	54.123
Næstved	-	-	-	-	-	-	6.351	10.064
<b>I alt</b>	<b>70.710</b>	<b>80.959</b>	<b>85.926</b>	-	<b>88.208</b>	<b>99.831</b>	<b>110.001</b>	<b>122.738</b>

Region Hovedstaden og Region Sjælland har et tæt samarbejde inden for strålebehandling i Østdanmark. Region Sjælland varetager i samarbejde med Rigshospitalet en del af regionens strålebehandling i Næstved, men visiterer derudover en del af deres patienter til stråleterapi på Rigshospitalet og Herlev Hospital.

I 2010 er der udarbejdet en analyse af stråleterapiens kapacitets- og investeringsbehov i Region Hovedstaden frem til 2014. Udviklingen i stråleterapien vil sandsynligvis betyde, at der ved behandling med nye accelerators vil blive behandlet patienter med færre fraktioner. Dette kan betyde, at der vil komme et fald i fraktioner. Omvendt indikerer udviklingen også, at der vil komme flere kræftpatienter, jf. kap. 4, og at den teknologiske udvikling muliggør, at flere patienter fremadrettet vil få et tilbud om behandling. Patientgruppen, der er egnet til strålebehandling, forventes således at stige i takt med udviklingen af den respirationstilpassede og billedstyredebehandling. Hertil kommer, at der arbejdes med forbedring af arbejdsgange og effektivisering, som kan få indflydelse på regionens kapacitetsudnyttelse fremadrettet. Der forventes en fortsat stigning i aktivitets- og kapacitetsbehov i prionen på 5,6 % årligt.

Da udviklingen på området de kommende år er vanskelig at forudse, er det anbefalingen, at området fortsat følges de næste år for at opsamle en eventuel øgning i antallet af patienter pr. accelerator i forhold den epidemiologiske og teknologiske udvikling.

Analysen af regionens kapacitets- og investeringsbehov for stråleterapi viser også, at en del af regionens accelerators er fra før 2000. Det er fagligt vurderingen, at de er forældede og derfor bør udskiftes. Der er i regionens Budget 2011 afsat midler til at igangsætte denne udskiftningsproces.

#### Partikelterapi

I dag anses partikelterapi internationalt for at være den form for strålebehandling, som ved visse kræftsygdomme - specielt hos børn og unge - vil kunne give den bedst mulige strålebehandling til en række kræftsygdomme med mindst mulig medbehandling af normale væv. Eksempelvis har flere stater i USA indført partikelterapi som standardbehandling til børn

med kræft og malignt melanom i øjenene. Det betyder reelt, at Danmark i dag ikke kan tilbyde disse grupper af kræftpatienter den bedst mulige behandling i følge internationale standarder med mindre patienterne henvises til behandling i udlandet. Der er derudover et stort forsknings- og udviklingspotentiale inden for en række andre kræftsygdomme.

I Danlite rapporten "Det Danske Partikelterapi Projekt" fra 2007 anbefales det, at et dansk anlæg placeres på Rigshospitalet eller i umiddelbar nærhed hertil for derved at sikre det optimale udbytte af et partikeltherapianlæg både i forhold til patientbehandling, forskning og udvikling, hvilket vurderes at være altafgørende, hvis en investering i den størrelsesorden skal være samfundsøkonomisk rentabel.

Anbefalingen er begrundet med, at et partikeltherapianlæg har et meget stort forskningspotentiale. For at sikre udnyttelsen af dette, skal anlægget placeres i tilknytning til et stærkt veletableret forskningsmiljø med tilstrækkelig kritisk masse og et strategisk fundament. Herved skabes størst mulig synergi i udnyttelsen af partikeltherapianlægget til behandling, forskning og erhvervsudvikling. Krav, som alle efterleves i Region Hovedstaden med Rigshospitalet i front.

Patientgrundlaget og volumen er afgørende for at udnytte potentialet. Stråleterapiklinikken på Rigshospitalet er Europas største, og det er vurderingen, at klinikken har en tilstrækkelig størrelse til at sikre optimal udnyttelse af potentialet. Endvidere er netop Rigshospitalet internationalt førende indenfor billedstyret strålebehandling, som er helt essentiel for at kunne anvende partikelterapi bedst muligt.

Region Hovedstaden har i 2009 ansøgt Indenrigs- og Sundhedsministeriet om støtte til finansieringen af et partikeltherapianlæg. Det er fortsat anbefalingen, at der etableres et anlæg på Rigshospitalet forudsat, at der tilvejebringes den nødvendige finansiering.

#### **Radioterapiklinikken, Rigshospitalet**

Radioterapiklinikken tildeles Global Excellence pris i sundhed 2010 for at være en af de mest teknologisk avancerede klinikker i verden. Samtidig er den en af de største stråleterapiklinikker i Europa målt på patientvolumen. Klinikken var blandt de første i verden til at tilbyde en særlig type behandling til brystkræftpatienter og er blandt dem, der har størst erfaring med denne behandlingstype. Klinikken er også førende inden for andre former for stråleterapi og er karakteriseret ved betydelig innovation inden for højpræcisionsstråleterapi samt synergi mellem forskning, uddannelse, behandlingen i klinikken og samarbejdet med erhvervslivet.

#### **5.4.4 Alternativ behandling**

Alternativ behandling er en af de metoder, der ofte nævnes i forbindelse med understøttende behandling. Der megen lidt evidens for anvendelsen af alternativ behandling. Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (ViFAB), udgav i 2009 pjecen: "Find rundt i de alternative behandlingstilbud", hvori der er samlet en stor mængde information om alternativ behandling og naturmedicin. Et af de sygdomsområder, ViFAB adresserer, er kræft.

En rundspørge i 2010 vedrørende anvendelsen af alternativ behandling viser, at der i regionen er flere eksempler på, at alternativ behandling benyttes til kræftpatienter. Som eksempler kan nævnes, at onkologisk og palliativ afdeling, Hillerød Hospital, siden 2008 har anvendt akupunktur til smerte- og kvalmebehandling til cancerpatienter, og at Hoved-Orto-Centret,

Rigshospitalet, anvender akupunktur til kræftpatienter. For yderligere eksempler henvises til kapitel 7.

HØRINGSUDKAST

## 6. Tidlig opsporing af kræftsygdomme

### 6.1. anbefalinger

#### Faglig rådgivning og billeddiagnostik

- Der skal ske en styrkelse af praksissektorens muligheder for adgang til hurtig multidisciplinær udredning af kræftpatienter i hospitalsregi, herunder billeddiagnostiske undersøgelser.
- Der skal etableres en entydig adgang for praksissektoren til subakut faglig rådgivning fra speciallæger på hospitalsafdelingerne.

#### Screeningsprogrammer

- Der implementeres screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år hvert andet år. Screeningen påbegyndes i 2014.
- Regionens borgere skal sikres tilstrækkelig viden om kræftsygdommens symptomer, screenings- og helbredelsesmuligheder.
- Der skal undersøges nye kommunikationsmuligheder med henblik på en målgruppebaseret information om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder.
- Sundhedsstyrelsen opfordres til at udarbejde informationsmateriale om screeningstilbud på andre sprog end dansk.
- Regionen skal understøtte kommunerne med henblik på kompetenceudvikling af deres ansatte til en øget oplysningsindsats om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder.
- Der skal sikres en fortsat løbende monitorering af screeningsprogrammernes kvalitet.
- Der skal fortsat arbejde på kvalitetssikring af de alment praktiserende lægers indsats i livmoderhalskræftscreeningen.

#### Arvelige kræftsygdomme

- For at sikre bedre evidens for screening for arvelige kræftsygdomme skal der løbende ske kvalitetssikring og monitorering af effekten.
- Regionen skal i takt med nye muligheder for screening for arvelige kræftsygdomme sikre, at der er kliniske retningslinjer for henvisning til klinisk-genetisk rådgivning og gentestning.

### 6.2. Tidlig opsporing og diagnostik

Som anført i kapitel 4 har danskere en højere forekomst af kræftsygdom. Samtidig er overlevelsen blandt danske kræftpatienter lavere end i lande, vi normalt sammenligner os med. Især inden for det første år efter at diagnosen er stillet, er overlevelse lavere. Danske kræftpatienters sygdom er ofte på et mere fremskredent stadie, når diagnosen stilles, hvilket forringer helbredelsesmulighederne.

På baggrund heraf er et af hovedmålene med Kræftplan III, at adgangen til hurtig udredning af patienter, der mistænkes for en kræftsygdom, forbedres. Jo tidligere en kræftsygdom identificeres, desto bedre mulighed har patienten for at blive helbredt, og behandlingen ikke bliver så belastende

Tidlig opsporing og diagnostik af kræftsygdomme, herunder screening, sker primært i et samspil mellem praksissektoren og hospitalssektoren. Men også kommunerne spiller en rolle i forhold til oplysningen af borgerne om forebyggelse og behandling af kræftsygdomme.

Ved de mest hyppige kræftformer er det almen praksis, som får mistanke om kræft, ligesom den indledende udredning oftest foregår hos den alment praktiserende læge. Ved begrundet mistanke kommer patienten ind i et pakkeforløb. Henvisningen sendes akut til relevant hospitalsambulatorium eller speciallægepraksis.

Undersøgelse af kræftpatienters oplevelse af udredningsforløbet understreger vigtigheden af, at den praktiserende læge har den nødvendige faglighed inden for kræftområdet til at identificere eventuelle symptomer på sygdommen. Endvidere er det vigtigt, at den praktiserende læge er lydhør overfor patienten og i højere grad reagerer på patientens symptomer og derved hurtigt iværksætter en udredning af sygdommen ved eventuel henvisning til speciallæge.

Regionens praktiserende læger har via Praksisnyt.dk på sundhed.dk indenfor de forskellige pakkeforløb adgang til telefonnumre på afdelinger/bagvagter på hospitalerne, som kan kontaktes for at modtage specialiseret rådgivning. Der kan imidlertid i forbindelse med den diagnostiske udredning være behov for at skabe en mere entydig indgang til subakut faglig rådgivning, end der eksisterer i dag.

Ved begrundet mistanke om kræft henvises patienten til et pakkeforløb og almen praksis' ansvar i udredningen ophører. For at øge de praktiserende lægers viden om konkrete henvisningskriterier til pakkeforløbene har regeringen i forbindelse med Kræftplan III afsat 4 mio. kr. i 2011 og 6 mio. kr. 2012 til at opdatere de praktiserende læger om symptomer på kræft og på kriterier for henvisning til pakkeforløb.

Det er et problem, at kun ca. halvdelen af patienter præsenterer sig med symptomer, som medfører henvisning til et pakkeforløb. I den resterende gruppe er der patienter, som mistænkes for alvorlig sygdom, men hvor symptomerne er for vage og ukarakteristiske til at henvise til et organspecifikt pakkeforløb – såkaldt okkult cancer.

For at sikre hurtige og sammenhængende forløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, skal der ifølge Kræftplan III udarbejdes en samlet diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan tyde på kræft. Pakken skal indeholde kliniske retningslinjer for udredning og henvisning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig kræft, herunder for den videre behandling i hospitalsregi. Målet er, at patienten ikke sendes tilbage fra hospitalet til den praktiserende læge, før en diagnose er stillet eller mistanken om alvorlig sygdom er afkræftet. Som led i kræftplan III har regeringen fra 2012 og frem afsat 85 mio. kr. til regionerne med henblik på at styrke den tidlige diagnostik med udgangspunkt i den diagnostiske pakke for patienter med uspecifikke symptomer.

For gruppen af patienter som mistænkes for alvorlig sygdom, men som ikke passer ind i et organspecifikt pakkeforløb, kan specialiseret rådgivning og udredning, herunder billeddiagnostisk undersøgelse, være afgørende for hurtig diagnosticering. Fra Vejle Sygehus og Regionshospitalet Silkeborg haves gode erfaringer med etablering af diagnostiske centre med samme dags udredning, og hvor de medicinske specialer er til stede med henblik på hurtig udredning af patienter mistænkt for alvorlig sygdom. På Herlev Hospital, Medicinsk afdeling O, er der udviklet et tilsvarende pakkeforløb for patienter, der henvises på mistanke om okkult

cancer. Denne pakke er udviklet og anvendt over flere år. Afdelingen har dog ikke et egentligt dagshospital beregnet for dette og ikke læger alene allokeret til denne funktion. Udredningen tilbydes således i dag alene patienter, som i øvrigt henvises til almen intern medicinsk udredning.

### **6.2.1. Styrket adgang til faglig rådgivning og billeddiagnostik**

Med henblik på at forbedre diagnosticeringen af patienter mistænkt for alvorlig sygdom anbefales der i Region Hovedstaden etableret en entydig adgang til subakut faglig rådgivning fra speciallæger på hospitalsafdelingerne. Henvisning af patienter til sådanne undersøgelser bør ske på baggrund af forudgående mundtlig drøftelse med og oplæg fra den alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge. Men specialist rådgivning kan også være relevant vedrørende gruppen af patienter i hospitalsregi, som er diagnostisk vanskelige, og hvor der er behov for en multidisciplinær vurdering.

Ordningen skal give mulighed for elektronisk konsultation, telefonisk ”læge til læge” rådgivning, konference med relevante speciallæger/et specialteam. Det skal også være muligt for at kunne drøfte patienter, som lider af andre sygdomme end kræft (komorbiditet), og som derfor kan maskere en kræftsygdom.

Etableringen af en sådan faglig rådgivning skal medtænkes i forbindelse med implementeringen af regionens fremtidige hospitalsstruktur og kliniske struktur. I henhold til regionens hospitalsplan planlægges al modtagelse af akutte, diagnostiske uafklarede patienter at skulle ske enstrenget.

Den nærmere tilrettelæggelse af ordningen skal nærmere analyseres, herunder i lyset af initiativerne i Kræftplan III. Bl.a. skal det analyseres, hvilke patienter ordningen skal omfatte og de kapacitetsmæssige konsekvenser i hospitalsregi. Som start anbefales iværksat et pilotprojekt på et af regionens hospitaler.

Det bør også vurderes nærmere, om der er behov for at styrke de praktiserende lægers efteruddannelse indenfor bl.a. diagnostik, sygdomsbilleder og komorbiditet og viden om ny diagnostisk teknologi.

### **6.3. Screening for kræftsygdomme**

Systematisk screening for kræftsygdom i befolkningen er et af redskaberne til at sikre tidlig opsporing af sygdommen og bidrage til at reducere dødeligheden. Der findes i dag nationale screeningsprogrammer for bryst- og livmoderhalskræft. Med Kræftplan III indføres endvidere screening for tyk- og endetarmskræft. Regeringen har i kræftplan III fra 2013 afsat 1 mio. kr. årligt til en løbende evaluering og optimering af alle nationale screeningsprogrammer på kræftområdet ved at iværksætte en ensartet, systematisk opfølgning på programmerne med fokus på resultatopfølgning, deltagelsessikring, effekt samt faglig udvikling af screeningsområdet. Vedrørende screening kan det endvidere nævnes, at Rigshospitalet gennemfører et projekt om lungecancerscreening, hvis primære formål er at afklare, om screening med CT-scanning kan reducere dødeligheden af lungecancer.

### **6.3.1. Brystkræftscreening**

Danmark er et af de europæiske lande, hvor forekomsten af brystkræft er høj, og et af de lande i verden med den højeste dødelighed af brystkræft. Sammenholdt med vore nordiske naboer, som alle har haft landsdækkende brystkræftscreening i en årrække, har Danmark den højeste brystkræftdødelighed.

Regionerne skal hvert andet år tilbyde brystkræftscreening til kvinder, som er mellem 50 og 69 år. Region Hovedstadens mammografiscreeningsprogram er landets største med 196.000 i målgruppen. Regionen har opfyldt det fastsatte krav om, at alle kvinder i målgruppen inden udgangen af 2009 skulle have et tilbud om brystkræftscreening. Aktuelt gennemføres anden screeningsrunde.

Regionens evaluering af screeningsprogrammet for brystkræft viser, at gennemførelsen heraf har været en stor udfordring, men at programmet er kommet godt fra start. Foreløbige data viser, at screeningsprogrammet finder et stort antal patienter med kræft, og at både procenten af kvinder genindkaldt til udredning for kræft, og kvinder genindkaldt på grund af teknisk utilstrækkelig undersøgelse ligger fint i henhold til internationale anbefalinger. Screeningsprogrammets reduktion i sygelighed og frem for alt dødelighed af brystkræft kan tidligst måles efter mindst 8-10 år. Derfor er det kun muligt at vurdere dette for så vidt angår den del af screeningprogrammet, der startede i det tidligere H:S i 1991. Her kan programmet dokumentere en reduktion af dødeligheden af brystkræft efter 10 års screening i Københavns Kommune på 25 % i hele målgruppen og på 37 % blandt de, der modtog tilbuddet om screening en eller flere gange.

Regionens gennemsnitlige deltagelsesprocent på 75 % i den første screeningsrunde ligger samlet på det anbefalede niveau, men varierer rundt om i regionen. Deltagelsesprocenten i København er i lighed med andre storbyer i Europa lavere end i landkommunerne. Der ses såvel i København som på Fyn en U-formet sammenhæng mellem uddannelsesniveau, således at kvinder med videregående uddannelse og med kort/ingen uddannelse deltagere i mindre grad end kvinder med mellemlang uddannelse. Deltagelsesprocenten hos kvinder med anden etnisk baggrund er lavere end hos etnisk danske. Deltagelsesprocenten falder endvidere med stigende alder.

### **6.3.2. Livmoderhalskræftscreening**

Kvinder mellem 23 og 50 år inviteres til livmoderhalskræftscreening hvert tredje år, og kvinder mellem 51 og 65 år inviteres hvert femte år. I 2009 var den samlede andel af kvinder i aldersgruppen 23-64 år, som blev undersøgt i regionen 76,2%. Heraf var deltagelsesprocenten i screeningsprogrammet 61,7%, hvilket vil sige, at der foregår et stort omfang af screening uden om screeningsprogrammet – såkaldt opportunistisk screening.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2007 nationale anbefalinger for livmoderhalskræftscreeningen, som regionen har implementeret. Pr. 1. januar 2009 indførtes tilbud om vaccination for HPV (human papillomavirus) af piger i 12-års alderen startende med årgang 1996. Vaccinationen skal forebygge infektion med HPV og dermed forebygge udviklingen af celleforandringer og livmoderhalskræft. På landsplan har 58% af pigerne fra 1996 fået serien tre vaccinationer. For at sikre højst mulig tilslutning til HPV-vaccinationen sker indkaldelse til og opfølgning på HPV-vaccination i forlængelse af det øvrige børnevaccinationsprogram. 12-

årige piger modtager således ved det fyldte 12. år et brev med information om muligheden for HPV-vaccination ved egen læge.

Indførelsen af HPV-vaccination i Danmark forventes om en halv snes år at medføre, at der vil være færre abnorme celleprøver blandt unge kvinder, der deltager i screeningsprogrammet. Grundlaget for screeningsmetoden med undersøgelse af celleprøver vil dermed ændres med tiden ligesom screeningsintervaller for forskellige aldersgrupper. På den baggrund er Sundhedsstyrelsen i gang med en opdatering af anbefalingerne for livmoderhalskræftscreening, som forventes udsendt primo 2011.

### **6.3.3. Screening for tyk- og endetarmskræft**

Det anbefales, at regionen i overensstemmelse med kræftplan III implementerer screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år hvert andet år. Implementeringen af screeningsprogrammet skal forberedes i årene 2011-2013 og i den forbindelse afsætter regeringen 38 mio. kr. til etableringsomkostningerne. Screeningen påbegyndes i 2014 og indføres over fire år. I den forbindelse afsætter regeringen 220 mio. kr. i 2014 stigende til 391 mio. kr. fra 2023.

## **6.4. Øge deltagelsen i screeningsprogrammer**

En fælles udfordring i forhold til screeningsprogrammerne for brystkræft og livmoderhalskræft er at øge deltagelsesprocenten både generelt og i forhold til specifikke målgrupper, som har en ringere deltagelse.

For at øge deltagelsen er det vigtigt at sikre, at borgerne har tilstrækkelig viden om kræftsygdommens symptomer, screenings- og helbredelsesmuligheder. Regionen bør i den forbindelse undersøge nye kommunikationsmuligheder med henblik på en målgruppebaseret information. I forbindelse med Kræftplan III har regeringen afsat 3 mio. kr. i 2011 til at gennemføre en målrettet informationsindsats om symptomer på kræft.

