

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

# OPFØLGNING PÅ KRÆFTPLAN II

I forbindelse med F37 om indsatsen på kræftområdet

Sundhedsdriftskontoret  
Maj 2009

## INDHOLDSFORTEGNELSE:

<b>1. FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>2. RESUMÉ</b> .....	<b>4</b>
<b>3. PATIENTFORLØB</b> .....	<b>6</b>
3.1 PATIENTFORLØB – ORGANISERET I PAKKER.....	6
<b>4. FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING AF KRÆFT</b> .....	<b>9</b>
4.1 PRIMÆR FOREBYGGELSE.....	9
4.2 SCREENING .....	13
4.3 VACCINATION MOD LIVMODERHALSKRÆFT .....	15
<b>5. KRÆFTDIAGNOSTIK</b> .....	<b>16</b>
5.1 TIDLIG OPSPORING.....	16
5.2 RETNINGSLINJER FOR UDREDNING I PRIMÆRSEKTOREN .....	16
5.3 RETNINGSLINJER FOR UDREDNING PÅ SYGEHUS.....	16
<b>6. KRÆFTBEHANDLING</b> .....	<b>18</b>
6.1 KIRURGISK BEHANDLING .....	18
6.2 MEDICINSK BEHANDLING, HERUNDER INDFØRELSE AF NYE LÆGEMIDLER .....	19
6.3 STRÅLEBEHANDLING.....	20
6.4 EKSPERIMENTEL BEHANDLING .....	22
<b>7. IKKE KRÆFTSPECIFIK BEHANDLING</b> .....	<b>24</b>
7.1. UNDERSTØTTENDE BEHANDLING.....	24
7.2. REHABILITERING .....	24
7.3. PALLIATION .....	25
<b>8. PATIENTASPEKTET</b> .....	<b>27</b>
8.1 EGENOMSORG OG INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE .....	27
8.2 ALTERNATIV BEHANDLING .....	27
8.3 PATIENTRETTIGHEDER .....	27
<b>9. PERSONALE OG UDDANNELSE</b> .....	<b>30</b>
<b>10. INFRASTRUKTUR FOR DEN KLINISKE KRÆFTFORSKNING</b> .....	<b>33</b>
<b>11. STYRKET MONITORERING</b> .....	<b>35</b>
11.1 INDSAMLING OG FORMIDLING AF DATA PÅ KRÆFTOMRÅDET .....	35
11.2 PATIENTVURDERINGER AF KRÆFTBEHANDLINGEN .....	36

## BILAG:

- 1 – NØGLETAL PÅ KRÆFT
- 2 – AFSATTE MIDLER TIL KRÆFTOMRÅDET

## 1. Forord

Den danske kræftbehandling har gennem de seneste år gennemgået massive forbedringer. Det skyldes ikke mindst de mange initiativer, der er gennemført som følge af Kræftplan II og Aftalen om akut handling og klar besked af 12. oktober 2007. Resultater som stigende aktivitet og stigende overlevelse vidner om, at initiativerne har båret frugt.

Denne rapport giver en status for anbefalingerne i Kræftplan II. Status er, at det danske sundhedsvæsen har formået at omsætte anbefalingerne til virkelighed. På den måde giver rapporten også et afsæt for det arbejde med Kræftplan III, der skal give danskerne en ny og ambitiøs kræftplan i 2010.

### ***Baggrunden for Kræftplan II***

I 2002 kom regeringens sundhedsplan "Sund hele livet", hvor kræft udpeges som et af otte prioriterede sygdomsområder. Den blev fulgt af indførelsen af muligheden for eksperimentel behandling i udlandet i 2003 og beslutningen om etablering af eksperimentelle enheder for kræftbehandling i Danmark i 2004.

I 2004 stod det imidlertid klart, at kræftbehandlingen i Danmark havde brug for en ny kræftplan. Der var behov for at sætte en samlet ramme for udviklingen af den danske kræftbehandling. Ved Folketingets åbning 5. oktober 2004 meddelte statsministeren derfor, at regeringen ønskede at fremlægge en ny kræftplan med det formål at bringe kræftbehandlingen i Danmark op på højeste internationale niveau. Efter anmodning fra det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium udarbejdede Sundhedsstyrelsen med hjælp fra en række bidragsydere og med rådgivning fra Kræftstyregruppen Kræftplan II.

Formålet med Kræftplan II er at styrke forebyggelsen af kræft og forbedre grundlaget for, at danske kræftpatienter kan tilbydes udrednings- og behandlingsforløb, der iværksættes tidligt, opleves sammenhængende af patienterne og har høj international faglig kvalitet.

### ***Når en kræftplan skal blive til virkelighed for patienterne***

Da Kræftplan II forelå i 2005, indgik regeringen "Aftale om forbedring af behandlingen af kræft" med Dansk Folkeparti. Aftalen satte målrettede midler af til prioriterede områder og gav mulighed for yderligere udbygning af kapaciteten på kræftområdet. I årene siden Kræftplan II's tilblivelse er der løbende sat omfattende midler af til kræftområdet. Det fremgår af aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi for 2006, at kræftplanens anbefalinger er langsigtede og skal rulles ud over flere år, men at udviklingen løbende skal følges, hvilket nærværende rapport er et bidrag til.

### ***Aftale om akut handling og klar besked***

For at få sat handling bag kræftplanens målsætninger om sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet, indgik regeringen og Danske Regioner den 12. oktober 2007 aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked. Aftalen indeholder tidsplan for udarbejdelse og indførelse af pakkeforløb for udredning og behandling af kræft. Pakkeforløb skal sikre patienter forløb af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid samt målsætninger for håndtering af patienter, som ikke kan følge et standardpakkeforløb.

I 2008 er der i henhold til den aftalte tidsplan udviklet og indført pakkeforløb for alle kræftformer omfattet af aftalen på landets sygehuse.

***Forespørgselsdebat om kræftindsatsen***

Den 6. maj 2009 blev afholdt en forespørgselsdebat i Folketinget om status på kræftområdet. Denne rapport er udarbejdet i forlængelse heraf og beskriver status for efterlevelse af anbefalingerne i Kræftplan II. På kræftområdet er der foretaget en række yderligere initiativer, som ligger ud over anbefalingerne i Kræftplan II, hvorfor rapporten ikke kan ses som en udtømmende oversigt over kræftindsatsen. Endvidere foregår der på mange af områderne lokale initiativer på bl.a. sygehusene og i kommunerne, som denne rapport ikke beskriver.

På de følgende sider gennemgås initiativerne på kræftplanens forskellige indsatsområder svarende til de respektive kapitler i Kræftplan II.

## 2. Resumé

I Kræftplan II fra 2005 udpeges en række indsatsområder, som skal bringe den danske kræftbehandling op på højeste internationale niveau. Blandt fokusområderne er bl.a. forebyggelse og tidlig opsporing, forløb af høj faglig kvalitet organiseret i pakker, personale og uddannelse, infrastruktur for klinisk kræftforskning og styrket monitorering.

Inden for alle fokusområderne er der sket meget, siden kræftplanen blev iværksat. Med kommunalreformen er forebyggelsesindsatsen blevet placeret tæt på borgeren, hvor den gør mest gavn, og der arbejdes målrettet i kommunerne med at udvikle og tilbyde forebyggelsestilbud til borgerne. Det er veldokumenteret, at rygning er direkte årsag til mange kræfttilfælde, og på den front blev der taget et vigtigt skridt i 2007, hvor lov om røgfrie miljøer blev indført. Der blev endvidere taget hul på et nyt lovende kapitel på forebyggelsesområdet i 2008, da der blev indført vaccination mod livmoderhalskræft i børnevaccinationsprogrammet, og så har Forebyggelseskommissionen har netop færdiggjort sit arbejde, som skal munde ud i en målrettet handlingsplan for forebyggelsesområdet.

