

OPFØLGNING PÅ KRÆFTPLAN II

2007



## **Opfølgning på Kræftplan II**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Kræft; Kræftplan; Cancer

Sprog: Dansk

Kategori: Udredning

Version: 1.0

Versionsdato: 12. september 2007

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 9788776765453

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2007

## Forord

Kræftbehandlingen i Danmark skal have et højt internationalt niveau. Behandlingen skal redde liv og patienterne skal føle og mærke, at de er i trygge og kompetente hænder. Kræftplan II kom i 2005 med en række anbefalinger til at styrke indsatsen i forhold til kræft. Sundhedsstyrelsen har med denne rapport lavet den første opfølgning på Kræftplan II. Analysen er udarbejdet på baggrund af bidrag fra regionerne og de faglige aktører på området.

Formålet med opfølgningen er at evaluere og udvikle kræftindsatsen. Visionen er, at vi i Danmark har en gennemskuelig og effektiv kræftbehandling, der er orienteret mod de nyeste behandlinger og samtidig lægger vægt på sammenhængende forløb og en løbende dialog med patienten.

Tilbagemeldingerne fra regionerne viser, at der er sket meget de seneste år på kræftområdet, men vi kan også se, at det går langsomt. Kræftplan II anbefaler for eksempel, at alle kræftafdelinger arbejder med sammenhængende patientforløb organiseret i pakker – kun få har valgt at gøre det.

Denne opfølgning på kræftplan II kommer med en række fokuspunkter for det videre kræftarbejde. Et af dem er systematisk ledelse. Erik Juhl pegede i sin rapport på, at der er brug for at formulere få, men forpligtende mål på sundhedsområdet. Vi kan se, at det også gælder specifikt på kræftområdet. Rigtig mange steder arbejdes der med nye projekter og nye organiseringer, Men projekterne bliver sjældent bearbejdet og omsat til nye organiseringer, retningslinier eller lign. Det er ikke nødvendigt at teste alle nye ideer i en afdeling. Det kan være lige så vigtigt at bruge nogle af de positive erfaringer, der er gjort på andre afdelinger.

Denne opfølgning er på nogle områder blevet overhalet indenom af udviklingen. Fx er det nu bestemt, at alle afdelinger skal arbejde med sammenhængende patientforløb organiseret i pakker. I den forbindelse er det væsentligt at få en fælles forståelse af, hvad indholdet er i det sammenhængende patientforløb organiseret i pakker.

Presset på kræftområdet har været stort de seneste år og meget tyder på, at det vil blive endnu større i de kommende. Det politiske system, patienterne, medierne og sundhedsvæsenet vil hver især følge området og presse på for en udvikling og effektivisering.

Jeg håber, opfølgningen på kræftplan II kan være med til at kvalificere debatten om, hvordan vi skaber en bedre behandling. Så vi kommer nærmere vores ambitiøse mål.

Jesper Fisker  
Adm. direktør

# Indhold

<b>1</b>	<b>Baggrund</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Sundhedsstyrelsens vurdering</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Opfølgning på Kræftplan II</b>	<b>9</b>
3.1	Patientforløb organiseret i pakker	9
3.2	Forebyggelse og tidlig opsporing	11
3.3	Kræftdiagnostik	13
3.4	Kræftbehandling kirurgisk	15
3.5	Kræftbehandling – medicinsk	16
3.6	Kræftbehandling strålebehandling	18
3.7	Den ikkekræftspecifikke behandling	20
3.8	Patientaspektet	22
3.9	Personale og uddannelse	24
3.10	Infrastruktur for den kliniske kræftforskning	26
3.11	Monitorering	27
<b>4</b>	<b>Succeshistorier</b>	<b>30</b>
4.1	Den personlige læge som redskab til at skabe sammenhængende patientforløb	30
4.2	Drivein undersøgelser på Røntgenafdeling som redskab til at forkorte ventetiden	31
4.3	Samarbejde med udenlandsk røntgenafdeling som et redskab til at sikre en effektiv anvendelse af personaleressourcer	31
4.4	Telepatologi som redskab til at skabe sammenhæng på tværs af specialisering og sygehuse	32
4.5	Patienthotel som et redskab til at sikre tryghed hos patienten	32
4.6	Regionale kræftstyregrupper og regionale kræftplaner som et ledelsesredskab	32
4.7	Ledelsesinformation som redskab til systematisk opfølgning på nøgletal	33
4.8	Patientforløbsbeskrivelser på Internettet som redskab til at sikre behandlingskvaliteten	33
<b>5</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>34</b>

# 1 Baggrund

I marts 2006 besluttede Kræftstyregruppen, at der skulle foretages en opfølgning på Kræftplan II i 2007 for at give en status og et overblik over implementeringen af anbefalingerne i kræftplanen i regionerne og centralt. Det skønnedes endnu for tidligt at inddrage kommunerne i en opfølgning, da de formelt først overtog ansvaret for forebyggelsesområdet den 1. januar 2007.

Kræftplan II blev efter anmodning fra Indenrigs- og Sundhedsministeren udarbejdet i 2004/2005 af Sundhedsstyrelsen, med bistand fra en række bidragsydere og med rådgivning fra Kræftstyregruppen.

Kræftplanens formål er at sikre forbedring af indsatsen gennem hele kræftpatientforløbet og i forlængelse heraf at bringe kræftbehandlingen i Danmark op på højeste internationale niveau.

## 2 Sundhedsstyrelsens vurdering

Kræftplan II blev udsendt juni 2005. Opfølgningen her to år senere viser, at der er sket meget inden for både forebyggelse og behandling af kræft, men også, at der er behov for en mere fokuseret og intensiv indsats på hele området, og på nogle områder er der brug for meget mere fokus og udvikling. Denne opfølgning er gennemført inden den aktuelle intensivering af debatten på kræftområdet, men anbefalingerne peger på de samme problemområder med behov for en intensiveret indsats.

De områder, som kræver særlig fokus, er:

- Sammenhængende patientforløb i pakker på hele kræftområdet
- Styrket kræftkirurgi gennem bl.a. samling på færre hænder/enheder
- Systematisk opfølgning på nationale kliniske retningslinjer
- Monitorering af indsats og resultater
- Sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer
- Styrket tobaksforebyggelse

Der er mange succeshistorier med innovative projekter, og der er opsamlet en række gode erfaringer. Disse skal imidlertid udbredes mere systematisk, hvilket først og fremmest forudsætter:

- Større ledelsesmæssigt fokus på alle niveauer

I det følgende fremhæves de fokusområder, hvor der efter Sundhedsstyrelsens vurdering er mest brug for en målrettet og forstærket indsats.

### Større ledelsesmæssigt fokus

---

Et større ledelsesmæssigt fokus på alle niveauer i sundhedsvæsenet er en forudsætning for at sikre, at gode løsninger og evne til omstilling ikke bliver personafhængigt, men er med til at skabe systematiske og solide løsninger til gavn for patienter i alle dele af sundhedsvæsenet. Der er iværksat mange gode projekter og opnået mange resultater, men kun i de færreste tilfælde bruger andre afdelinger erfaringerne. Ledelsernes udfordring er at sikre, at gode ideer og erfaringer bliver bearbejdet og omsat til nye organiseringer og indsatser. Dette forudsætter ledelseskraft og en vilje til nytænkning, og det kan nødvendiggøre ændring af eksisterende beslutningsprocesser og ledelsessystemer.

### Sammenhængende patientforløb i pakker

---

Sammenhængende patientforløb opleves som god kvalitet for ikke mindst den enkelte patient, men også i forhold til den kliniske kvalitet, personalet, udnyttelse af kapaciteten og organisationen generelt giver det klare fordele. Ved patientforløb i pakker forstås et sammenhængende forløb, hvor alle trin i udredning, behandling og efterkontrol er planlagt og forhåndsbooket for hele forløbet, fra patienten henvises. En kontaktpersonsordning, der sikrer, at den enkelte patient ikke føler sig fortabt i systemet, er en del af pakken. Arbejdet med pakkeforløb er sket på forskellig

vis på forskellige afdelinger og sygehuse. Der mangler systematik på tværs af afdelinger og sygehuse, og der er nu behov for en mere ensartet beskrivelse af pakker for de forskellige kræftformer og efterfølgende implementering af dem. Arbejdet med patientforløb i pakker forudsætter en stor fælles indsats på alle niveauer og begynder med et klart ledelsesmæssigt fokus.

### Styrkelse af kræftkirurgien

---

Der er fortsat behov for en styrkelse af kræftkirurgien. Flere forhold har betydning for den kræftkirurgiske indsats og kvalitet, bl.a. den enkelte kirurgs og det samlede teams erfaring, dvs. hvor mange patienter, som opereres per kirurg og afdeling samt kompetencer. Et større patientunderlag for den enkelte enhed er derfor en forudsætning for at opnå høj kvalitet og god ressourceudnyttelse. Den igangværende specialeplanlægning i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, regionerne og de lægevidenskabelige/sundhedsfaglige selskaber, som vil fastsætte krav til bl.a. patientunderlaget og afdelingernes forudsætninger for at varetage funktionerne i øvrigt, har bl.a. en sådan samling som formål. Gennemgangen af alle specialer forventes afsluttet inden udgangen af 2008.

### Opfølgning på nationale kliniske retningslinjer

---

Nationale kliniske retningslinjer for den enkelte sygdom beskriver bl.a. de undersøgelser og behandlinger, der anbefales for den enkelte sygdom og rækkefølgen af dem. Der er bred enighed om, at der skal foreligge opdaterede nationale kliniske retningslinjer med tilhørende indikatorer for alle kræftsygdomme, og at der skal følges op på, at de nationale kliniske retningslinjer omsættes til lokale kliniske retningslinjer på sygehusene. Denne opgave bør forankres i Kræftstyregruppen i tæt samarbejde med den nynedsatte brede nationale gruppe for udvikling af retningslinier generelt. DMCG'erne vil have en væsentlig rolle heri. Efterfølgende kræver implementeringen ledelsesmæssigt og fagligt fokus på alle niveauer.

### Styrket fokus på monitorering

---

Der er behov for en styrkelse af monitoreringen af kræftbehandlingens mange faser. Monitorering bør tænkes ind fra begyndelsen, ikke mindst i forhold til eksisterende data, når nye tiltag igangsættes. De sidste 10 år er mængden af tilgængelige data og oplysninger om især sygehusvæsenets virke vokset markant, både i omfang, relevans. Dog er der stadig mange problemer med den nødvendige datakvalitet, der kun kommer til verden i det omfang, opgaven er prioriteret. Helt ned til den enkelte sundhedsperson med ansvar for at dokumentere den kliniske aktivitet skal formålet stå klart. Der skal samtidig i Sundhedsstyrelsen ske en udvikling af en systematisk model for monitorering, som skal være mere proaktiv.

### Service til patienten

---

Patienter med kræft står i en svær situation. Derfor er det særligt vigtigt, at sygehusvæsenet formår at skabe gode og trygge rammer, hvor den personlige behandling er i fokus. Patienten har i forløbet kontakt med flere faggrupper, og det er vig-

tigt for patientens møde med sygehusvæsenet, at alle både læger, sygeplejersker, sekretærer og øvrigt personale har de rette redskaber til at give en god personlig behandling. Samtidig er det vigtigt, at alle faggrupper understøttes i at deres arbejde er afgørende for et samlet godt forløb med korrekte henvisninger, korte ventetider, information om hvad der skal ske og rigtig behandling.

#### Sammenhæng på tværs af sektorer

---

Ud over de tidligere beskrevne pakker er der behov for øget fokus på sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af sektorer. Et vigtigt eksempel er udredning på tværs af praksis sektoren og sygehus sektoren. Et andet eksempel er rehabilitering og palliation, hvor der ligeledes er overlap i opgaveløsningen, men ikke klare fælles opfattelser og praksis på tværs af regioner og kommuner. Opgaven er nu, at udvikle og udbrede samarbejdet på tværs af sektorerne, fx mellem hjemmeplejen, praksiskonsulenter og palliative teams.

#### Tilstrækkeligt med sundhedspersonale

---

Mangel på personale er ligesom på de fleste andre områder i sundhedsvæsenet og samfundet et stort problem. Vi har her en stor udfordring, fordi det ikke kun klares med nytænkning mht. opgavefordeling, uddannelse mv. Der er derfor behov for en stadig målrettet og intensiv indsats med accept af anderledes og kreative forslag.

#### Styrkelse af tobaksforebyggelsen

---

Tobaksforebyggelse er helt central i bekæmpelsen af kræft. Tobaksrygning er stadig den vigtigste kendte risikofaktor for udvikling af kræft. Der er i dag ca. 24 pct. af danskerne, som ryger. Der er et uudnyttet potentiale for at forebygge kræft. Størstedelen af forebyggelsesopgaven, og altså også tobaksforebyggelse, overgik den 1. januar 2007 fra regionerne til kommunerne, som nu har en stor opgave i at fastholde viden og erfaringer i relation til tobaksforebyggelse. Folketinget har den 6. juni 2007 vedtaget Lov om røgfri miljøer.



## 3 Opfølgning på Kræftplan II

Opfølgningen på Kræftplan II omfatter hvert af de i kræftplanen omtalte indsatsområder. Den baseres på en sammenskrivning af svar fra regionerne, Dansk Medicinsk Selskab, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, Dansk Sygepleje Selskab, Det Faglige Selskab for Kræftsygeplejersker samt de centrale sundhedsmyndigheder. Tidsmæssigt dækker opfølgningen perioden, fra Kræftplan II forelå i juni 2005 frem til i dag. Bidragene adskiller sig i nogen grad fra hinanden i form og indhold, og opfølgningen er derfor ikke nødvendigvis udtømmende eller fuldt dækkende på alle områder.

### 3.1 Patientforløb organiseret i pakker

Patientforløb organiseret i pakker  
Mål: En effektiv organisering og trykke patienter

Målet med at forbedre patientforløb er for det første at fjerne ventetider, både før patienterne kommer i gang med udredningen og undervejs fra den ene undersøgelse og behandling til den næste. For det andet er målet, at patienterne under hele forløbet er klar over, hvad der skal ske næste gang og hvornår. Patienter må ikke komme i en situation, hvor de føler sig fortabte i systemet eller føler sig glemt, fordi de fx endnu ikke har modtaget den indkaldelse, som de går og venter på.