For livmoderhalskræftscreening gælder det særligt, at der skal arbejdes på at reducere andelen af den screening, som foregår udenfor screeningsprogrammet.

Udover nationale og regionale sundhedsmyndigheder har kommunerne en vigtig rolle i forhold til oplysning af befolkningen om screeningsprogrammerne. For at nå bedre ud til befolkningsgrupper af anden herkomst end dansk anbefales det, at regionen opfordrer Sundhedsstyrelsen til i samarbejde med nationale sundhedsmyndigheder og repræsentanter for relevante målgrupper at udarbejde informationsmateriale om screeningstilbud på andre sprog end dansk.

Kommunerne er tæt på borgerne i mange sammenhænge, fx på skole- pleje- og sundhedsområdet, hvor der er mulighed for at formidle oplysninger om forebyggelse og behandling af kræftsygdomme. Det anbefales i den forbindelse, at regionen understøtter kommunerne med henblik på kompetenceudvikling af deres ansatte til en øget oplysningsindsats om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder som led i de foreslåede forløbsprogrammer, jf. kapitel 7.5.

## 6.5. Kvalitetssikring af screeningsprogrammer

Det er vigtigt løbende at monitorere kvaliteten for at sikre, at screeningsprogrammerne lever op til danske og internationale kvalitetsstandarder.

For mammografiscreeningen skal der sikres en systematisk opfølgning på retningslinjerne fra Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS) og EUREF Guidelines samt monitorering af screeningsprogrammet ud fra DKMS' kvalitetsindikatorer.

Screeningsprogrammet bør efter hver screeningsrunde udarbejde en rundeopgørelse.

For livmoderhalskræftscreeningen skal der ske dokumentation af screeningens kvalitet på regionens screeningssteder bedømt ud fra Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft (DKLS) i alt 9 nationale kvalitetsindikatorer.

Der bør endvidere fortsat arbejdes på kvalitetssikringen af de alment praktiserende lægers indsats i livmoderhalskræftscreeningen. I forhold til prøvetagningen kan dette gøres i form af information til praktiserende læger og praktiserende speciallæger i gynækologi og obstetrik om, hvordan prøven tages korrekt, antal uegnede prøver og opportunistiske celleprøver. I forhold til analyserede prøver skal det sikres, at kvinderne altid modtager deres prøvesvar, og at der følges op på påviste celleforandringer.

## 6.6. Arvelige kræftsygdomme

Brystkræft og kræft i æggestokke (HBOC), livmoder og tarm (HNPCC) er nogle af de kræftformer, som oftest kan være arveligt betinget. Det er op til 20% af de patienter, som årligt får konstateret kræft, der kan skyldes arvelige forhold, men det er endnu kun muligt at tilbyde genetisk testning i en del af disse familier.

Screening for arvelig kræftsygdom omfatter både identifikation af risikopersoner og tidlig diagnostik af kræftsygdommen. Identifikation af personer, der er arveligt disponeret til kræftsygdom, foretages i klinisk genetik. Nye muligheder for diagnostik kombineret med megen fokus på området har medført en stigning i henvisningerne til genetisk rådgivning og gentestning. Udover de to 'store' grupper af arvelige kræftsygdomme (HBOC og HNPCC) vil nye områder snart blive aktuelle. Det er især indenfor arvelige kræftsygdomme i blærehalskirtlen (prostata), nyrer, bugspytkirtlen (pancreas) og hud (malignt melanom).

Personer med genetisk disposition til kræftsygdom tilbydes regelmæssige undersøgelser, hvis formål er at påvise en kræftsygdom på så tidligt et stadium, at chancerne for overlevelsen forbedres. Nye behandlingstilbud, som er designet ud fra genetiske profiler, bliver også muligt i stigende omfang. Egentlig forebyggelse mod kræftsygdom er også muligt i form af risikoreducerende operationer, hvilket er et tilbud i udvalgte situationer.

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik's udvalg for Onkogenetik monitorerer løbende dette område og udarbejder i samarbejde med andre specialer nationale retningslinjer for genetisk rådgivning og testning samt klinisk opfølgning.

Med henblik på at sikre bedre evidens for screening for arvelige kræftsygdomme er der behov for løbende kvalitetssikring og monitorering af effekten. I takt med nye muligheder for screening for arvelige kræftsygdomme skal det sikres, at der udarbejdes kliniske retningslinjer for henvisning til klinisk-genetisk rådgivning og gentestning.

## 7. Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb

### 7.1 Anbefalinger

#### Rehabilitering

- Der skal ske en kortlægning af rehabiliteringstilbuddene i regionen, og alle kræftpatienter med et rehabiliteringsbehov skal modtage et målrettet individuelt rehabiliteringstilbud.
- Der skal udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering målrettet en række sygdomsområder bl.a. kræft i regi af sundhedsaftalerne 2011-2014.
- Der skal ske en styrkelse af mulighederne for at bruge de eksisterende elektroniske kommunikationsredskaber /MedCom standarder ved brug af efteruddannelse og vejledninger mv.
- Der skal ske en synliggørelse af alle rehabiliteringstilbud i regionen, og de skal være tilgængelige på de eksisterende relevante webportaler fx på regionens sundheds- og forebyggelsesportal.
- Der skal igangsættes af et udviklingsarbejde med henblik på etablering af et videntcenter for rehabilitering i regionen.
- Der skal være øget fokus på gruppen af udsatte borgere herunder indvandrere samt borgere med komorbiditet.

#### Senfølger

- Der skal ske en videnopsamling om senfølger, og patienter med senfølger skal tilbydes behandling.
- Der skal udleveres information om senfølger til alle kræftpatienter, og de skal oplyses om støttemuligheder i relation til deres kræftbehandling, herunder information om livet efter en kræftsygdom.
- Anbefalingerne i regionens lymfødernrapport skal implementeres.

#### Opfølgende kontroller

- Der skal udarbejdes og implementeres nationale kontrolforløb for kræftpatienter.
- Regionen skal støtte og bidrage til udarbejdelsen af nationale kontrolforløb. Såfremt, der ikke foreligger nationale kontrolforløb i 1. halvår af 2011, skal der igangsættes en regional proces.
- Såfremt der er behov for at igangsætte en regional proces på området anbefales det, at
  - processen igangsættes indledningsvist for de kræftformer, hvor der er stor volumen, og hvor behovet for ensretning af kontrolforløb vurderes størst
  - kontrolforløbene organisatorisk skal revurderes, og at det for alle kontrolforløb vurderes konkret, hvilken funktion både almen praksis og speciallægepraksis skal have
  - det for alle kontrolforløb vurderes konkret, hvilke personalegrupper, der kan inddrages i varetagelsen af kontrolforløbet.
- Regionen skal i samarbejde med relevante parter udbyde efteruddannelse i varetagelsen af de kontrolforløb, hvor praksissektoren indtænkes som en aktiv ressource.
- Fokus på forskning af effekten af kontrolforløb skal sikres ved at afsætte ressourcer hertil.

### Sammenhængende forløb

- Der skal igangsættes et udviklings- og forskningsarbejde mhp. udarbejdelse af et forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller, sammenhængende forløb og patientaspektet.
- Der skal ske en styrkelse og udvikling af forløbskoordinatorfunktion blandt andet med henblik på at styrke sammenhængende forløb internt på hospitalerne og mellem sektorer.
- Der skal ske en systematisk styrkelse af patientforløbets overgang fra sekundær- til primærsektor via sundhedsaftalernes aftalekompleks (2011-2014).
- Kommunerne opfordres til, at deres tilbud til kræftpatienter fremgår af Forebyggelsesportalen, lokalaviser mv.
- Der skal ske en undersøgelse af anvendeligheden og omfanget af kræftpatienters brug af muligheden for tilskud til indtil 12 behandlinger ved almen praktiserende psykolog.
- Det skal sikres, at eksisterende it-systemer bruges, og at der tilbydes efteruddannelse i brug af systemerne.
- Der skal udarbejdes retningslinjer for, hvordan alle patienter herunder kræftpatienter ved afslutningen af deres forløb på hospitalet orienteres om, hvor de kan henvende sig ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med deres sygdom.

## **7.2 Rehabilitering**

Mange borgere, som rammes af kræft, bliver i dag helbredt eller lever længe med deres kræftsygdom. Det anslås, at der er ca. 200.000 borgere i Danmark, som har været i behandling for en kræftsygdom. Hvert år rammes ca. 9.000 borgere i Region Hovedstaden af kræft. Det forventes, at 2/3 af disse i varierende grad vil have behov for kræftrehabilitering. Rehabilitering kan være en forudsætning for, at den kræftramte eller kræftoverleveren får et bedre liv eller kan vende tilbage til livet, som det var før.

Rehabilitering er et bredt begreb, der dækker over en lang række tiltag såsom genoptræning, social og psykisk støtte samt tiltag, som har betydning for fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Der findes ikke en samlet lovgivning om rehabilitering, men området er reguleret inden for både sundhedsloven, serviceloven og beskæftigelseslovgivningen.

Rehabiliteringsforpligtigheden er derfor fordelt mellem kommuner og regioner. Et væsentligt element af rehabiliteringsopgaven er derfor at samle og koordinere de ydelser, der er aktuelle i et rehabiliteringsforløb. Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet har besluttet, at der i forbindelse med revidering af pakkeforløbene for kræft skal indarbejdes rehabilitering i pakkerne.

### **Rehabiliteringssamtaler på Rigshospitalet**

Rigshospitalet har siden 2008 haft ansat en kræftrehabiliteringssygeplejerske til at udvikle og tilbyde rehabiliterende tiltag til kræftpatienter og pårørende samt undervise personale. Rigshospitalet påbegynder et fælles projekt med Københavns Kommune om at udvikle og afprøve et identifikationsredskab til afdækning af rehabiliteringsbehov under og efter kræftbehandling. Hensigten er, at alle kræftpatienter på Rigshospitalet i løbet af 2012 får tilbud om en rehabiliteringssamtale enten i Sundhedscentret for Kræftramte eller på Rigshospitalet.

I Region Hovedstaden er der kræftrehabiliteringskurser og træningskurser på flere hospitaler. Eksempelvis på Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet. Det, der kendetegner tilbuddene, er, at de supplerer den information og vejledning, som sundhedsprofessionelle giver patienterne i forbindelse med deres behandlingsforløb. Enkelte steder betragtes undervisningen som en del af forberedelsen til behandlingen og som en del af opfølgningen på kontrolforløbet. Undervisningstilbuddene sigter generelt mod at give patienterne støtte til deres rehabiliteringsforløb, herunder redskaber til, hvad de selv kan gøre samt til etablere netværk blandt patienterne. På kurserne får deltagerne mere viden om deres sygdom, behandling og bivirkninger. Der er begrænset dokumentation for kræftpatienters genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Derudover mangler der en systematisk registrering af rehabiliteringstilbud på hospitalerne i Region Hovedstaden. Det anbefales derfor, at alle tilbud er synlige, tilgængelige og opdaterede på de eksisterende relevante webportaler fx på Region Hovedstadens sundheds- og forebyggelsesportal. En hovedmålgruppe er almen praksis.

Landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser fra 2008 viser, at mange patienter ikke får et rehabiliteringstilbud, eller at de tilbud, som de modtager, ikke er tilstrækkelige. Undersøgelsen peger på, at der er et udækket rehabiliteringsbehov blandt kræftpatienter.

Det anbefales derfor, at rehabiliteringstilbuddene i Region Hovedstaden kortlægges, og det sikres, at alle kræftpatienter med et rehabiliteringsbehov modtager et målrettet rehabiliteringstilbud efter en individuel vurdering. Der skal sideløbende igangsættes et udviklingsarbejde med henblik på etablering af en metode til vurdering af rehabiliteringsbehov og et evidensbaseret behandlingstilbud. Anbefalingen er i overensstemmelse med intentionerne i ”Aftale om Kræftplan III”. I Region Hovedstaden er der stor bevågenhed på patienter med kronisk sygdom. Regionens kronikerprogram 2010-2012 udvikler en regional model for sygdomsspecifik patientuddannelse/rehabilitering for KOL, diabetes og hjerte-karsygdomme. Det er vigtigt, at disse erfaringer benyttes i arbejdet med udviklingen af rehabiliteringstilbud i Region Hovedstaden.

#### Tværsæktorielt samarbejde om rehabilitering

Vellykket rehabilitering forudsætter et godt samarbejde mellem kommuner, praksissektoren og hospitalerne. Ifølge sundhedsloven skal almindelig ambulans genoptræning forgå i kommunen, mens specialiseret ambulans genoptræning foregår på hospitalet. I Region Hovedstaden er der i relation til sundhedsaftalerne udarbejdet et ”Snitfladekatalog” som giver en detaljeret beskrivelse af arbejdsdelingen på området,

I forbindelse med Finansloven for 2006 blev der afsat 40 mio. kr. til at støtte og styrke udviklingen af kommunale kræftrehabiliteringsprojekter. I Region Hovedstaden blev der givet midler til projekter i henholdsvis Københavns Kommune, Gladsaxe Kommune og Halsnæs Kommune. Erfaringsopsamlingen viser, at det er nødvendigt med en overskuelig henvisningsstruktur og tydelig indgang til kommunal kræftrehabilitering samt et behov for tydelig kommunikation.

I Region Hovedstaden er der 29 kommuner, som løfter den kommunale rehabiliteringsforpligtigelse, samt 12 hospitaler der løfter den regionale rehabiliteringsforpligtigelse. For at sikre sammenhæng og koordination på området anbefales det, at der i regi af sundhedsaftalerne 2011-2014 udvikles en fælles ramme for tværsæktorielt samarbejde vedrørende rehabilitering målrettet en række sygdomsområder bl.a. kræft. Rammen

skal ud over sundhedsindsatser medtænke indsatser fra andre relevante områder fx socialområdet og beskæftigelsesområdet. Sundhedsaftalerne skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i bl.a. rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og almen praksis.

En forudsætning for, at den praktiserende læge kan indgå i arbejdet med rehabilitering af kræftpatienter, er, at vedkommende er orienteret om diagnose/behandling mv. både fra hospital og kommune. Den praktiserende læge skal have modtaget en epikrise efter gældende regler efter udskrivelsen med oplysninger om bl.a. rehabiliteringsbehov og hospitalet skal sende den praktiserende læge elektroniske ambulante notater, når patienten indleder og afslutter et ambulante forløb. Det anbefales derfor, at mulighederne for at bruge de eksisterende elektroniske kommunikationsredskaber (MedCom standarder) skal udnyttes.

#### Videncenter for rehabilitering

Generelt er kræftrehabiliteringsområdet præget af en varierende forskningskvalitet og for de fleste områder en utilstrækkelig evidens. Der er derfor behov for forskning og udvikling på området samt implementering af validerede redskaber til identificering af rehabiliteringsbehov. Derudover er der behov for et behandlingstilbud for patienter med et specialiseret rehabiliteringstilbud. Det anbefales derfor, at der i Region Hovedstaden igangsættes et udviklingsarbejde med henblik på etablering af et videncenter for rehabilitering. Centret skal både fungere som et forsknings- og videncenter, men samtidigt også som et center, hvor patienter med behov for et specialiseret rehabiliteringstilbud kan få behandling og rådgivning. Omdrejningspunktet for centrets udviklingsarbejde og behandling skal være kræftpatienter, men centret skal også fokusere på andre patientgrupper med et specialiseret rehabiliteringsbehov.

Novo Nordisk Fonden og Kræftens Bekæmpelse har den 15. november 2010 bevilget 30 mio. k. til forskning i rehabilitering for patienter med kræft og efter kræft, således at de bedst kan fastholde et normalt hverdagsliv med en kræftdiagnose. Pengene går til at oprette et nyt Center for Integreret Rehabilitering af Kræftpatienter ved Københavns Universitet og Rigshospitalet.

I "Aftale om Kræftplan III" sættes der fokus på viden og forskning på området ved etablering af et nyt nationalt Videncenter for Rehabilitering og Palliation i 2012, som forankres på Syddansk Universitet. Regeringen har afsat 4 mio. kr. årligt fra 2012 til dette formål. Der skal i forbindelse med finanslovsforhandlingerne for 2012 tages stilling til finansieringen af videreførelse af aktiviteterne på Rehabiliteringscenter Dallund. Anbefalingen i regionens kræftplan om, at der igangsættes et udviklingsarbejde mhp. etablering af et videncenter for rehabilitering, adskiller sig fra den nationale aftale og initiativet med et nyt Center for Integreret Rehabilitering ved, at der vil blive anlagt et regionalt perspektiv og centret i modsætning til de to øvrige centre vil have et behandlings- og rådgivningsorienteret opdrag.

#### Udsatte borgere

Blandt de borgere, der har den korteste uddannelse og de laveste indkomster, er forekomsten af kræft højere sammenlignet med de borgere, som har en lang uddannelse og høj indkomst. Der er dog variationer i forhold til, hvilke kræftsygdomme der er tale om. I forhold til overlevelse er der en klar sammenhæng mellem lav indkomst og eller kort uddannelse og chancerne for overlevelse specielt det første år efter diagnosen er stillet. Første generation af indvandrere med etnisk minoritetsbaggrund er oftere socialt dårligere stillet. I forbindelse med deres møde med sundhedsvæsenet er der ofte en række sproglige og kulturelle barrierer.

Ca. 40 % af alle kræftpatienter har komorbiditet. En undersøgelse viser, at patienter med alvorlig komorbiditet ikke har profiteret af forbedringerne i overlevelse, som der ellers er sket på kræftområdet.

Det anbefales derfor, at der skal være særlig fokus på gruppen af udsatte borgere, herunder indvandrere samt borgere med komorbiditet.

### **7.3 Senfølger**

Kræftpatienter kan have betydelige skadevirkninger efter deres kræftsygdom og den kræftbehandling, de har modtaget. Disse skadevirkninger kan bevirke nedsat funktionsevne afhængigt af sygdommens og behandlingens karakter. Der kan være tale om både midlertidige og vedvarende lidelser med både fysiske, psykiske og sociale funktionsbegrænsninger, som kan være indgribende i forhold til at klare en normal hverdag og fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet og derved forsørgelsesgrundlaget. Hidtil har identificering og behandling af senfølger ikke været håndteret systematisk i Danmark. Dette er heller ikke tilfældet i Region Hovedstaden.

Det anbefales derfor, at der sker en data- og videnopsamling om senfølger, samt at patienter med senfølger tilbydes behandling.

Der er ikke systematisk information om senfølger ved afslutning af kræftbehandling og ved opfølgende kontroller. På de patientkurser, der udbydes i Region Hovedstaden, er der fokus på at informere patienterne om senfølger og mulige støttemuligheder,

Det anbefales derfor, at alle kræftpatienter modtager mundtlig og skriftlig information om senfølger samt støttemuligheder i relation til deres kræftbehandling, herunder information om livet efter en kræftsygdom. Materialet skal foreligge på en bred vifte af sprog.

Lymfødeme er en relativ hyppig senfølge til kræftsygdomme. Lymfødeme viser sig som hævelser pga. ophobet lymfevæske. I 2007 blev 611 behandlet for lymfødeme på Region Hovedstadens hospitaler. Det anslås imidlertid, at der har været et stort udækket behov.

Det anbefales på den baggrund, at anbefalingerne i Region Hovedstadens lymfødemrapport fra 2009 implementeres, herunder at behandlingen af erhvervet lymfødeme placeres på områdehospitalerne og området styrkes.

Der ydes understøttende behandling på alle regionens onkologiske afdelinger, men for en række områder foreligger der hverken evidens for indsatsen eller nationale retningslinjer for området, hvilket betyder, at indsatsen udfoldes forskelligt i regionen. Det er anbefalingen, at den understøttende behandling – på linje med rehabilitering og palliation – adresseres i de nationale pakkeforløbsbeskrivelser, for derved at sikre ensartede forhold på tværs af afdelinger og regionsgrænser.

### **7.4 Opfølgende kontroller**

Der er både nationalt og internationalt begrænset viden om, hvordan kontrolforløb for kræftsygdom tilrettelægges bedst. Dette under hensyntagen til: om tilbagefald opdages

tidligere, om man forbedrer overlevelsen, om senfølger identificeres, og om forløbet dækker patienternes behov for oplysning, vejledning og tryghed. Den eksisterende viden varierer alt efter, hvilken kræftform, der er tale om, og baseres i stor udstrækning på tradition og ikke evidensbaserede kliniske undersøgelser. Evidensgrundlaget for både de sundhedsfaglige og patientrelaterede aspekter er således ikke tilstrækkeligt. Nationale kliniske retningslinjer på området findes kun i begrænset omfang, og der er store variationer i retningslinjernes indhold og detaljeringsgrad.