Ud over at forebygge, at kræft opstår, er det også vigtigt at sætte ind, så kræften opdages så tidligt som muligt. I dag tilbydes screening mod både livmoderhalskræft og brystkræft som anbefalet i Kræftplan II, og Sundhedsstyrelsen er ved at færdiggøre sin indstilling vedr. indførelse af screening for tyk- og endetarmskræft.

I forhold til selve behandlingsdelen er der med aftalen mellem regeringen og Danske Regioner fra oktober 2007 om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked indført nye måder at organisere udrednings- og behandlingsforløb for patienter med begrundet mistanke om kræft eller en kræftdiagnose. I tråd med anbefalingerne i Kræftplan II er der indført pakkeforløb for udredning og behandling af kræft, som sikrer patienterne forløb af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid og med klar information undervejs i forløbet. Der er udarbejdet retningslinjer for hvilke symptomer, der skal udløse mistanke om kræft i almen praksis, og kliniske retningslinjer for den videre udredning og behandling. Tryghed og klar information til patienten er sikret gennem lovgivning om kontaktpersoner, udpegelse af forløbsledere- og forløbskoordinatører, principper for, hvornår patienten skal informeres undervejs i forløbet, samt informationspjecer om pakkeforløbene, som er på trapperne. Samtidig med denne positive omlægning af kræftforløbene er behandlingsaktiviteten steget, overlevelsen efter en kræftsygdom steget, og dødeligheden af kræft faldet.

For at sikre de bedste rammer for dansk kræftforskning, er der udmøntet en målrettet pulje til molekylærbiologiske analyser og styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning. Midlerne har bl.a. bidraget til oprettelse af en national biobank og udvikling og etablering af multidisciplinære kræftgrupper for hver kræftform, som bidrager til, at kliniske retningslinjer for behandling af de forskellige kræftformer er opdateret, og at der udvikles og vedligeholdes kliniske databaser for de forskellige kræftformer, hvor behandlingskvaliteten kan følges.

På personale- og uddannelsesområdet er der generelt taget en række initiativer, som skal sikre flere læger, speciallæger, radiografer, sygeplejersker og bioanalytikere gennem bl.a. oprettelse af ekstra pladser på studierne. Endvidere er der netop sparket en tre-årig kampagne i gang, som skal trække flere til at læse til sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker, ligesom der arbejdes målrettet på at trække mere udenlandsk personale til Danmark. Ud over at øge personaletallet er fokus også på, hvordan arbejdskraften anvendes mest hensigtsmæssigt. Til det formål er nedsat en Task Force,

som er ved at udarbejde en strategi for fleksibel opgavevaretagelse og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse.

Statusrapporten viser, at vi er tæt på målet i forhold til efterlevelse af anbefalingerne i Kræftplan II. Med kræftplanen er der blevet sat nye standarder for den danske kræftbehandling, som patienterne kan være trygge ved og have tillid til, og i en landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser angiver 96 pct. af patienterne at være tilfredse eller meget tilfredse med deres samlede udrednings- og behandlingsforløb for kræft.

### 3. Patientforløb

#### 3.1 Patientforløb – organiseret i pakker

I forlængelse af kræftplan II indgik Regeringen og Danske Regioner den 12. oktober 2007 aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Som anbefalet i Kræftplan II skal pakkeforløbene sikre patienter med begrundet mistanke om kræft eller en kræftdiagnose udredning og behandling af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid og med klar besked til patienten undervejs. Det er en central del af aftalen, at patienter, der af forskellige årsager ikke kan følge et standardpakkeforløb, også skal behandles efter de faglige standarder, som fastsættes i pakkeforløbene.

Aftalen indeholder en tidsplan for udarbejdelse og indførelse af pakkeforløb. I henhold til aftalen er der løbende i 2008 indført pakkeforløb for alle kræftformer omfattet af aftalen.

I forlængelse af aftalen blev der i 2007 nedsat en Task Force for kræftområdet bestående af ledelsesrepræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen, som har godkendt pakkeforløbene og følger implementeringen.

Danske Regioner offentliggjorde i april 2009 den 4. status for regionernes efterlevelse af pakkeforløb på kræftområdet. Det samlede billede er generelt positivt, da der for de fleste pakkeforløb ses opfyldelse af forløbstider eller opfyldelse med få dages overskridelse. Der opleves på nogle områder kapacitetsmæssige udfordringer. Regionerne arbejder målrettet på at finde løsninger herpå.

#### **Sundhedsfagligt indhold i pakkeforløb**

For hver kræftform blev der i efteråret 2007 nedsat en klinisk, tværfaglig arbejdsgruppe sammensat på en sådan måde, at alle dele af patientforløbet var repræsenteret, fra praktiserende læge til udredende og behandlende funktioner. Grupperne har beskrevet hvilket sundhedsfagligt indhold – herunder undersøgelser og behandlingselementer – der skal indgå i et pakkeforløb, for at sikre kræftpatienter behandling af høj kvalitet. Da der er forskel på, hvordan en patient skal udredes og behandles, afhængig af hvilken kræftform der mistænkes, har grupperne udviklet over 34 pakkeforløb for forskellige kræftformer, som er indført i hele landet i 2008.

Der er patienter, som af forskellige årsager ikke kan følge et standardpakkeforløb fra start til slut. Det kan skyldes, at patienten har andre sygdomme, at primærtumoren ikke umiddelbart kan findes, eller at der sker tilbagefald af sygdommen efter endt behandling. Det kan også skyldes patientens generelle tilstand. For at sikre disse patienter behandling af høj faglig kvalitet, har der i regi af Sundhedsstyrelsen været nedsat en række arbejdsgrupper, som er kommet eller i løbet af 2009 kommer med konkrete anbefalinger til, hvordan regionerne håndterer f.eks. komorbiditet, kræft uden kendt primær tumor og metastaser.

Der findes løbende evidens for anvendelse af ny teknologi og nye behandlinger. Fremadrettet vil der blive udarbejdet en revideringsplan i regi af Sundhedsstyrelsen, som skal sikre, at det sundhedsfaglige indhold i pakkeforløbene hele tiden er opdateret. Der pågår endvidere et arbejde med at øge samarbejdet mellem nationale opgørelser af efterlevelsen af pakkeforløb, som primært har fokus på forløbstid, og de kliniske kvalitetsdatabaser, som bl.a. indeholder information om efterlevelse af kliniske retningslinjer.

### ***Multidisciplinære teamkonferencer***

Pakkeforløbene foreskriver, at de lægelige specialer og afdelinger, der medvirker til behandling af kræftpatienter, bør indgå i et forpligtende multidisciplinært teamsamarbejde, der sikrer hensigtsmæssige forløb og samarbejde om de kliniske beslutninger. Formålet med teamkonferencerne er både at sikre patienternes behandling af høj faglig kvalitet, ligesom konferencerne har til formål at sikre hensigtsmæssig tilrettelæggelse af forløbet. I pakkeforløb for hver kræftform er angivet, hvornår de multidisciplinære teamkonferencer skal afholdes. Det er altid tilfældet i forbindelse med et klinisk beslutningspunkt med betydning for patientens videre forløb.