#### 3.1.1 Resultater

1. Alle regioner har indført **patientforløb i pakker** for nogle af de kræftformer, der har den hyppigste forekomst og/eller ringeste overlevelse, bl.a. lungekræft, tyk og endetarmskræft og brystkræft. For langt de fleste kræftsygdomme er der imidlertid endnu ikke indført patientforløb i pakker, hvor trinene i udredning, behandling og efterkontrol, er planlagte og forhåndsbookede for hele forløbet, før en patient henvises på dag 1 - kendt som "Vejle-modellen".

2. Alle regioner beskriver, at der på en del af afdelingerne er indført kontaktpersonordninger.

3. Planlægningen af patientforløb tager udgangspunkt i **nationale kliniske retningslinjer**, der skal sikre koordination og kvalitet i behandlingen af en given kræftform. Retningslinjerne beskriver, hvilke undersøgelser der anbefales, rækkefølgen af undersøgelserne samt nødvendige og acceptable tidsintervaller herimellem. Det er eksperter på tværs af regionerne, der i ét nationalt samarbejde skal udarbejde retningslinjerne, og derefter regionerne, der hver især indfører dem i den enkelte region. Flere regioner beskriver, at de følger de nationale kliniske retningslinjer, men det fremgår ikke klart, i hvilket omfang der sker en dokumentation og opfølgning.

4. Alle regioner arbejder med analyse af patientforløb gennem forskellige former for Er-Bør modeller og LEAN-modeller. Disse modeller opstiller fx mål for, hvordan de enkelte afdelinger skal bevæge sig fra det eksisterende patientforløb til **det**

**optimale patientforløb** på baggrund af bl.a. de nationale kliniske retningslinjer. I nogle regioner er analysen af patientforløbene projektorienterede, mens analysen i andre regioner foregår som en mere systematisk gennemgang af de forskellige kræftformer.

5. Alle regioner arbejder med at **dokumentere** patientforløbet, først og fremmest båret frem af de multidisciplinære cancer grupper, herefter benævnt DMCG'er. DMCG'erne samler typisk fagfolk indenfor de forskellige kræftformer, fx lungekræft, brystkræft m.fl. En række DMCG'er måler på forskellige kvalitetsparametre, som fx hvor lang tid et patientforløb varer. Der etableres stadig nye DMCG'er. Senest er der bevilliget penge til en DMCG inden for palliation.

6. Alle regioner arbejder med **multidisciplinære teams**, dvs. behandlerteams bestående af fx en kirurg, en patolog, en onkolog og en radiolog organiseret omkring en af de store kræftformer og med på forhånd planlagte konferencer. Der er endnu ikke etableret multidisciplinære teams omkring alle store kræftformer. Multidisciplinære teams stiller store krav til logistikken. I enkelte regioner arbejdes der med fx virtuelle løsninger, som skal lette logistikken.

7. Alle regioner arbejder med **servicetankegangen**, fx i form af kontaktpersonordninger, koordinatorordninger, elektronisk booking m.v., som grundlæggende skal sikre, at patienter ikke kommer i en situation, hvor de føler sig fortabte i systemet. Således skal initiativer som fx koordinatorordninger – ikke kun ses som en sikkerhed – men også som en service for patienter på deres vej gennem patientforløbet. Fælles for alle regionerne er, at servicetankegangen bør udvikles og udbredes i et endnu større omfang.

8. I alle regioner arbejdes der med **overvågning af flaskehalse**. Opgaveløsning på tværs af speciale og faggrænser er vigtige redskaber i arbejdet med at løse flaskehalsproblemer, der fx kan opstå ved mangel på speciallæger. I flere regioner arbejdes der med opgaveglidning hvor eksempelvis sygeplejersker overtager opgaver fra læger. Overvågningen af flaskehalse indgår som en del af regionernes arbejde med at analysere patientforløbet (Er-Bør modeller og LEAN-modeller).

9. I aftalen om finansloven for 2007 er der afsat 76 mio. kr. i en statslig, aktivitetsafhængig pulje til strålebehandling på kræftområdet, der baserer sig på månedlige **beregninger af aktiviteten** indenfor strålebehandlingen. Afregning af aktivitet sker, når regionerne har nået en vist måltal (baseline) for deres aktivitet. Det er altså en meraktivitet, der afregnes. Egentlige beregninger af det forventede aktivitetsniveau ud fra forekomsten af de enkelte kræftformer er der dog ikke tale om.

### 3.1.2 Barrierer

Mangel på sundhedspersonale, særligt speciallæger i de diagnostiske specialer samt sygeplejersker, er en barriere for at opnå hensigtsmæssige patientforløb. Der arbejdes med at afhjælpe mangel på sundhedspersonale ved bl.a. opgaveglidning. Samtidig er efterspørgslen efter billeddiagnostiske undersøgelser steget i takt med, at der er kommet flere og bedre behandlingsmetoder, fx anvendes MR- og CT-scanning i forhold til både diagnose og behandling. Efterspørgslen efter patologiske undersøgelser er ligeledes steget.

En anden barriere er mangel på koordination og kommunikation. Det gælder koordination og kommunikation mellem de praktiserende læger og sygehusene, men

også internt mellem de diagnostiske afdelinger og de behandlende afdelinger. Fx beskriver en afdeling, at det er problematisk, at der samarbejdes med flere forskellige onkologiske afdelinger (45 afdelinger). En anden afdeling beskriver, at det er problematisk, at der ikke er IT-mæssig understøttelse af samarbejdet med andre afdelinger.

### 3.1.3 Initiativer

Patientforløb organiseret i pakker vil få stort fokus i den kommende tid jvf. også Indenrigs- og Sundhedsministerens udmelding til regionerne om bl.a. etableringen af en ny Task Force for kræftbehandling. Denne Task Force skal sikre, at de initiativer, som er nødvendige for, at de optimale pakkeforløb får den fornødne udbredelse, gennemføres. Også regionerne er kommet med et udspil i forhold til, hvordan patientforløbet kan organiseres bedre.

Samlet set tegner der sig et aktuelt billede på patientforløbsområdet, hvor alle regioner arbejder med patientforløb. Nogle regioner arbejder meget systematisk med forløbene, mens andre regioner stadig arbejder projektorienteret.

## 3.2 Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing  
Mål: Forhindre kræft, tidlig opsporing hvis kræft opstår

Målet med forebyggelse er gennem en kombination af forskellige forebyggelsesmetoder at forhindre flest mulige kræfttilfælde. Det kan ske ved rammesættende indsatser over for den brede befolkning kombineret med målrettede tiltag overfor det enkelte individ. Samtidig er målet at opspore sygdommen tidligst muligt gennem bl.a. screening. Mere end en tredjedel af alle kræfttilfælde kan undgås, hvis det er muligt at eliminere de livsstilsrisikofaktorer, vi ved er kræftfremkaldende i dag.

### 3.2.1 Resultater

1. Livsstil er vigtig i forebyggelsesarbejdet. Der er fra centralt hold taget forskellige initiativer i forhold til bl.a. at fremme oplysning om, hvordan man udarbejder **sundhedspolitikker** for ernæring, fysisk aktivitet på arbejdspladser og i institutioner. Der er ikke fra centralt hold taget initiativ til ændring af markedsføringsregler for usunde fødevarer eller afgiftsniveauet for alkohol.

2. Tobaksforebyggelse er vigtigt for at undgå kræft. Med **Lov om røgfri miljøer** (Lov nr. 512 af 6. juni 2007), der trådte i kraft den 15. august 2007, er der skabt grundlag for at udbrede røgfri miljøer for at forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning. Ved udgangen af 2006 angav 54 pct. af de offentligt ansatte og 33 pct. af de privat ansatte, at deres arbejdsplads havde rygeforbud inden døre, hvilket er en markant øgning fra 2004-2006. Der er taget initiativ til en mindre stigning i **afgiften på cigaretter**. Tobaksafgiften reguleres i relation til bl.a. andre EU-lande.

3. Med kommunalreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007, er en række forebyggende opgaver flyttet fra amter til kommuner – herunder hovedparten af den **tobaksforebyggende indsats**. Tobaksforebyggelse er et prioriteret indsatsområde i de sundhedsaftaler, der er indgået mellem regionerne og kommunerne per 1. januar 2007. For at undgå at viden og erfaringer går tabt med den ny opgavefordeling, er der fra centralt hold igangsat en række initiativer, herunder en styrkelse af apotekernes indsats inden for rygeafvænning i overgangsperioden. Der er ikke taget initiativer til brede **informationskampagner** til befolkningen om tobaks skadelige virkning siden 2005. EU-Kommissionen gennemfører i perioden 2005–2008 en fælles EU-kampagne mod tobaksrygning: ”Help for a life without tobacco”. Sundhedsstyrelsen er sammen med Kræftens Bekæmpelse focalpoint for kampagnen i Danmark.

4. Som led i ”Solkampagnen” er der i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse udsendt materiale til brug for formidling til de kommunale sundhedsplejersker, den kommunale sundhedstjeneste og de praktiserende læger om **sunde solvaner**. Ligeledes er et efteruddannelsesstilbud til de kommunale sundhedsplejersker under udarbejdelse.

5. Amterne har i en årrække haft tilbud om **screening** for livmoderhalskræft til kvinder i alderen 23-59 år med højst 3 års mellemrum. Alle regioner indfører tilbud om screening for brystkræft til kvinder i alderen 50-69 år med 2 års mellemrum fra udgangen af 2007. En vurdering af indførelsen af tarmkræftscreening til mænd og kvinder i alderen 50-74 år forventes at foreligge inden udgangen af 2007. Desuden arbejdes der henimod at monitorere screening for brystkræft og livmoderhalskræft, formentlig pr. 1. januar 2008.

### 3.2.2 Barrierer

En barriere på forebyggelsesområdet er bl.a. manglende folkelig opbakning i forhold til rammesættende tiltag, fx et fuldt rygeforbud. Et fuldt rygeforbud forudsætter en større indgriben end fx en forebyggelseskampagne og derfor også en højere grad af folkelig opbakning og forståelse for rationale bag.

En anden barriere er modsatrettede synspunkter i samfundet, når det kommer til, om der skal bruges ressourcer på fx støtte til at øge frugt og grønt i institutioner eller ej. Støtte til frugt og grønt forudsætter enten en lokal prioritering i den enkelte institution/på den enkelte arbejdsplads eller en overordnet politisk prioritering af indsatsen.

### 3.2.3 Initiativer

Den overvejende del af forebyggelsesopgaven er med regionsdannelsen overgået til kommunerne, og der er i den forbindelse taget initiativ til at sikre, at viden og erfaringer ikke går tabt i overgangsperioden i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne. Sundhedsstyrelsen planlægger en national handlingsplan, der skal sikre en samlet strategi på forebyggelsesområdet fremover.

Den del af forebyggelsesopgaven, der vedrører tidlig opsporing af kræft er overgået til regionerne. Et eksempel på tidlig opsporing er opsporingen af kræftfremkaldende HPV (Humant Papillom Virus), der forbindes med livmoderhalskræft. Sundhedsstyrelsen forventes i 2007 at vurdere, om HPV-vaccination bør indføres i børnevaccinationsprogrammet.

Samlet set tegner der sig på forebyggelsesområdet et billede, hvor prioritering politisk og i befolkningen er afgørende for anvendelsen af mere eller mindre indgribende forebyggelsestiltag. Særligt de rammesættende forebyggelsestiltag, som fx rygeforbud, forudsætter, at der er forståelse for rationale bag.

### 3.3 Kræftdiagnostik

Kræftdiagnostik  
Mål: Hurtig, korrekt diagnose

Målet med kræftdiagnostikken er at sikre en balance, hvor de ”rigtige” patienter sendes videre til udredning hurtigst muligt af den praktiserende læge, samtidig med at sygehusene ikke overbelastes med patienter, der ikke har behov for sygehusudredning. Den praktiserende læge skal ud af henvendelser fra mange patienter med symptomer finde de få, der skal have foretaget yderligere undersøgelser. Sygehusene skal med en høj faglig kvalitet i den billeddiagnostiske og den vævs- og celle-diagnostiske udredning stille diagnosen hurtigst muligt herefter.

#### 3.3.1 Resultater

1. **Information af befolkningen** om de specifikke symptomer, som bør medføre henvendelse til praktiserende læge er en vigtig opgave for sundhedsvæsenet. Kræftens Bekæmpelse har traditionelt løftet en del af denne opgave. Der er ikke udført en egentlig informationsstrategi om specifikke symptomer, som bør medføre henvendelse til læge. Der forskes i patientadfærd på landets forskningsenheder indenfor almen medicin, som en del af forskningsprogrammet ”Sammenhæng i patientforløbet”, men forskning i patientadfærd er stadig på et tidligt stadie.

2. Størstedelen af regionerne beskriver, at der arbejdes med **lokale retningslinjer** for samarbejdet mellem sygehus og primærsektoren, fx inden for prostatakræft, livmoderhalskræft og kræft i æggestokkene. Sådanne retningslinjer skal bidrage til en effektiv filterfunktion, således at det hurtigst muligt afklares om patienten har kræft. En enkelt region beskriver, at de nationale retningslinjer for udredning ikke følges på alle områder af de praktiserende læger, og at dette fører til spildtid og gentagelse af undersøgelser. Regionerne beskriver ikke i hvilket omfang, der er udviklet indikatorer og fælles dokumentation.

3. Kun få regioner beskriver de praktiserende lægers **efteruddannelse**. En enkelt region beskriver, at der samarbejdes med Lægekredsforeningen om en del af efteruddannelsen af praksislæger og andre læger på kræftområdet.

4. Størstedelen af regionerne beskriver, at der er etableret et samarbejde mellem relevante specialer og de **billeddiagnostiske afdelinger**, som understøtter kvaliteten i det diagnostiske arbejde. Der er etableret større scannerkapacitet, som ligeledes understøtter kvaliteten i det diagnostiske arbejde, bl.a. anvendelsen af PET/CT-scannere og MR-scannere, der giver øget diagnostisk sikkerhed.

5. Størstedelen af regionerne beskriver, at der er sket en styrkelse af det **molekylær-diagnostiske område**, dels en etablering af fysiske faciliteter (laboratorier), og

dels en etablering af nye metoder, herunder PCR (Polymerase Chain Reaction) og FISH (fluorescens in situ hybridisering), som er teknikker til genetisk diagnostisering.

6. Der er foretaget en opdatering af rapporten ”PET – anbefalinger for udbygning af PET og FDG” fra juni 2002. Opdateringen forelå i juni 2006: ”PET (Positron Emissionstomografi). **Anbefalinger for udbygning af PET og FDG** (flourodeoxyglukose) produktion” og kan findes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Rapporten beskriver behovet for PET bl.a., antallet af enheder og volumen.