Den seneste tids fokus på kontrolforløb for kræftpatienter viser, at der ikke er sikker viden for, at den nuværende praksis forbedrer patienternes overlevelseschancer og livskvalitet. Arbejdet viser imidlertid også, at der er en hel del viden og gode erfaringer med nye forløbsmodeller fra ind- og udland, som bør afprøves og evalueres videnskabeligt.

Kontrolforløbet er en intervention på linje med andre sundhedsfaglige interventioner, og bør derfor også beskrives på baggrund af foreliggende evidens. Beskrivelse af kontrolforløb indgår kun i meget begrænset omfang i sundhedsstyrelsens pakkeforløb for kræftpatienter og kun overordnet i de fleste kliniske retningslinjer. En MTV-rapport fra 2009 påpeger, at en del patienter efterspørger retningslinjer for, hvad der skal kontrolleres, og hvor hyppigt, samt at det er vigtigt, at involverede parter er enige om kontrolforløbet. Der mangler et klart formål med den nuværende kontrol, ligesom effekten er uvis. Der udestår derfor en væsentlig opgave med at udarbejde nationale kliniske retningslinjer for kontrolforløb for kræftpatienter med udgangspunkt i en konkret formålsbeskrivelse.

I Region Hovedstaden er der i foråret 2010 foretaget en rundspørge til relevante hospitaler/afdelinger, som viser, at der er variation i både det kliniske indhold og den organisatoriske tilknytning for kontrolforløb. En variation, som ikke vurderes ukorrekt i forhold til foreliggende evidens, men en variation som skaber usikkerhed og uklarhed for nogle patienter. Der er derfor behov for, at der konkret igangsættes et arbejde, som sikrer ensartede kontrolforløb regionalt og nationalt.

Det anbefales, at der nationalt udarbejdes kliniske retningslinjer for kontrolforløb på kræftområdet, og at udarbejdelsen sker i et tværfagligt og tværsektorielt klinisk forum.

#### Regional proces

En national proces vurderes at være tidskrævende, og det anbefales derfor, at hvis der ikke foreligger nationale kliniske retningslinjer for kontrolforløb i 1. halvår af 2011, igangsættes der en proces i Region Hovedstaden, som skal understøtte, at kræftpatienter i regionen tilbydes ensartede kontrolforløb.

Det er vurderingen, at også dette arbejde er omfattende. Det er derfor vigtigt, at arbejdet tilrettelægges, og at ressourcer fokuseres, således at det kommer til gavn for patienterne. Det anbefales derfor, at fokus for arbejdet indledningsvist er raske patienter. Det vil sige kontrolforløb med henblik på at identificere recidiv, og at hovedfokus er de store kræftsyngdomsgrupper: brystkræft, lungekræft, tyk- og endetarmskræft, prostatakræft og de gynækologiske kræftformer.

Hvis der skal igangsættes en regional proces, anbefales det, at regionens kræftarbejdsgrupper får til opdrag at udarbejde regionale kliniske retningslinjer for kontrolforløb, samt anbefalinger for den organisatoriske varetagelse.

### Organisering af kontrolforløb

Kontrolforløb bliver i dag oftest foretaget i hospitalsregi. Det er vurderingen, at en del kontrolforløb med fordel for både patienter og under hensyntagen til en konkret ressourcevurdering kan foretages i praksissektoren. I vurderingen af organiseringen af kontrolforløb fremadrettet er det anbefalingen, at praksissektoren indtænkes ud fra nærmere fastlagte faglige kriterier:

Historisk set er kontrolforløb oftest blevet varetaget på speciallægeniveau. Både nationalt og internationalt er der dog flere eksempler på, at sygeplejersker får en større og mere aktiv rolle i varetagelsen af kontrolforløb. Der er derfor anbefalingen, at alle kontrolforløb belyses ud fra et opgaveforskydningsperspektiv, hvor eksempelvis sygeplejersker indtænkes aktivt i varetagelsen af kontrolforløb i hospitalsregi.

### Forskning

Det er anbefalingen, at forskningsindsatsen vedr. både de sundhedsfaglige og patientrelaterede aspekter af kontrolforløb og opfølgning for kræftpatienter skal intensiveres. Dette i form af undersøgelser af effekten af tidlig opsporing af tilbagefald, mulighed for opsporing og behandling af bivirkninger og senfølger, patienternes ønsker og forventninger til kontrolforløbet samt patienternes livskvalitet. Undersøgelser om effektivisering af indsatsen ved hjælp af moderne teknologi og opgaveglidning må ligeledes prioriteres.

Det er vigtigt, at der igangsættes en målrettet indsats for at sikre forskningsmæssig fokus på området fremadrettet, således at den manglende evidens tilvejebringes.

Det anbefales, at forskning inden for kontrolforløb strategisk indtænkes i regionens indsats på kræftområdet fremadrettet, og at der ressourcemæssigt prioriteres ressourcer til at igangsætte/støtte eksisterende regionale og nationale forskningsprojekter inden for området. For at sikre en tilstrækkelig patientvolumen inden for området er det endvidere vigtigt, at der etableres et internationalt samarbejde på området.

Det anbefales, at Region Hovedstaden indledningsvist afsætter ressourcer til udvalgte forskningsprojekter på området.

## **7.5 Forløbsprogrammer og sammenhængende forløb**

Sammenhængende forløb medfører trygge patienter og mere hensigtsmæssige forløb for alle involverede parter. Det er derfor vigtigt, at sammenhængende forløb tænkes ind i alle led af kræftpatienters forløb.

### Forløbsprogrammer

Kræftpatienter i Danmark oplever en stor lydhørhed fra sundhedspersonalet side om, hvordan de ønsker deres forløb indrettet. Det gælder både fra personalet på hospitalerne, den praktiserende læge og hos kommunerne. Undersøgelser viser på den anden side også, at kræftpatienter ikke oplever deres møde med sundhedsvæsenet som et møde med et samlet system. De oplever begrænset samarbejde mellem sektorerne. Det er således en udfordring at sikre patienten et sammenhængende behandlingsforløb, hvor oplevelsen af koordinering mellem sektorer og hospitaler og kontinuitet undervejs er optimal.

Det anbefales derfor, at der i regionen igangsættes et udviklings- og forskningsarbejde med henblik på udarbejdelse af et forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, understøttende behandling, opfølgende kontroller, sammenhængende forløb og patientaspektet. Samtidigt med at de indarbejdes i pakkeforløbene for kræft. Forløbsprogrammer beskriver bl.a. præcist opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenets aktører samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter. Det er vigtigt, at man i dette arbejde gør brug af det arbejde, som allerede er udført fx i forbindelse med regionens kronikerprogrammer og i videst muligt omfang genbruger og videreudvikler de eksisterende programmers indhold og struktur. Samtidigt skal forløbsprogrammet organiseres i tæt sammenspil med det anbefalede forløbsprogram for palliation. For at understøtte arbejdet med udvikling af et forløbsprogram igangsættes et pilotsamarbejde mellem regionen, et mindre antal kommuner og almen praksis mhp. at udvikle og afprøve en idealmodel for et sammenhængende forløb. Formålet er at undersøge og udvikle en hensigtsmæssig måde at organisere samarbejdet mellem hospitalerne, almen praksis og kommunerne.

Anbefalingen er i overensstemmelse med "Aftale om Kræftplan III", hvor det er besluttet at styrke og udvikle kræftpatienters forløb yderligere ved udvikling af et tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. Regioner og kommuner skal forankre forløbsprogrammet i sundhedsaftalerne. Regeringen har til dette formål afsat 1 mio. kr. i 2011, 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. årligt fra 2012. Der skal i forbindelse med finanslovforhandlingerne for 2012 tages stilling til finansieringen af videreførsel af aktiviteterne på Rehabiliteringscenter Dallund. Anbefalingen i regionens kræftplan adskiller sig fra det nationale initiativ ved, at det er et regionalt forankret program, og at det ikke er et program, som indeholder palliation.

#### Sammenhængende forløb

I forbindelse med implementering af pakkeforløb for kræft er der i Region Hovedstaden ansat forløbskoordinatorer. Forløbskoordinatorernes opgave er bl.a. at udpege og løse flaskehalsproblemer i behandlingsforløbene og planlægge patientforløb. Det er en målsætning, at kræftpatienten oplever forståelig kommunikation og effektiv koordination af sit behandlingsforløb.

Med henblik på at udvikle og evaluere effekten af forløbskoordinatorfunktionen anbefales det, at Region Hovedstaden styrker og udvikler forløbskoordinatorfunktionen bl.a. mhp. at styrke sammenhængende forløb internt på hospitalerne og mellem sektorer.

I "Aftale om Kræftplan III" sættes der som i Region Hovedstadens plan fokus på forløbskoordinatorer. I følge aftalen skal koordinationen for kræft- og hjertepatienter styrkes ved at gøre det obligatorisk for regionerne at have forløbskoordinatorfunktioner på hospitalsniveau, som sikrer koordinering af forløbene.

Kommunerne har ansvaret for en række behandlingstilbud til kræftramte herunder en række af de ydelser, som har betydning for patienternes mulighed for at kunne fungere i eget hjem under og efter et kræftforløb. Sammenhængende forløb har afgørende betydning i overgangen mellem behandling på hospital, hos praktiserende læge og de kommunale tilbud. Det er derfor afgørende, at sammenhængende forløb for kræftpatienter medtænkes, når der i regi af sundhedsaftalerne skal udvikles forslag til en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering. Det anbefales, at sundhedsaftalernes aftalekompleks anvendes som grundlag for systematisk at styrke patientforløbets overgang fra sekundær til primær sektor via

kommunikation om plan for videre forløb og via information om ansvarsfordeling, herunder kontaktoplysninger.

Der er mange informationer og ofte mange instanser, hvorfra kræftpatienter har brug for information. Det henstilles derfor, at regionens og kommunernes tilbud til kræftpatienter er synlige og fremgår af Forebyggelsesportalen og lokalaviser mv.

For at sikre patientens egen vurdering af sammenhæng er det væsentligt, at hospitalsafdelingen orienterer patienten om, at den praktiserende læge løbende holdes orienteret om patientens forløb.

Mange patienter efterspørger muligheden for at tale med en psykolog. På mange hospitaler er muligheden for psykologbistand begrænset. Det anbefales derfor, at anvendeligheden af kræftpatienters brug af muligheden for tilskud til indtil 12 behandlinger ved almen praktiserende psykolog undersøges.

#### Kommunikation

For at skabe trykke og sammenhængende forløb for patienterne er det essentielt, at hospitaler, almen praksis og kommunerne har den nødvendige information om patienterne, og at information ikke går tabt i forbindelse med sektorovergange mv.

De eksisterende it-redskaber inden for sundhedsvæsenet (MedCom standarderne) giver mulighed for, at hospitalerne, praksissektoren og kommunerne kan kommunikere sammen om patienterne. Det er anbefales derfor, at eksisterende it-redskaber ibrugtages, og at der tilbydes efteruddannelse i brug af systemerne herunder undervisning i brug af ambulante noter mv. Formålet er bl.a., at den praktiserende læge skal kunne følge sine patienter under det samlede forløb. Erfaringer fra regionens kronikerprogrammer kan med fordel anvendes.

Patienter skal ved afslutningen af deres forløb vide, hvor de kan henvende sig. Det har derfor stor vigtighed, at patienterne oplyses om dette ved afslutningen af deres forløb på hospitalet. Det er i den sammenhæng vigtigt, at den praktiserende læges funktion fremhæves. Det giver den praktiserende læge en mulighed for at støtte patienten, fx når vedkommende oplever svigt i det sammenhængende forløb.

Det anbefales på den baggrund, at der udarbejdes retningslinjer for, hvordan alle patienter herunder kræftpatienter ved afslutningen af deres forløb på hospitalet orienteres om, hvor de kan henvende sig ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med deres sygdom.

#### **Patientinddragelse ved udskrivningssamtaler, Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital**

Udskrivningssamtalen på Neurologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital er en planlagt ligeværdig samtale mellem patienten og den plejansvarlige sundhedsperson. Ved brug af åbne spørgsmål planlægges udskrivelsen med patienten og ikke for patienten. Under samtalen afklares det om, patienten er bekymret ved udskrivelsen, og om patienten har særlige ønsker. Indlæggelsesforløbet, sygdommens konsekvenser og de videre planer drøftes. På udskrivelsesdagen afholdes en opfølgende samtale, hvor de planlagte foranstaltninger opsummeres.

## 8. Palliation

### 8.1 Anbefalinger

#### Forløbsprogrammer for palliativ indsats

- Der skal igangsættes et udviklingsarbejde mhp. udarbejdelse af et selvstændigt forløbsprogram for palliation, og at området samtidigt indarbejdes i pakkeforløbene.
- Der skal udvikles fælles tværsektorielle retningslinjer for den koordinerede palliative indsats via sundhedsaftalerne (2011 til 2014).

#### Styrkelse af den tværsektorielle palliative indsats

- Der skal ske en styrkelse af kompetencer, kommunikation og sparring i samarbejdet om den basale palliative indsats mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne.

#### Styrkelse af den palliative indsats på hospitalerne

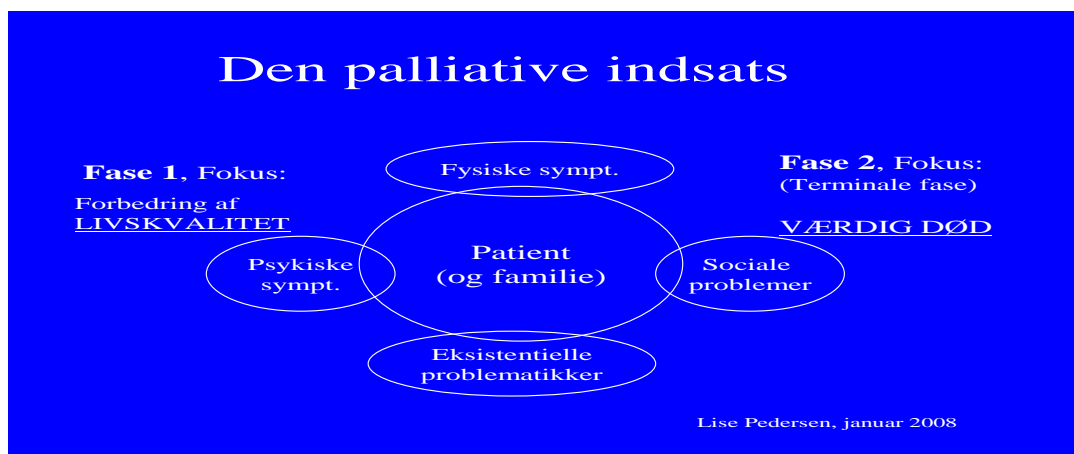
- Der skal være adgang til palliative specialister på alle hospitaler i regionen.
- Der skal i regionen ske en styrkelse af uddannelsesniveautet både for personale, der beskæftiger sig med palliation på det basale og specialiserede niveau.
- Beslutningerne i hospitalsplanen implementeres gennem etablering af specialiserede palliative enheder på alle områdehospitaler med tilhørende udgående palliative teams. Som et supplement hertil etableres der et internt palliativt team på Rigshospitalet.
- Der skal etableres en palliativ vagtfunktion i relation til de eksisterende specialiserede palliative funktioner, således at der er en vagtfunktion i hvert planområde.
- Der skal udarbejdes fælles visitationskriterier til de hospicer, som regionen har indgået driftsaftaler med samt til regionens palliative afsnit.
- Alle kræftpatienter med behov for en længerevarende palliativ indsats, skal tilknyttes en specialiseret palliativ enhed.
- Der skal ske en styrkelse af den palliative kliniske interventionsforskning.
- Der skal sættes øget fokus på samarbejde med patientforeninger/lokalforeninger.

### 8.2 Forløbsprogrammer for palliativ indsats

Den palliative behandling er en tværfaglig helhedsbehandling med patienten og den nærmeste familie i centrum. Behandlingens sigte er at lindre den samlede lidelse hos patienter med fremskreden kræft, både fysiske symptomer, psykiske symptomer, sociale problemer og eksistentielle problemer. Den palliative indsats kan opdeles i to faser, hvor den første fokuserer på at forbedre patientens og de pårørendes livskvalitet, og den sidste fokuserer på en værdig død.

Den palliative indsats er opdelt i det basale niveau, der omfatter primærsektoren og de ikke-palliative afdelinger på hospitalerne. Derudover er der et specialiseret niveau, der omfatter hospicer, hospitalsbaserede palliative enheder og palliative teams, der både kan være hospitalsbaserede og udgå fra hospice.

## Den palliative indsats



Region Hovedstaden har i flere år haft fokus på den palliative indsats fx i Hospitalsplan 2007. Regionen har velfungerende tilbud på en række hospitaler og de hospicer, som regionen har indgået driftsoverenskomster med. Derudover tilbyder kommunerne pleje af palliative patienter.

Samarbejdet mellem de forskellige sektorer er forankret i regionens sundhedsaftale. På lokalt plan er det i samordningsudvalget, at fælles opgaver på tværs af hospital, praksissektor og de omkringliggende kommuner drøftes. Der er et samordningsudvalg tilknyttet hvert hospital.

Mange kommuner og flere hospitaler har ansat koordinerende sygeplejersker, hvis opgave det er at sørge for gode og smidige samarbejdsrelationer bl.a. i forbindelse med kræftpatienters udskrivning til palliativ indsats i eget hjem.

Mange faggrupper og instanser er involveret i udskrivning til og etablering af palliativ indsats i eget hjem. For at sikre et godt forløb og hensigtsmæssige arbejdsgange anbefales det, at der igangsættes et udviklingsarbejde med henblik på at udarbejde et selvstændigt forløbsprogram for palliation. Programmet skal udvikles i tæt samspil med regionens forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, understøttende behandling, opfølgende kontroller, sammenhængende forløb og patientaspektet. Erfaringerne fra regionens kronikerprogrammer mv. skal anvendes i udviklingen af programmet. Samtidigt anbefales det, at den palliative indsats indarbejdes i pakkeforløbene sammen med rehabilitering, senfølger, understøttende behandling, efterkontroller og patientaspektet.

Anbefalingen er i overensstemmelse med "Aftale om Kræftplan III", hvor det er besluttet at styrke og udvikle kræftpatienters forløb yderligere ved udvikling af et tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. Regioner og kommuner skal forankre forløbsprogrammet i sundhedsaftalerne. Ifølge "Aftale om Kræftplan III" afsættes der 1 mio. kr. i 2011 til området, 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. årligt fra 2012 til dette formål. Anbefalingen i regionens kræftplan adskiller sig fra det nationale initiativ ved, at det er et regionalt forankret program, og at det er et selvstændigt program for palliation.

Den palliative indsats er gjort til et udviklingsområde i sundhedsaftalerne for 2011 til 2014. Det anbefales derfor, at der udvikles fælles tværsektorielle retningslinjer for den koordinerede palliative indsats i sundhedsaftalerne 2011 til 2014.

### 8.3 Styrkelse af den tværsektorielle palliative indsats

Samarbejdet mellem det basale niveau og det specialiserede niveau fungerer ved, at det basale niveau kan anmode det specialiserede niveau om at tilse komplicerede palliative patienter. Det kan også være i forbindelse med det basale niveaus ønske om, at patienter overflyttes til en specialiseret palliativ sengeenhed eller tilknyttes et palliativt team. Det er bl.a. en forudsætning for at etablere gode palliative forløb på det basale niveau, at de nødvendige faglige kompetencer er til stede i alle led.

Det anbefales derfor, at regionens sundhedsfaglige råd for palliation får til opdrag at se på, hvordan kompetencer, kommunikation og sparring styrkes i samarbejdet om den basale palliative indsats mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne. I den forbindelse klarlægges samspillet mellem de palliative specialiserede enheder, udgående teams, almen praksis og kommunerne.

I ”Aftale om kræftplan III” er der som i den regionale kræftplan også fokus på styrke samarbejdet på tværs af sektorer. Det er besluttet at udarbejdes et katalog om bedste praksis for den basale palliative indsats i primærsektoren – herunder i almen praksis.