### ***Organisering af forløb***

På finansloven for 2005 blev der afsat en pulje på 100 mio. kr. til produktivitetsfremmende omlægninger i kræftbehandlingen. Puljen har tilvejebragt finansieringsgrundlag for 69 projekter landet over, som alle har til hensigt at øge effektiviteten i kræftbehandlingen gennem bedre kapacitetsudnyttelse og bedre patientforløb via ændrede arbejdsgange, bedre logistik, organisationsudvikling, tilpasning af bygninger, uddannelsesprojekter, konsulentbistand, apparaturanskaffelser m.v. I 2006 blev afsat yderligere 50 mio. kr. til produktivitetsfremmende omlægninger i kræftbehandlingen. Ved udmøntningen af puljen blev de projekter prioriteret, som kan medvirke til at understøtte effektive og sammenhængende patientforløb. Puljen har tilvejebragt finansieringsgrundlag for yderligere 46 projekter landet over. Der pågår pt. et arbejde med at indsamle erfaringer fra projekterne, så vidensspredning sikres.

I forbindelse med pakkeforløbsinitiativet blev der i 2008 udarbejdet et notat, der beskriver de overordnede principper for organisationen af pakkeforløb. Der er imidlertid fortsat rum for, at man lokalt tilpasser organisationen til pakkeforløbenes principper mest hensigtsmæssigt. I pakkeforløbene er endvidere beskrevet anvisninger for forløbskoordinering, bookingpraksis, registreringspraksis etc., som bidrager til at sikre patienterne veltilrettelagte og sammenhængende forløb.

Regionernes statusindberetning fra april 2009 viser, at man hele vejen rundt er langt i forhold til udpegelsen af forløbsledelses- og koordinationsfunktioner, som er vigtige funktioner i arbejdet med at sikre veltilrettelagte forløb. Funktionerne er forankret forskelligt lokalt, affødt af lokale organiseringsforhold og afhængigt af hvilken kræftform, hospitalerne behandler. Det er typisk læger, lægesekretærer og sygeplejersker, som varetager funktionerne. Med henblik på at styrke opgavevaretagelsen vil der i regionerne løbende ske en præcisering af hvilke opgaver, der er indeholdt i funktionerne.



***Forløb uden unødige ventetid***

Pakkeforløbene er indrettet med henblik på at sikre, at kræftpatienter undgår unødige ventetider. Således indeholder alle pakkeforløb tidsangivelser for, hvor hurtigt forløbet kan gennemføres for en standardpatient, idet der medtages nødvendig tid til f.eks. at klargøre patienten, gennemføre undersøgelser og behandlinger, analysere resultater og informere patienten undervejs.

***Klar besked undervejs i forløbet***

For at sikre patienterne trygge forløb med klar besked undervejs indeholder pakkeforløbene endvidere principper for, hvornår patienterne skal informeres. Der er også udarbejdet patientinformationspjecer for alle pakkeforløb, som vil blive offentliggjort inden for nær fremtid. Pjecerne beskriver det forløb, som standardpatienten vil blive tilbudt.

***Kontaktperson***

For at understøtte trygheden og styrke patientinformationen er det en del af aftalen om akut handling og klar besked, at kræftpatienter skal tilbydes en kontaktperson, som kan kontaktes med spørgsmål om både behandlingen og forløbet, jf. også afsnit 7.3. Fra den 1. januar 2009 er dette aftalepunkt blevet lovfæstet i sundhedsloven.

***Aktivitetsberegninger***

Det er en forudsætning for veltilrettelagte forløb af høj faglig kvalitet, at den nødvendige kapacitet er til stede. For at kunne sikre dette, foretages fra nationalt hold på baggrund af Landspatientregistret og Cancerregistret beregninger af behandlingsaktiviteten på bl.a. kræftområdet og udviklingen heri, ligesom der foretages opgørelser af kræftforekomsten.

## 4. Forebyggelse og tidlig opsporing af kræft

### 4.1 Primær forebyggelse

#### **Røgfri miljøer på arbejdspladser og i det offentlige rum**

Der foreligger dokumentation for, at passiv rygning kan have sundhedsskadelige effekter. Den 15. august 2007 trådte en lov om røgfrie miljøer i kraft, som beskytter mod passiv rygning – lov nr. 512 af 7. juni 2007.

Lovens anvendelsesområde er:

- alle offentlige og private arbejdspladser
- institutioner for børn og unge
- uddannelsesinstitutioner
- indendørs lokaliteter, hvortil offentligheden har adgang (det offentlige rum)
- kollektive transportmidler og taxaer samt
- serveringssteder.

Hovedreglen i loven er, at det ikke er tilladt at ryge indendørs disse steder.

Loven indeholder en række undtagelser. Her kan bl.a. nævnes, at der generelt er adgang til at indrette rygerum og rygekabiner på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, i det offentlige rum, på serveringssteder m.v. Hertil kommer undtagelser for bl.a.

- 1) Arbejdslokaler, der alene tjener som arbejdsplads for en person ad gangen.
- 2) Små værtshuse, der har alkoholbevilling, har et serveringsareal på under 40 m<sup>2</sup>, ikke serverer egentlig mad, og har borde og stole på serveringsarealet.
- 3) Væresteder for socialt udsatte, hvor der kun er et opholdsrum for brugerne.
- 4) Bolig eller værelser for beboere på plejehjem og lignende.

På skoler og børneinstitutioner er det ikke tilladt for børn og unge samt elever at ryge på skolens / institutionens område, dvs. hverken indendørs eller udendørs. Lærere, forældre og andre, der opholder sig på skoler og børneinstitutioner, må heller ikke ryge, hverken indendørs eller udendørs, medmindre der indrettes rygerum til brug udelukkende for denne persongruppe.

Sportshaller falder ind under bestemmelsen om det offentlige rum, hvor det ikke er tilladt at ryge, men hvor det kan besluttes at indrette rygerum og rygekabiner. Lovens regler er minimumsregler. Den enkelte arbejdsplads, kommunalbestyrelse m.v. forudsættes at tage stilling til den lokale udmøntning af loven, herunder indførelse af mere restriktive regler eller anvendelse af lovens undtagelsesbestemmelser.

Ministeren for sundhed og forebyggelse skal fremsætte forslag om revision af loven, når den har virket i tre år, dvs. i folketingsåret 2009-10.

Lov om røgfri miljøer er en udmøntning af en politisk aftale fra november 2006 mellem regeringen (Venstre og Det Konservative Folkeparti), Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, SF og Enhedslisten. Det er intentionen, at revisionen af loven ligeledes skal

bygge på et bredt politisk flertal. Forhandlingerne om dette skal finde sted i efteråret 2009.

### ***Udbygning af offentligt finansierede differentierede rygeafvænningsstilbud til befolkningen, herunder til særlige grupper***

I forbindelse med kommunalreformen har kommunerne fra 2007 fået ansvaret for en række forebyggende opgaver. Indsatsen på det tobaksforebyggende område har i den forbindelse fået en central placering. Sundhedsstyrelsen gennemførte i begyndelsen af 2008 en undersøgelse af samtlige kommuners indsats på det forebyggende og sundhedsfremmende område. Heraf fremgår det, at 95 af 98 kommuner på daværende tidspunkt havde iværksat tobaksforebyggende indsatser – og heraf havde 90 kommuner iværksat eller planlagt en indsats vedrørende rygestop. Undersøgelsen viste også, at tobaksområdet var det forebyggelsesområde, hvor kommunerne var kommet længst. 46 procent af kommunerne havde implementeret tobaksindsatsen fuldt ud.