### 3.3.2 Barrierer

En barriere, som fremhæves i relation til diagnostik er mangel på sundhedspersonale, særligt speciallæger i de diagnostiske specialer radiologi og patologi. Samtidig fremhæves det af flere regioner, at der er stor udskiftning blandt oplært personale, bl.a. bioanalytikere. Også mangel på kapacitet fremhæves, herunder midlertidig kapacitetsmangel i forbindelse med ombygninger.

En anden barriere er problemer med IT-understøttelse, her nævnes bl.a. det billeddiagnostiske software, som har været ramt af fejl og uhensigtsmæssigheder. Det beskrives dog, at problemerne på nuværende tidspunkt synes løst. Desuden er der behov for at diagnostiske afdelinger på eksempelvis centralsygehuse og universitetssygehuse kan kommunikere sammen elektronisk, således at undersøgelser som MR- og CT-scanninger udført på centralsygehuse kan fremvises for kræftkirurger på universitetssygehuse.

### 3.3.3 Initiativer

I flere regioner er der iværksat initiativer med henblik på at afhjælpe manglen på speciallæger, særligt indenfor specialerne radiologi og patologi. Flere regioner har taget initiativ til at rekruttere indiske, tyske og polske læger. I flere regioner er der sket og sker der en udbygning af den diagnostiske kapacitet, der i stigende grad betragtes under ét i regionerne.

Flere regioner har iværksat initiativer med henblik på at effektivisere arbejdsgange. Der er fx etableret IT-løsninger, som betyder, at de udredende afdelinger selv kan booke tid til undersøgelse, og IT-løsninger, der tilsvarende gør det muligt for udredende afdelinger også selv at trække svarene på undersøgelser.

Samlet set er manglen på personale, særligt speciallæger indenfor radiologi og patologi i høj grad en udfordring for regionerne. Den diagnostiske kapacitet i form af fx CT-scannere udbygges for øjeblikket, men uden tilstrækkeligt personale vil den samlede diagnostiske kapacitet ikke forøges. Der er desuden behov for, at man nøje overvejer hvor nye scannere placeres, således at man opnår størst mulig udnyttelsesgrad.

### 3.4 Kræftbehandling - kirurgisk

Kræftbehandling – kirurgisk  
Mål: Specialisering af kræftkirurgien for at opnå bedre resultater

Kirurgien er den behandling, der for de fleste kræftsygdomme har den bedste mulighed for at føre til helbredelse. Den kræftkirurgiske kvalitet er derfor af afgørende betydning for behandlingsresultatet. Flere forhold har betydning for den kræftkirurgiske indsats og kvalitet, herunder operationstidspunktet i forhold til sygdomsstadiet, antal operationer per kirurg og per afdeling, om der er etableret multidisciplinært teamsamarbejde, uddannelse/efteruddannelse af kirurgen og det samlede team og efterlevelse af kliniske retningslinjer.

#### 3.4.1 Resultater

1. Der er ingen opgørelse over antallet af **kliniske retningslinjer**, men de foreligger for en del kræftsygdomme. Flere regioner beskriver, at de følger nationale kliniske retningslinjer for eksempelvis tyk- og endetarmskræft. Det fremgår imidlertid ikke klart, i hvilket omfang der er udarbejdet indikatorer, som dokumenteres i de patientadministrative systemer og kliniske databaser, eller i hvilket omfang der følges op på dette. Det er et ledelsesansvar at sikre den sundhedsfaglige kvalitet og optimerede patientforløb.

2. Alle regioner arbejder med **multidisciplinære teams**. Multidisciplinære teams består fx af kirurger, radiologer, patologer og onkologer organiseret omkring en af de store kræftformer og med på forhånd planlagte konferencer. Der er endnu ikke etableret multidisciplinære teams omkring alle store kræftformer.

3. Den igangværende **specialeplanlægning**, som sker i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og de faglige selskaber, drejer sig om planlægning af sundhedsvæsenet og herunder opgavefordelingen mellem forskellige sygehustyper og sygehusniveauer. Over 2 år gennemgås samtlige specialer, herunder hvilke krav (fx operationsmæssig volumen) de forskellige sygehustyper og sygehusniveauer skal opfylde for at varetage en given funktion.

4. Alle regioner arbejder med at **samle den kirurgiske behandling** af specifikke kræftsygdomme på færre enheder og ved færre specialuddannede kirurger med henblik på at øge volumen for den enkelte kirurg og dermed den kliniske kvalitet.

5. Alle regioner varetager **operativ efteruddannelse** af kirurger, dels som en del af dagligdagen og dels som egentlige kurser. I dagligdagen foregår undervisning og gensidig supervision under dagens operationer, og en region beskriver, at det eksempelvis ofte er to mave-tarm kirurger, der opererer sammen for at sikre vedligeholdelse af teknik og nye procedurer. Indenfor colorectalkirurgien er der etableret en formaliseret efteruddannelse med certificering. Den enkelte kirurg bør kunne dokumentere relevant uddannelse og erfaring.

#### 3.4.2 Barrierer

En barriere, som også nævnes på andre områder, er mangel på sundhedspersonale, særligt speciallæger. Manglen på sundhedspersonale forstærkes i forhold til kræft-

kirurgien af, at operationsteknikkerne er mere avancerede og kræver længere operationstid. En region beskriver, at konsekvensen af manglen på speciallæger er, at det tager længere tid at indføre de mere avancerede operationsteknikker.

En anden barriere er mangel på kapacitet, herunder operationlejer, som ligeledes følger af, at operationsteknikkerne er mere avancerede og kræver længere operationstid. Hertil kommer, at det er problematisk, at der af ressourcemæssige årsager ikke kan forhåndsreserveres operationslejer, således at der tages højde for udsving i patienttilgangen. Størstedelen af regionerne beskriver, at de har øget den kirurgiske kapacitet i større eller mindre omfang.

En tredje barriere for bedre behandlingskvalitet er at der ikke er etableret et formaliseret efteruddannelsesprogram for alle kræftkirurger

### 3.4.3 Initiativer

Samling af den kirurgiske behandling spiller en stor rolle i forhold til forbedring af behandlingskvaliteten. Der er med regionsdannelsen med 5 regioner i stedet for 14 amter et bedre grundlag for at udarbejde hospitals/sygehusplaner med dette sigte. Planerne, som vedtages politisk, fastsætter de overordnede principper for planlægningen i regionen. Flere regioner fremhæver, at man forventer en større samling af kræftkirurgien end i dag med den forestående hospitals/sygehusplanlægning.

Der er sideløbende hermed en proces i gang med revidering af Sundhedsstyrelsens specialevejledning fra 2001. Ifølge Sundhedsloven skal Sundhedsstyrelsen fastsætte krav til specialfunktioner og godkende disse på regionale og private sygehuse. Herudover er det besluttet, at Sundhedsstyrelsen som hidtil skal udforme anbefalinger for varetagelsen af hovedfunktioner i regionerne. Den reviderede specialudmelding forventes at foreligge for alle specialer med udgangen af 2008.

Samlet set tegner der sig et billede i relation til den kirurgiske kræftbehandling, hvor der sker en gradvis samling af kræftkirurgien efterhånden som det accepteres at antallet af patienter, der opereres per kirurg og per afdeling har en betydning for behandlingskvaliteten.

## 3.5 Kræftbehandling – medicinsk

Kræftbehandling – medicinsk  
Mål: Effektiv behandling igennem hele patientforløbet

Målet i relation til den medicinske kræftbehandling, herunder den eksperimentelle behandling, er at sikre, at patienterne får en effektiv behandling, hvad enten hensigten er helbredende behandling eller livsforlængende behandling. Patienterne skal samtidig have samme adgang til behandling, uanset hvor de bor i landet. Der udvikles hele tiden nye lægemidler til kræftpatienter. For enkelte kræftsygdomme har det betydet, at helbredelse nu er mulig, og for en række kræftsygdomme har nye lægemidler givet mulighed for en forlængelse af levetiden og/eller en forbedring af livskvaliteten.



### 3.5.1 Resultater

1. Der foreligger for alle standardbehandlinger detaljerede behandlingsretningslinjer, der desuden ofte indgår som en del af de **nationale kliniske retningslinjer** for den pågældende kræftform. Behandlingsretningslinjerne findes i "Håndbog for medicinsk behandling af kræftsygdomme" som foruden en generel introduktion indeholder rekommandationer vedrørende håndtering af bivirkninger samt en komplet oversigt over de anvendte farmaka, som løbende opdateres. Håndbogen er udarbejdet af sammenslutningen af kræftafdelinger i øst (SKA) i samarbejde med de øvrige regioner og findes på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org).
2. Alle regioner arbejder med mini-MTV'er. Der er i 2005 i samarbejde mellem Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) i SST og lokale MTV-miljøer udviklet en publikation, som kan anvendes af sygehusledelser helt ned til afdelingsniveau i forbindelse med evt. indførelse af et nyt lægemiddel eller en ny behandlingsform. Publikationen introducerer den såkaldte **mini-MTV** som beslutningsredskab, som bygger på tankegangen fra medicinsk teknologivurdering. Mini-MTV er tænkt som et fleksibelt og dynamisk værktøj, der kan tilpasses sygehusledelsers aktuelle behov i forbindelse med fx budget og planlægningsprocesser.
3. Alle regioner foretager en løbende **dokumentation** af standardbehandlinger og deres effekt og bivirkninger. Det anføres dog, at standardbehandlinger oftest vurderes på deres effekt og bivirkninger i forbindelse med analyse af kliniske forsøg, hvor ny/eksperimentel behandling sammenlignes med gældende standardbehandling.
4. Der er udviklet en **MTV-baseret model** til vurdering af lægemidler, der overvejes anvendt i standardbehandlingen af kræftsygdomme. Sundhedsstyrelsen har siden 2005 udarbejdet otte MTV'er af nye kræftlægemidler. Kræftstyregruppen er på baggrund af ovennævnte MTV'er kommet med anbefalinger, som alle regionerne beskriver, at de følger. Alle regioner har procedurer for, hvordan de håndterer finansiering af ny kræftmedicin.
5. I henhold til Bekendtgørelse nr. 109 om ret til sygehusbehandling og befordring m.v. er det muligt at blive henvist til **eksperimentel behandling**. Sundhedsstyrelsen har nedsat et rådgivende panel, der rådgiver de behandlende sygehuslæger om mulighederne for eksperimentel behandling. Regeringen har med Finansloven for 2007 indgået en aftale med regionerne om, at eksperimentel behandling af livstruende kræftsygdom eller anden livstruende sygdom finansieres af regionerne fra og med 2007 på lige fod med standardbehandlingen. Det er stadig sundhedsstyrelsen, der skal godkende henvisninger til eksperimentel behandling.
6. Sundhedsstyrelsen har fastsat foreløbige retningslinjer for administration af ordningen vedr. eksperimentel behandling. En egentlig analyse af **afgrænsningen** mellem standardbehandlingstilbud, forskningsbaseret behandling og eksperimentel behandling med henblik på at afklare, hvilke patientgrupper, der bør være omfattet af ordningen er endnu ikke foretaget.

### 3.5.2 Barrierer

En barriere, der peges på i relation til den medicinske kræftbehandling er, at nye kræftlægemidler ofte er omkostningstunge, og samtidig kan skabe kapacitetsmæs-

sige problemer, når de indføres både med hensyn til fysisk kapacitet og rekruttering af kvalificeret personale.

En anden barriere, der peges på, er, at der opleves en træghed i systemet set fra klinikernes synspunkt, når ny medicin, som er godkendt i EU, skal indføres. Endvidere peges der på, at det kan være vanskeligt for læger at få tid til det administrative arbejde i forbindelse med indførelse af ny medicin.

### 3.5.3 Initiativer

Der er i Kræftstyregruppen taget initiativ til en øget systematisering af dens vurdering af nye behandlinger og kræftlægemidler, der foreslås indført som standardbehandlinger. Et forslag er under udarbejdelse. Kræftstyregruppen vurderer i dag nye behandlinger og kræftlægemidler ved anmodning herom. Der er til det formål udarbejdet et skema, som støtter sig op af konceptet for mini-MTV. Skemaet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Forudsætningen for Kræftstyregruppens vurdering af nye kræftlægemidler er, at disse er godkendt af Lægemiddelstyrelsen.

Der er i tillæg hertil i Danske Regioner taget initiativ til en database med mini-MTV'er, som vil være et vigtigt redskab i bestræbelserne på at øge anvendelsen af mini-MTV og sikre, at beslutninger om indførelse af nye behandlinger og kræftlægemidler er evidensbaserede. Databasen oprettes i samarbejde med Odense Universitetshospital, og vil være tilgængelig via Sundhedsdatanettet for ansatte i de fem regioner samt i Danske Regioner på adressen [www.minimtv.dk](http://www.minimtv.dk) fra efteråret 2007.

Samlet set tegner der sig på området for medicinsk kræftbehandling et billede af, at der arbejdes på en øget systematisering af indførelsen af nye behandlinger og kræftlægemidler centralt og regionalt, som skal understøtte kvalitet i kræftbehandlingen.

## 3.6 Kræftbehandling - strålebehandling

Kræftbehandling - strålebehandling  
Mål: Kapacitet til at sikre kort ventetid

Målet for strålebehandlingen er, at alle kræftcentre skal kunne behandle alle patienter inden for den maksimale ventetid på 4 uger. Behovet for strålebehandling er steget betydeligt i de senere år som følge af flere kræfttilfælde og nye behandlingsmuligheder. Strålebehandlingen omfatter flere og ofte mere komplicerede behandlinger, og stråleterapi anvendes både kurativt, adjuverende og palliativt.

### 3.6.1 Resultater

1. Alle regioner har udarbejdet **udskiftnings og implementeringsplaner** på stråleområdet, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriets lånepuljer til stråleapparater for 2005/2006 er udmøntet på baggrund af de første udskiftnings- og implementeringsplaner med en låneramme til fuld finansiering på i alt 600 mio. kr. Regionernes seneste udskiftnings og implementeringsplaner fra 2006 viser, at der forventes en stigning i aktivitetsbehovet på 5-10 pct. årligt

frem til 2010. Samtidig viser regionernes indberetninger til Task Force i foråret 2007, at der forventes en stigning i kapaciteten på omkring 23 pct. fra 2007 til 2008 og en stigning på omkring 12 pct. fra 2008 til 2009.