### 8.4 Styrkelse af den palliative indsats på hospitalerne

Der er evidens for, at etablering af specialiserede palliative enheder, herunder palliative teams gavner de palliative patienters livskvalitet. Samtidigt forbedres sundhedsøkonomien bl.a. ved at reducere antallet af indlæggelser, ved at øge antallet af hjemme dødsfald og ved at rationalisere procedurer omkring patienterne. Dette sker fx gennem færre unødvendige undersøgelser og behandlinger.

Region Hovedstaden har specialiserede palliative afsnit på følgende hospitaler:

Hospitaler	Senge	Dagsenge	Udgående teams
Bispebjerg hospital	12	2	Ja
Bornholm hospital	3	0	Ja
Frederikssund hospital	7	4	Ja (forankret på Hillerød)
Herlev hospital	0	0	Ja

Det er i forbindelse med regionens Budget 2010 besluttet, at syv senge på Frederikssund Hospital lukkes og fem senge oprettes på Hillerød Hospital i januar 2011.

De nævnte palliative teams har alle udgående funktion. Dvs. mulighed for at tilse patienterne i eget hjem. De palliative teams tilser patienterne i hjemmet eller på plejehjem. Et godt og intensivt samarbejde på tværs af sektorerne mellem de udgående palliative teams og hjemmeplejen understøtter patienternes mulighed for at dø i eget hjem.

Rigshospitalet er det hospital i Region Hovedstaden, som behandler flest kræftpatienter. Hverken Rigshospitalet eller områdehospitalernes palliative enheder har ressourcer til at føre tilsyn med Rigshospitalets store patientgruppe.

Hospicer	Planlagte senge i 2011	Udgående teams	Planlagt patientkapacitet for udgående teams i 2010
Arresødal	8	Ja	Ca. 18
Diakonissestiftelsen	10	Ja	Ca. 20
Sankt Lukas	24	Ja	Ca. 45
Søndergård	14	Nej	

Af Hospitalplan 2007 fremgår det, at der skal være fire palliative enheder i regionen på:

- Hillerød Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Nord
- Herlev Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Midt
- Hvidovre Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Syd
- Bispebjerg Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Byen

Derudover fremgår det af hospitalsplanen, at der fra hver af de palliative enheder skal etableres udgående palliative teams, der varetager tilsyn, telefonrådgivning, supervision, uddannelse mv. for alle kliniske afdelinger i planlægningsområdet samt varetager udgående palliativ behandling i hjemmet.

Det anbefales, at hospitalsplanen implementeres ved, at der etableres specialiserede palliative afsnit på Hvidovre og Herlev Hospitaler, samt et udgående team på Hvidovre Hospital. Enhederne skal servicere afdelingerne internt på hospitalerne, men også afdelinger på de tilknyttede nærhospitaler, som varetager den palliation på det basale niveau. Såfremt det ikke er muligt inden for en bestemt afsat tidsramme, så anbefales det, at der etableres ”murstensløse” palliative enheder. Funktionerne etableres etapevis fx ved etablering af udgående palliative teams i tilknytning til afdelinger, som allerede varetager palliation. En etapevis implementeringsmodel kunne være, at der først etableres et udgående team fra Hvidovre Hospital. Det anbefales, at der derefter etableres specialiserede palliative sengeafdelinger på både Herlev Hospital og Hvidovre Hospital. Som et supplement til beslutningerne i hospitalsplanen anbefales det, at der etableres et internt palliativt team på Rigshospitalet, der varetager det palliative tilsyn med videre til patienter, som er indlagt på Rigshospitalet.

En specialiseret palliativ indsats kræver et multiprofessionelt team med en interdisciplinær arbejdsform. De tilknyttede sygeplejersker og læger bør have specialviden om palliation. I teamet bør psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter indgå eventuelt suppleret med en præst mfl. En palliativ vagtfunktion bør være tilgængelig 24 timer i døgnet i hvert planområde.

En palliativ enhed bør altid have tilknyttet et palliativt team til understøttelse af den palliative indsats i hospitalsregi. Teamet bør være normeret med minimum en læge og en sygeplejerske med specialiseret viden inden for palliation samt administrativt personale. Der bør være adgang til andre multidisciplinære faggrupper. De palliative teams skal yde råd og vejledning omkring den palliative indsats til kollegaer på andre afdelinger samt til patienter og pårørende. De palliative teams skal endvidere tilbyde undervisning og uddannelse til kolleger på det palliative basale niveau.

Palliativt team til udgående funktion (hjemmebesøg m.m.) yder specialiseret palliativ indsats til patienter i eget hjem og på plejehjem samt råd og vejledning til primærsektoren. Teamet skal

være tilgængeligt 24 timer i døgnet. Teamet bør være bemanded med fuldtidsansatte læger og sygeplejersker med specialiseret viden inden for palliation, en socialrådgiver og administrativt personale.

I "Aftale om Kræftplan III" sættes der som i den regionale kræftplan fokus på at udbygge adgangen til den specialiserede palliative indsats, blandt andet i form af specialiserede teams, der kan sikre det basale niveau bedre adgang til specialist adgang. Der afsættes 8 mio. kr. til dette fra 2011 og frem.

Region Hovedstaden har indgået driftsoverenskomst med 4 hospicer. Det er vigtigt, at patienterne har ens og lige adgang til hospicerne. Det anbefales derfor, at der udarbejdes fælles visitationskriterier til de hospicer, som regionen har indgået driftsoverenskomster med.

Forskningsindsatsen i den lindrende behandling i den uheldredelige sygdomsfase er begrænset. Det anbefales, at forskningsindsatsen styrkes, og at der med forankring i en palliativ funktion, etableres en klinisk forskningsenhed, som forsker i området.

For at understøtte lokale initiativer og patientforeningernes arbejde anbefales det, at der sættes øget fokus på samarbejde med patientforeninger/lokalforeninger. Formålet er at understøtte lokale initiativer og oplyse borgere og pårørende om lokale tilbud i frivilligt regi

HØRINGSUDKRÆFT

## 9. Patientaspektet

### 9.1 anbefalinger

#### Patientinddragelse

- Kræftpatienter og pårørende skal i regionen tilbydes forløb på hospitalerne, hvor de inddrages.
- Der skal igangsættes et forsknings-/ udviklingsprojekt, som afdækker, hvordan patienter og pårørende bedst inddrages.
- Der skal foretages en undersøgelse af mulighederne for implementering af årlige undersøgelser i regionen, såfremt der ikke tages initiativ til national monitorering af patienttilfredsheden blandt kræftpatienter.
- Der skal på regionens hospitaler løbende sikres en dialog med patienter og pårørende, således at patienter/pårørende inddrages på relevante områder.

### 9.2 Patientinddragelse

Alle kræftpatienter i Region Hovedstaden skal tilbydes et forløb på regionens hospitaler, hvor de inddrages og oplever sammenhæng. Regionens kræftpatienter skal ikke alene inddrages i egne forløb, men også inddrages i, hvordan hospitalerne organiserer forløb og aktiviteter mv.

Patienter forventer på en anden måde end tidligere at blive inddraget i deres sygdomsforløb. Patienterne har en stor viden om dem selv og den sammenhæng, som de indgår i. De forventer, at deres viden bliver anvendt. Derfor er det vigtigt for dem, at de bliver inddraget eller får et tilbud om at blive inddraget. Den viden, som de besidder er nyttig for sundhedspersonalet.

I regionens kvalitetspolitik er patientfokusering en af de overordnede værdier. Patienterne skal være en del af det team, der samarbejder om at give den bedste behandling. Patienternes erfaringer skal anvendes til at skabe sikre og sammenhængende behandlingsforløb. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete mål for forbedring af patienternes oplevelse af egen og de pårørendes inddragelse i behandlingen.

Region Hovedstadens vedtog i 2008 en ” Bruger-, patient- og pårørendepolitik” med det formål at højne kvaliteten af Region Hovedstadens ydelser ved at sætte fokus på det daglige samarbejde med brugere, patienter og pårørende og ved at fastlægge rammer for den løbende dialog med bruger-, patient og pårørendeforeninger. I regionens budget 2011 er det besluttet, at der afsættes 400.000 kr. til arbejdet med at udbrede viden og værktøjer i forhold til at gennemføre dialogsamtaler og direkte patientfeedback.

Region Hovedstadens kræftafdelinger har i en årrække haft fokus på patienters medinddragelse i beslutninger og involvering i forhold til behandlings- og plejeforløbet. Det har medført en række initiativer fx forventningsafstemning via afholdelse af indlæggelsessamtaler, dialogmøder/feedbackmøder i afsnittene mellem patienter, pårørende og personale, informationsmøder til patienter og pårørende, patientskoler, undervisningstilbud til patient- og pårørende, rehabiliteringssamtaler, etablering og udvikling af webbaserede patientnetværk mv.

### **Feedbackmøder med patienter og pårørende på afdelinger på Hillerød Hospital**

Feedbackmøder på afdelinger på Hillerød Hospital er en del af projekt patientoplevelt kvalitet, hvor hensigten er, at patienten og den pårørendes oplevelser skal benyttes i den fremadrettede kvalitetsudvikling. Formålet er at få kendskab til brugernes præferencer og motiver samt at styrke:

- Forståelsen for patienten
- Solidariteten med patienten
- Motivation for videre arbejde

Foruden ovenstående er der taget en række politiske initiativer nationalt og regionalt fx aftale om akut handling og klar besked til kræftpatienter fra 2007 og krav om, at alle patienter som modtager behandling på et hospital skal tilbydes en eller flere kontaktpersoner.

Det anbefales, at Region Hovedstaden forholder sig til patientperspektivet på flere niveauer med henblik på aktivt at inddrage patientperspektivet som en integreret del af kvalitetsudviklingen af den kliniske pleje og behandling. Afdelingernes rammer og kultur er med til at skabe fundamentet for det mellemmenneskelige møde imellem kræftpatienterne og de sundhedsprofessionelle og kan ses som et potentielt udviklingsfelt, hvor man kan arbejde bevidst og strategisk med at udvikle medarbejdernes kompetencer, motivation, værdier og holdninger til at forbedre mødet med patienten. Afdelingerne skal udvikle støtteredskaber, der kan underbygge dialogen, således at der foregår en reel vidensudveksling mellem patient og professionel fx i form af forberedelsesark, resumeer, samtalekort m.v.. I processen skal patient og pårørendes egen viden og ekspertise respekteres og inddrages i behandlingsforløbet. Dette kan implementeres gennem forventningsafstemning fx ved indlæggelsessamtaler, rehabiliteringssamtaler, status- og evalueringssamtaler og telefonrådgivning. Der kan fx tilbydes rehabiliterende tiltag, som aktivt involverer patienten undervejs i behandlingsforløbet, patientundervisningstilbud, patientnetværk, fysisk træning, oplæring - og vejledningsøvelser og samtaler m.v. Derudover kan afdelingerne øge patienternes muligheder for at vælge behandling til og fra og respektere deres valg, fx i form af tydelige journalnotater omkring behandlingsaftaler.

For at finde de bedst mulige måder at inddrage patienter og pårørende, anbefales det at der igangsættes et forsknings-/udviklingsprojekt, som afdækker, hvordan patienter og pårørende bedst inddrages samt betydningen og effekten af patient- og pårørende inddragelsen.

### **Om at være pårørende til en kræftpatient**

Projekt, "at være pårørende til en kræftpatient", har til formål at få mere viden om, hvordan pårørende til kræftpatienter oplever og indgår i patienternes forløb, og herunder skabe dybere indsigt i de pårørendes vilkår og behov. Projektet udføres på Forskningsenheden, Palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital og er gennemført på fem udvalgte hospitalsafdelinger i Østdanmark. Resultaterne er sendt til hver af afdelingerne sammen med et idékatalog baseret på tidligere forskningsresultater og den aktuelle undersøgelse. Nogle af afdelingerne er nu i gang med at udvikle og implementere praksisændringer, der har til formål at forbedre pårørendes vilkår og muligheder for at støtte patienterne. Om interventionerne kan vise en effekt undersøges via en måling i efteråret 2011. Projektet er finansieret af Kræftens Bekæmpelse.

Derudover er det væsentligt, at kræftpatienters patienttilfredshed fortsat undersøges. I 2008 blev Landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser udgivet. Det er på nærværende

tidspunkt uklart, om de fortsat vil blive udført. Såfremt der ikke gives midler, undersøges muligheden for implementering af en regional undersøgelse fx i form af fokusgruppe interviews med udgangspunkt i allerede gennemførte patienttilfredshedsundersøgelser.

I forbindelse med vedtagelsen af Region Hovedstadens Bruger-, patient og pårørendepolitik blev der nedsat tre dialogfora: Et for psykiatrien, et for sundhedsområdet og et for handicapområdet. Formålet med dialogforaene er at være rådgivende og debatskabende. Foraene er sammensat af politikere og repræsentanter fra bruger-, patient- og pårørende foreninger. De har hidtil mødtes to gange årligt. For at sikre at patienter og pårørende inddrages anbefales det, at der tages initiativ til en løbende dynamisk og formaliseret dialog med patienter og pårørende både på afdelings- og hospitalsniveau, og at de allerede erhvervede erfaringer benyttes.

Kræftens Bekæmpelse har i Region Hovedstaden en vigtig rådgivningsfunktion. I 2009 henvendte 22.500 patienter, pårørende og andre sig til Kræftens Bekæmpelses rådgivningscentre i Region Hovedstaden. På landsplan udgjorde dette tal 76.345. Desuden var ca. 25% af de ca. 12.000 henvendelser til Kræftlinjen - Kræftens Bekæmpelses telefonrådgivning - fra Region Hovedstaden.

Kræftens Bekæmpelse har rådgivningscentre følgende steder i regionen; København, Lyngby, Hillerød og Rønne. På centrene tilbydes der rådgivning, hjælp og støtte til kræftramte, pårørende og efterladte. Derudover udbydes der kurser og arrangementer mv.

#### **Samarbejde mellem Region Hovedstaden og Kræftens Bekæmpelse**

Herlev Hospital, Rigshospitalet og Kræftens Bekæmpelse samarbejder om et projekt, hvor de i fællesskab rekrutterer et panel af patienttalsmænd, som kan bidrage med patienterfaringer og input i forhold til temaer og problemstillinger i afdelingerne. Patienttalsmændene har bl.a. rådgivet om skriftligt informationsmateriale og informations-TV til patienterne.

## 10. Aktivitets- og kvalitetsmålinger

### 10.1 anbefalinger

#### Regional monitoreringsmodel

- Der skal etableres en regional monitorering af kræftpatienters forløb på hospitalerne/afdelingerne baseret på data fra landspatientregistret.
- Det regionale monitoreringssystem skal bygges op som en enkel generisk model.
- Der skal i udviklingsarbejdet af et regionalt monitoreringssystem tages udgangspunkt i nogle indikatorer, hvor der er fokus på området og gode erfaringer.
- Det skal belyses, hvordan data fra de kliniske databaser kan inddrages i en regional monitoreringsmodel.
- En regional monitoreringsmodel skal have fokus på kvalitetsindikatorerne: incidens, overlevelse og indikatorer i relation til udredning og behandling.
- Der skal regionalt være fokus på at understøtte, at der på sigt udvikles et system for monitorering af hele patientforløbet.

### 10.2 National monitorering

Af Kræftaftalen 2007 fremgår det, at der skal etableres en løbende monitorering af alle kræftpatienters forløb. Der er via de kliniske arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen, som udarbejdede pakkeforløbene for kræft, arbejdet med kliniske kriterier og afgrænsning for en monitorering. Det arbejde har dannet baggrund for Monitorerings- og Informationssystem for Kræft (MIS Kræft), der blev etableret i 2008, og som dannede baggrund for to offentliggørelser af forløbstider for pakkeforløb for kræftpatienter.

I udviklingen af MIS Kræft har der været flere udfordringer, herunder at sikre målinger foretaget på et fyldestgørende datagrundlag. I december 2009 blev det nationalt besluttet at stoppe finansieringen af MIS Kræft, da systemet og modellen ikke leverede de forventede og ønskede resultater, eksempelvis var datakompletheden ikke tilfredsstillende.

I april 2010 blev det besluttet i Task Force for Patientforløb på Kræft og Hjerteområdet at anvende en ny national model for fremtidig monitorering af patientforløb på kræftområdet. Den nye model er en videreudvikling af MIS Kræft, hvor der har været fokus på at forbedre opgørelsens kompleksitet, og dermed skabe bedre grundlag for en overordnet monitorering af kræftområdet. Denne model omfatter kun forløb for patienter med nydiagnosticeret kræft. Det vil sige, at den nationale monitorerings fokus er patienter diagnosticeret med kræft og ikke pakkeforløb for kræftpatienter. Hovedfokus er antallet af diagnosticerede patienter og forløbstiden er fra diagnosen er bekræftet til behandlingen igangsættes. Den nationale model vil fremadrettet fokusere overordnet på udviklingen på kræftområdet.

Som supplement til den nationale monitorering af kræftområdet findes der en række veletablerede kliniske databaser, hvoraf det er muligt at udtrække forskellige kvalitetsparametre på kræftområdet.

I forhold til den videre nationale monitorering af kræftområdet er det anbefalingen, at der nationalt udvikles et system for monitorering af hele patientforløbet, der går på tværs af sektorer og inddrager parametre som sammenhæng og patientspektet, således at det er muligt at monitorere hele patientforløbet ud fra nationale indikatorsæt.

### **10.3 Regional monitorering**

Der er behov for, at den nuværende nationale monitorering suppleres af en regional monitorering for at efterleve Kræftaftalen 2007 om at monitorere patienter i pakkeforløb for kræft.

I Region Hovedstaden er det besluttet i en overgangsperiode fortsat at anvende MIS Kræft til monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter, indtil der foreligger en ny regional monitoreringsmodel. En ny regional model skal i højere grad efterleve de krav og forventninger, der er til en monitoreringsmodel af patienter i et pakkeforløb for kræft. I regi af Danske Regioner pågår der desuden drøftelser om, hvordan der tværregionalt kan samarbejdes i forhold til monitorering, hvordan det kan sikres, at gode erfaringer deles på tværs af regionerne for derved at understøtte, at udvikling/videreudvikling af de regionale monitoreringssystemer sker ud fra ens rammer og forventninger.

#### Aktivitetsmåling

Rapporten "Monitorering af kræftområdet: Tid fra henvisning modtaget på sygehus til start på behandling – 2. halvår 2009" viser, at der i 2009 er behandlet langt flere patienter for kræft i Region Hovedstaden end i 2008 samtidig med, at det har været muligt at nedbringe ventetiden, fra henvisning er modtaget til behandlingsstart for langt de fleste kræftpatienter.

Rapportens baggrundsdata for Region Hovedstaden viser, at der i 2009 er behandlet ca. 10 % flere patienter for kræft i regionen. Den store aktivitetsstigning skyldes bl.a. en meget stor aktivitetsstigning indenfor brystkræft. Der er i 2009 behandlet ca. 40 % flere brystkræftpatienter i regionen end i 2008 samtidig med, at ventetiden til behandling kun er forøget med få dage. Den store aktivitetsstigning er affødt af mammografiscreeningen, som i 2009 og sandsynligvis også for 1. halvår af 2010 vil medføre, at et øget antal patienter behandles for brystkræft, hvorefter det må forventes, at aktiviteten vil være nedadgående, inden til den falder til normalejlet. På en række af de andre kræftområder, hvor der ses en stor aktivitetsstigning, er det ud fra data vanskeligt at vurdere, hvad aktivitetsstigningen skyldes.

Den udvikling indenfor aktivitet, som rapporten indikerer, skal følges over en længere tidsperiode for derved at få belyst om aktivitetsstigningen er vedvarende. Konkret er det derfor anbefalingen, at den regionale monitoreringsmodel, der skal udvikles (jf. som beskrevet ovenfor), skal bygges op som en enkel generisk model med de vigtigste aktivitetsindikatorer, som både har en bred offentlig interesse og klinisk interesse. I forhold til aktivitet skal modellen vise, hvor mange patienter i regionen, der er inden for de forskellige kræftsygdomme, og hvor de bliver behandlet på afdelingsniveau.

#### Kvalitetsmåling

Der eksisterer i dag en række velfungerede og anerkendte kliniske databaser. Det er anbefalingen, at erfaringer og data, hvor det vurderes hensigtsmæssigt, skal medinddrages fra de eksisterende kliniske databaser i videreudviklingen af en regional monitoreringsmodel. Hertil kommer, at NIP-data (Det Nationale Indikatorsæt) for lungekræft i mange år har arbejdet

målrettet med at implementere et sæt kvalitetsindikatorer. Dette arbejde og resultater heraf bør også inddrages i videreudviklingen af en regional monitoreringsmodel på kræftområdet.