KL gennemførte i 2008 undersøgelsen "Godt i gang", der belyste forebyggelsesaktiviteter i kommunerne. Undersøgelsen viste, at næsten  $\frac{3}{4}$  af alle indsatser på tobaksområdet var individ- og holdrettede rygestoptilbud; at den primære målgruppe var voksne rygere og at tobaksområdet var det forebyggelsesområde, hvor kommunerne var længst i fremme i forhold til implementering af forebyggelsestilbud. Sund By Netværket gennemførte i 2007 en benchmark-undersøgelse af kommunernes tobaksforebyggende indsats. Heraf fremgik det, at kommunerne gennemsnitligt fik 18,2 point af 30 mulige på rygestopområdet.

Sund By Netværket har iværksat projektet "Rygestop til socialt udsatte grupper" finansieret af satspuljemidler, hvor er række kommuner er involveret. Formålet er at udvikle koncepter for rygestop, der særligt kan anvendes i forhold til resourcesvage grupper.

### ***Brede informationskampagner i befolkningen og uddannelsesprogrammer på skoler og videregående uddannelser***

Sundhedsstyrelsen har i 2008 i samarbejde med Apotekerforeningen og en række kommuner gennemført en kampagneindsats, der har haft til formål at begrænse børns udsættelse for passiv rygning i private hjem. EU-Kommissionen har i perioden 2005 – 2008 gennemført informationskampagnen "HELP- for a life without tobacco", hvor målgruppen er de 15 – 35 årige. Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet undervisningsmaterialet "Tackling" til brug for grundskolens 7. – 9. klasser.

I efteråret 2009 gennemføres en stor informationskampagne baseret på det australske koncept "Every Cigarette are doing your damage". Formålet er at informere om tobakkens skadelige virkninger og opfordre og støtte rygere i at holde op med at ryge.

### ***Tobaksafgifter***

I forbindelse med skattereformen er det besluttet at hæve tobaksafgiften, hvilket bl.a. betyder, at prisen på en pakke cigaretter stiger med 3,30 kr.

Det betyder samtidig, at Forebyggelseskommissionens forslag om en fordobling af afgiften på tobak i forhold til niveauet pr. 1. januar 2009 svarende til en pris på ca. 50 kr. for 20 cigaretter, ikke støttes af regeringen, bl.a. på grund af risikoen for øget grænsehandel.

### **Informationer på cigaretpakkerne**

Advarselsmærkning af cigaretpakninger er reguleret på EU-plan. I overensstemmelse med tobaksvaredirektivet findes der allerede i tobaksvareloven – lbk. nr. 1022 af 21. oktober 2008 om fremstilling, præsentation og salg af tobaksvarer – bestemmelser om indholds- og advarselsmærkning på cigaretpakninger.

Herudover har Kommissionen udarbejdet retningslinjer for anvendelse af farvefotografier eller andre illustrationer som sundhedsadvarsler på tobakspakninger og en samling af udvalgte kildedokumenter omfattende farvefotografier eller andre illustrationer til hver af de supplerende advarsler, som det i dag er påbudt tobaksproducenterne at anvende på tobakspakninger. Det er frivilligt for EU-landene, om de vil indføre regler om farvefotografier eller andre illustrationer som sundhedsadvarsler på tobakspakninger, men hvis EU-lande beslutter sig for dette, er det obligatorisk at anvende de retningslinjer og de kildedokumenter, som Kommissionen har udarbejdet.

I tobaksvareloven har ministeren for sundhed og forebyggelse en bemyndigelse til at fastsætte bestemmelser om advarsler i form af farvefotografier eller andre illustrationer med henblik på gennemførelse af EF-retsakter om dette.

Det er derfor tanken – bl.a. i overensstemmelse med Forebyggelseskommissionens forslag herom – at udstede bekendtgørelse om yderligere advarsler på tobakspakninger i form af farvefotografier.

### **Prioritering af tobak i kommunernes forebyggelsespolitik**

Se afsnit om rygeafvænningsstilbud, hvor kommunernes indsats er beskrevet.

### **Implementering af sundhedspolitikker i kommunale institutioner og på arbejdspladser, herunder politik for kost og bevægelse**

En undersøgelse foretaget af Fødevarestyrelsen i 2008 viser, at kost- og bevægelsespolitikker er i fokus hos kommunerne. Ca. 65 % af kommunerne, arbejder aktivt med kostområdet, mens ca. 45% arbejder aktivt med bevægelsesområdet. En række kommuner har desuden gennemført målrettede aktiviteter, der sætter skoler og institutioner i stand til at implementere politikker.

En undersøgelse fra KL fra 2008 viser, at 2/3 af kommunernes indsatser i forhold til sundhedsfremme i skoler og institutioner omhandler sunde rammer, herunder kost- og bevægelsespolitikker. Undersøgelsen viser desuden, at ca. halvdelen af indsatserne på arbejdspladser er relateret til kost- og bevægelsespolitikker.

Regeringen har besluttet, at alle statslige arbejdspladser inden udgangen af 2008 skulle have formuleret en kostpolitik.

***Tilgængelighed til frugt og grønt i institutioner og på arbejdspladser***

Der er fra centralt hold taget en række initiativer for at fremme øget tilgængelighed til frugt og grønt i institutioner. Blandt andet er ”Lov om sund frokost i daginstitutioner” vedtaget i Folketinget, med ikrafttræden pr. 1. januar 2010.

***Begrænset markedsføring af slik, sodavand og andre fedt- og sukkerrige madvarer***

DI Fødevarer, dagligvarehandlen og medie- og reklamebranchen har etableret Forum for Fødevarereklamer og står bag kodeks for fødevarereklamer til børn. Målet er at udarbejde og vedligeholde et frivilligt kodeks, så der ikke reklameres for fødevarer med højt indhold af sukker og fedt i medier målrettet børn.

Flere supermarkeder har forsøgt sig med forskellige tiltag, der skulle hjælpe forbrugeren til at træffe det sunde valg. Som opfølgning på dagligvarehandelens 13-punktsplan indførte Irma i maj 2007 en sund strategi, hvor man nedprioriterede de mest usunde varer ved at fjerne dem fra kasserne og stoppe med multi-tilbud. Dette resulterede i salg af færre usunde varer. Et tiltag i Fakta, så forbrugeren selv kunne blande forskellige frugttyper i poserne medførte et 20 % mersalg af frugt.

I WHO deltager Danmark i et forum ”WHO Marketing of food and non-alcoholic beverages to children”, der arbejder på at udvikle anbefalinger på området mhp. lancering 2010.

***Indførelse af bevægelsespolitikker på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner***

Sundhedsstyrelsen har i 2007 udgivet ”Politik for bevægelse i kommuner og skoler / et inspirationskatalog til teori og praksis”. Formålet med publikationen er at skabe debat og sammenhæng mellem bevægelsespolitikker på både kommunalt og institutionelt niveau. Kommunerne får endvidere et redskab til at afdække, hvilke værdier og holdninger, der skal være et fundament for at udvikle en bevægelsespolitik, så gruppen af inaktiv børn kan gøres mindre.

***Udvikling af national handlingsplan for fysisk aktivitet***

Sundhedsstyrelsen har i to omgange udarbejdet tillæg til den nationale publikation på området ”Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling”. Håndbogen beskriver bl.a. evidensen for fysisk aktivitet som led i behandlingen af en række sygdomme, og dermed fremme af et sundt helbred og et længere liv uden sygdom hos voksne generelt. De to tillæg har fokus på henholdsvis børn og unge (2005) og fysisk aktivitet og ældre (2008).