2. Alle strålecentre overholder kravet om en maksimal ventetid på 4 uger for alle patienter, med undtagelse af strålebehandling af prostata- og brystkræft, der tilbydes behandling i udlandet indenfor den maksimale ventetid.

3. Alle regioner har foretaget større eller mindre analyser af muligheden for at øge **produktiviteten** på strålebehandlingsområdet. Hertil kommer, at der centralt er udarbejdet forskellige analyser af potentialet for at øge produktiviteten. Resultaterne af en ABC-analyse af landets stråleterapifdelinger og af den af DSI udarbejdede KREVI rapport diskuteres i øjeblikket.

4. Sundhedsstyrelsen, regionerne og Danske Selskab for Klinisk Onkologi har indgået et samarbejde omkring etablering af et **nationalt klassifikationssystem** for strålebehandling. Et nationalt klassifikationssystem skal sikre en ensartet registrering i det nationale kodesystem (sks-koder), således at grundlaget for statistiske opgørelser såvel som takstafregning er retvisende. Arbejdet med etablering af et nationalt klassifikationssystem er påbegyndt i sommeren 2007.

5. Der er udarbejdet en rapport med anbefalinger på kort og lang sigt for **personalebehov** og de afledte uddannelses- og rekrutteringsinitiativer. Rapporten er udarbejdet af et hurtigt arbejdende udvalg i Sundhedsstyrelsens regi (Udvalget om eftersyn af rammerne for uddannelse af personalegrupper inden for stråleterapien på kræftområdet) nedsat primo januar 2007. Planerne kommer med forslag til, hvordan der på kort og længere sigt kan ske en forøgelse af behandlingskapaciteten ved en bedre brug af personaleressourcerne.

6. Der er, i forbindelse med forsknings- og udviklingsarbejdet indenfor nye behandlinger, etableret et **internationalt fagligt netværk**, som også i et vist omfang anvendes til uformel udveksling af erfaringer vedr. udvikling og drift. Der er imidlertid ikke sket en egentlig udvidelse af det internationale netværk af stråleterapifdelinger med henblik på løbende udveksling af erfaringer vedr. udvikling og drift.

### 3.6.2 Barrierer

En barriere, der peges på i regionerne i relation til strålebehandlingen er et stigende behov for apparatur som følge af udviklingen mod en mere kompliceret og teknologisk krævende strålebehandling, som må forventes at fortsætte. Samtidig kan mangel på apparatur pga. almindelig vækst i behov forværres i overgangsperioden, hvor der nybygges og installeres teknologisk opdateret apparatur.

En anden barriere, der peges på i regionerne er omsætningen fra apparaturkapacitet til behandlingskapacitet, der kræver at det nødvendige, kvalificerede personale er til stede. Bl.a. beskrives det, at det er vanskeligt at fastholde kvalificeret sundhedspersonale, både som følge af en generel mangel på sundhedspersonale og som følge af, at sundhedspersonale i stigende grad søger mod det private arbejdsmarked.

### 3.6.3 Initiativer

Sundhedsstyrelsen nedsatte på anmodning fra Indenrigs og Sundhedsministeren i november 2006 Task Force vedr. strålebehandling med repræsentation af de fem regioner, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs og Sundhedsministeriet. Ud over at løse en række opgaver i relation til strålebehandlingen fungerer Task Force som forum til at finde løsninger på strålebehandlingsområdet. Med tillægssaf-tale til Kræftplan II i december 2006 er der oprettet en fælles kræftenhed i Indenrigs og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Kræftenheden skal styrke det statslige overblik og styring af kræftområdet, så der sikres konstant og hurtig fremdrift i første omgang på stråleområdet.

Samtidig er der etableret en særlig finansieringsordning på strålebehandlingsområdet. Meraktivitetspuljen (Det Statslige Aktivitetsbestemte Tilskud) blev opdelt i to, hhv. strålebehandling og ”resten” med hver sin tilsvarende baseline. Samtidig var partierne enige om så vidt muligt at tilføre puljen yderligere midler i 2007 med henblik på at overholde de maksimale ventetider. Initiativerne er etableret som et tillæg til aftalen om kræftplan II, der blev indgået mellem regeringen og Dansk Folkeparti i december 2006, og fungerer i første omgang for perioden 2007-2008.

Samlet set er der med etableringen af bl.a. den ny kræftenhed taget initiativ til større central opfølgning på stråleområdet, samtidig med at der er knyttet tættere bånd til regionerne gennem samarbejdet i Task Force for strålebehandling.

## 3.7 Den ikke-kræftspecifikke behandling

Den ikke-kræftspecifikke behandling  
Mål: Større viden om understøttende behandling, rehabilitering og palliation

Målet med den ikke-kræftspecifikke behandling er at støtte kræftpatienterne, som fx kan have senfølger af sygdom og behandling i form af træthed, vægttab, smerter, nedsat livsmot mv. Den ikke-kræftspecifikke behandling omfatter understøttende behandling, rehabilitering og palliation. Eller sagt på en anden måde: Alt det der ikke vedrører den specifikke kræftsygdoms behandling, fx forebyggelse af kvalme.

### 3.7.1 Resultater

1. Der er udarbejdet **nationale kliniske retningslinjer** for en række understøttende behandlinger, som foreligger i ”Håndbog i medicinsk behandling af kræftsygdomme“ på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org). Der udbydes samtidig obligatoriske speciallægekurser om understøttende behandling samt symposier om samme. DSAM har i samarbejde med kommunale sygeplejersker og sygehusspecialister udarbejdet en klinisk vejledning om palliation

2. Der er givet tilsagn om støtte til etablering af en database for palliation i forbindelse med udmøntningen af Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning. Databasen kan forankres i en DMCG kun for palliation eller evt. en fælles DMCG for understøttende behandling, rehabi-

litering og palliation, som vil stå for **monitoreringen** af området efter aftale med regionerne.

3. I flere regioner er der ansat eller planlægges at ansætte rehabiliterings koordinatore, som skal afdække kræftpatienters behov for **rehabilitering** ikke kun i sygehussektoren, men også på tværs af sektorerne. I flere regioner er der herudover samarbejdsaftaler med Kræftens Bekæmpelse på rehabiliteringsområdet, om at Kræftens Bekæmpelse forestår rådgivning og støtte til kræftpatienter.

4. I alle regioner udestår en indsats i forhold til **uddannelse** af relevant personale indenfor rehabilitering. En enkelt region beskriver, at det planlægges at uddanne 2 sygeplejersker i akupunktur efter, at der på forsøgsbasis er givet akupunktur til bl.a. kvinder med hede-/svedeture som bivirkning til antihormonbehandling. Derimod er der i alle regioner gjort en stor indsats i forhold til uddannelse af personale indenfor palliation.

5. I alle regioner etableres der **forsknings- og udviklingsenheder** for rehabilitering, der bl.a. har kræft som fokusområde. Der er på landsplan etableret ét ud af de tre kompetencecentre, som anbefales i KOF-rapporten (Klinisk Kræftforskning i Danmark). Kompetencecenteret beskæftiger sig med den tværsektorielle indsats i forhold til nogle af de hyppigste kræftformer, bl.a. brystkræft.

6. I flere regioner er der etableret **palliative teams**, som er under hastig udbredelse. De palliative teams skal bl.a. sikre sammenhængen i patientforløbet over sektorgrænserne. Bl.a. kan det palliative team tage sig af koordinationen på tværs af egen læge/hjemmepleje/sygehus/hospice. Det beskrives ikke i hvilket omfang, der er indikatorer for den palliative indsats i dokumentationssystemerne.

7. Der udestår endnu en etablering af et **videns- og forskningscenter** på det palliative område. Kræftens Bekæmpelse, Hospice Forum Danmark, Dansk Selskab for Palliativ Medicin og Foreningen for Palliativ Indsats har ansøgt om midler til etablering af et nationalt videns og forskningscenter. Der er foreløbigt givet afslag på denne ansøgning.

### 3.7.2 Barrierer

En barriere for den ikke-kræftspecifikke behandling er mangel på personale med en uddannelse, der er målrettet den ikke-kræftspecifikke behandling. Dog er regionerne længere fremme med uddannelse af personale indenfor palliation end uddannelse af personale indenfor rehabilitering. Der meldes om manglende viden om de muligheder, der eksisterer indenfor den ikke-kræftspecifikke behandling.

En anden barriere er forskellig praksis på tværs af sektorer i relation til den ikke-kræftspecifikke behandling. En region nævner fx, at det er en barriere, at hjemmeplejen ikke kan modtage patienter, der får væskebehandling via centralt intravaskulært kateter (CVK). Der udestår i regioner og kommuner at finde fælles fodslag i sådanne praktiske spørgsmål. Der er et betydeligt overlap mellem mange faglige opgaver og pleje opgaver. Dette gælder i særligt grad for palliation.

### 3.7.3 Initiativer

Med ”kompetencecentre for kræft i almen praksis” er der taget initiativ til at sikre større sammenhæng i patientforløbet på tværs af sektorerne. Kompetencecentre for

kræft i almen praksis skal sikre kvaliteten af den del af kræftbehandling, der i stigende grad foregår uden for sygehusene. Det første kompetencecenter er foreløbigt oprettet på forsøgsbasis. Der er ikke taget stilling til, hvornår de 2 øvrige kompetencecentre oprettes.

Ligeledes er der med de kommunale praksiskonsulenter taget initiativ til at sikre større sammenhæng i patientforløbet på tværs af sektorerne. I kommunerne er der, ligesom der i mange år har været på sygehusområdet, blevet ansat praksiskonsulenter, dvs. praktiserende læger der fungerer som bindeled mellem de alment praktiserende læger og kommunerne, fx i forhold til formidlingen af kommunale tilbud om rehabilitering.

I forbindelse med kræftrehabilitering er der udmøntet en pulje til kommunale projekter som har til hensigt at oparbejde og forankre viden i kommunerne om, hvordan man tager hånd om fysiske og psykologiske problemer. Den røde tråd gennem projekterne er et intensivt samarbejde med de praktiserende læger, som har tovholderfunktionen. For yderligere information om projekterne henvises til [www.cancer.dk/kkr](http://www.cancer.dk/kkr)

Samlet set tegner der sig et billede, hvor sammenhængen i patientforløbet på tværs af sektorgrænserne er den vigtigste udfordring i relation til den ikke-kræftspecifikke behandling, hvor der er overlap mellem mange af de kommunale og regionale opgaver.

### 3.8 Patientaspektet

Patientaspektet  
Mål: Støtte patienters lyst og evne til egenomsorg

Målet med egenomsorg er at støtte kræftpatienter, så de har kontrol over deres liv og en tro på, at de også i fremtiden kan håndtere deres sygdom. I praksis kan det betyde, at de deltager aktivt i deres egen behandling, fx ved at søge viden og være opmærksom på deres fysiske og psykiske helbred, ved at søge støtte hos og indgå i et samarbejde med sundhedspersonalet om behandlingen.

#### 3.8.1 Resultater

1. Størstedelen af regionerne beskriver, at der er ansat bl.a. psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter. Der er endnu ikke en systematisk visitation af kræftpatienters **psykosociale problemer og behov**. Ligeledes er der endnu ikke udarbejdet retningslinjer for visitation af kræftpatienters psykosociale problemer og behov.

2. Størstedelen af regionerne beskriver, at der arbejdes med at styrke **patienters egenomsorg**. Fx beskrives det i flere regioner, at der er etableret patientskoler eller patientuddannelser rettet mod patienter med forskellige former for kræft eller i forskellige aldersgrupper. Eksempelvis er der i en region sat fokus på at hjælpe kræftsyge børn og deres pårørende til at mestre deres situation gennem bl.a. etablering af børnegrupper.

3. Størstedelen af regionerne beskriver, at **pårørende inddrages** i patientforløbet, hvis patienten ønsker det i forbindelse med fx svære samtaler. Størstedelen af regionerne beskriver, at der er udarbejdet lokale kliniske retningslinjer for fx samtaler med patienter og pårørende.

4. Det anbefales i bl.a. kræftplanen, at den eksisterende viden om **alternativ behandling** udbredes til det etablerede sundhedsvæsen med henblik på at understøtte dialogen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, samt at retningslinjer for alternativ behandling indarbejdes i afdelingernes instruks. Størstedelen af regionerne beskriver ikke eksplicit tiltag i relation til alternativ behandling.

### 3.8.2 Barrierer

En barriere i relation til patientaspektet er, at der i nogen grad er tale om en projektorienteret tilgang til området snarere end en mere systematisk tilgang. Der er uden tvivl mange afdelinger, der har startet mange gode projekter op, fx projektet der skal hjælpe kræftsyge børn og deres pårørende med at mestre deres livssituation. Udfordringen er nu at udbrede de gode projekter mere systematisk, således at det ikke bliver afdelings- eller personafhængigt, om der er et tilbud til den enkelte patient eller ej.

En anden barriere er i forlængelse heraf et i nogen grad manglende ledelsesmæssigt fokus i relation til patientaspektet. Et eksempel herpå er alternativ behandling, hvor der angiveligt er behov for større ledelsesmæssigt fokus på alle niveauer, hvis anbefalingerne i relation til alternativ behandling skal føres ud i livet. Dette handler først og fremmest om at understøtte dialogen mellem patienter og sundhedsprofessionelle om alternativ behandling, som anvendes af mange patienter.

### 3.8.3 Initiativer

Det er særligt patienttilfredshedsundersøgelser, der fremhæves som et initiativ i relation til patientaspektet. Dette afspejler formentligt en stigende interesse for at forstå patienternes samlede behov og inddrage deres ressourcer i sygdoms og behandlingsforløbet. Patienten får her mulighed for at give feedback om deres oplevelse af patientforløbet, og afdelingerne kan tage det med i den fremadrettede udvikling.

Desuden fremhæves patientrettede IT-løsninger, der skal sikre en god information til patienten. I en region arbejdes der på en hjemmeside, der henvender sig til såvel kræftpatienter og pårørende som sundhedspersonale. Hensigten er, at hjemmesiden skal være det sted, hvor regionens sundhedspersonale kan bidrage med fx de seneste nationale og internationale forskningsresultater indenfor kræftområdet rettet til patienter og pårørende.

Samlet set tegner der sig et billede i relation til patientaspektet, hvor alle regioner arbejder med patientaspektet om end overvejende på projektbasis, med undtagelse af patienttilfredshedsundersøgelser.