I forhold til at sikre en lokalforankring af et regionalt monitoreringssystem er det vurderingen, at modellen skal opbygges som en brugervenlig, logisk opbygget og enkel model, og det er vigtigt, at det kliniske niveau inddrages i udviklingen. Konkret er det anbefalingen, at en regional monitoreringsmodel indledningsvist skal have fokus på kvalitetsindikatorerne: incidens, overlevelse og indikatorer i relation til udredning og behandling.

De nationale anbefalinger på området er i tråd med anbefalingerne i "Aftale om Kræftplan III". Hvoraf det fremgår, at de kliniske databaser, som er udviklet, og som drives af DMCG'erne i højere grad skal indgå i udviklingen af en national monitorering på kræftområdet. Regeringen, Dansk Folkeparti og kristendemokraterne er med aftale om Kræftplan III" enige om, at der fra 2011 og frem afsættes 2 mio.kr. årligt til at styrke monitorering og kvalitetsudvikling på kræftområdet, herunder til anvendelse af de kliniske databaser i den nationale monitorering.

HØRINGSUDKAST

# 11. Forskning

## 11.1 anbefalinger

### Infrastruktur for klinisk kræftforskning:

- Der skal etableres en Koordinerende Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning i regionen, som forankres i en af de eksisterende Kliniske Kræftforskningsenheder
- Der skal ske en omstrukturering af systemet af Kliniske Kræftforskningsenheder, således at det servicere det samlede kliniske kræftforskningsområde.
- Regionens system af Kliniske Kræftforskningsenheder tilføres nødvendige midler via nationale og regionale finansieringskilder.

## 11.2 Infrastruktur for klinisk kræftforskning

Fokus på forskning og udvikling indenfor kræftområdet er nødvendigt for at kunne tilbyde kræftpatienten et sammenhængende forløb med den bedst mulige udredning, behandling, pleje, rehabilitering og palliation.

Forskning på sundhedsområdet er et af hovedstadsregionens stærkeste kort i den internationale konkurrence. Over halvdelen af samtlige forskere i det danske sundhedsvæsen arbejder i hovedstadsregionen. Der udføres klinisk forskning for omkring 1 mia. kr. årligt. Heraf er 2/3 eksternt finansieret. Forskning og udvikling på kræftområdet prioriteres højt i regionen og både i 2009 og 2010 blev der bevilliget midler til kræftområdet fra regionens Forskningsfond til Sundhedsforskning. Derudover blev tre afdelinger indenfor kræftområdet i 2010 tildelt Region Hovedstaden nye Global Excellence pris, som vidner om, at regionen indenfor kræftområdet tilbyder behandling og forskning på højt internationalt niveau.

Med henblik på regionens fortsat styrkede indsats på kræftområdet indeholder kræftplanen anbefalinger om en øget viden og forskningsindsats inden for følgende områder:

- Etablering af et partikeltherapianlæg (kapitel 5)
- Etablering af et videncentre for rehabilitering (kapitel 7)
- Forskning i effekt af kontrolforløb (kapitel 7)
- Styrkelse af palliativ klinisk interventionsforskning (kapitel 8)
- Forskning i inddragelse og effekt af patient-/pårørendeinddragelsen (kapitel 9)
- Forskning med særlig fokus på tværsektorielt samarbejde og sammenhængende forløb (kapitel 9)

Visionen i Danmark er at opbygge en infrastruktur for klinisk kræftforskning, der er multidisciplinær, nationalt sammenhængende og giver mening for både forskere og aktører på regionalt og nationalt niveau.

En forudsætning for udviklingen af klinisk kræftforskning er imidlertid en velfungerende infrastruktur, der skal forstås som de strukturer, som skal servicere den kliniske kræftforskning. Det omhandler overordnet om varetagelse af en lang række administrative procedurer og opgaver, som lovmæssigt er påkrævet for at kunne drive klinisk kræftforskning samt strukturer, som kan lette forskerne i deres arbejde, eller som er deciderede forudsætninger for nogle forskningsprojekter fx i form af biobanker og databaser.

Infrastrukturen skal understøtte forskning og udvikling, der skal medvirke til bedre kræftbehandling og sikre den faglige udvikling på landets hospitaler og i primærsektoren. For at sikre et samlet overblik over forskningsindsatsen på kræftområdet og pege på mulige indsatsområder besluttede Danske Regioner i 2009 at etablere et kræftforskningsforum med repræsentation fra bl.a. regionerne og forskningsmiljøerne.

#### National og regional infrastruktur

Infrastrukturen for klinisk kræftforskning består af både nationale og regionale elementer, idet den udgøres af et samspil mellem regionale kliniske kræftforskningsenheder (KFE), Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og den nationale cancerbiobank. DMCG'erne og den nationale cancerbiobank finansieres aktuelt via Danske Regioner, mens der for nuværende ikke er planlagt nogen national offentlig finansiering af de kliniske kræftforskningsenheder.

Der er i dag etableret mere end 20 multidisciplinære cancergrupper inden for de fleste kræftdiagnoser. DMCG'erne skal i henhold til Kræftplan II beskæftige sig med bl.a. kliniske retningslinjer, databaser, biobanker og videnskabelige protokoller. I forhold til infrastrukturen for klinisk kræftforskning består DMCG'ernes opgaver primært i at etablere og drive kliniske og forskningsbaserede databaser.

Opgaven med at etablere og drive DMCG'ernes kliniske og forskningsbaserede databaser foregår i samarbejde med tre regionale centre, henholdsvis Kompetencecenter Nord, Kompetencecenter Syd og Kompetencecenter Øst. Kompetencecenter Øst drives og ledes i fællesskab mellem Enhed for Klinisk Kvalitet og Forsknings Center for Forebyggelse og Sundhed, som er en del af Region Hovedstaden.

Selve indsamlingen og indrapportering af data foregår på de kliniske afdelinger. For at sikre behandlingskvaliteten og grundlaget for kræftforskningen skal data fra de kliniske afdelinger være komplette og valide.

Den nationale cancerbiobank blev etableret i 2009. Visionen er en biobank, der indsamler blod og væv fra alle afdelinger og fra alle kræftformer samt udleverer biologisk materiale til brug for forskningsprojekter. Biobankcentrene er i Region Hovedstaden hjemhørende på Herlev Hospital og Rigshospitalet og udgøres af patologiafdelingerne og de blodtagende afdelinger i relation til biobankcentrene. Cancerbiobankens opgaver er at indsamle, registrere og opbevare biologisk materiale fra alle danske patienter med nydiagnosticeret kræft, bearbejde og udlevere det biologiske materiale til forskning.

Der er i dag etableret et velfungerende system af kliniske kræftforskningsenheder i regi af de onkologiske og hæmatologiske afdelinger i Danmark. Sundhedsstyrelsen anbefaler en styrkelse af den lokale infrastruktur ved, for eksempel at styrke adgangen til bistand til design og udførelse af forskningsprojekter, herunder ved hjælp fra administrative medarbejdere, statistikere m.fl.

I Region Hovedstaden er der aktuelt otte kliniske kræftforskningsenheder, som er hjemhørende på Rigshospitalet, Herlev Hospital og Hillerød Hospital. Enhedernes hovedopgaver er at udarbejde administrative procedurer og varetage administrative opgaver for iværksættelse og gennemførelse af kliniske kræftforskningsforsøg. Endvidere servicerer enhederne forskningssamarbejde med den laboratoriebaserede eksperimentelle kræftforskning.

De onkologiske kliniske kræftforskningsenheder (KFE) består bl.a. af en række projektmedarbejdere, der varetager administrative procedurer og administrative opgaver i forbindelse med iværksættelse og gennemførelse af kliniske kræftforskningsforsøg, herunder indsamling og registrering af data. Medicinalindustrien finansierer ca. 85 % af disse projektmedarbejdere, hvilket kan bidrage til en ulighed mellem initiering af medicinalindustri sponsoreret klinisk kræftforskning og kræftforskning foretaget på selvstændigt initiativ af forskere på hospitaler (investigator initieret). Den bedst mulige måde at sikre datakvaliteten fra regionens kliniske afdelinger vurderes at kunne opnås via ansættelse af flere projektmedarbejdere i regi af de kliniske kræftforskningsenheder, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling.

For at etablere og videreudvikle en velfungerende samlet infrastruktur for klinisk kræftforskning, bør regionen støtte den videre udvikling af DMCG-systemet og det nationale biobanksystem, mens der anbefales en omstrukturering og koordinering af regionens kliniske kræftforskningsenheder.

Formålet med omstruktureringen er at styrke mulighederne for at gennemføre investigator initieret klinisk kræftforskning samt at optimere indsamling og indrapportering af data på de kliniske afdelinger til de kliniske databaser og forskningsdatabaserne. Det foreslås, at der sker en regional koordinering af de kliniske kræftforskningsenheder, og at enhederne fremover ikke kun servicere de onkologiske og hæmatologiske afdelinger, men servicere det samlede kliniske kræftforskningsområde, hvilket først og fremmest også omhandler den kliniske kræftforskning på de kirurgiske afdelinger.

Der foreslås etableret en Koordinerende Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning (KIKK) i regionen forankret i en af de eksisterende kliniske kræftforskningsenheder med henblik på at koordinere og optimere regionens samlede infrastruktur for klinisk kræftforskning. Som nye opgaver foreslås det, at de kliniske kræftforskningsenheder skal servicere indsamling og indrapportering af data til kliniske databaser og forskningsdatabaser, samt servicere forskningssamarbejde med den kræftrelaterede sundhedstjenesteforskning.

Projektmedarbejdere til varetagelse af investigator initierede protokoller, servicering af indsamling og indrapportering af data til DMCG'ernes kliniske databaser og øvrige infrastrukturopgaver, skal fortsat ledelsesmæssigt være forankret på de enkelte hospitalers afdelinger.

## 12. Personale og uddannelse

### 12.1 anbefalinger

#### Uddannelsesstilbud:

- Der skal fortsat arbejdes med opgaveforskydning og udvikling af nye uddannelser og tilbud om efteruddannelse på kræftområdet.
- Der skal udbydes efteruddannelse for kirurger i laparoskopisk kirurgi
- Behovet for efteruddannelse i robotkirurgi skal kortlægges
- Behovet for efteruddannelse i multidisciplinær udredning og behandling af kræftpatienter skal kortlægges.

### 12.2 Opgaveforskydning

Personalesituationen og ønsket om at sikre kvaliteten i det kliniske arbejde har medført, at der i mange år er arbejdet med opgaveforskydning. Eksempelvis har radiograferne overtaget flere af de funktioner, der tidligere blev varetaget af radiologer, og social- og sundhedsassistenter har i dag overtaget flere af de funktioner, sygeplejersker tidligere varetog.

Det er erfaringen, at opgaveforskydning kan bidrage til høj kvalitet, rekruttering og personaleudvikling af medarbejdere. Undersøgelser viser også, at muligheder for opgaveforskydning giver større medarbejdertilfredshed. Hertil kommer, at de krav, der stilles til forandringer og omstilling i sundhedsvæsenet, skaber et behov for et dynamisk og fleksibelt arbejdsmiljø.

Det er anbefalingen, at der fortsat arbejdes med opgaveforskydning i forhold til udvikling af nye jobfunktioner og uddannelser i forbindelse med kræftbehandling.

### 12.3 Videre- og efteruddannelse

Mangel på personale har ofte været årsag til flaskehals i kræftbehandling. Men personalesituationen har på få år ændret sig radikalt. I 2007 var den helt store udfordring rekruttering, og der var vakante stillinger på mange af regionens hospitaler. I dag er der ledighed blandt sundhedsprofessionelle.

I forhold til at sikre personalesituationen på kræftområdet er der dog stadigvæk udfordringer. Kræftområdet er højt specialiseret, og det kræver højt kvalificeret personale med stor erfaring at sikre behandling af høj kvalitet. Hertil kommer, at området er præget af en teknologisk og medicinsk udvikling, der vedvarende stiller krav til videre- og efteruddannelse af personalet.

Videre- og efteruddannelse af sundhedspersonale omfatter en bred vifte af oplærings- og uddannelsesaktiviteter, hvoraf langt den største del finder sted på de enkelte afdelinger/arbejdspladser i form af intern introduktion, sidemandsoplæring, ved deltagelse i interne uddannelsesprogrammer og i forbindelse med temadage og konferencer. Derudover udbydes flere efter- og videreuddannelser i det formelle uddannelsessystem, som øger sundhedspersonalets kompetencer i forhold til arbejdet med kræftbehandling. For sygeplejersker findes eksempelvis nystartet specialuddannelse i kræftsygepleje, stråleterapeutuddannelse, diplommoduler direkte målrettet kræft mv.

Som noget forholdsvis nyt er der et efteruddannelsesstilbud til social- og sundhedsassistenter: Akademiuddannelsen i Sundhedspraksis.. Uddannelsen har forskellige moduler, hvoraf ét adresserer viden om kræftbehandling.

Derudover findes korte kurser eksempelvis: Pleje og behandling af kræftpatienter, arbejde med døende og afdøde patienter og hospicemetoder i praksis.

Der findes således en række formaliserede efter- og videreuddannelsesstilbud af forskellig varighed og med fokus på kræftområdet.

Det er anbefalingen, at der er fokus på at afdække behovet for efteruddannelse, og tilbyde efteruddannelse, hvor der identificeres et behov, jf. kap 5, hvor det anbefales, at:

- Der udbydes efteruddannelse for kirurger i laparoskopisk kirurgi
- Behovet for efteruddannelse i robotkirurgi kortlægges
- Behovet for efteruddannelse i multidisciplinær udredning og behandling af kræftpatienter kortlægges.

## 12.4 Udvikling af nye uddannelser

Udvikling af nye uddannelser i forhold til at sikre kræftbehandlingen har fundet sted i regionen i flere år. Et initiativ på området var regionens etablering af mammografiassistentuddannelsen i 2008, som er et videreuddannelsesstilbud til social- og sundhedsassistenter. Det første hold mammografiassistenter blev færdiguddannet og ansat på regionens screeningsklinikker i 2009. Erfaringerne med uddannelsen har været positive både for personalet og patienterne. Regionens behov for at uddanne flere mammografiassistenter vurderes løbende.

Region Hovedstaden vedtog i 2009 ” Handlingsplan for Rekruttering og Personaleudvikling”, hvori et af indsatsområderne er opgaveforskydning og nye uddannelses typer. Det blev derfor i 2009 besluttet at udvikle yderligere to uddannelser i regionen: Beskrivende radiograf og operationstekniker.

Operationsteknikeruddannelsen målrettede sig oprindeligt til det ortopædkirurgiske område, men allerede med hold to ud af de tre, som foreløbig er planlagt, er fokus blevet udvidet til andre områder. En ny uddannelse til beskrivende radiograf har til formål dels at give radiografer et kompetenceløft og mulighed for en klinisk karrierevej, og dels at frigive radiologernes tid til de mere komplicerede undersøgelser.

Hverken operationsteknikeruddannelsen eller den beskrivende radiografuddannelse er direkte møntet på kræftbehandling, men i forhold til at se personaleressourcerne samlet, så er det forventningen, at uddannelserne kan bidrage til at frigive tid hos højtspecialiseret personale, som derved får mulighed for at behandle eksempelvis kræftpatienter.

Udvikling af nye uddannelser og efter- og videreuddannelse vurderes at have stor betydning for kvaliteten i patientbehandlingen: kompetencerne skræddersyes til et bestemt behov samt understøtter rekruttering og fastholdelse. Det er derfor anbefalingen, at der fortsat skal være fokus på at efter- og videreuddanne personale til at varetage kræftbehandling. Det kan være i form af kursusforløb og kortere efteruddannelse som eksempelvis kurser i multidisciplinær kræftudredning og -behandling eller laparoskopisk kirurgi, jf. kap. 5. Men der bør også fortsat være fokus på at udvikle nye uddannelser.

## 13. Litteraturliste

- *Aftale: Akut handling og klar besked til kræftpatienter*, indgået af Danske Regioner og regeringen, oktober 2007
- *Aftale om kræftplan III*, indgået af regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne, november 2010
- *Baggrundsnotat – Infrastruktur for klinisk kræftforskning*, Danske Regioner, Marts 2009
- *Beskrivelse af monitorering af kræftområdet*, Sundhedsstyrelsen, september 2010
- *Cancerregistret 2008, nye tal fra sundhedsstyrelsen*, nr. 5, Sundhedsstyrelsen, december 2009
- *Dalton, Susanne Oksbjerg et al, Social ulighed i incidens og overlevelse efter kræft i Danmark – sekundærpublikation, Ugeskrift for læger 172/9 1. marts 2010*
- *En brugerundersøgelse af kræftpatienters oplevelse af udredningsforløbet*, Enheden for brugerundersøgelse, 2010
- *En styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg*, Sundhedsstyrelsen, juni 2010
- *Handlingsplan for Rekruttering og Personaleudvikling*, Region Hovedstaden, 2009
- *”Kvalitet først” Region Hovedstadens Kvalitetspolitik*
- *Hospitalsplan 2007*, maj 2007, Region Hovedstaden
- *Kommissorium for den nationale kræftstyregruppe*, www.sst.dk, oktober 2010
- *Kreps, Gary L. et al, Meeting the health literacy needs of immigrant populations, Patient Education and Counseling 71 (2008) 328-332*
- *Kræft i Danmark. Et opdateret billede af forekomst, overlevelse og dødelighed*, Sundhedsstyrelsen, juni 2005
- *Kræftplan I - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*, Sundhedsstyrelsen, feb. 2000
- *Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*, Sundhedsstyrelsen, juni, 2005
- *Kræftprofil: Prostatakræft 2000-2007*, Sundhedsstyrelsen, november 2009
- *Monitorering af kræftområdet: Tid fra henvisning modtaget på sygehus til start på behandling – 2. halvår 2009*, Sundhedsstyrelsen, august 2010
- *Opfølgning på Kræftplan II*, Sundhedsstyrelsen, september 2007
- *Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013*
- *Reglerne om maksimale ventetider for patienter med livstruende sygdomme*, BEK nr. 1749 af 21. december 2006, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- *Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg*, Sundhedsstyrelsen 2010
- *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008*, Region Hovedstaden Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
- *Temarapport 2007: Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter*, Sundhedsstyrelsen 2007
- [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)
- [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- *ÅRSRAPPORT 2008: EKSPERIMENTEL BEHANDLING*, Sundhedsstyrelsen, 2009

# BILAG 1

”En styrket indsats på kræftområdet”, Sundhedsstyrelsen, 2010

## Oplæggets anbefalinger

### Udredning og behandling

#### Revision af pakkeforløb for kræft

Målet er fortsat at sikre og udvikle hurtige og sammenhængende patientforløb samt høj kvalitet i udredning og behandling for alle kræftpatienter, herunder patienter med komorbiditet, recidiv og ældre patienter. Pakkeforløbene for kræft bør i regi af Sundhedsstyrelsen revideres i 2011, så understøttende behandling inkluderes, og med mulighed for tæt tilknytning til andre dele af patientforløbet, fx rehabilitering, senfølger, opfølgning og palliation.

#### Samling af kræftudredning og -behandling

Den igangværende samling af kræftudredning og -behandling på færre sygehuseheder på såvel hoved- som specialfunktionsniveau i forbindelse med Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning og regionernes arbejde med hospitalsplaner bør fortsat understøttes.

#### Systematik ved introduktion af nye metoder

Regionerne og de faglige miljøer bør udbygge en fælles landsdækkende systematik ved introduktion af nye operative teknikker samt nyt diagnostisk og terapeutisk apparatur. Systematikken bør tage hensyn til, at in-troduktionen af nye metoder ikke forsinkes unødigt. Erfaringer fra Sundhedsstyrelsens Nationale Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler (UVKL), der har til formål at vurdere nye kræftlægemidler med henblik på national ibrugtagning, kan anvendes i dette arbejde.

## Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme

#### Øget forebyggelsesindsats over for børn og unge

En øget forebyggelsesindsats over for børn og unge med henblik på at undgå udvikling af kræftsygdomme senere i livet bør tage afsæt i risikofaktorerne: Kost, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og UV-lys. Hos børn bør indsatsen primært rettes mod at forebygge overvægt, fremme sunde kostvaner, fysisk aktivitet og undgå udsættelse for store mængder UV-lys, hos unge tillige mod at forebygge rygestart og uhensigtsmæssigt alkoholindtag. Indsatserne bør bl.a. medtænke betydningen af rollemodeller, familiernes vaner, indsatser i skoler og institutioner m.v. samt pris- og tilgængelighedspolitik.