***Uddannelse og efteruddannelse af sundhedsplejerskerne og den øvrige kommunale sundhedstjeneste vedrørende sunde solvaner***

Sundhedsstyrelsen informerer sundhedsplejersker om solrådene hvert år i deres blad, sundhedsplejersken.

***Intensiveret information til befolkningen vedrørende sunde solvaner***

Fra centralt hold har man igennem de senere år indgået i et tæt samarbejde med andre interessenter på området vedrørende sol og begrænsning af hud og modermærkekræft. Samarbejdet omfatter bl.a. Kræftens Bekæmpelse, Miljøstyrelsen, Danmarks

Meteorologiske Institut, repræsentanter for dermatologer mv. Dette samarbejde har i 2008 bl.a. udmøntet sig i 8 faktaark om sol og solarier samt råd om disse emner – herunder råd til sårbare grupper som gravide samt børn og unge.

Samarbejdet har endvidere udmøntet sig i støtte til mindre danske forskningsprojekter på området vedrørende solskoldning og brug af solcreme. Herudover støtter Sundhedsstyrelsen Kræftens Bekæmpelses sol-kampagne økonomisk. En nylig evaluering af kampagnen har vist, at en stigende andel i befolkningen finder kampagnen relevant, og at 2/3 af de adspurgte er vidende om styrelsens støtte og involvering i kampagnen.

Danmark deltager i EU-sammenhænge i regulering af elektriske apparater, herunder for solarier og i den sammenhæng formuleres standarder for brugen af disse. Standarderne skal fra 2009 følge med, når den enkelte forbruger køber et solarium. Herudover indgår Danmark i et fælles nordisk samarbejde om udbredelse af postere, med råd om brugen af solarier, der fremover skal hænge ved siden af offentlige solarier.

#### ***Afgifter på alkoholprodukter***

Regeringen har tidligere tilkendegivet, at den er indstillet på at bakke op om højst mulige afgifter på EU-niveau af hensyn til folkesundheden.

#### ***Skærpelse af mindstealderen for køb af alkohol***

Aldersgrænsen for butikssalg af alkohol blev hævet fra 15 til 16 år i 2004.

#### ***Prioritering af systematisk, evidensbaseret alkoholbehandling***

Behandling for alkoholmisbrug er efter sundhedsloven kommunernes ansvar. Kommunerne skal således sikre, at enhver borger har adgang til et gratis tilbud om alkoholbehandling. Det er op til kommunerne at beslutte, hvad tilbuddet skal omfatte.

Som en hjælp til kommunerne udsendte Sundhedsstyrelsen i slutningen af 2008 et rådgivningsmateriale om kvalitet i alkoholbehandlingen. Rådgivningsmaterialet skal på sigt være med til at højne kvaliteten i kommunernes tilbud om alkoholbehandling.

Samtidig har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med KL, Sundhedsstyrelsen og Socialministeriet nedsat en arbejdsgruppe, som inden sommerferien skal komme med forslag til en kommunalt baseret godkendelses- og tilsynsordning for alkoholbehandlingsinstitutioner.

## **4.2 Screening**

I dag tilbydes danske kvinder screening for livmoderhalskræft og brystkræft, og man er godt i gang med at undersøge perspektiverne i at screene for tarmkræft. Screeningsprogrammerne giver mulighed for at opdage kræften i et tidligt stadie, hvilket forbedrer behandlingsmulighederne betydeligt.

#### ***Landsdækkende screening for livmoderhalskræft***

Sundhedsstyrelsen har i september 2007 opdateret sine anbefalinger for screening for livmoderhalskræft med henblik på at opnå en forbedret kvalitet af screeningspro-

grammerne samt sikre, at tilrettelæggelse, gennemførelse og kvalitetsudvikling foregår på et højt fagligt niveau og med den bedst mulige dækningsgrad.

På baggrund heraf inviteres alle kvinder i alderen 23-65 år til screening for livmoderhalskræft. Med udgangspunkt i de internationale retningslinjer tilbydes kvinderne screening hvert tredje år i aldersgruppen 23 - 50 og herefter hvert 5. år.

### ***Landsdækkende mammografiscreening***

Alle kvinder i alderen 50-69 år tilbydes hvert andet år screening mod brystkræft. Screeningsprogrammet blev vedtaget ved lov i 1999, hvor fristen for implementering af programmet blev fastsat til senest i år 2010. I 2005 indgik regeringen og Dansk Folkeparti imidlertid aftale om at rykke fristen for indførelse af mammografiscreeningstilbuddet i hele landet frem til start inden udgangen af 2007, således at alle kvinder omfattet af programmet skal være tilbudt screening inden udgangen af 2009.

Som led i aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti blev der afsat en pulje til projekter, der kunne tilvejebringe yderligere eller forbedre udnyttelsen af den eksisterende kapacitet, for at imødegå de kapacitetsmæssige udfordringer, som en implementering af screeningsprogrammet ville indebære.

Regionerne er nu godt i gang med at afvikle første screeningsrunde.

Regionernes administration af screeningsprogrammet sker i overensstemmelse med de europæiske retningslinjer herfor. Sundhedsstyrelsen forventer i løbet af 2010 at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal forestå en gennemgang af regionernes procedurer med henblik på udstedelse af nationale anbefalinger for screeningsprogrammet.

### ***Indstilling om screening for tyk- og endetarmskræft***

På baggrund af anbefalingerne i den Medicinske Teknologivurdering fra 2001 "Kræft i tyktarm og endetarm. Diagnostik og screening", blev der i 2005-2006 i det tidligere Vejle henholdsvis Københavns Amt gennemført en undersøgelse af, hvorvidt resultaterne fra tidligere randomiserede forsøg kan reproduceres i en generel befolkningsundersøgelse. Samtidig er der indhøstet erfaringer med organiseringen af screening for tyk- og endetarmskræft. I juli 2007 forelå en ekstern evaluering af gennemførlighedsundersøgelserne gennemført af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Gennemførlighedsundersøgelsen har vist, at screening er mulig og praktisk gennemførlig i Danmark. Det eneste punkt, hvor gennemførlighedsundersøgelsen ikke levede op til de kontrollerede studier, var deltagelsesprocenten. Kun 48 % af målgruppen tog imod tilbuddet om screening, og deltagelsesprocenten i gennemførlighedsundersøgelsen lå dermed under de i teknologivurderingen forudsatte 60 %.

På den baggrund udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2008 en afgrænset medicinsk Teknologivurdering "Screening for tyk- og endetarmskræft: Deltagelsesprocentens betydning."

Herefter har Kræftstyregruppen i maj 2008 rådgivet Sundhedsstyrelsen om indførelse af screening for tyk- og endetarmskræft i Danmark. Kræftstyregruppen har dog i den forbindelse understreget betydningen af, at der udarbejdes nationale anbefalinger for screeningen og for monitorering heraf samt at der etableres en klinisk database til opfølgning af programmets gennemførelse. Desuden har Kræftstyregruppen bemærket, at indførelsen af screening bør være veltilrettelagt.

Med henblik på at tilvejebringe det fornødne grundlag for, at Sundhedsstyrelsen kan udarbejde en endelig indstilling om indførelse af screening for tyk- og endetarmskræft til ministeren for sundhed og forebyggelse, har styrelsen derfor nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at beskrive alle overordnede væsentlige elementer ved indførelse af et landsdækkende screeningstilbud for tyk- og endetarmskræft.

Arbejdsgruppen vil blandt andet inddrage europæiske anbefalinger, det netop nu er under udarbejdelse. På den baggrund forventes det, at styrelsens endelige indstilling til ministeren for sundhed og forebyggelse foreligger inden udgangen af 2009.