### 3.9 Personale og uddannelse

Personale og uddannelse  
Mål: Tilstrækkeligt kvalificeret sundhedspersonale

Målet i relation til personale og uddannelse er at sikre tilstrækkelig sundhedspersonale med de nødvendige kvalifikationer og kompetencer til at varetage kræftdiagnostik og behandling. Manglen på kvalificeret sundhedspersonale er en af de største udfordringer i forhold til at sikre en god og hurtig behandling. Videre- og efteruddannelse er en af vejene til at sikre det.

#### 3.9.1 Resultater

1. I Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for 2008-2012 fastsættes antallet af hoveduddannelsesstillinger og introduktionsforløb og der er med få undtagelser sket udvidelser i alle specialer. Bl.a. er det fastsat, at antallet af hoveduddannelsesstillinger indenfor klinisk onkologi udvides fra 18 til 24, som udvides, efterhånden som rekrutteringsgrundlaget bliver bedre. Antallet af introduktionsforløb indenfor klinisk onkologi udvides endvidere til op til 3 pr. hoveduddannelsesforløb med henblik på at forbedre rekrutteringsgrundlaget. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi samarbejder p.t. om at forbedre introduktion til specialet for yngre læger.

2. Flere regioner beskrives initiativer vedrørende efteruddannelse af både speciallæger og øvrigt personale. Efteruddannelse foregår både i ind- og udland og inkluderer deltagelse i relevante kurser og konferencer, afholdelse af konferencer, studieophold, intern undervisning og supervision. Der er trods flere gode initiativer vedrørende lægers efteruddannelse ikke udarbejdet en egentlig overordnet plan for organiseringen af speciallægers efteruddannelse på kræftområdet.

3. I 2005 er der i aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om forbedring af behandlingen af kræft afsat 25 mio. kr. til lægers efteruddannelse i kræftbehandling. Kræftkirurgien blev nævnt som et særligt indsatsområde. Kræftstyregruppen anbefalede, at en del af midlerne blev brugt til efteruddannelse i multidisciplinært samarbejde på det kolorektal kirurgiske område. Midlerne er udmøntet lokalt til en bred vifte af efteruddannelses tiltag, bl.a. uddannelse i optimal operationsteknik, uddannelse af kirurger i udlandet og "side-by-side" oplæring.

4. I august 2004 udkom rapporten "Behandling af tarmkræft i Danmark – med fokus på den kirurgiske behandling", hvor det blev anbefalet at iværksætte en national efteruddannelse af de multidisciplinære behandlingsteams, denne anbefaling er videreført i Kræftplan II. I Region Midtjylland og Region Nordjylland arbejder man nu med et efteruddannelsesprojekt for kræftlæger i multidisciplinære teams. Forløbet er obligatorisk for alle speciallæger, der beskæftiger sig med kolorektal kræft. Danish Colorectal Cancer Group involveres i den efterfølgende videnskabelige evaluering af projektet.

5. I relation til at nedbringe ventetiden til strålebehandling blev der i starten af 2007 af Sundhedsstyrelsen nedsat et udvalg (Udvalget om eftersyn af rammerne for uddannelse af personalegrupper inden for stråleterapien på kræftområdet), som skulle vurdere, hvordan der på kort og længere sigt kunne ske en forøgelse af be-



handlingskapaciteten. Udvalget udarbejdede en rapport med en række anbefalinger, men vurderede også, at mulighederne for at øge kapaciteten på kort sigt især var øget over- og merarbejde.

6. Hidtil har der på lokalt initiativ eksisteret forskellige efteruddannelser for sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter. Forud for kræftplanen blev man opmærksom på behovet for en egentlig videreuddannelse. Der er på den baggrund udarbejdet et forslag til specialuddannelse for sygeplejersker, der arbejder indenfor kræftområdet. Det er aftalt mellem regeringen, KL, Danske Regioner og FTF i juli 2007, at specialuddannelsen igangsættes fra 2008. Der er afsat en pulje på 25 mio. kr. til det formål.

### 3.9.2 Barrierer

Med Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for 2008-2012 er der sket en udvidelse af antallet af hoveduddannelsesstillinger. En barriere er imidlertid, at det er vanskeligt at få besat hoveduddannelsesstillingerne. Flere hoveduddannelsesstillinger og/eller flere introduktionsstillinger vil ikke med sikkerhed øge rekrutteringen og dermed på sigt antallet af speciallæger indenfor eksempelvis klinisk onkologi.

En anden barriere er, at der i klinisk onkologi er et frafald under og efter introduktionsforløbet. En del af årsagen formodes at være arbejds- og uddannelsesmiljøet på afdelingerne, som har betydning for, hvor mange der efter et introduktionsforløb har lyst til at videreuddanne sig til speciallæge i klinisk onkologi.

### 3.9.3 Initiativer

Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi samarbejder om at styrke rekrutteringen til introduktionsstillinger i klinisk onkologi ved at give yngre læger en bedre introduktion til specialet. Dette gøres bl.a. igennem introduktionsfoldere og studiedage.

For at sikre den nødvendige rekruttering til hoveduddannelsesforløb har Dansk Selskab for Klinisk Onkologi sat fokus på uddannelses- og arbejdsmiljø på de klinisk onkologiske afdelinger. Dette kan bl.a. ske gennem formaliseret bedside undervisning, kommunikationstræning og E-learning.

Samlet set tegner der sig et billede, hvor personalemangel også i fremtiden vil være en stor udfordring, og hvor opgaveglidning og rekruttering i udlandet vil være løsningsmodeller, der må arbejdes seriøst med. Der vil samtidig være behov for nytænkning og initiativer, der kan afhjælpe personalemangel

### 3.10 Infrastruktur for den kliniske kræftforskning

#### Klinisk kræftforskning

Mål: Koordination og kvalitet i den kliniske kræftforskning

Målet med at styrke infrastrukturen for kræftforskningen er at kunne levere moderne behandling, der lever op til kvaliteten på det højeste internationale niveau. Målet er endvidere at sikre, at der forskes i alle relevante dele af kræftforløbet. Der er i 2005 udarbejdet en rapport om klinisk kræftforskning i Danmark (KOF-rapporten) i samarbejde med relevante aktører indenfor klinisk kræftforskning. KOF-rapporten anbefaler, at infrastrukturen for klinisk kræftforskning styrkes, fx forskernetværk, der koordinerer indsatsen omkring de enkelte kræftsygdomme.

#### 3.10.1 Resultater

1. Der er i 2007 – i samarbejde med Sundhedsstyrelsens følgegruppe for klinisk kræftforskning – foretaget en udmøntning af Indenrigs og Sundhedsministeriets **pulje til styrkelse af klinisk kræftforskning**. Puljen er tilvejebragt i aftale mellem regeringen og Dansk Folkeparti og er udmøntet til både kliniske forskningsenheder, kompetencecentre og Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG).

2. Der er implementeret en model for organiseringen af **Danske Multidisciplinære Cancer Grupper**, som følger et fælles udspil fra regionerne og universiteterne ”Fælles udspil fra regionerne og universiteterne omkring organiseringen af infrastruktur for klinisk kræftforskning” (2006). DMCG’erne er organiseret med udgangspunkt i hjemmesiden [www.dmcg.dk](http://www.dmcg.dk) og er foreløbigt finansieret gennem Indenrigs og Sundhedsministeriets pulje til styrkelse af klinisk kræftforskning.

3. **Ledelsesforum for medicinsk sundhedsforskning**, med repræsentation af Danske Regioner og de sundhedsvidenskabelige fakulteter, koordinerer arbejdet med at fremme infrastrukturen for klinisk kræftforskning. Det er i forlængelse heraf drøftet, at infrastrukturen skal have form af et nationalt infrastrukturetsamarbejde frem for et regionalt infrastrukturetsamarbejde. Det nationale infrastrukturetsamarbejde er endnu under udvikling.

#### 3.10.2 Barrierer

En barriere, der peges på i relation til styrkelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning er finansieringen. Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning på 88,5 mio. kr. kan anvendes til og med 2009. Behovet for en supplerende og efterfølgende finansiering efter 2009 er endnu ikke afklaret. Det kan dels få driftsmæssige konsekvenser for flere af infrastruktur-enhederne, dels kan det få konsekvenser for investeringer for flere af infrastruktur-enhederne, fx investeringer i personale og IT. Det skal bemærkes at udmøntningen af midler til infrastruktur for klinisk kræftforskning ikke er sket i fuldstændig enighed.

En anden barriere, der peges på i relation til infrastruktur for den kliniske kræftforskning er, at der ikke er etableret fora/organer, som kan sikre koordinering af arbejdet med at styrke infrastrukturen for klinisk kræftforskning mellem de relevante parter. Styrkelse af infrastrukturen omfatter bl.a. opbygningen af en national

forskningsbiobank samt et styrket samarbejde mellem de 3 kompetencecentre for klinisk kræftforskning, som har modtaget støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning.

### 3.10.3 Initiativer

I forbindelse med udmøntningen af puljen til styrkelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning er der givet støtte til bl.a. etableringen af en national biobank. En national biobank skal danne rammen om indsamling og opbevaring af blod og væv, således at data vedr. kræftpatienternes blod og/eller væv kan sammenholdes med kliniske data fra DMCG-databaserne.

I relation til etableringen af en national biobank har Ledelsesforum for medicinsk sundhedsforskning taget en række initiativer, herunder etableringen af en styregruppe for den nationale biobank. Biobanken er foreslået ledelsesmæssigt og organisatorisk forankret i Ledelsesforum for medicinsk sundhedsforskning.

Samlet set tegner der sig et billede i relation til styrkelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning, hvor forudsætningen i form af en første finansiering af styrkelse af infrastrukturen er på plads. Der udestår nu et arbejde med at få den fortsatte finansiering på plads samt sikre koordinering.

### 3.11 Monitorering

#### Monitorering

Mål: Overblik over indsats og behandlingsresultater

Målet i relation til monitorering er at kunne fremlægge kræftstatistik, der kan anvendes i overvågning af sygdomsudviklingen i befolkningen, samt dokumentere behandlingsindsatsen og dens kvalitet med henblik på at kunne sætte ind med relevante forbedringer af indsatsen. Derudover er målet at sikre, at de brugere, som har behov for oplysninger om indsatsen på kræftområdet, får adgang til disse data, samt at de formidles på overskuelig vis, så opgaveløsningen og informationsbehovet generelt understøttes.

#### 3.11.1 Resultater

1. Sundhedsstyrelsen arbejder på at opbygge en model for systematisk monitorering. Dette vil bidrage til at skabe overblik over de mange forskellige **data**, der er på kræftområdet i kraft af bl.a. nationale registre, patientadministrative systemer og kliniske databaser. Hensigten med modellen er på baggrund af strategikorttankegangen at kortlægge sammenhængen mellem de mange forskellige data, som dels skal anvendes i forhold til at sikre, at data dækker kræftområdet bredt, og dels skal anvendes i forhold til at sikre de rette **indikatorer** på kræftområdet. Udviklingen af modellen for systematisk monitorering forventes afsluttet i 2008 og vil løbende blive taget i anvendelse.

2. Den 15. juni 2006 trådte bekendtgørelsen om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser i kraft, som bl.a. skal skabe grundlag for sammenligning af de enkelte indberettende enheder – og over tid. Der sker i langt højere

re grad end tidligere en sammenkobling af data i samarbejde mellem sygehusejere, kompetencecentre og Sundhedsstyrelsen. Sammenkoblingen af data bidrager dels til en højere datakvalitet, og dels til et lavere ressourceforbrug i sundhedsvæsnet til registrering og indberetning idet data genbruges.

3. Sundhedsstyrelsen og regionerne arbejder på at implementere **elektronisk indberetning** til de centrale registre. Opgaven med ajourføring og modernisering af Cancer og Dødsårsagsregisteret forventes tilendebragt i 2007. Cancerregisteret 2002 og 2003 er tidligere offentliggjort i en foreløbig udgave og vil i september 2007 offentliggøres i den endelige udgave. Efter planen foreligger det moderniserede Cancerregisteret for 2004 inden udgangen af 2007, hvorefter driften af registeret normaliseres i 2008. Dødsårsagsregisteret 2005 blev offentliggjort i september 2006, og årgangene 2002-2004 samt 2006 offentliggøres efter planen inden udgangen af 2007.

4. Sundhedsstyrelsen arbejder på at forberede et udbud af opgaven med at gennemføre landsdækkende **patienttilfredshedsundersøgelser** på kræftområdet som en del af udviklingen af monitoreringen på kræftområdet, jf. også tillæg til Kræftplan II af 6. december 2006. Det er forventningen at udbudsrunder gennemføres i 2007, og at undersøgelsen derefter kan gå i gang i hensigtsmæssig koordinering med den eksisterende landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser, som foretages hver 2. år.

### 3.11.2 Barrierer

Det er generelt set en barriere for data af høj kvalitet, hvis der ikke er tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning til anvendelsen af ressourcer hos det personale i sundhedsvæsnet, der arbejder med dokumentation og indberetning. Løbende, tilbagevendende målinger af den kliniske kvalitet kræver et apparat af data, der kun kommer til verden i det nødvendige omfang og med den nødvendige datakvalitet, hvis opgaven med at dokumentere er prioriteret. Helt ned til den enkelte sundhedsperson med ansvar for at dokumentere den kliniske aktivitet skal formålet stå klart. Opgaven med at foretage dokumentationen skal være prioriteret som en del af arbejdsopgaven.

Ligeledes er det en barriere, hvis der ikke i sundhedsvæsnet konsekvent er en skærpet aktualitet og kvalitet i indberetningerne til de centrale sundhedsregistre, særligt i forhold til Landspatientregisteret der er fødekilde til øvrige centrale sundhedsregistre og en række kliniske kvalitetsdatabaser. Derudover foregår en rig del af forskningen på kræftområdet med anvendelse af Landspatientregisteret. Især Landspatientregisteret spiller en vigtig rolle i kræftmonitoreringen og vil, når det moderniserede Cancerregister idriftsættes, blive et omdrejningspunkt for Cancerregisteret og omvendt.

Desuden er den nuværende status med manglende aktuel opdatering af Cancer og Dødsårsagsregisteret en barriere for monitorering.