#### Styrket forebyggelsesindsats over for udsatte voksne

En øget forebyggelsesindsats over for voksne i særligt udsatte grupper, og grupper, der ikke nås ved den generelle forebyggelsesindsats, fx etniske minoriteter. I forhold til socialt udsatte anbefales det, at indsatser primært rettes mod rygning, overvægt og uhensigtsmæssigt alkoholindtag. Indsatserne bør være både struk-turelle, opsøgende og målgruppetilpassede.

#### Fælles faglige standarder for den kommunale forebyggelsesindsats

Kommunerne bør i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udarbejde fælles faglige standarder for den kommunale forebyggelsesindsats, herunder for kræftforebyggende indsatser, for at sikre

høj kvalitet. Standarderne kan på sigt indarbejdes i Den Danske Kvalitetsmodel for kommunerne.

#### Måltrettet og koordineret samarbejde mellem kommuner og almen praksis

Kommuner og almen praksis bør indgå klare aftaler om måltrettet og koordineret samarbejde om sammenhængende forebyggende indsatser, herunder om arbejdsdeling og indsatser i forbindelse med forebyggelse af kræft i borgerens nærmiljø. Aftalerne kan fx indgås i regi af sundhedsaftalerne.

#### Målsætninger for kommunal forebyggelse

Den enkelte kommune bør formulere klare målsætninger for forebyggelsesindsatsen mod kræft fx med udgangspunkt i kommunens sundhedsprofil og nationale anbefalinger. Målsætningerne kan fx være relateret til forekomsten af risikofaktorer, særlige målgrupper i befolkningen, kommunale institutioner og arbejdspladser.

### **Tidlig opsporing og diagnostik**

#### Målgruppetilpasset informationsindsats om kræftsygdom

Der bør iværksættes en informationsindsats om kræftsygdomme, symptomer herpå, mulighederne for helbredelse samt vigtigheden af tidlig opsporing og mulighed for screening. Indsatsen bør være målgruppetilpasset og bør anvende flere forskellige metoder. Informationsindsatsen bør særligt omfatte de væsentligste symptomer på kræft, de hyppigste kræftsygdomme samt kræftsygdomme, hvor tidlig diagnostik er af særlig betydning.

#### Hurtig og tilgængelig lægefaglig vurdering i almen praksis

Almen praksis og speciallægepraksis bør sikre, at borgerne hurtigt og nemt kan få lægefaglig vurdering i almen praksis og i særlige tilfælde speciallægepraksis. Det kan fx ske ved at udvide mulighederne for telefonisk konsultation samt for at modtage råd pr. e-mail. Almen praksis bør desuden aktivt støtte borgerne i at opsøge læge ved symptomer på sygdom.

#### Hurtig adgang til diagnostiske undersøgelser og speciallægerådgivning

Almen praksis og speciallægepraksis bør have hurtig adgang til relevante diagnostiske undersøgelser - herunder endoskopiske undersøgelser og billeddiagnostiske undersøgelser - efter overordnede, landsdækkende kliniske retningslinjer samt let adgang til rådgivning fra relevante speciallæger på sygehusene. Det gælder ikke mindst ved udredning af patienter, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft, herunder patienter med uspecifikke og atypiske symptomer, og hvor patienten ikke kan henvises til et eksisterende pakkeforløb.

#### Indsats overfor udsatte grupper

Der bør iværksættes en særlig indsats over for grupper med lavere social position og andre sårbare grupper. Indsatsen bør bl.a. omfatte særligt måltrettet information, der giver borgeren mulighed for at træffe et informeret valg om deltagelse i screeningsprogrammer, og aktiv støtte for sikre et hensigtsmæssigt, koordineret udredningsforløb i den første fase af kræftforløbet.

#### Særligt fokus på patienter med komorbiditet

Almen praksis og speciallægepraksis bør have særligt fokus på tidlig opsporing og diagnostik af eventuel kræftsygdom hos patienter med anden betydende sygdom (komorbiditet), idet symptombilledet kan være vanskeligt at tolke.

## **Rehabilitering, senfølger og opfølgning**

### Rehabilitering til alle kræftpatienter med behov

For alle kræftpatienter bør der systematisk og løbende tages stilling til den enkeltes rehabiliteringsbehov. Kræftpatienter med påvist rehabiliteringsbehov bør tilbydes veltilrettelagte, målrettede og koordinerede indsatser, som retter sig mod fysiske, psykiske, eksistentielle og sociale behov.

### Implementering af validerede redskaber til identificering af rehabiliteringsbehov

Der bør udvælges og implementeres validerede redskaber, som anvendes landsdækkende, til identifikation og vurdering af rehabiliteringsbehov hos den enkelte kræftpatient.

### Landsdækkende, faglige retningslinjer for rehabilitering, senfølger og opfølgning

Der bør med udgangspunkt i evidens og erfaring udarbejdes landsdækkende, faglige retningslinjer for rehabilitering, senfølger og opfølgning, hvor opfølgning består af både klinisk kontrol og opfølgning på rehabilitering og senfølger. I forbindelse med nye kræftbehandlinger bør der særlig fokuseres på systematisk opfølgning af potentielle senfølger.

### Forløbsprogram indeholdende rehabilitering, senfølger og opfølgning

Der bør udarbejdes et generisk tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for patienter med kræft omfattende bl.a. rehabilitering, senfølger og opfølgning. Forløbsprogrammet bør basere sig på landsdækkende faglige retningslinjer og kan evt. også indeholde indsatser vedrørende palliation.

### Skriftlig information om livet efter kræftbehandling

Der bør for hver kræftsygdom udformes generel information, der omfatter patientens handle- og kontaktmuligheder i forbindelse med rehabilitering, senfølger og opfølgning. Den skriftlige information understøtter den mundtlige og gives til patienten på et relevant tidspunkt i forløbet. Informationen bør ligeledes være tilgængelig i elektronisk format.

## **Palliation**

### Forløbsprogram og kliniske retningslinjer for palliativ indsats

Der bør udarbejdes et generisk tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for patienter med kræft omfattende bl.a. palliativ indsats. Forløbsprogrammet bør basere sig på landsdækkende kliniske retningslinjer for både det basale og specialiserede niveau og kan evt. også indeholde indsatser vedrørende rehabilitering, senfølger og opfølgning.

### Aftalte rammer for den palliative indsats

Kommuner og regioners forpligtelser og samarbejde på det palliative område i forbindelse med kræftpatienter bør indgå i det obligatoriske aftaleområde i sundhedsaftalerne, der vedrører indlæggelses- og udskrivningsforløb.

### Styrkelse af den palliative indsats på det basale niveau

Kommuner og sygehusafdelinger bør have en fastlagt strategi for den palliative indsats på det basale niveau. Strategien bør i kombination med landsdækkende kliniske retningslinjer på området sikre systematisk og effektiv vurdering af behov med henblik på at tilbyde den enkelte kræftpatient individuelt tilrettelagte, målrettede og koordinerede indsatser. Det bør sikres, at det basale niveau har mulighed for kontakt med det specialiserede niveau døgnet rundt, herunder fx telefonisk rådgivning. Der bør endvidere være mulighed for, at kræftpatienter, der behandles på det basale niveau, kan få tilsyn fra det specialiserede niveau ved behov.

#### Udbygning af den palliative indsats på det specialiserede niveau

De specialiserede palliative tilbud bør udbygges, så alle patienter med behov herfor efter visitation får adgang til tværfaglige palliative specialister, uanset hvor patienten opholder sig. Der er behov for en udbygning af de sygehusbaserede palliative tilbud i lighed med den udbygning, der er sket på hospiceområdet. De specialiserede palliative tilbud bør omfatte særlige palliative sengeafsnit på sygehusene, hospice, hjemmetilbud samt ambulante tilbud og dagtilbud.

### **Brugerinddragelse**

#### Individuel patientinddragelse

De fagprofessionelle bør løbende sikre, at alle dele af det enkelte forløb er afstemt med kræftpatientens forventninger og ønsker. Den fagprofessionelle og patienten udarbejder i fællesskab en plan, der tager udgangspunkt i patientens kompetence, herunder patientens sygdomsmæssige og psykosociale situation, bl.a. for at fremme patientens mulighed for egenomsorg. De fagprofessionelle informerer patienten om begrundelse for valg af undersøgelser og konkrete indsatser. Der bør udarbejdes retningslinjer for indholdet i en plan, og patienten accepterer og giver samtykke til planen. Information til og inddragelse af socialt udsatte udgør en særlig udfordring og bør have særlig opmærksomhed.

#### Fokus på information ved overgange i patientforløbet

Den fagprofessionelle bør ved overgange i patientforløbet, fx mellem afdelinger eller sektorer, informere kræftpatienten mundtligt og skriftligt om det videre forløb, tilbyde patienten en kopi af journalen og vejlede om, hvordan patienten selv kan bedre sin situation. Ved et ambulante forløb bør patienten regelmæssigt modtage information om og status for eget forløb.

#### Pårørendeinddragelse

De fagprofessionelle bør løbende involvere kræftpatientens pårørende i planer for patientforløbet i det omfang, patienten ønsker det. De fagprofessionelle bør være opmærksomme på pårørendes ønsker om information og på, at pårørende kan være en ressource i forløbet. Herudover anbefales det, at der laves landsdækkende standarder, som beskriver de fagprofessionelles ansvar og arbejdsopgaver, hvis de pårørende har særlige behov, som fx børn og unge.

#### Organisatorisk brugerinddragelse

Brugere (kræftpatienter og pårørende) bør være involveret i relevante fora, hvor udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet drøftes. Brugerrepræsentanter kan med fordel forberedes systematisk i repræsentation af generelle brugerperspektiver og i metoder til vidensindsamling om brugerperspektiver.

### **Uddannelse og kompetenceudvikling**

### Øgede fagspecifikke kompetencer

En forudsætning for høj kvalitet i den specialiserede kræftbehandling er, at regioner og videnskabelige selskaber – bl.a. via udvikling af fagområder - sikrer efteruddannelse af sundhedsprofessionelle til at besidde spidskompetencer på højeste niveau, og at disse kompetencer løbende udvikles og justeres i overensstemmelse med den evidensbaserede viden på kræftområdet. Samtidig bør det sikres, at der rekrutteres og uddannes et tilstrækkeligt antal kvalificerede sundhedsprofessionelle til området.

### Øgede generelle kompetencer

Fagprofessionelle, der beskæftiger sig med forebyggelse, tidlig opsporing, rehabilitering, palliation og patientinddragelse i forhold til kræft i sundhedsvæsenet og i den kommunale sektor, bør have de rette generelle kompetencer på områderne, inklusiv træning i kommunikation og sundhedspædagogik. Kompetencerne bør erhverves systematisk på grund-, videre- og efteruddannelserne.

### Uddannelse i tværfagligt samarbejde

Det bør sikres, at der på grund-, videre- og efteruddannelserne opbygges erfaring med at arbejde i tværfaglige teams. Uddannelserne bør i øget omfang fokusere på betydning af fag- og sektorkulturer og styrke kompetencer i kommunikation og samarbejde med henblik på at opnå større forståelse for de forskellige faggruppers viden og funktion.

### Grundlag for evidensbaseret praksis

Det bør sikres, at fagprofessionelle, der er involveret i indsatsen på kræftområdet, har kompetencer til at arbejde evidensbaseret, herunder grundlæggende viden om dokumentation, forskning og analyser på sundhedsområdet.

### Effektiv ressourceudnyttelse

Det bør sikres, at personaleressourcerne på kræftområdet udnyttes mest effektivt, herunder bør fx mulighederne for opgaveglidning til andre faggrupper og fastholdelse af sundhedsprofessionelle udnyttes.

## **Forskning og udvikling**

### Styrkelse af kræftforskningsnetværk

Eksisterende og nye kræftforskningsnetværk bør styrkes og udvides ved samarbejde både i ind- og udland med øget fokus på forskning inden for aspekter af kræftområdet som beskrevet i oplægget, fx forebyggelse, rehabilitering, palliation og organisation på kræftområdet.

### Styrkelse af lokal infrastruktur

I eksisterende og nye kræftforskningsnetværk bør den lokale infrastruktur styrkes fx ved adgang til generel bistand til design og udførelse af forskningsprojekter, herunder ved hjælp fra administrative medarbejdere, statistikere m.fl.

### Implementering af ny viden

Der bør være øget ledelsesmæssigt fokus på implementering af ny viden i den daglige praksis i såvel staten som regioner og kommuner.

## Dokumentation og Monitorering

### Evidensbaseret praksis og videndeling i forbindelse med nye initiativer

Det anbefales, at evaluering af forudsætninger og konsekvenser altid gennemføres i forbindelse med nye initiativer, og at der på landsplan arbejdes med koordineret vidensopsamling med henblik på videndeling og rationel ressourceudnyttelse. Dette med henblik på at lokale og landsdækkende initiativer på kræftområdet i videst muligt omfang udfærdiges med baggrund i evidens og viden. Det er et fælles ansvar at sikre at evaluering og vidensopsamling integreres i drift og udvikling af sundhedsvæsenet.

### Katalog over behov for fremtidig dokumentation og monitorering

Det anbefales, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med udvalgte fagpersoner udarbejder et katalog over behov for fremtidig dokumentation og monitorering med henblik på at sikre en klar koordinering og prioritering på tværs af de mange aktører på området, således at ressourcerne til dataindsamling udnyttes bedst muligt. Som grundlag herfor anbefales det, at aktørerne på sundhedsområdet i fællesskab skaber nationalt overblik over eksisterende dokumentation og monitorering på kræftområdet.

### Tværspektoriel forløbsbaseret dokumentation

Det anbefales, at der skabes grundlag for og etableres forløbsbaseret dokumentation på tværs af sektorer således, at data afspejler det samlede forløb for den enkelte borger og patient, herunder forebyggende tiltag. Der bør i videst muligt omfang arbejdes med brug af eksisterende data og IT-løsninger.

### Systematisk måling af og opfølgning på kvalitet

Det anbefales, at organisering og metode fra de kliniske kvalitetsdatabaser udbredes med henblik på øget indsamling af og opfølgning på kvalitetsdata. Udbredelsen skal koordineres fra nationalt hold og ske i alle sektorer og til andre områder end sygdomsbehandling, fx forebyggende tiltag på tværs af sektorer.

## En sammenhængende indsats

### Gode rammer for et samlet patientforløb

Det bør sikres, at rammerne for indsatserne på kræftområdet understøtter sammenhængende forløb, bl.a. gennem et landsdækkende forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, opfølgning og palliation. Det bør overvejes, hvorvidt hele patientforløbet, herunder også forebyggelse og tidlig opsporing, kan indgå. Forløbsprogrammet bør knyttes tæt an til pakkeforløb for kræft.

### Klare aftaler for samarbejde mellem involverede aktører

Der bør være klare aftaler for ansvars- og arbejdsdeling, kommunikation og koordination mellem professionelle aktører i regionalt og kommunalt regi med henblik på at understøtte kræftpatienters forløb indenfor og mellem sektorer.

### Systematisk erfaringsopsamling

Der bør foretages en systematisk opsamling af lokale erfaringer med koordinerende tiltag indenfor og mellem sektorer som fx multidisciplinære teams, forløbskoordinatorer og kontaktpersonordninger med henblik på udbredelse af god praksis.

### Adgang til psykologhjælp ved behov

Det bør sikres, at der er adgang til psykologhjælp, når fagprofessionelle vurderer, at der er behov herfor til kræftpatienter og deres nærmeste pårørende som et led i hele kræftforløbet.

HØRINGSUDKAST

## BILAG 2

Oversigt over hospitaler der udreder og behandler kræft i Region Hovedstaden  
November 2010

Kræftsygdom/hospital	Udredning og diagnosticering	Operation	Kemoterapi	Strålebehandling
<b>Hoved-halskræft</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	X
Gentofte Hospital	X			
Hillerød Hospital	X			
Herlev Hospital			X	X
<b>Brystkræft</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	X
Herlev Hospital	X	X	X	X
Bornholm Hospital*			X	
Hillerød Hospital			X	
<b>Tyk- og endetarmskræft</b>				
Hillerød Hospital	X	X	X	
Bispebjerg hospital	X	X		
Hvidovre Hospital	X	X		
Herlev Hospital	X	X	X	
Bornholm Hospital*	X		X	
Rigshospitalet			X	
<b>Lungekræft</b>				
Gentofte Hospital	X			
Bispebjerg Hospital	X			
Bornholm Hospital*	X		X	
Rigshospitalet		X	X	X
Hillerød Hospital			X	
Herlev Hospital			X	X
<b>Gynækologiske kræftformer</b>				
Hillerød Hospital	X	X		
Hvidovre Hospital	X	X		
Herlev Hospital	X	X	X	X
Rigshospitalet	X	X	X	X
Bornholm Hospital *	X			
<b>Hæmatologiske kræftformer</b>				
Herlev Hospital	X			
Rigshospitalet	X			
Bornholm Hospital*	X			
<b>Kræft i Nyre og Blære</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	X
Frederiksberg Hospital	X	X		

Herlev Hospital	X	X	X	X
<b>Modermærkekræft</b>				
Rigshospitalet	X	X		
Herlev Hospital	X	X		
<b>Kræft i hjernen</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	X
Glostrup Hospital	X			
Herlev Hospital				
Hillerød Hospital	X			
Bispebjerg Hospital	X			
<b>Kræft i prostata, penis og testikel</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	X
Frederiksberg Hospital	X	X		
Herlev Hospital	X	X	X	X
<b>Kræft i øvre mavetarm</b>				
Bispebjerg Hospital	X			
Hvidovre Hospital	X			
Hillerød Hospital	X			
Rigshospitalet	X	X	X	X
Herlev Hospital	X	X	X	
<b>Kræft hos børn</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	X
<b>Sarkomer</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	
Herlev Hospital			X	X
<b>Kolorektale levermetastaser</b>				
Rigshospitalet	X	X	X	
Herlev Hospital	X	X	X	
Hvidovre Hospital	X			
<b>Kræft i øjne og orbita</b>				
Glostrup Hospital (afdeling på Rigshospitalet)	X	X		
Rigshospitalet			X	X

\* På grund af sin geografiske placering deludreder og -behandler Bornholm Hospital en afgrænset gruppe kræftpatienter. Al kræftudredning og behandling på Bornholm Hospital foregår i samarbejde med afdelinger fra andre af regionens hospitaler, primært Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital.

Oversigten viser overordnet, hvor de forskellige kræftformer udredes og behandles. Det er ikke muligt ud fra oversigten at udrede en detaljeret gennemgang af, hvilke afdelinger der udreder og behandler en specifik kræftform. Alle de kræftformer med lavt volumen vil i udgangspunktet blive udredt og behandlet ved færre hospitaler, end det fremgår af oversigten. Eksempelvis udredes og behandles patienter med kræft i æggestokkene kun på Herlev Hospital og Rigshospitalet.

## Aftale om Kræftplan III

Regeringen (Venstre og Konservative), Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om at gennemføre en styrket indsats på kræftområdet med en Kræftplan III. Den massive indsats for at forbedre den danske kræftindsats til højeste internationale niveau, og det momentum, der eksisterer på området, skal fastholdes og udbygges.

Kræftplan III skal særligt føre til:

- Hurtigere diagnostik ved mistanke om kræft samt styrkelse af den tidlige opsporing
- Bedre efterforløb med et markant løft af rehabiliteringen og den palliative indsats
- Øget overlevelse for danske kræftpatienter samt forbedring af livskvaliteten for patienterne både før, under og efter behandlingen

Kræftplan III fokuserer primært på de dele af patientens forløb, som ligger før og efter selve behandlingen. Vi skal være hurtigere til at finde ud af om folk har kræft, og vi skal være bedre til at opfylde de behov, den enkelte patient har i forlængelse af selve behandlingsforløbet. Kort sagt skal kræftpatienter bringes sikkert tilbage til en meningsfuld hverdag. Det gælder både de borgere, som er helbredt for kræft, og de som skal leve resten af deres liv med sygdommen. Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne vil blandt andet tage følgende initiativer med Kræftplan III:

- Vi vil indføre en diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på kræft, så deres situation afklares hurtigt som led i et sammenhængende diagnostisk forløb
- Vi vil indføre landsdækkende screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år
- Vi vil indføre 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
- Vi vil styrke den palliative indsats både på det basale og specialiserede niveau og afsætte midler til nye hospicepladser
- Vi vil styrke inddragelsen af patienternes pårørende, og det skal ske med særligt fokus på børn, der som pårørende er en sårbar - men ofte tavs - gruppe
- Vi vil styrke forebyggelsen af kræft, så endnu færre danskere overhovedet rammes af sygdommen
- Vi vil styrke danskernes kendskab til symptomer på kræft
- Vi vil styrke forløbskoordinationen

Disse overordnede målsætninger, som konkretiseres i planen, skal bidrage til en øget helhedstænkning på hele kræftområdet. Alle, der kommer i kontakt med den danske kræftindsats, det være sig borgere med mistanke om kræft, patienter og pårørende, skal opleve tryghed, helhed og høj kvalitet gennem hele forløbet.