#### ***Monitorering af screeningsprogrammerne***

Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for screening for livmoderhalskræft indeholder anbefalinger vedrørende landsdækkende monitorering. Monitoreringen af programmet er forankret i Danske Regioner og Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft i Danmark.

Ligeledes monitoreres screeningsprogrammet for brystkræft. Selvom screeningsprogrammet for brystkræft pt. administreres regionalt, er det med sygehusejerne aftalt, at også monitoreringen af dette screeningsprogram sker i overensstemmelse med EU-rekommandationer angivet i henstillinger af 2. december 2003 fra Rådet for den Europæiske Union.

Sundhedsstyrelsen har godkendt kliniske kvalitetsdatabaser for livmoderhalskræft henholdsvis brystkræft.

#### **4.3 Vaccination mod livmoderhalskræft**

Med HPV-vaccinen er det for første gang blevet muligt at vaccinere mod en kræftsygdom.

Den 1. marts 2008 indgik Regeringen, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre samt Liberal Alliance aftale om indførelse af vaccination mod livmoderhalskræft i børnevaccinationsprogrammet. Med aftalen udmøntes Sundhedsstyrelsens faglige anbefaling af 4. oktober 2007 om, at der indføres et fremadrettet vaccinationsprogram omfattende 12-årige piger samt gennemføres et catch-up program for piger i alderen 13-15 år.

Catch-up programmet blev påbegyndt den 1. oktober 2008 og omfatter piger født i 1993, 1994 og 1995. Det ordinære vaccinationsprogram for 12-årige piger blev påbegyndt den 1. januar 2009.



## 5. Kræftdiagnostik

### 5.1 Tidlig opsporing

#### ***Information overfor befolkningen om symptomer***

Der gøres flere indsatser for, at kræft skal opdages i tidligere stadier. Bl.a. gennemføres der nationale screeningsprogrammer mod livmoderhalskræft og brystkræft, og der pågår pt. vurderinger af tarmkræftscreening – jf. afsnit 4.2 om screening.

Endvidere har Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden i 2008 gennemført en landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser på vegne af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Her spørges patienterne til, hvor længe de gik med symptomer inden de henvendte sig til deres læge. Undersøgelsen viser, at to ud af tre patienter oplevede symptomer på deres kræftsygdom, inden de var hos læge. Hver femte af disse patienter henvendte sig til en læge inden for et døgn, efter de opdagede de første symptomer. To uger efter de havde opdaget symptomerne, havde 68 % af patienterne henvendt sig til en læge mens 32 % af patienterne ventede mere end to uger med at søge læge, efter de opdagede de første symptomer.

#### ***Obligatorisk undervisning i sundhed og sygdom i folkeskolens ældste klasser***

I Folkeskolen er der fokus på, at eleverne skal lære om sundhed. Således undervises i folkeskolen i sund kost og fysisk aktivitet i fagene hjemkundskab og idræt. Desuden dækker det obligatoriske emne Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab undervisning i emner som sundhed, vaner og livsstil. Elevernes grundlæggende kundskaber skal udvikles som en helhed gennem hele skoleforløbet såvel emneopdelt som i tværgående problemstillinger.

### 5.2 Retningslinjer for udredning i primærsektoren

Primærsektoren indgår i de nationale beskrivelser af pakkeforløb for kræftpatienter. Almen praksis har deltaget i udarbejdelsen af alle pakkeforløb på kræftområdet for at sikre velbeskrevne henvisningskriterier for pakkeforløb og hensigtsmæssige sektorovergange. I regionerne er afholdt/planlagt informationsmøder og/eller kurser om pakkeforløbene særligt for de praktiserende læger, for at styrke korrekt henvisningspraksis i henhold til pakkeforløbenes anbefalinger.

I forbindelse med indførelsen af pakkeforløb på kræftområdet blev der i regi af Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe for alment praktiserende lægers rolle i forbindelse med pakkeforløb for kræftpatienter. Arbejdsgruppens anbefalinger vil blive anvendt i det videre arbejde for at sikre, at almen praksis kan udfylde sin funktion bedst muligt i de forskellige faser af pakkeforløbet.

### 5.3 Retningslinjer for udredning på sygehus

Med pakkeforløb på kræftområdet foreligger der klare retningslinjer for overgangen fra almen praksis til sygehus, samt for den videre udredning på sygehuset. Pakkeforløbene har endvidere bidraget til at sikre mere effektive arbejdsgange i den diagnostiske fase og optimeret anvendelsen af det diagnostiske udstyr, så patienterne i dag sikres hurtig udredning af høj kvalitet.

I 2005 og 2006 blev der afsat i alt 150 mio. kr. til produktivitsfremmende omlægnin-  
ger i kræftbehandlingen – herunder i den diagnostiske fase – jf. også afsnit 3.1. Pro-  
duktivitspuljerne har bidraget til at høste erfaringer med organiseringen af bl.a. ud-  
redningsforløb, og erfaringerne har kunnet anvendes i forbindelse med den regionale  
indførelse af pakkeforløb

Regeringen afsatte efter aftale med Dansk Folkeparti i 2005 og 2006 særlige lånepuljer  
til finansiering af scannere til brug i bl.a. den diagnostiske fase for 600 mio. kr. Forde-  
lingen af lånedispensationer til scannere fulgte en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen,  
hvor der var henvist til rapporten ”PET - anbefalinger for udbygning af PET og FDG pro-  
duktion”. Heri anbefales, at der satses på såkaldt dedikeret PET, og at dedikeret PET i  
opbygningsfasen geografisk koncentreret omkring de onkologiske centre og i universi-  
tetsmiljøer.

På baggrund af udviklingen inden for PET-området anbefales det i Kræftplan II, at  
Sundhedsstyrelsen vurderer behovet for en opdatering af rapporten ”PET - anbefalin-  
ger for udbygning af PET og FDG produktion” fra 2002. Sundhedsstyrelsen har efterføl-  
gende vurderet, at dette behov var til stede, og i juni 2006 er foretaget en opdatering  
af rapporten.

I forbindelse med Finansloven for 2007 blev der afsat en lånepulje på 200 mio. kr. til  
scannere og strålekanoner, og i januar 2008 blev regionernes lånepulje på 900 mio. kr.  
i 2008 udvidet med 850 mio. kr. til indkøb af scannere mv. til brug i bl.a. den diagno-  
stisk fase. I perioden har endvidere været afsat en række øvrige puljer, som ikke har  
været målrettet kræftbehandlingen, men som har givet regionerne mulighed for at  
indkøbe udstyr generelt, og dermed også til glæde for kræftdiagnostikken.

Puljerne har bidraget til at sikre sygehusene nye og moderne scannere og dermed høj  
kvalitet i udredningsforløbet.

## 6. Kræftbehandling

### 6.1 Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling udgør en meget væsentlig del af den kurative behandling af kræftpatienter, hvorfor der er igangsat en række initiativer med henblik på at sikre den bedst mulige kirurgisk behandling.

#### ***Sundhedsfaglig kvalitet og patientforløb***

De landsdækkende kliniske retningslinjer, som udarbejdes og ajourføres af de videnskabelige selskaber og sammenslutninger, er et vigtigt element i at sikre den sundhedsfaglige kvalitet af den kirurgiske kræftbehandling.