### 3.11.3 Initiativer

Som en del af arbejdet med at styrke kræftmonitoreringen moderniserer og ajourfører Sundhedsstyrelsen Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret, som er to for kræftmonitoreringen centrale registre. Moderniseringen af Cancerregisteret indebærer, at papirbaseret indberetning erstattes med elektronisk indberetning, samt at

Cancerregisteret kobles med en række andre registre, for på denne vis at indhente og krydstjekke data. Tilsvarende indebærer moderniseringen af Dødsårsagsregisteret elektronisk indberetning af dødsattester, der endnu er under implementering, idet dele af sundhedsvæsnet ikke er påbegyndt den elektroniske indberetning. Initiativet er afgørende for den fremadrettede sikring af et opdateret, kvalitetssikret Dødsårsagsregister, og en fuldstændig udbredelse af elektronisk indberetning af dødsattester bør af den årsag sikres hurtigst muligt.

Ligeledes som en del af arbejdet med at styrke kræftmonitoreringen har Sundhedsstyrelsen udbygget den eksisterende kræftstatistik, bl.a. på de for monitoreringen meget vigtige områder: overlevelse og ventetid. Der er udviklet en landsdækkende sygehusbaseret overlevelsesstatistik som supplement til tal for overlevelse baseret på Cancerregisteret. Udarbejdelsen og offentliggørelsen af den sygehusbaserede overlevelse er sat i system, således at der løbende produceres nye, opdaterede opgørelser. Sammenlignet med den populationsbaserede overlevelse fra Cancerregisteret kan den sygehusbaserede overlevelse opgøres noget hurtigere. Desuden sættes der fokus på sygehusvæsnet, som varetager en væsentlig del af kræftbehandlingen.

Der er desuden udarbejdet en ny ventetidsstatistik, dels i form af erfarede ventetider, og dels i form af de interne ventetider. Den erfarede ventetid er en bagudrettet opgørelse over den ventetid, hvor patienten venter på at komme til undersøgelse eller i behandling. Den interne er den tid, der går fra patientens henvisning til sygehusbehandling, og til den endelige behandling finder sted. Udarbejdelsen og offentliggørelsen af ventetid til sygehusbehandling er sat i system, således at der løbende produceres nye, opdaterede opgørelser.

Samlet set tegner der sig et billede, hvor der er bred opbakning til at forbedre den eksisterende monitorering af kræftområdet. Afgørende er, at det står klart, at opgaven med at dokumentere kræftpatienter skal være prioriteret.

## 4 Succeshistorier

Mange sygehuse og afdelinger har i de seneste år arbejdet med forbedring af indsatsen på kræftområdet. Mange projekter har medført hensigtsmæssige ændringer, og udfordringen ligger nu i, hvordan man kan bruge erfaringerne fra de mange projekter til at implementere systematiske og solide løsninger. Det er derfor vigtigt, at man lader sig inspirere af hinanden, og at man tænker på tværs af sygehuse og afdelinger.

I det følgende skitseres *succeshistorier*, hvor fx regioner, sygehuse eller afdelinger har haft succes med at *tænke i nye baner* i forsøget på at forbedre kræftbehandlingen.

Succeshistorierne grupperer sig naturligt i områder, hvor der har været behov for forbedringer og nytænkning. Det drejer sig om det sammenhængende patientforløb, mangel på kvalificeret personale, interaktive løsninger, ledelsesinformation og service til patienten.

Det er vigtigt at påpege, at der her ikke er tale om en udtømmende liste over succeshistorier og heller ikke komplette beskrivelser. Formålet har været at give et indtryk af projekternes forskellighed og et indblik i, hvordan innovativt tænkning kan være med til at forbedre kræftbehandlingen. Der er i øvrigt ikke taget stilling til, hvor de beskrevne funktioner skal placeres i fremtiden.

Succeshistorierne er hentet fra regionernes bidrag til denne rapport og desuden ”Rundrejse i det danske sygehusvæsen” af statsministerens personlige repræsentant Erik Juhl:

- Succeshistorie 1: Den personlige læge på Rigshospitalet
- Succeshistorie 2: Drive-in undersøgelser på Vejle Sygehus
- Succeshistorie 3: Litauen og Estland t/r på Svendborg Sygehus
- Succeshistorie 4: Telepatologi på Horsens Sygehus
- Succeshistorie 6: Patienthotel på Odense Universitetshospital
- Succeshistorie 5: Regional kræftstyregruppe og kræftplan i Region Nordjylland
- Succeshistorie 7: Ledelsesinformation i Region Midtjylland
- Succeshistorie 8: Patientforløbsbeskrivelse på nettet i Region Sjælland

### 4.1 Den personlige læge som redskab til at skabe sammenhængende patientforløb

Det sammenhængende patientforløb handler om, at patienten oplever hele tiden at have kontakt til behandlere og ikke føler sig efterladt uden klar information eller aftale. Et eksempel er projektet på Rigshospitalets thoraxkirurgiske afdeling ”den

personlige læge”, hvor der er arbejdet med at reducere liggetid og skabe sammenhængende patientforløb ved, at alle patienter har en personlig læge. Den personlige læge, der udgøres af den opererende læge, har ansvaret for hele forløbet. Det vil sige udredning, operation, daglig stuegang, kontakt til andre afdelinger og henvisning til videre behandling og kontrol samt ambulante kontrol efter afsluttet operationsforløb. En vigtig forudsætning for ordningen med den personlige læge er en motiveret lægegruppe, som accepterer mindre individuel frihed til at planlægge dagligdagen. Desuden kræver det langtidsplanlægning af fravær, omlægning af dagens arbejde (operation og ambulatorium) under hensyntagen til afvikling af stuegang, samt omlægning af natarbejde (akutte operationer) til planlagt dagarbejde. Ordningen forudsætter desuden, at der er administrativ vilje til at betale for merarbejde/overarbejde, så mængden af afspadsring reduceres.

#### 4.2 Drive-in undersøgelser på Røntgenafdeling som redskab til at forkorte ventetiden

Forkortelse af ventetid er afgørende for hurtig diagnosticering af kræftsygdomme. På Vejle Sygehus' røntgenafdeling har man arbejdet med at forkorte ventetiden for kræftpatienter gennem en såkaldt "drive-in ordning", hvor patienter i princippet kan møde op til undersøgelse samme dag, som patienten er henvist. Mens hensigten med ordningen primært var primært at forkorte ventetiden for patienten, viste det sig, at ordningen også reducerede antallet af arbejdsstrin, og produktiviteten blev øget betydeligt. Mens der typisk fotograferes 6-10 patienter i timen på tidsbestilling, kunne der i åbent ambulatorium undersøges mellem 20 og 30 patienter i timen. En undersøgelse på røntgenafdelingen har vist, at let adgang for de praktiserende læger til at få udført røntgenundersøgelser mindsker behovet for at henvise til sygehusets ambulatorium samt for at indlægge patienter. Undersøgelsen viste, at der spares to indlæggelser per døgn. Praktiserende læger kan elektronisk rekvirere røntgenundersøgelser af skelet og af thorax. Umiddelbart efter, at henvisningen er tastet ind, kan patienten henvende sig uden tidsreservation. Røntgenafdelingen har besluttet, at alle undersøgelser skal beskrives samme dag, som de er optaget. Svaret på undersøgelserne kan være hos den rekvirerende læge efter få timer, den gennemsnitlige svartid var i 2006 på 3 timer.

#### 4.3 Samarbejde med udenlandsk røntgenafdeling som et redskab til at sikre en effektiv anvendelse af personaleressourcer

Mangel på sundhedspersonale beskrives som en stor udfordring i alle regioner. På den radiologiske afdeling på Svendborg Sygehus er der etableret et fagligt samarbejde mellem radiologer og computerteknisk personale på Sygehus Fyn og i Estland/Litauen for at løse problemet med mangel på radiologisk arbejdskraft i yderområderne i Region Syddanmark. Røntgenbilleder skal overføres imellem landene til beskrivelse i de baltiske lande med returnering og anvendelse af det diagnostiske resultat i Danmark. Der er udarbejdet en skabelon til beskrivelse af røntgenbillederne. Det er basisundersøgelserne, man påtænker at flytte til vurdering/beskrivelse i udlandet, således frigøres danske radiologer fra basisfunktioner til mere avanceret diagnostik og til at udføre undersøgelser, hvor lægers tilstedeværelse er påkrævet. [www.balticehealth.org](http://www.balticehealth.org)

#### 4.4 Telepatologi som redskab til at skabe sammenhæng på tværs af specialisering og sygehuse

I forbindelse med en øget specialisering er samarbejde på tværs af sygehuse blevet mere og mere relevant. Et eksempel er Regionshospitalet i Horsens, der har installeret telepatologi i relation til behandling af kræft i æggestokkene. I forbindelse med operativ behandling af kræft i æggestokkene er det en forudsætning at have direkte adgang til frysemikroskopi. Operationerne for kræft i æggestokkene udføres på regionshospitalet Horsens, og patologerne på Vejle sygehus udfører frysemikroskopian. Afstanden mellem Regionshospitalet Horsens og Vejle Sygehus er 32 km, hvilket gør proceduren besværlig. Skal et operationspræparat sendes med taxa fra Regionshospitalet Horsens til Vejle Sygehus, vil det forsinke processen ca. 40 min. Enten må man opgive at foretage frysemikroskopi, eller patienten må holdes i narkose i ekstra 40 minutter. Rent praktisk er der installeret et WEB-kamera på operationsstuen og på laboratoriet på Regionshospitalet Horsens og hos patologerne på Vejle Sygehus. Der er direkte forbindelse med billede og lyd mellem operationsstuen på Regionshospitalet Horsens og patologerne i Vejle og mellem laboratoriet Regionshospitalet Horsens og patologerne i Vejle. Herved er der mulighed for preoperativt at demonstrere udtaget væv for patologen og efter dennes instruks at udtage vævsprøver, som sendes på laboratoriet på Regionshospitalet Horsens til en specialuddannet bioanalytiker, som præparerer materialet og lægger det i et mikroskop. Mikroskopet er ligeledes placeret på laboratoriet på Regionshospitalet Horsens. Dette mikroskop styres af patologen i Vejle, som på sin skærm kan se det mikroskopiske billede og kan fremvise dette for operatøren og under denne fremvisning kommunikere med operatøren på operationsstuen. Sammen kan de beslutte det rette operative indgreb med henblik på at give patienten den mest optimale operative behandling.

#### 4.5 Patienthotel som et redskab til at sikre tryghed hos patienten

På Odense Universitetshospital har man med etableringen af et universitetshospital villet forbedre serviceniveauet for de mest selvhjulpne patienter på hospitalet. Det har også været målet at effektivisere og omstille driften af hospitalet ved at målrette personaleindsatsen, her især plejeindsatsen, i forhold til patienternes behov. Resultatet er lavere omkostninger og derved økonomisk rum til kunne opfylde andre påtrængende behov. Man har desuden arbejdet med at udvikle nye måder at tilrettelægge patientforløb på og at skabe bedre forhold for pårørende og patienter, også dem der kommer langvejs fra. En af udmøntningerne er et samlet patientforløb i Brystkirurgisk Center. Idéen om at skabe et samlet patientforløb for brystkræftpatienter i en bemandet patienthotelenhed med integreret ambulatoriefunktion er et nyt koncept, hvor det overordnede grundlag er at sætte patienten i fokus. Patienten bor på patienthotellet under hele forløbet og har mulighed for gratis at have en pårørende med.

#### 4.6 Regionale kræftstyregrupper og regionale kræftplaner som et ledelsesredskab

I Nordjyllands Amt blev der i 1999 nedsat en regional kræftstyregruppe, der skulle planlægge tilbuddet til kræftpatienter i amtet. Kræftstyregruppen har bestået af for-



mændene for de lægelige specialeudvalg, repræsentanter for sygehusafdelinger ved Aalborg Sygehus, der har beskæftiget sig med kræftbehandling, sygehusledelser samt forvaltningen. Den første nordjyske kræfthandlingsplan blev udarbejdet i 2000. Siden da er der hvert år til Sundhedsudvalget udarbejdet en kræfthandlingsplan med forslag til indsatsområder på kræftområdet. De nordjyske kræftoplæg har igennem årene haft afsæt i de Nationale Kræfthandlingsplaners indsatsområder. Region Syddanmark har for nylig nedsat en lignende regional kræftstyregruppe, der har til opgave at have vedvarende fokus på problemstillinger indenfor området. Den regionale kræftstyregruppe i Region Syddanmark har med henblik på at optimere det samlede patientforløb på kræftområdet iværksat en gennemgang af de eksisterende produktionslinjer indenfor lunge, bryst og tarmkræft. Et andet formål er at sikre fast monitorering af ventetider for de enkelte kræftområder, så regionen hele tiden er opdateret og har mulighed for at handle, hvis det kræves.

#### 4.7 Ledelsesinformation som redskab til systematisk opfølgning på nøgletal

WEBLIS er et ledelsessystem, som er udarbejdet i det tidligere Vejle Amt, og som nu danner grundlag for Region Midtjyllands web-baserede ledelsesinformationssystem og for udviklingen i Region Syddanmark. WEBLIS giver ledelsen og alle klinikere på hospitalet mulighed for løbende at søge troværdige, aktuelle og relevante oplysninger om en lang række nøgletal inden for økonomi, aktivitet og kvalitet. Systemet er udviklet på baggrund af ønsker fra kliniske fagfolk og ledere i regionen således, at indholdet er vedkommende for de, der bruger det. Systemet har bidraget ganske væsentligt til, at der på alle niveauer på hospitalet er tillid til det fælles datamateriale, der danner grundlag for ledelsesmæssige og faglige drøftelser og beslutninger af både taktisk og strategisk karakter. Man er – populært sagt – holdt op med at drøfte, om tallene er rigtige; i stedet drøfter man, hvordan resultaterne fastholdes og – om nødvendigt – forbedres. Systemet skal kontinuerligt valideres og udvikles for at sikre, at data er korrekte og analyseret i tråd med bedste praksis. Specielt kvalitetsdelen af ledelsesinformationssystemet er udtryk for nytænkning, idet det på kvalitetsområdet til enhver tid er muligt at søge valide oplysninger for bl.a. ventetider, patienttilfredshed, den sundhedsfaglige kvalitet og patientsikkerhed.

#### 4.8 Patientforløbsbeskrivelser på Internettet som redskab til at sikre behandlingskvaliteten

I region Sjælland udarbejdes patientforløbsbeskrivelser, som publiceres på [www.patientforloeb.dk](http://www.patientforloeb.dk). Til det arbejde er der udviklet et fælles værktøj, en model til brug for såvel primær som sekundær sektor. Modellen er ligeledes udarbejdet som en generisk model til brug for andre afdelinger. Arbejdet med patientforløbsbeskrivelser har været en tværfaglig proces, så et patientforløb ikke klippes op og ”uddeles” til hver sin adskilte sundhedsfaglige gruppe, men udarbejdes i en fælles helhed, der sikrer kvalitet, kommunikation, koordinering og kontinuitet. Det er vigtigt, at der skabes konsensus om, at der for en given diagnose kun findes én patientforløbsbeskrivelse gældende for hele Sygehus Vestsjælland. Det kan dog af forskellige årsager være nødvendigt at indskrive lokale variationer.