Det er samtidig vigtigt at understrege, at de tidligere initiativer, herunder Kræftplan I og Kræftplan II, naturligvis ikke går i glemmebogen - tværtimod er de fundamentet for Kræftplan III. Og det skal understreges, at det ikke forholder sig sådan, at Kræftplan II nødvendigvis skal være fuldstændig færdigimplementeret, før man kan begynde at arbejde med en Kræftplan III. Der vil være et andet fokus i Kræftplan III sammenlignet med de tidligere kræftplaner og kræftplanerne vil således supplere og understøtte hinanden. Kræftplan III kan på den måde bidrage til at fastholde den positive udvikling og sikre fortsat momentum på kræftområdet.

Det har krævet en meget stor og anerkendelsesværdig indsats på de danske hospitaler at gennemføre de betydelige forbedringer, vi har set i udrednings- og behandlingsindsatsen på kræftområdet de seneste år. Vi har blandt andet med indførelse af pakkeforløb set, at både viljen og modet til at skabe vigtige forandringer findes hos aktørerne på kræftområdet. Det er en helt afgørende forudsætning for succes, og det viser, at med de rigtige rammer og de nødvendige ressourcer kan der udrettes imponerende ændringer og forbedringer på kort tid.

Det er parternes forventning, at vi med de ressourcer som Kræftplan III tilfører området, vil fastholde og styrke indsatsen på kræftområdet yderligere til gavn for patienterne og deres pårørende.

### **Store fremskridt på kræftområdet**

Kræftområdet har undergået en betydelig udvikling de seneste 10 år. I år 2000 kom Kræftplan I, hvis formål var at nedsætte dødeligheden ved generelt at forbedre kræftbehandlingen. Man styrkede blandt andet forebyggelsen og der skete en kraftig vækst i diagnostik og behandling af kræftsygdomme. I 2005 blev Kræftplan I suppleret med Kræftplan II, hvor fokus var på styrket forebyggelse, særligt på tobaksområdet, samt anbefalinger om, at tilbyde udrednings- og behandlingsforløb, der opleves sammenhængende og er af høj international faglig kvalitet. Kræftplan II blev fulgt op af aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om forbedring af behandlingen af kræft. Heri blev der afsat økonomiske ressourcer til at gennemføre de væsentligste anbefalinger i Kræftplan II.

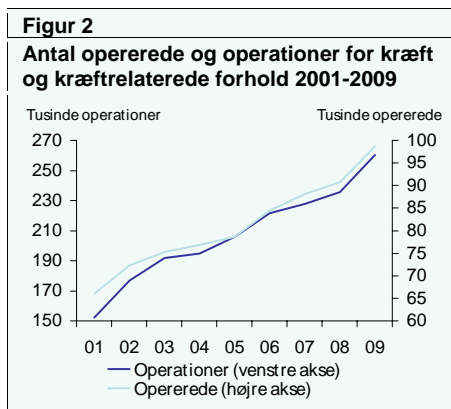
I oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner aftalen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Aftalen har betydet, at der i dag er indført pakkeforløb for alle kræftformer. Et pakkeforløb sikrer patienter forløb af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid. Af pakkerne fremgår også målsætninger for håndtering af patienter, som ikke kan følge et standardpakkeforløb.

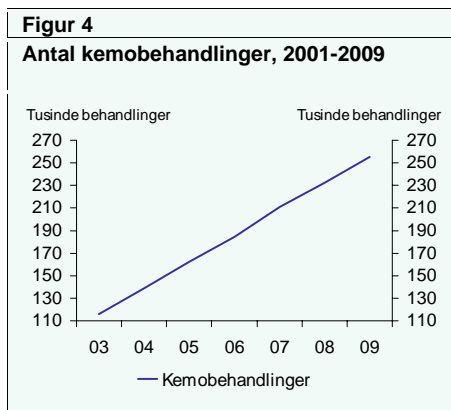
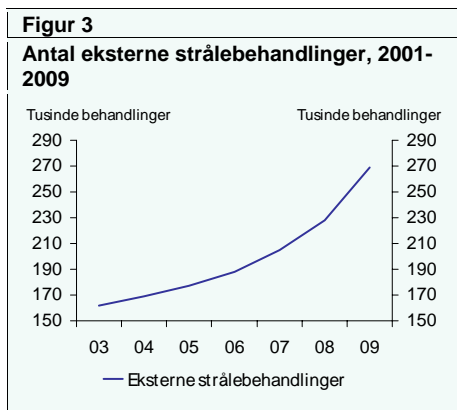
I august 2010 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en national monitorering af kræftpatienters forløb. Tallene viser hurtigere forløb og dermed kortere vej til behandling for otte ud af elleve store kræftformer i dag sammenlignet med i 2008. I forlængelse heraf udarbejdede regionerne en redegørelse, der understreger, at dansk kræftbehandling har udviklet sig meget positivt, og at pakkeforløbene blandt andet har medført hurtigere udredning og behandling, at beslutningerne træffes i et team af specialister, de har styrket dialogen mellem specialerne og fremmet en ensartet behandling i hele landet.

Kræftområdet er blevet tilgodeset med betydelige ressourcer de seneste år. Det illustreres i boks 1 nedenfor.

Boks 1. Ekstra midler til kræftområdet siden 2005	
•	30 mio. kr. i 2006 til mammografiscreening
•	200 mio. kr. årligt fra 2006 til kræftmedicin
•	20 mio. kr. i 2006 og 2007 til rehabilitering
•	50 mio. kr. i 2006 til produktivitsfremmende omlægninger
•	25 mio. kr. i 2006 til klinisk kræftforskning
•	15 mio. kr. i 2006 og 143 mio. kr. årligt fra 2007 til eksperimentel kræftbehandling
•	300 mio. kr. årligt fra 2007 primært til kræftmedicin
•	225 mio. kr. i 2007 til indførelse af pakkeforløb
•	175 mio. kr. årligt fra 2008 til indførelse af pakkeforløb
•	108 mio. kr. i 2007 og 208 mio. kr. årligt fra 2008 til strålebehandling
•	25 mio. kr. i 2008 og 183 mio. kr. årligt fra 2009 til livmoderhalskræftvaccine
•	2,25 mia. kr. til lånepuljer til kræftapparatur siden 2005

Der er samtidigt sket en markant stigning i behandlingsaktiviteten siden 2001. Det gælder både antallet af opererede personer og antallet af behandlinger og operationer. Det ses af figurerne 1-4. Den stigende behandlingsaktivitet har været ledsaget af en øget overlevelse for danske kræftpatienter.





Vi begynder at se resultaterne af de senere års massive indsats for at styrke udredning og behandling af kræft, og vi ser, at flere og flere overlever en kræftsygdom. Det betyder, at der i dag lever over 200.000 danskere med kræft. De skal, i det omfang de har et behov, rehabiliteres og på fornuftig vis hjælpes tilbage til en meningsfuld hverdag - både fysisk, socialt og arbejdsmæssigt.

Kræftplan III og det sundhedsfaglige oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” skal bidrage til en øget *helhedsindsats* på kræftområdet med udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov, så patienten oplever tryghed og høj kvalitet i hele forløbet fra mistanken om kræft opstår, til patienten er færdigbehandlet og rehabiliteret.

## TIDLIG OPSPORING OG DIAGNOSTIK

### Diagnostisk pakke

Kræft skal opdages tidligt. Jo tidligere sygdommen opdages, desto større er patientens chance for at overleve og patienten kan tilbydes en mindre belastende behandling. Derfor har tidlig opsporing potentiale til at gøre en stor forskel for patienternes behandlingsmuligheder og overlevelse – og dermed for den danske kræftbehandling som helhed.

Pakkeforløbene har allerede forbedret udredning af patienter, hvor der findes begrundet mistanke om kræft. Men patienter med uspecifikke symptomer på kræft kan imidlertid ikke henvises direkte til et pakkeforløb. Disse patienter kan opleve lange og usammenhængende udredningsforløb. Der er derfor behov for at sikre hurtig specialiseret udredning af patienter, når den praktiserende læge har mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom, men ikke kan udpege nøjagtig hvilken.

Der er indført et generelt udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser med virkning fra 1. januar 2010. Den nye rettighed, som vedrører enkeltstående undersøgel-

ser, er til gavn for en stor gruppe patienter, som får mulighed for et kortere udrednings- og behandlingsforløb.

For at sikre hurtige og sammenhængende forløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, som har behov for en række diagnostiske undersøgelser, vurderes der dog at være behov for yderligere tiltag. For at sikre et markant løft i diagnostikken for denne patientgruppe skal der derfor udarbejdes en samlet diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan tyde på kræft. Pakken skal indeholde kliniske retningslinjer for udredning og henvisning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Retningslinjerne skal primært være orienteret mod patienter, der møder hos den praktiserende læge med uspecifikke symptomer. Udover at retningslinjerne skal støtte den praktiserende læge i sin udredning af patienten, skal retningslinjerne fungere som et ”visitationsværktøj” til lægens eventuelle viderehenvisning til den specialiserede udredning. Den diagnostiske pakke skal også indeholde kliniske retningslinjer for den videre udredning i sygehusregi, samt beskrive principper for kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienten med særligt fokus på patientens overgange mellem almen praksis og det specialiserede niveau. Endvidere skal den diagnostiske pakke beskrive principper for organisering med henblik på at sikre en samlet forløbsplanlægning og entydig ansvarsplacering gennem hele patientens forløb, så der ikke opstår tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten og til hvem, patienten skal henvende sig.

Det betyder også, at når almen praksis har henvist en patient med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom til diagnostisk undersøgelse på sygehus, skal patienten ikke sendes tilbage til den praktiserende læge, før en diagnose er stillet eller mistanken om alvorlig sygdom er afkræftet. Det vil sige, at det pågældende sygehus har ansvaret for at udrede patienten endeligt. Det er regionerne, der udformer den konkrete organisatoriske tilrettelæggelse af den diagnostiske pakke. Det kan for eksempel ske ved, at den diagnostiske pakke forankres i fysiske såvel som såkaldt virtuelle diagnostiske centre. Også åbne ambulatorier for diagnostiske undersøgelser og lignende vil kunne understøtte hensigtsmæssig organisering af den diagnostiske pakke.

### **Ensartet og let adgang til specialiseret udredning samt vejledning til den praktiserende læge**

For patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom vil specialistundersøgelser ofte være relevante som led i udredningen. Afhængig af den regionale organisering kan det både være i form af udredning hos privatpraktiserende speciallæge og på sygehus. For at fremme udredning og diagnostik uden unødigt ventetid er det derfor vigtigt, at der ikke er barrierer for almen praksis' adgang til at henvise til specialistundersøgelser såvel som for speciallægers adgang til at henvise på tværs af specialer, herunder også på tværs af sygehusafdelinger.

Den praktiserende læge skal desuden have mulighed for at få specialistvejledning i sin udredning af patienter med uspecifikke symptomer. Det gælder både i relation til at identificere mulige symptomer på kræft og hvilken udredning, der i den forbindelse

er mest hensigtsmæssig at iværksætte. Derfor skal almen praksis sikres let adgang til at drøfte udredningen af konkrete patienter med specialister på relevante sygehusafdelinger.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 1 mio. kr. i 2011 til at udarbejde den diagnostiske pakke for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan tyde på kræft.*

*Aftaleparterne er enige om, at der fra 2012 og frem årligt afsættes 85 mio. kr. til regionerne med henblik på at styrke den tidlige diagnostik med udgangspunkt i den diagnostiske pakke for patienter med uspecifikke symptomer, der kan tyde på kræft. Midlerne skal målrettes behovet for hensigtsmæssig organisering og tilrettelæggelse af effektive diagnostiske forløb, herunder øget diagnostisk kapacitet i form af fx billeddiagnostik, som følge af indførelsen af den diagnostiske pakke. Endvidere kan midlerne målrettes eventuelle behov for uddannelse og specialisering af særlige personalegrupper.*

*Aftaleparterne er enige om, at almen praksis skal have let og fleksibel adgang til henvisning til specialiseret udredning. Speciallægers adgang til at henvise på tværs af specialer skal sikres, herunder også udredning på sygehus på tværs af afdelinger. Disse adgangsmuligheder skal være ensartede for hele landet.*

### **Optimering af henvisning til pakkeforløb**

Det har vist sig, at det i nogle situationer kan være vanskeligt for almen praksis at henvise til pakkeforløbene for kræft. Øget viden om de konkrete henvisningskriterier til pakkeforløbene forventes at kunne bidrage til, at en større andel af patienterne kan henvises direkte til et pakkeforløb - hvis muligt allerede ved den første henvendelse hos den praktiserende læge.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 4 mio. kr. i 2011 og 6 mio. kr. i 2012 til at opdatere de praktiserende læger på symptomer på kræft og på kriterier for henvisning til pakkeforløb.*

### **Styrkelse af danskernes kendskab til symptomer på kræft**

En afgørende forudsætning for en tidlig indsats over for kræft er, at befolkningen har kendskab til symptomer på kræft og i givet fald søger læge. Der findes adskillige gode kanaler til information om kræft, som i dag også når ud til dele af befolkningen. Men der er særlige grupper i samfundet, som ikke nås af de eksisterende kanaler og indsatser. Derfor skal der iværksættes en målrettet informationsindsats henvendt til disse grupper, så det sikres, at så mange som muligt har den nødvendige viden om symptomer på kræft. Indsatsen skal desuden adressere, hvordan det sikres, at viden om symptomer på kræft fører til, at den enkelte borger går til læge, hvis borgeren oplever symptomer.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 3 mio. kr. i 2011, til at gennemføre en målrettet informationsindsats om symptomer på kræft. Informations-*

*kampagnen skal udformes med afsæt i viden om befolkningens nuværende kendskab til symptomer på kræft.*

## **LANDSDÆKKENDE SCREENINGSPROGRAMMER**

Det er afgørende, at have fokus på metoder til at opspore kræft og forstadier til kræft. Screening kan være en effektiv metode til at finde en kræftsygdom i et så tidligt stadie, at sygdommen endnu ikke har manifesteret sig med symptomer. For de patienter, som får konstateret kræft i forbindelse med screening, og som på grund af den tidlige diagnosticering får en væsentligt forbedret prognose og kan tilbydes mindre indgribende behandling, er screening et yderst værdifuldt tilbud.

### **Screening for tyk- og endetarmskræft**

I aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om forbedring af behandlingen af kræft, som fulgte op på Kræftplan II, har parterne aftalt, at spørgsmålet om at indføre et landsdækkende tilbud om screening for tyk- og endetarmskræft tages op, når resultatet foreligger af de to screeningsundersøgelser, der blev iværksat i 2002 i det daværende Københavns Amt og Vejle Amt. Samtidigt er indførelse af screening for tarmkræft i overensstemmelse med en henstilling fra 2003 fra Rådet for den Europæiske Union, og screeningen er indført eller er under indførelse i blandt andet England, Finland og Italien. Endvidere har Sundhedsstyrelsen den 29. april 2010 på baggrund af en udredning af mulighederne for og perspektiverne i at screene for tarmkræft, indstillet, at der indføres et tilbud om screening for tyk- og endetarmskræft.

På denne baggrund er regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne enige om, at tilbyde borgere i den relevante målgruppe screening for tyk- og endetarmskræft hvert andet år.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om at indføre landsdækkende screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år hvert andet år. Implementeringen af screeningsprogrammet forberedes i årene 2011-2013 og i den forbindelse afsættes der 38 mio. kr. i 2013 til etableringsomkostningerne. Screeningen påbegyndes i 2014 og indføres over 4 år. I den forbindelse afsættes der 220 mio. kr. i 2014 stigende til 391 mio. kr. fra 2023.*

Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet følger implementeringen af screeningsprogrammet.

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne lægger vægt på, at der i forbindelse med iværksættelse af screeningsprogrammet fokuseres på nuanceret information til borgerne. Det skal sikres, at borgerne i målgruppen for screening træffer en aktiv og oplyst beslutning om, hvorvidt de ønsker at tage imod tilbuddet om screening eller ej og at de, som ønsker screening, også motiveres til reelt at blive screenet.

## **National opfølgning og kvalitetssikring af screeningsresultater**

Der er allerede taget initiativ til at fremrykke indførelsen af screening for brystkræft, således at alle kvinder i målgruppen skulle have et tilbud om screening for brystkræft inden udgangen af 2009. Ligeledes har man i en længere årrække screenet for livmoderhalskræft. Det betyder, at der med indførelse af tilbud om screening for tyk- og endetarmskræft er et landdækkende tilbud om screening for tre væsentlige kræftformer.

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der skal iværksættes en ensartet opfølgning på de nationale screeningsprogrammer til brug for løbende evaluering og optimering af programmerne, der samtidig skal inddrage international forskning og erfaringer. Det skal ske som supplement til den eksisterende monitorering af programmernes sundhedsfaglige kvalitet i regi af Kræftstyregruppen.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 1 mio. kr. årligt fra 2013 til en løbende evaluering og optimering af alle nationale screeningsprogrammer på kræftområdet ved at iværksætte en ensartet, systematisk opfølgning på programmerne med fokus på resultatopfølgning, deltagerssikring, effekt samt faglig udvikling af screeningsområdet.*

## **FORLØBSPROGRAM**

Der er i dag over 200.000 mennesker, der lever med kræft eller har haft kræft. Flere og flere patienter helbredes eller lever længere tid med en kræftsygdom. Derfor har et stigende antal danskere behov for hjælp til at vende tilbage til en meningsfuld hverdag og håndtere de følger, der kan opstå i forbindelse med sygdommen og behandlingen. Samtidigt skal den gruppe patienter, der desværre ikke kan helbredes, sikres støtte og lindring, så den sidste tid bliver så god og tryk som muligt.

Det er derfor ikke alene nok at fokusere på hurtig og effektiv behandling. En kræftsygdom vender op og ned på ens hverdag. For nogle vil sygdommen og behandlingen medføre en række fysiske og psykiske følger. For de, der stadig er på arbejdsmarkedet, kan det betyde langt sygefravær eller helt ophør af arbejde, og mange har smerter og kan ikke klare de samme dagligdagsting, som man har været vant til. Det er vigtigt, at der sættes tidligt ind, så der tages hånd om de indvirkninger sygdommen og behandlingen har på patientens liv. Her kan målrettede indsatser som genoptræning, praktiske hjælpeforanstaltninger, hjælp til jobsituation, psykologhjælp og smertelindring være med til at hjælpe patienten tilbage til en så normal hverdag som mulig. Det er indsatser, der kræver en tæt koordinering mellem sygehus, almen praksis og kommune i en samlet rehabiliterings- og palliativ indsats.

## **Forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation**

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne vil styrke kræftpatienters forløb yderligere gennem udvikling af et nationalt tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. Formålet med udviklingen af

forløbsprogrammet er at opnå en faglig indsats af høj kvalitet i hele forløbet og sikre at den samlede indsats bliver sammenhængende for patienten

Forløbsprogrammet skal sikre, at alle kræftpatienter systematisk og på baggrund af klare faglige kriterier får vurderet sit behov for rehabilitering og palliation. I forløbsprogrammet skal der lægges vægt på tidlig indsats, hvor den behandlingsansvarlige sygehusafdeling foretager en behovsvurdering af alle kræftpatienters rehabiliteringsbehov under behandlingsforløbet og altid ved udskrivning af patienten.

Kommunerne kan med fordel organisere sig med fx en kommunal rehabiliteringskoordinator eller et koordinerende rehabiliteringsteam. En sådan organisering ses allerede i en række kommuner. Koordinatorfunktionen kan sikre patienterne en sikker, smidig og tryk overgang fra sygehus til primærsektoren og dermed fungere som indgang til den kommunale rehabilitering og som bindeled til sygehusniveau og almen praksis. Koordinatorfunktionen kan endvidere sikre, at patienten får en sammenhængende indsats i kommunen.