De udarbejdede pakkeforløb for kræftpatienter tager udgangspunkt i disse kliniske retningslinjer. Arbejdet med pakkeforløb har betydet, at der er opnået en faglig konsensus om behandlingsforløbene for en række kræftformer, hvor der ikke var kliniske retningslinjer. Hertil kommer, at pakkeforløbene medfører, at den samlede behandling, herunder den kirurgiske behandling, i høj grad koordineres.

For at sikre opretholdelsen og faglig opdatering af de kliniske retningslinjer sker der løbende en dataregistrering i de kliniske kvalitetsdatabaser på baggrund af relevante indikatorer. Registreringerne anvendes i klinikernes arbejde med at forbedre kræftkirurgien

Endelig sker der i Det Nationale Indikator Projekt (NIP) en løbende monitorering på lungekræftområdet.

Et andet vigtigt element for at sikre den bedst mulige kræftkirurgi, er, at de multidisciplinære teamkonferencer, hvori de kirurgiske afdelinger er centrale deltagere, er et af omdrejningspunkterne i de udarbejdede pakkeforløb på kræftområdet.

For at sikre, at de ressourcemæssige rammer for at overholde de kliniske retningslinjer og krav til forløbstider i pakkeforløbene er til stede, har regeringen i forbindelse med og i forlængelse af "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter" af 12. oktober 2007 afsat betydelige millionbeløb til implementering og drift af pakkeforløbene.

Desuden udgør arbejdet med den generelle specialeplanlægning et godt grundlag for, at de organisatoriske og ledelsesmæssige rammer for at sikre den bedst mulige sundhedsfaglige kvalitet i kræftkirurgien er til stede.

#### ***Kirurgisk organisation og operationskvalitet***

Der er gennem de seneste år sket en markant nedgang i antallet af sygehuse, der udfører kræftoperationer. Endvidere vil der med den igangværende specialeplanlægningsproces ske en yderligere samling af mange funktioner, herunder også kræftkirurgien ud fra en grundlæggende tanke om at "øvelse gør mester", dvs. at der er en overordnet sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau. Denne realiserede og planlagte samling af kræftkirurgien betyder, at kvaliteten i kræftkirurgien er steget – og vil stige yderligere i fremtiden –

simpelthen fordi samlingen betyder, at den fornødne operationsvolumen, til at sikre at de enkelte læger og afdelinger oparbejder tilstrækkelig rutine, er til stede.

I forbindelse med specialeplanlægningen stilles der desuden krav om at sygehuse, der varetager en specialfunktion, skal have tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage funktionen, således at den nødvendige kirurgiske ekspertise altid kan være til rådighed på alle tider af døgnet og hele året rundt.

Endvidere er det et krav for at varetage en specialefunktion på de offentlige sygehuse – herunder kirurgiske specialer – at der bedrives forskning.

Til oktober 2009 udmelder Sundhedsstyrelsen placeringen af de enkelte specialfunktioner.

For at sikre den bedst mulige operationskvalitet har den enkelte læge desuden pligt til løbende at vedligeholde viden og færdigheder samt at udvikle disse inden for fagets rammer.

I henhold til Sundhedsloven skal regioner og private sygehuse indsende årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de krav, der stilles til varetagelsen af specialfunktioner. Dette kombineret med årsberetningerne fra de kliniske kvalitetsdatabaser og monitoreringen af pakkeforløb giver de forskellige ledelsesniveauer et indblik, således at der kontinuerligt kan foregå en justering og optimering af operationskvaliteten.

### ***Kirurgisk operativ uddannelse***

For at sikre den fornødne oplæring deltager kræftkirurger under oplæring i operationer på de afdelinger, som indgår i speciallægeuddannelsen.

Generelt er kræft en overordentlig vigtig del af speciellægeuddannelsen, som fastlægges af Sundhedsstyrelsen. Kræft indgår således både implicit og eksplicit i målbeskrivelserne for denne. For så vidt angår den lægelige efteruddannelse efter speciallægeuddannelsen er der tale om en individuel profilering. I mange tilfælde er uddannelsen tilrettelagt og beskrevet af de videnskabelige selskaber, der er ansvarlige for de respektive områder.

I forhold til sygeplejersker er der pt. en specialuddannelse i kræftsygepleje under implementering i regionerne. De overordnede rammer og indhold er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

## **6.2 Medicinsk behandling, herunder indførelse af nye lægemidler**

### ***Retningslinjer for standardbehandlinger af kræftsygdomme***

De videnskabelige selskaber og sammenslutninger udarbejder og ajourfører landsdækkende kliniske retningslinjer for behandling af kræftsygdomme. De udarbejdede pakkeforløb på kræftområdet tager udgangspunkt i disse kliniske retningslinjer. På samme måde som det er tilfældet på kirurgiområdet, har arbejdet med pakkeforløb betydet,

at der for en række kræftformer, hvor der ikke var landsdækkende, kliniske retningslinjer, er opnået en faglig konsensus om behandlingsforløbene.

### **Monitorering af standardbehandlinger**

Monitorering af standardbehandlinger foregår via de kliniske kvalitetsdatabaser og centrale sundhedsregistre. Der er udarbejdet indikatorer og standarder for statistiske opgørelser i regi af begge, og disse formidles løbende til professionelle brugere og offentligheden, således at der løbende kan ske en optimering af behandlingerne.

### **Implementering af nye kræftlægemidler og -behandlinger**

Regionerne har det overordnede ansvar for at indføre nye behandlinger. Det er imidlertid ikke i alle tilfælde, at regionerne umiddelbart finder, at de har tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, om et nyt kræftlægemiddel bør tages i brug. I sådanne tilfælde kan Sundhedsstyrelsen anmodes om at vurdere, om lægemidlet bør tages i brug nationalt.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen i 2008 nedsat et Nationalt Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler (UVKL), der på baggrund af anmodninger fremsendt til styrelsen ud fra en mini-Medicinsk Teknologivurdering (mini-MTV) – som er et fleksibelt ansøgningsværktøj bygget op om perspektiverne: Teknologi, patient, organisation og økonomi – vurderer national ibrugtagning af kræftlægemidler og -behandlinger. Såfremt der foreligger regulære MTV'er anvendes disse i vurderingen. UVKLs vurdering bliver forelagt Kræftstyregruppen, der rådgiver Sundhedsstyrelsen. Efterfølgende anbefaler Sundhedsstyrelsen, hvorvidt en national ibrugtagning bør finde sted.

## **6.3 Strålebehandling**

Den danske strålebehandling har gennemgået en væsentlig udbygning siden Kræftplan II. Foreløbige tal for 2008 viser, at aktiviteten på strålebehandlingsområdet er vokset markant. Alene fra 2007 til 2008 er der sket stigning fra 203.000 behandlinger til knap 228.000. Det er en stigning på 12 pct.

I hele perioden 2003 til 2008 er antallet af strålebehandlinger vokset med godt 65.000 behandlinger svarende til en stigning på 41 pct.

### **Økonomi**

I 2005 og 2006 blev der afsat 600 mio. kr. i lånepuljer til indløb af acceleratore (strålekanoner). I 2008 blev der afsat 200 mio. kr. i lånepulje til indkøb af acceleratore og scannere. I januar 2008 blev der afsat yderligere 850 mio. kr. i lånepulje til indkøb af kræftapparat, herunder acceleratore, i forlængelse af aftalen om akut handling og klar besked fra oktober 2007.

### **Udskiftning og implementering af nyt udstyr**

Som led i udmøntningen af lånepuljerne til indkøb af acceleratore har regionerne udarbejdet udskiftnings- og implementeringsplaner. Investeringerne i acceleratore har ikke kun betydet en væsentlig udbygning af kapaciteten, men også en betydelig opgradering af apparaturets teknologiske kapacitet, således at de nyeste teknikker kan tilbydes i behandlingen af patienterne.