## 5 Bilagsfortegnelse

**Bilag 1**            **Anbefalinger i kræftplan II**

**Bilag 2:**            **Spørgeskema fra opfølgningen på Kræftplan II**

# Bilag 1 Anbefalinger i Kræftplan II

Kræftplan II giver en række anbefalinger til forbedring af indsatsen på kræftområdet, her er de samlet i en oversigt :

## Anbefaling i Kræftplan II

### Patientforløb

Patientforløb - klinisk indhold	A. Det sundhedsfaglige indhold i alle forløb tilrettelægges efter nationale kliniske retningslinier tilpasset lokale forhold B. Klinisk kvalitet dokumenteres med udvalgte indikatorer i patient-administrative systemer og kliniske kvalitetsdatabaser
Patientforløb - patientaspekter	A. Patientforløb bør indrettes således, at patienter undgår unødige ventetider B. Patienterne bør hele tiden have vished om det videre forløb og fra starten bør der være udpeget en sygeplejerske eller læge, som kan kontaktes ved tvivlsspørgsmål
Patientforløb - personaleforhold	A. Speciallæger med ansvar for behandling af kræftpatienter bør indgå i et forpligtende kontinuert multidisciplinært teamsamarbejde, der sikrer hensigtsmæssige forløb
Patientforløb - organisering	A. Patientforløb i pakker bør udvikles og anvendes lokalt B. Logistik- og udviklingskompetence kan bidrage til ledelsesfunktionens arbejde med organiseringen C. IT bør anvendes overalt som informations og kommunikationsbærer mellem praksissektor og sygehus og internt på sygehuset
Patientforløb - aktivitetsberegning	A. Sundhedsstyrelsen vil ud fra forekomsten af de enkelte kræftsygdomme og de nationale kliniske retningslinjer for diagnostik og behandling af sygdommene foretage beregninger af det forventede aktivitetsniveau

### Forebyggelse og tidlig opsporing

Primær forebyggelse tobak	A. Sikring af totalt røgfri miljøer på arbejdspladser og i det offentlige rum, herunder særligt hvor børn færdes, fx skoler, børneinstitutioner og sportshaller B. Udbygning af offentligt finansierede differentierede rygeafvænnings tilbud til befolkningen, herunder til særlige grupper. Tilbudet bør sidestilles med sundhedsvæsenets tilbud til fx alkoholafvænnning C. Brede informationskampagner i befolkningen og uddannelsesprogrammer på skoler og videregående uddannelser D. Tobaksafgifter fastsættes så højt som muligt inden for de skatte- og afgiftspolitiske rammer E. Større og mere effektive informationer på cigaretpakkerne F. Tobak bør indgå som et prioriteret område i kommunernes forebyggelsespolitik, og der bør opstilles mål for tobaksforebyggelsen
Primær forebyggelse uhensigtsmæssig ernæring og overvægt	A. Implementering af sundhedspolitikker i kommunale institutioner og på arbejdspladser, herunder politik for kost og bevægelse B. Sikring af øget tilgængelighed til frugt og grønt i institutioner og på arbejdspladser C. Begrænset markedsføring af slik, sodavand og andre fedt- og sukkerrige madvarer

Primær forebyggelse alkohol overforbrug	A. Afgifter på alkoholprodukter fastsættes så højt som muligt inden for de skatte- og afgiftspolitiske rammer B. Yderligere skærpelse af mindstealderen for køb af alkohol C. Prioritering af systematisk, evidensbaseret alkoholbehandling, der dækker alle relevante alkoholproblemer fra det tidlige overforbrug af alkohol til det afhængige forbrug
Primær forebyggelse fysisk inaktivitet	A. Indførelse af bevægelsespolitikker på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner B. Udvikling af national handlingsplan for fysisk aktivitet
Primær forebyggelse ultraviolet stråling	A. Uddannelse og efteruddannelse af sundhedsplejerskerne og den øvrige kommunale sundhedstjeneste vedrørende sunde solvaner B. Intensiveret information til befolkningen vedrørende sunde solvaner, herunder særligt fokus på formidling til yngre kvinder
Primær forebyggelse befolknings screening	A. Livmoderhalskræftscreening bør tilbydes hvert tredje år til kvinder i alderen 23-59 år B. Der bør snarest muligt i alle amter/regioner indføres tilbud om mammografiscreening hvert andet år til kvinder i alderen 50-69 år C. Når resultaterne af de planlagte gennemførlighedsundersøgelser af tarmkræftscreening foreligger, skal det vurderes, om tarmkræftscreening bør indføres som et tilbud til mænd og kvinder i alderen 50-74 år D. Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til en central monitorering af iværksatte screeningsprogrammer i et nationalt program, der følger EU-rekommandationerne
<b>Kræftdiagnostik</b>	
Diagnostik symptomer søge læge	A. Udvikling af en sammenhængende informationsstrategi over for befolkningen om symptomer, der bør medføre henvendelse til lægen og om behandlingsmuligheder. Strategien bør omfatte en kombination af medier og kommunikationsmetoder og bør også omfatte information til sundhedsprofessionelle, for at disse skal kunne understøtte indsatsen B. Obligatorisk undervisning i sundhed/sygdom i folkeskolens ældste klasser for at give almen viden om kroppen og om normale og ikke normale reaktioner fra kroppen C. Forskning i patientadfærd ved symptomer og i årsager til kræftpatienters forsinkede henvendelse til læge, herunder betydningen af fx køn, alder, social klasse, socialt netværk og læge-patientforholdet
Diagnostisk udredning på sygehus	A. De billeddiagnostiske afdelinger bør sikre effektive arbejdsgange, vurdering af muligheder for opgaveglidning imellem personalegrupper, optimering af udstyrets anvendelse samt løbende vurdering af behovet for udskiftninger og nyanskaffelser B. Den sundhedsfaglige kvalitet af billeddiagnostiske undersøgelser og de tilhørende beskrivelser bør sikres og dokumenteres C. Det bør sikres, at data fra Patologidatabanken kan anvendes med henblik på monitorering af den sundhedsfaglige kvalitet D. De multidisciplinære teams bør sikre den nødvendige feedback mellem billeddiagnostikere, patologer og kirurger mfl. for at styrke kvaliteten af kræftdiagnostikken E. Der bør ske en styrkelse af det molekylærdiagnostiske område på patologiafdelingerne i relation til de onkologiske centre

F. Sundhedsstyrelsen vurderer, om der er behov for en opdatering af rapporten ”PET – anbefalinger for udbygning af PET og FDG” fra 2002

Kræftbehandling	
Sundhedsfaglig kvalitet og patientforløb for kirurgiske kræftpatienter	<p>A. Den sundhedsfaglige kvalitet af den kirurgiske kræftbehandling bør sikres ved, at der på alle områder foreligger opdaterede og implementerede nationale kliniske retningslinjer</p> <p>B. Der bør tilsvarende være udarbejdet indikatorer, som i relevant omfang dokumenteres i patientadministrative systemer, centrale registre og kliniske databaser</p> <p>C. Monitoreringen anvendes i den løbende forbedring, og arbejdet bør fremskyndes for hurtigt at optimere kvaliteten af behandlingen</p> <p>D. Kirurgiske afdelinger bør indgå i multidisciplinært teamsamarbejde om behandlingen af kræftpatienter</p> <p>E. Det bør sikres, at afdelinger, der varetager kræftkirurgi, råder over tidssvarende faciliteter og udstyr, så rammerne for at gennemføre de kliniske retningslinjer er på plads</p> <p>F. Det er et ledelsesansvar på flere niveauer at sikre tilstrækkelig sundhedsfaglig kvalitet og optimerede patientforløb</p>
Kirurgisk organisation og operationskvalitet	<p>A. Den fremtidige kirurgiske behandling af kræftsygdomme samles i afdelinger, der har et tilstrækkeligt operationsmæssigt volumen inden for de enkelte kræftformer til at sikre den fornødne behandlingsmæssige kvalitet, og til at denne kan vurderes på et forsvarligt talmæssigt grundlag</p> <p>B. Den enkelte opererende kirurg bør dokumentere relevant efteruddannelse og udføre et tilstrækkeligt antal kræftoperationer af en given type for at sikre den fornødne kvalitet, og for at denne kan vurderes på et forsvarligt talmæssigt grundlag</p> <p>C. Samtidig med sikring af tilstrækkeligt antal operationer pr. kirurg bør der sikres en robusthed i organiseringen, således at den nødvendige kirurgiske ekspertise altid kan være til rådighed i afdelingen</p> <p>D. De enkelte afdelingers og kirurgers volumen og behandlingsresultater på forskellige operationstyper bør monitoreres kontinuert med henblik på justering og optimering af behandlingskvaliteten; denne sikring af kvalitet i kræftbehandlingen bør ses som et ledelsesansvar på flere niveauer</p> <p>E. Inden for hvert kræftkirurgisk område bør der foretages en konkret vurdering ud fra det operationsmæssige volumen og tilhørende sygdomsforekomst som grundlag for, hvilket befolkningsunderlag en afdeling som minimum bør betjene</p>
Kirurgisk operativ uddannelse	<p>A. Kompetencekrav til speciallæger, der varetager kirurgisk behandling af kræftpatienter, bør være beskrevet inden for de enkelte kræftformer</p> <p>B. Indholdet i efteruddannelse bør være beskrevet med fastlagte mål for alle kræftkirurgiske områder</p> <p>C. Kræftkirurger under oplæring bør deltage i operationer i et omfang, der tilsikrer læring; omfanget fastlægges for de enkelte kræftkirurgiske områder</p> <p>D. Kræftkirurger bør sikres og dokumentere relevant efteruddannelse efter retningslinjer for omfang og indhold opstillet af de relevante selskaber og sundhedsmyndighederne</p> <p>E. Sygepleje- og terapeutkompetencer ved kræftkirurgiske enheder bør være beskrevet og sikret</p> <p>F. Det er et ledelsesansvar på flere niveauer at sikre tilstrækkelig kirurgisk operativ uddannelse og kompetence</p>
Kirurgisk klinisk forskning	<p>A. Det bør vurderes, hvor den kliniske forskningsindsats bør styrkes for at øge kvaliteten af den kirurgiske kræftbehandling</p> <p>B. Forskning bør være en væsentlig forpligtelse for kræftbehandlende kirurgiske afdelinger og bør integreres i det løbende kliniske arbejde, herunder i arbejdet med kliniske databaser og indikatorer, hvor indhøstede erfaringer bør anvendes bredt</p> <p>C. Der bør samarbejdes med de bedste internationale forskningsmiljøer for derigennem at bidrage til klinisk kvalitet af bedste internationale standard</p>
Retningslinier for standardbehandling	<p>A. For alle kræftsygdomme bør der udarbejdes nationale kliniske retningslinjer for lægemiddelbehandlingen (standardbehandlingen) af sygdommene. Retningslinjerne bør løbende opdateres</p>

af kræftsygdomme

Monitorering af standard behandlinger	A. Der bør foretages dokumentation af standardbehandlingerne i form af en løbende registrering af effekt og bivirkninger af behandlingerne med henblik på løbende optimering af behandlingerne
Implementering af standard behandlinger	A. Den beskrevne MTV-baserede model for vurdering af lægemidler, der overvejes anvendt i standardbehandlingen af kræftsygdomme, bør færdigudvikles og implementeres
Strålebehandling	A. Med sigte på udviklingen i behandlingsbehovet, den fysiske nedslidning og den teknologiske udvikling for stråleapparatur bør der i hvert amt/region udarbejdes udskiftnings og implementeringsplaner. Sundhedsstyrelsen sikrer koordineringen af de lokale planer B. Der bør indføres et nationalt klassifikationssystem for strålebehandling C. Det bør vurderes om centralisering af udvalgte strålebehandlingsforløb kan øge produktiviteten D. Der bør udarbejdes en samlet plan på kort og lang sigt for al personalebehov og de afledte uddannelses- og rekrutteringsinitiativer E. Det internationale netværk af stråleterapiafdelinger bør udbygges med henblik på en løbende udveksling af erfaringer omkring udvikling og drift
Eksperimentel behandling	A. Det anbefales, at Kræftstyregruppen - når resultatet fra den iværksatte evaluering af second opinion ordningen foreligger drøfter mulige konsekvenser af evalueringen B. Det anbefales, at Kræftstyregruppen afventer de første erfaringer med de danske enheder for eksperimentel behandling og følger området C. Det anbefales, at der gennemføres en analyse af afgrænsningsproblematikken mellem standardbehandlingstilbud, forskningsbaseret behandling og eksperimentel behandling med henblik på at afklare, hvilke patientgrupper der bør være omfattet af ordningen vedrørende eksperimentel behandling
<b>Den ikke kræftspecifikke behandling</b>	
Understøttende behandling	A. Der bør udvikles nationale evidensbaserede kliniske retningslinjer med tilhørende indikatorer for al understøttende behandling under såvel de kirurgiske som de onkologiske dele af patientforløbet B. Resultaterne af behandling bør monitoreres med anvendelse af de udviklede indikatorer. Arbejdet skal koordineres med tilsvarende initiativer inden for palliativ indsats og rehabilitering C. Speciallægers efteruddannelse i understøttende behandling bør sikres
Kølehætter	A. Sundhedsstyrelsen kan ikke på det foreliggende grundlag anbefale, at kølehættebehandling indføres som et generelt tilbud til patienter i kemoterapi B. Sundhedsstyrelsen finder fortsat, at såfremt behandling med kølehætter, tilbydes, bør det foregå i protokolleret regi med henblik på systematisk viden-sopsamling
Rehabilitering	A. Der bør ske en nøje afklaring af den enkelte kræftpatients behov for rehabilitering med henblik på en målrettet rehabiliteringsindsats tidligt i sygdomsforløbet B. Der bør udvikles og implementeres kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser (over sektorgrænsen) med tilhørende indikatorer til sikring og monito- ring af kvaliteten af forløbene C. Relevant personale bør sikres kompetence inden for rehabilitering D. Etablering af et koordineret forskningsprogram med henblik på udvikling af rehabiliteringsmetoder og tilvejebringelse af evidens for rehabiliteringens

effekt

Palliativ indsats	A. Patientforløb over sektorgrænser bør koordineres og følge lokalt tilpassede nationale kliniske retningslinjer, og der bør anvendes fælles indikatorer i monitoreringen integreret i de eksisterende dokumentationssystemer B. Speciallægers, sygeplejerskers og andre sundhedsfaglige gruppers uddannelse i palliativ indsats bør støttes C. Implementeringen af kliniske retningslinjer for den palliative indsats i primærsektoren bør understøttes gennem fælles kurser for hjemmesygeplejersker og praktiserende læger D. Der bør søges etableret et videns og forskningscenter for området
-------------------	---