Med udgangspunkt i forløbsprogrammet skal den enkelte patient tilbydes målrettet rehabilitering og palliation efter behov i et sammenhængende forløb med vægt på patientinddragelse og patientuddannelse. For de patienter, hvor helbredende behandling desværre ikke er mulig, skal forløbsprogrammet bidrage til at sikre den nødvendige støtte til at opnå en tryk og værdig afslutning på livet.

Forløbsprogrammet baseres på faglige retningslinjer med henblik på at sikre et ensartet og højt fagligt niveau i indsatsen. Endvidere skal forløbsprogrammet sikre en præcis beskrivelse af opgave- og arbejdsdeling mellem sygehus, almen praksis og kommune samt koordinering mellem alle involverede i patientens rehabiliteringsforløb. Der skal i udviklingen af forløbsprogrammet inddrages internationale erfaringer på området. Regioner og kommuner skal forankre forløbsprogrammet i sundhedsaftalerne. Forløbsprogrammet for kræftpatienters rehabilitering og palliation skal indgå som en del af et samlet forløbsprogram for kræftbehandling.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 1 mio. i 2011, til at udvikle et forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation.*

*Aftaleparterne er desuden enige om at afsætte 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. årligt fra 2013 og frem til at understøtte et forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommunerne og regionerne.*

### **Palliation – lindrende behandling**

Palliation er en tværfaglig indsats, der tilbydes på et specialiseret og et basalt niveau. Den basale palliative indsats foregår i almen praksis, i kommunalt regi og på almene sygehusafdelinger. Den basale indsats udføres af personale, som varetager palliation som én af mange opgaver. Den specialiserede palliative indsats foregår ved palliative teams, på palliative sengeafsnit på sygehusene og på hospices, hvor palliation er ker-

neopgaven. Det vurderes, at der er behov for at styrke begge niveauer. Den styrkede palliative indsats vil ikke alene komme kræftpatienter til gode. Initiativerne på det palliative område, der beskrives nedenfor, skal i lige grad løfte indsatsen for alle uhelbredeligt syge patienter.

### **Det specialiserede niveau**

Der er behov for at udbygge adgangen til den specialiserede palliative indsats, blandt andet i form af specialiserede palliative teams, der kan sikre det basale niveau bedre adgang til specialistbistand. Det palliative team skal tilbyde assistance på sygehusafdelingerne og hjemmebesøg samt stå til rådighed for det basale niveau døgnet rundt. En vigtig opgave for et palliativt team er at være kompetencecenter, som det basale palliative niveau kan rådføre sig med. I dag er de palliative teams ikke døgndækkende og der er derfor ikke altid adgang til specialiserede palliative kompetencer og rådgivning. Dette betyder at palliative patienter, der ville foretrække at blive i eget hjem, i nogle tilfælde må indlægges, hvis deres helbredssituation ændres om natten eller i weekenden.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 8 mio. kr. fra 2011 og frem til at sikre øget adgang til specialiseret palliativ behandling og specialiseret rådgivning til det basale niveau.*

Der er herudover behov for at udbygge antallet af hospicepladser samt antallet af palliative sengepladser på sygehusene. I dag ligger palliative patienter på almindelige sygehusafdelinger, der ikke har den fornødne viden om palliation. Mange afdelinger kan desuden ikke tilbyde dødende patienter enestue.

*For at give flere patienter mulighed for ophold på et hospice er regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne enige om at afsætte 6 mio. kr. i 2011 til etablering af 12 ekstra hospicepladser.*

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er endvidere enige om at udbygge kapaciteten med yderligere 10 pladser årligt i perioden 2012-2014, så det samlede antal hospicepladser i Danmark når op på i alt 250. Parterne er enige om at afsætte 5 mio. kr. årligt i perioden 2012-2014 til etableringsstøtte til de ekstra 30 pladser. Til drift af de i alt 42 nye hospicepladser, når disse er etableret, afsættes 6 mio. kr. i 2011, 15 mio. kr. i 2012, 22 mio. kr. i 2013 og 29 mio. kr. årligt fra 2014 og frem.*

### **Opdatering af kliniske retningslinjer om specialiseret palliation**

I den specialiserede indsats er det vigtigt, at der defineres minimumskrav til, hvordan indsatsen bør foregå, og hvordan den organiseres, herunder hvilke personalegrupper, der skal indgå for blandt andet at sikre tværfaglighed. Der er derfor behov for at opdatere de kliniske retningslinjer, som vil kunne understøtte en ensartet kvalitet på tværs af landet, sammenhængende patientforløb samt videndeling på tværs af sektorer og faggrupper.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 1 mio. kr. i 2011 til at opdatere Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for den palliative indsats, som dækker hele det palliative område inklusiv kræft. Opdateringen skal koordineres med udarbejdelsen af forløbsprogrammet for kræftpatienters rehabilitering og palliation.*

### **Det basale niveau**

I kommunerne kan man med fordel organisere sig med en nøglefunktion, der har særligt ansvar for kommunens palliative patienter. En sådan organisering ses allerede i en række kommuner. Funktionen sikrer lokal formidling af viden og er bindeled til det specialiserede niveau med henblik på at styrke samarbejdet på tværs af sektorerne. Som beskrevet ovenfor sikres det nu, at den kommunale funktion døgnet rundt får adgang til rådgivning fra det specialiserede niveau. Det vil blandt andet kunne afhjælpe indlæggelse af mange terminale patienter, som har et ønske om at blive i eget hjem. Flere steder i landet har de palliative teams eller hospicerne korte uddannelsesforløb, hvor de uddanner kommunale nøglepersoner i palliation.

I Vejle har man udviklet medicinkassen ”Tryghedskassen”, som indeholder den nødvendige medicin mv. til en patients sidste levedøgn. Formålet er, at sikre et godt forløb for patienter, der ønsker at dø hjemme. Det palliative team ordinerer tryghedskassen, som patienten har stående i hjemmet. Den praktiserende læge, en kommunal nøgleperson eller vagtlægen kan ved behov give den ordinerede medicin fra tryghedskassen.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der skal udarbejdes et katalog over bedste praksis for den basale palliative indsats i primærsektoren – berunder i almen praksis.*

### **Viden og forskning på det palliative område**

Det palliative område er et udviklingsfelt, og der er mange gode initiativer i gang i forhold til at koordinere og specialisere den palliative indsats, men der mangler et samlet overblik over initiativer på de forskellige niveauer. Palliativt Videncenter har til formål at sikre udvikling, høj faglig kvalitet og spredning af viden i den palliative indsats i Danmark. Centret har i 2009 lavet en kortlægning af den palliative indsats på det specialiserede niveau og arbejder nu på at kortlægge indsatsen på det kommunale niveau. I 2011 vil centret kortlægge den basale palliative indsats på sygehusene.

En videreførelse af Palliativt Videncenter kan medvirke til at sikre den fremtidige udvikling og spredning af viden om palliation i Danmark. Derved kan den positive udvikling af området understøttes og styrkes med det formål at sikre en palliativ indsats af høj kvalitet.

Med henblik på at opnå en større sammenhæng mellem rehabiliteringsindsatsen og den palliative indsats skal aktiviteterne på RehabiliteringsCenter Dallund og Palliativt Videncenter sammentænkes fra 2012 i et nyt Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Det nye center samles i regi af det tværfaglige forskningsmiljø på Institut for

Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet, der bl.a. består af det Nationale forskningscenter for kræftrehabilitering (NFK) og Forskningsenheden for Almen Praksis.

Forankringen på Syddansk Universitet er begrundet i, at universitetet har en styrkeposition inden for rehabiliteringsfeltet, og at Kræftens Bekæmpelse i forvejen har et forskningssamarbejde med universitetet.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om at afsætte 4 mio. kr. årligt fra 2012 til Palliativt Videnscenter, samt tage stilling til finansieringen af videreførelse af aktiviteterne på RehabiliteringsCenter Dallund i forbindelse med finanslovforhandlingerne for 2012.*

## **PÅRØRENDE**

Vi har i dag initiativer, der sikrer patienters inddragelse i eget forløb. Det er blandt andet kontaktpersonordningen og pakkeforløb for kræft. Men aktiv patientinddragelse involverer også fokus på pårørende, som skal inddrages i overensstemmelse med patientens ønsker. Undersøgelser viser, at pårørende til alvorligt syge kræftpatienter kan have en øget risiko for at udvikle psykiske lidelser. De pårørendes behov såvel som ressourcer er en del af patientens samlede forløb. Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er derfor enige om, at sætte fokus på inddragelse af pårørende i Kræftplan III

### **Børn er en særligt udsat gruppe**

En særligt udsat - men ofte tavs - gruppe af pårørende er børn. Børn der oplever at far eller mor er alvorlig syg er i en meget utryk livssituation. Hvert år oplever i omegnen af 40.000 danske børn og unge mellem 0 og 18 år, at deres far eller mor bliver indlagt med kritisk sygdom. Det er ikke kun kræft, der er årsagen, men det er det desværre ofte. Årligt mister godt 1.300 børn en forælder på grund af kræft.

Vi skal sikre, at børn inddrages i deres forældres sygdomsforløb. Børn som pårørende skal støttes og involveres i det omfang, det er hensigtsmæssigt for det enkelte barn i forhold til barnets følelsesmæssige udvikling og ressourcer. Vi skal desuden sikre, at vi kan tilbyde de nødvendige støttefunktioner, både i forhold til den syge forælders behov for vejledning og information i forbindelse med sin rolle som forælder og i forhold til, at børn som pårørende kan have behov for at tale med andre børn i samme situation eller ”professionelle andre”, der kan aflaste barnet.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 5 mio. kr. i 2011 til at sikre, at børn som pårørende til alvorligt syge forældre involveres og støttes i det omfang, det er hensigtsmæssigt ud fra barnets behov. Arbejdet kan gennemføres i samarbejde med fx Kræftens Bekæmpelses ”OmSorg”, der er en enhed, som vejleder voksne i at støtte børn i sorg. Også Trykfondens og andre lignende organisationer kan inddrages i udviklingsarbejdet.*

*Aftaleparterne er endvidere enige om, at der i 2011 udarbejdes nationale retningslinjer for sundhedspersonalets møde med pårørende til alvorligt syge patienter. Retningslinjerne skal lægge særligt vægt på børn som pårørende, og arbejdet skal inddrage de norske og eventuelt andre internationale erfaringer på området.*

*Aftaleparterne er desuden enige om, at der afsættes 1 mio. kr. i 2012 til at udarbejde materiale, der formidler retningslinjerne for inddragelse af pårørende til de relevante sygehusafdelinger.*

## **FOREBYGGELSE**

Forebyggelsesområdet er styrket betydeligt de seneste år. Kræft er netop en af de 8 folkesygdomme der tilbage i 2002 blev sat særligt fokus på i sundhedsprogrammet "Sund hele livet". Mange kræftsygdomme er relateret til den enkelte borgeres livsstil, og det vurderes, at op mod en tredjedel af alle tilfælde af kræft kan forebygges. Da en forebyggelsesindsats ligger før udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme, vil forebyggelse af kræft også forebygge en lang række andre livsstilsrelaterede sygdomme, ligesom kræftpatienter vil få gavn af den forebyggelsesindsats, der er iværksat generelt for at dæmpe op for livsstilsrelaterede sygdomme i befolkningen.

I august 2007 trådte Lov om røgfri miljøer i kraft. De årlige rygevaneundersøgelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at antallet af danske dagligrygere er faldet fra ca. 24 pct. i 2007 til ca. 21 pct. i 2010. Faldet i antal dagligrygere forventes på sigt at slå positivt igennem i statistikkerne for flere kræftsygdomme. For eksempel er lungekræft helt overvejende forårsaget af rygning, men rygning har også indvirkning på udvikling af blandt andet kræft i strube, svælg, mund, spiserør, bugspytkirtel, blære og livmoderhals.

I oktober 2009 blev der lanceret en handlingsplan for forebyggelse, som indeholder 30 forebyggelsesinitiativer. Handlingsplanen er blandt andet fulgt op af Forårspakke 2.0, hvor parterne bag har sikret højere afgifter på nogle af de forbrugsgoder, hvor man ved at et overforbrug kan føre til livsstilssygdomme. Det drejer sig om tobak, is, chokolade og andre sukkerholdige varer. Endvidere er der foråret 2010 indgået en bred politisk aftale om at indføre en forhøjelse af aldersgrænsen for køb af drikkevarer med høj alkoholprocent fra 16 til 18 år.

### **Styrkelse af den generelle forebyggelse**

Selvom forebyggelsesindsatsen på kræftområdet også tilgodeses af den generelle forebyggelsespolitik og de ovennævnte tiltag, er parterne enige om, at sætte ind på særlige områder med Kræftplan III. Livsstil grundlægges allerede i den tidlige barndom, hvorfor initiativerne på forebyggelsesområdet primært skal være fokuseret på børn og unge samt andre udsatte grupper, hvor potentialet for at styrke sundheden er stort.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der afsættes 3 mio. kr. i 2011, til at der gennemføres en informationskampagne målrettet børn og unge samt særligt udsatte*

*grupper. Kampagnen skal fokusere på det positive ved at føre en sund livsstil, herunder fordelene ved at dyrke regelmæssig motion, spise varieret og sundt, begrænse indtaget af alkohol samt prioritere at få dækket søvnbehov.*

### **Det kommunale niveau**

Parterne er enige om, at komme med en række *opfordringer* til kommunerne om at øge fokus på fysisk aktivitet og motion. Det kan ske gennem følgende initiativer:

At skolerne indtænker fysisk aktivitet - også uden for idrætstimerne. Der er allerede flere skoler, der har høstet gode erfaringer på dette område, hvorfor det er oplagt at lære af hinanden.

At aktiv transport til og fra skole fremmes i et samarbejde mellem forældre og skoler - som foreslået af Forebyggelseskommissionen.

At kommunerne fremmer hensynet til aktiv transport, attraktive og let tilgængelige gang- og cykelstier og ved at gøre adgangen til grønne områder, inspirerende legepladser og idrætsfaciliteter lettere - som foreslået i regeringens Sundhedspakke 2009.

Samtidigt vil parterne gerne støtte op om de positive tendenser, der allerede er i gang i kommunerne omkring forbud mod rygning på alle offentlige matrikler samt steder, hvor det offentlige finansierer aktiviteter, der involverer børn og unge.

Samme tendenser ses omkring adgangen til solarier i offentlige bygninger. Sammenhængen mellem eksponering for solariets intense UV-stråling og udviklingen af hud- og modermærkekræft er velkendt og veldokumenteret. Samtidigt ved vi, at børn og unge er mere udsatte for at få kræft fra UV-stråling, fordi deres krop er under udvikling. Derfor opfordrer parterne kommunerne til helt at fjerne muligheden for at benytte solarier i offentlige svømmehaller, idrætsanlæg og øvrige offentlige bygninger.

Indenrigs- og sundhedsministeren vil i første halvdel af 2011 sende et brev til samtlige kommuner, hvor de initiativer, der knytter sig til øget fysisk aktivitet i den kommunale planlægning, ophør af rygning på offentlige matrikler samt ophør af adgang til brug af solarier, konstruktivt adresseres som en opfordring til kommunerne.

Det skal samtidig fremhæves, at den enkelte kommunalbestyrelse med fordel kan formulere klare målsætninger for forebyggelsesindsatsen i kommunen. Det kan fx ske med udgangspunkt i kommunens sundhedsprofil. De nye kommunale kvalitetskontrakter vil være et oplagt sted for kommunalbestyrelsen at formulere sådanne mål.

### **Styrket tobaksforebyggelse**

Den nationale rygestopkampagne ”Hver eneste cigaret skader dig”, der kørte fra oktober 2009 til januar 2010, har haft stor effekt. Formålet med kampagnen var at bidrage til at begrænse andelen af dagligrygere i befolkningen og nedbringe sygelighed

og dødelighed som følge af rygning. I kampagnen blev rygerne opfordret til at søge hjælp til rygestop blandt andet på rådgivningstelefonen STOP-Linien. En evaluering viser, at kampagnen har fået 40 pct. af alle rygere til at overveje at holde op med at ryge, 10 pct. af rygerne til at gøre et forsøg på at stoppe og knap 3 pct. til at holde helt op med at ryge.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om at afsætte 6 mio. kr. i 2011 til at gennemføre den succesfulde nationale rygestopkampagne: "Hver eneste cigaret skader dig". Kampagnen kan eventuelt tilpasses yderligere med det formål at nå særligt udsatte grupper. Kampagnens indhold skal være fagligt dokumenteret.*

*Samtidig er aftaleparterne enige om at afsætte 2,5 mio. kr. årligt fra 2011 til finansiering af driften af STOP-Linien. Med disse midler forventes det endvidere, at STOP-linien kan udvikle sine aktiviteter til for eksempel i højere grad at iværksætte opsøgende indsatser.*

## **SAMMENHÆNGENDE FORLØB OG FORTSAT FOKUS PÅ BEHANDLINGS-INDSATSEN**

### **Styrket forløbskoordinatorfunktion**

Regeringen og Dansk Folkeparti har sikret, at der i 2008 blev indført pakkeforløb på kræftområdet og i 2009 pakkeforløb på hjerteområdet. Formålet med pakkeforløbene er – ud over at sikre patienterne forløb uden unødigt ventetid og klar information undervejs – at patienterne skal tilbydes velkoordinerede forløb. Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at koordineringen af forløbene for kræft- og hjertepatienter skal styrkes yderligere, så patienter, hvis forløb finder sted på flere afdelinger eller sygehuse, ikke oplever at blive tabt i forløbet. En forløbskoordinatorfunktion på sygehusniveau kan understøtte og styrke denne koordination.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at gøre det obligatorisk for regionerne at have organisatoriske forløbskoordinatorfunktioner på sygehusniveau, som sikrer løbende koordinering af forløb for kræft- og hjertepatienter både internt på afdelingerne og mellem sygehuse. I forbindelse med revision af pakkeforløbene, jf. nedenfor, medtages denne aftale i det generelle ramme-papir for pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet: "Akut handling og klar besked - generelle rammer for indførelse af pakkeforløb".*

### **Kræftbehandling i udlandet**

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne ønsker at styrke patientinformation om muligheder for henvisning til behandling i udlandet. Den danske sundhedslovgivning giver en række muligheder for at patienter kan henvises til behandling i udlandet, herunder til højt specialiseret, forskningsmæssig og eksperimentel behandling. Der er tale om velfungerende ordninger, som der med fordel kan sikres øget information om hos patienterne.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om at afsætte 1 mio. kr. i 2011 til udarbejdelse og formidling af patientinformation om mulighederne for henvisning til behandling i udlandet.*

### **Revision af pakkeforløb for kræft**

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne finder det samtidig vigtigt, at der fortsat sikres hurtige og sammenhængende patientforløb med høj kvalitet i udredning og behandling for alle kræftpatienter, herunder også patienter med komorbiditet, tilbagefald og for ældre patienter.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der i 2011 i regi af Sundhedsstyrelsen foretages en revision af pakkeforløbene for kræft. I revisionen skal rehabilitering, understøttende behandling og kontrol inkluderes i pakkeforløbene i det omfang det er hensigtsmæssigt. Ligeledes skal snitflader til andre dele af patientforløbet tænkes ind - det vil sige forløbsprogrammet for kræftpatienters rehabilitering og palliation, som skal indeholde anvisninger i forhold til blandt andet rehabilitering, senfølger og palliation.*

### **Styrket monitorering og kvalitetsudvikling**

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne lægger vægt på, at der sker en systematisk opfølgning på indsatsen på kræftområdet. Bl.a. er det vigtigt med løbende opfølgning på forløbstider på kræftområdet, herunder i forlængelse af initiativet om indførelse af en diagnostisk pakke.

De i alt 18 Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) har udgjort en central drivkraft i udarbejdelse og implementering af pakkeforløb på kræftområdet. DMCG'erne er samtidigt ansvarlige for en række kræftspecifikke kvalitetsdatabaser. Disse databaser udgør centrale instrumenter i forskning og kvalitetsudvikling på kræftområdet. De kliniske kvalitetsdatabaser skal i højere grad indgå i den fortsatte udvikling af den nationale monitorering på kræftområdet.

*Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enige om, at der fra 2011 og frem afsættes 2 mio. kr. årligt til at styrke monitorering og kvalitetsudvikling på kræftområdet i regi af DMCG'erne, herunder til anvendelse af de kliniske kvalitetsdatabaser i den nationale monitorering på kræftområdet.*