### Patientspektet

Egenomsorg	A. Der bør udvikles visitationsretningslinjer vedrørende psykosociale problemer og behov hos kræftpatienter med henblik på at kunne iværksætte behovsbestemte og praktisk gennemførlige tilbud B. Sygehusafdelinger, der behandler kræftpatienter, bør arbejde målrettet mod at styrke patienternes egenomsorg C. Patienter med særlige behov bør efter individuel vurdering tilbydes psykologisk og social rådgivning, fysioterapi, kostvejledning
Pårørende	A. Sundhedspersonalet bør ved starten af patientforløbet udrede, hvem der er patientens pårørende, og om patienten ønsker, at de pårørende bliver informeret. Sundhedspersonalet må sikre, at de pårørende, patienten ønsker inddraget, ved, hvem i personalegruppen der er de primært ansvarlige for patienten B. Afdelingen bør udarbejde retningslinjer for samtaler med de pårørende og for inddragelse af pårørende i patientens forløb
Alternativ behandling	A. Sundhedsstyrelsens anbefaling til landets sygehuse fra november 2000 om så vidt muligt ikke at modsætte sig patienters ønske om at anvende alternativ behandling under indlæggelsen er fortsat gældende. Den eksisterende viden om alternativ behandling kan med fordel udvides til det etablerede sundhedsvæsen med henblik på at understøtte dialogen mellem patienter og sundhedsprofessionelle B. Sygehusafdelingernes retningslinjer vedrørende alternativ behandling bør indarbejdes i afdelingernes instruks C. Der er behov for mere viden om effekten af alternativ behandling belyst ved hjælp af såvel kvantitative som kvalitative metoder og med undersøgelse af flere effektmål (kliniske, psykologiske, sundhedsøkonomiske)

### Personale og uddannelse

Personale	A. Der bør arbejdes aktivt både lokalt og nationalt med initiativer, der kan øge udbuddet af og/eller reducere efterspørgslen efter sundhedspersonale inden for områder, hvor der er personalemangel B. Sygdomsudviklingen og behandlingsbehovet på kræftområdet medfører, at det bør vurderes, om dimensionerings- og prognosearbejdet både for læger og for andet sundhedspersonale bør forbedres
Efteruddannelse af læger på kræftområdet	A. Der bør fastsættes mål for viden og kompetencer, som den enkelte speciallæge skal erhverve sig i sin efteruddannelse under hensyntagen til den enkelte speciallæges individuelle faglige profilering B. Det bør være et krav, at speciallægen kan dokumentere sin efteruddannelse i overensstemmelse med de fastsatte mål C. Der bør udarbejdes en overordnet plan for organiseringen af speciallægers efteruddannelse på kræftområdet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, sygehusejere og Lægeforeningen samt de videnskabelige selskaber med fastlæggelse af, hvem der er ansvarlige for at tilbyde, kvalitetssikre og finansiere efteruddannelsen
Sygeplejerskers uddannelse på	A. Når forslaget til den ny specialuddannelse for sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter, foreligger i slutningen af 2005, bør der ske en hurtig behandling af forslaget blandt de berørte parter, så specialuddannelsen kan etableres fra efteråret 2006

kræftområdet B. Kendskabet til den af sygehusejerne udarbejdede model for kompetenceudvikling inden for det onkologiske/hæmatologiske område bør udbredes, og modellen bør suppleres med specifikke kompetencer inden for den kirurgiske kræftsygepleje

### Infrastruktur for den kliniske kræftforskning

Infrastruktur for den kliniske kræftforskning

A. De tre regionale sundhedsvidenskabelige forskningsfora bør - uden at SSVF/Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom er mellemlid, som det ellers oprindeligt var foreslået i KOF-udvalgets rapport efter ansøgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet varetage den konkrete udmøntning af midler til styrkelse af den kliniske kræftforskning gennem etableringen af den regionale infrastruktur for klinisk kræftforskning (RIKK). Herved sikres samtidig, at de tre regionale forskningsforas koordinerende funktion fastholdes ved etableringen af den nye regionale infrastruktur

B. Udmøntningen af midler anbefales at ske inden for en ramme, der tilvejebringes i et samarbejde mellem stat og sygehusejere

C. I forbindelse med udmøntningen anbefales, at der tildeles midler til både kliniske forskningsenheder og kompetencecentre, der kan støtte den kræftrelaterede sundhedstjenesteforskning

D. Der bør nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af amterne, repræsentanter for de kliniske kræftgrupper og Sundhedsstyrelsen, som får til opgave at udarbejde en model for organiseringen af Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG) samt finansieringen heraf inden for rammerne af eksisterende retningslinjer for kliniske databaser

E. Som supplement til RIKK og DMCG bør etableres et forum, *Rådet for Dansk Klinisk Kræftforskning*, som kan fremme, at arbejdet i DMCG foregår efter ensartede retningslinjer, og som kan koordinere aktiviteterne i RIKK

F. Rådet bør organisatorisk indplaceres under Ledelsesforum for medicinsk sundhedsforskning. Der er i den forbindelse lagt vægt på, at finansieringsbehovet for DAKK vurderes at blive minimalt

### Monitorering

Eksisterende og manglende data om kræftområdet

A. Det bør sikres, at nationale registre, patientadministrative systemer og kliniske databaser dækker hele kræftområdet

B. Udviklingen og anvendelsen af indikatorer bør accelereres

C. Elektronisk indberetning til de centrale registre implementeres centralt og lokalt

Indsamling og formidling af data om kræftområdet

A. Monitorering af indsatsen på kræftområdet bør koordineres og styrkes, så man løbende og i sammenhæng kan følge sygdomsudviklingen og kvaliteten af behandlingen

B. Koordinationen bør omfatte et udviklingsarbejde omfattende patientadministrative systemer, databaser og centrale registre for at sikre en sammenhængende monitorering på kræftområdet både for sygdomsforekomst, behandlingsresultater og kvalitet. Koordinationen bør varetages af Sundhedsstyrelsen

C. Formidlingen af data om kræftområdet bør koordineres og forbedres, så forskellige brugergrupperes databehov imødekommes, fx gennem udsendelse af regelmæssig dokumentation

Patientvurderinger af kræftbehandling

A. Overalt i sundhedsvæsenet, hvor der behandles kræftpatienter i praksissektor, på sygehuse og de enkelte afdelinger, bør der gennemføres tilbagevendende undersøgelser af patienters forventninger og vurderinger af såvel enkelt elementer som af det samlede behandlingsforløb

B. Undersøgelserne bør gennemføres såvel lokalt som koordineret på landsplan, og de bør løbende videreudvikles

C. Der bør følges op på undersøgelsesresultaterne bl.a. med sammenligninger af resultater og initiativer, der sikrer læring og forbedring



\* amp (arbejdsmarkedsparter)

# Bilag 2 Spørgeskema fra opfølgningen på Kræftplan II

Opfølgningen på Kræftplan II skal læses som en sammenskrivning af bidrag fra regionerne, Dansk Medicinsk Selskab (DMS), De Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG), Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) og Det Faglige Selskab for Kræftsygeplejersker.

Regionerne har bidraget på de områder, hvor regionerne overvejende er ansvarlige i arbejdet med at implementere anbefalingerne i Kræftplan II. Sundhedsstyrelsen har bidraget på de områder, hvor de centrale myndigheder overvejende er ansvarlige.

Dansk Medicinsk Selskab, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, Dansk Sygepleje Selskab og Det Faglige Selskab for Kræftsygeplejersker har bidraget med besvarelser set ud fra et fagligt synspunkt.

Konkret bygger opfølgningen på en rundspørge foretaget i forsommeren 2007, hvor spørgsmålene var formuleret som relativt åbne spørgsmål indenfor hvert af de i kræftplanen omtalte indsatsområder og dermed gav mulighed for relativt åbne svar i relation til anbefalingerne i Kræftplan II.

Opfølgningen tager afsæt i hvert af de Kræftplan II omfattede områder: Patientforløb; Forebyggelse og tidlig opsporing; Kræftdiagnostik; Kræftbehandling (kirurgisk behandling, medicinsk behandling og strålebehandling); Den ikke kræftspecifikke behandling; Patientaspektet; Personale og uddannelse; Forskning og Monitorering.

Bidragene adskiller sig i nogen grad fra hinanden i form og indhold, og det kan derfor ikke udelukkes, at opfølgningen ikke er fuldt dækkende på alle områder. Nedenfor ses spørgeskemaet fra opfølgningen på Kræftplan II, som dækker de områder, hvor regionerne overvejende er ansvarlige for anbefalingerne i Kræftplan II.

## 1. Patientforløb

Erfaringer har vist, at det - med udgangspunkt i en række nøje definerede arbejds-gange og samarbejdsstrukturer - er muligt at etablere patientforløb, hvor den enkelte patient uden unødige forsinkelser og med en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse tilbydes et ubrudt behandlingsforløb fra almen praksis og videre gennem de involverede sygehusafdelinger. Kræftplanen anbefaler, at sygehusledelser og sygehusafdelinger lader sig inspirere af den organisering af standardiserede udrednings og behandlingsforløb, der beskrives i kræftplanen.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med standardiserede patientforløb på kræftområdet?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 2. Forebyggelse og opsporing

Forebyggelse og opsporing er et vigtigt led i indsatsen mod kræft. Mere end en tredjedel af alle kræfttilfælde kunne undgås, hvis det var muligt at eliminere visse risikofaktorer, fx rygning, overvægt, alkohol, fysisk inaktivitet, ultraviolet stråling og infektioner. Tobak er den enkelte faktor, der udgør den største risiko, og kræftplanen anbefaler en række initiativer, der alle har en dokumenteret tobaksforebyggende effekt.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med forebyggelse og opsporing på kræftområdet, herunder særligt med tobaksforebyggelse?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 3. Diagnostik

En hurtig og korrekt diagnose kan have betydning for muligheden for at tilbyde patienten en mere skånsom/ mindre omfattende behandling samt for muligheden for at patienten overlever sin kræftsygdom. Kræftplanen anbefaler bl.a. en styrkelse af kvaliteten af den billeddiagnostiske og den vævs og cellediagnostiske udredning samt en sikring af effektive arbejdsgange. Samtidig påpeges, at de diagnostiske specialer bør indgå i det teamsamarbejde, der bør eksistere omkring kræftpatienter.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med fremme af hurtig og korrekt diagnostik?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 4. Kræftbehandling - kirurgi

En lang række internationale undersøgelser har vist, at flere forhold har betydning for den kræftkirurgiske indsats og kvalitet, herunder operationstidspunktet i forhold til sygdomsstadiet, et tilstrækkeligt stort antal operationer pr. kirurg og pr. afdeling, om der er etableret multidisciplinært samarbejde, uddannelse/efteruddannelse af kirurgen og det samlede team og efterlevelse af kliniske retningslinjer. Kræftplanen beskriver disse forhold og giver anbefalinger til den fremtidige kræftkirurgiske indsats.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med styrkelse af kræftkirurgien?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 5. Kræftbehandling – medicinsk behandling

Der udvikles mange nye kræftlægemidler i disse år. I kræftplanen anbefales det, at der udarbejdes og implementeres nationale kliniske retningslinjer for standardbehandlingerne, at der foretages en løbende registrering af effekt og bivirkninger af behandlingerne, og at denne dokumentation løbende fremlægges og anvendes i justeringen af behandlingspraksis. Det anbefales samtidig, at der etableres et program for vurdering af nye kræftlægemidler.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med vurdering af nye kræftlægemidler/behandlingsregimer?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 6. Kræftbehandling – strålebehandling <sup>1</sup>

I kræftplanen anbefales at der i hver region - med sigte på udviklingen i behandlingsbehovet, den fysiske nedslidning og den teknologiske udvikling for stråleapparatur - udarbejdes udskiftnings og implementeringsplaner. Det blev også anbefalet at udarbejde en samlet plan på kort og lang sigt for al personalebehov og de afledte uddannelses- og rekrutteringsinitiativer.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med styrkelse af strålebehandlingen**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 7. Den ikke kræftspecifikke behandling

Supplerende til kræftspecifikke behandlinger har mange kræftpatienter behov for andre behandlingstilbud. Det drejer sig om understøttende behandling, rehabilitering og palliativ indsats. Kræftplanen anbefaler bl.a., at der udarbejdes evidensbaserede kliniske retningslinjer samt indikatorer for også på disse områder at sikre patienten kvalitet i indsatsen.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med den ikke kræftspecifikke behandling?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

## 8. Patientaspektet

Det gavner patienterne selv og støtter sundhedsvæsenets indsats, at patienterne deltag aktivt i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Kræftplanen anbefaler en række initiativer, der har til formål at styrke patienternes egenomsorg og sikre, at patienter med særlige behov tilbydes den nødvendige vejledning og støtte. Pårørende udgør en vigtig ressource for mange kræftpatienter, og kræftplanen anbefaler, at afdelingerne sikrer, at de pårørende inddrages i behandlingsforløbet i overensstemmelse med patientens ønsker.

### **Hvordan arbejdes der i regionen med inddragelse af patienter og pårørende i behandlingsforløbet?**

- Hvilke initiativer har regionen taget?
- Hvilke resultater har regionen nået?
- Hvilke barrierer har regionen identificeret?
- Hvilke fremadrettede initiativer og mål arbejder regionen med?

Note 1: Oprettelsen af Task Force for strålebehandling i slutningen af november 2006 har accelereret arbejdet med kræftplanens anbefalinger på strålebehandlingsområdet. Der er i Task Force allerede arbejdet med at skabe overblik over ventetider, kapacitet og forventet fremtidig kapacitet samt uddannelses- og personaleområdet og arbejdsgangsanalyse. Regionerne skal derfor kun redegøre for strålebehandlingsområdet, hvor dette ikke er omfattet af arbejdet i Task Force.