**Task Force vedr. Strålebehandling**

Med oprettelsen af Task Force vedr. Strålebehandling i 2006 blev der sat målrettet ind for at styrke den danske strålebehandling, nedbringe ventetider og tilbyde patienterne behandling inden for de maksimale ventetider.

**Produktivitet**

I 2007 udarbejdede KREVI (Kommunernes og Regionernes Evalueringsinstitut) en analyse, der vurderede produktiviteten på strålebehandlingsområdet og kom med anbefalinger til forbedring af arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forbedringer af produktiviteten.

**Personale**

I regi af Sundhedsstyrelsen er der udarbejdet rapporter om sikring af den personale-mæssige kapacitet på kort og lang sigt, herunder taget initiativer på uddannelsesområdet.

**Fremtidigt behov og kapacitet på strålebehandlingsområdet**

Beregninger foretaget i regi af Task Force vedr. Strålebehandling viser, at kapaciteten på strålebehandlingsområdet generelt overstiger behovet allerede i 2009, og at kapaciteten vil overstige behovet i årene derefter. Som følge af indførelsen af screening for brystkræft kan der i indkøringsperioden forventes et større antal tilfælde af brystkræft, en såkaldt pukkeeffekt. Kombineret med indførelsen af pakkeforløb kan det betyde, at der dog stadig kan være lokale udfordringer med at tilbyde alle patienter strålebehandling inden for de maksimale ventetider og uden unødigt ventetid. I 2009 vil der derfor stadig være patienter, der får tilbudt behandling på et andet strålebehandlingscenter i Danmark eller i udlandet.

**Overholdelse af de maksimale ventetider**

Årsrapporten for 2008 fra Task Force vedr. strålebehandling viser, at langt størstedelen (mere end 90 %) af de danske kræftpatienter modtager strålebehandling på deres regionale strålebehandlingscenter inden for fire uger. Resten modtager tilbud om behandling inden for fire uger et andet sted, og nogle patienter tager således imod tilbud om behandling et andet sted i Danmark eller i udlandet.

**Nationalt klassifikations-system**

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 foretaget i september 2007.

## 6.4 Eksperimentel behandling

### **Ordningen om eksperimentel behandling**

Med etablering af ordningen for eksperimentel behandling, har man givet læger med ansvaret for behandling af kræftpatienter, hvor de etablerede behandlingsmuligheder synes udtømte, mulighed for at få rådgivning vedr. eksperimentelle behandlingsmuligheder i Danmark og i udlandet. Second opinion panelet kan også ved behov rådgive om mulighed for eventuelle supplerende undersøgelser eller behandlinger på offentlige sygehuse her i landet og behandling efter reglerne om højt specialiseret behandling og forskningsmæssig behandling i udlandet.

Sundhedsstyrelsen udarbejder hvert år en status for ordningen om eksperimentel behandling. Sundhedsstyrelsens Årsrapport for 2008 om eksperimentel behandling viser, at der er sket en markant stigning i antallet af nye vurderede sager siden ordningens start i 2003 med 857 flere vurderede patientsager i 2008. Stigningen skyldes formentlig både et øget kendskab til ordningen dels etableringen af enheder for eksperimentel behandling i Danmark.

Fra 2007 til 2008 er der sket en stigning i antallet af vurderede patientsager på 24 % Sundhedsstyrelsens analyser viser samtidig, at henvisningerne til second opinion panelet kom fra alle dele af landet. Det indikerer, at der er et bredt kendskab til ordningen på de danske sygehuse.

Af Sundhedsstyrelsens årsrapport for 2008 fremgår det, at ud af 1167 vurderede sager, var det kun 144 sager, hvor panelet ikke havde mulighed for at rådgive om yderligere behandling af patienten. I 696 patientsager rådede panelet til eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i Danmark.

**Tabel 1. udviklingen i second opinion panelets rådgivning (angivelse i pct.)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Antal nye sager</b>	<b>310</b>	<b>440</b>	<b>798</b>	<b>934</b>	<b>939</b>	<b>1167</b>
<b>Råd om eksp. eller forskningsmæssig behandling i Danmark</b>	0	0	380 (48)	604 (65)	537 (57)	696 (59)
<b>Råd om eksperimentel behandling i udlandet (i få tilfælde råd om forskningsmæssig eller højt specialiseret behandling i udlandet)</b>	45 (15)	127 (29)	35 (4)	36 (4)	34 (4)	51 (4)
<b>Yderligere diagnostisk eller behandling i Danmark</b>	95 (31)	134 (30)	114 (14)	98 (10)	60 (6)	100 (9)
<b>Enig i aktuel behandlingsstrategi</b>	67 (22)	72 (16)	95 (12)	96 (10)	118 (13)	168 (14)
<b>Ikke mulighed for rådgivning om yderligere behandling</b>	94 (30)	102 (23)	174 (22)	92 (10)	185 (20)	144 (12)
<b>Diverse (uafsluttede sager/patienter døde/patienter trukket ansøgning tilbage etc.)</b>	9 (3)	5 (1)	0	8 (1)	5 (1)	0

Sundhedsstyrelsen har med henblik på at styrke patientinformationen om ordningen om eksperimentel behandling iværksat initiativ til at udarbejde egentlig patientrettet materiale om ordningen i form af en patientpjece, der i nær fremtid vil foreligge på landets onkologiske afdelinger.

#### ***Etablering af 6 enheder for eksperimentel kræftbehandling***

Gennem etablering af seks eksperimentelle enheder for kræftbehandling har det danske sundhedsvæsen fra 2005 kunnet tilbyde danske patienter eksperimentel behandling i Danmark frem for i udlandet. Enhederne er placeret på Rigshospitalet, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, Århus Sygehus og Ålborg Sygehus.

Sundhedsstyrelsen årsrapport for 2008 viser, at panelet i 2008 i 693 patientsager anbefalede behandling på én af de seks enheder for eksperimentel behandling.

Etableringen af enhederne har samtidig givet mulighed for at samle yderligere erfaring gennem erfaringsprotokoller og forskningsmæssige behandlinger. Det har bl.a. betydet, at flere tidligere eksperimentelle behandlinger også på baggrund af danske erfaringer, nu kan tilbydes som standardbehandlinger i det danske sundhedsvæsen.



## 7. Ikke kræftspecifik behandling

Der er stigende opmærksomhed på de elementer, der ligger uden om selve den kræftspecifikke behandling, og som har til formål at håndtere de fysiske, psykiske og sociale problemstillinger, der kan opstå i forbindelse med kræftsygdom - herunder også problemstillinger opstået i tilfælde, hvor kræftsygdommen ikke kan helbredes og fører til patientens død.

Der er fra centralt hold, regionalt, lokalt og fra de faglige miljøer iværksat en række initiativer på områderne: understøttende behandling, rehabilitering og palliation.

### 7.1. Understøttende behandling

#### ***Nationale kliniske retningslinjer og obligatoriske speciallægekurser***

Understøttende behandling indgår som et fast del i den kliniske praksis i forbindelse med behandling af patienten. Der er udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for en række understøttende behandlinger. Der udbydes samtidig obligatoriske speciallægekurser om understøttende behandlinger indenfor kræftområdet.

### 7.2. Rehabilitering

#### ***Rehabilitering som en del af pakkeforløb***

Med henblik på at understøtte, at rehabilitering tænkes ind i det samlede patientforløb, arbejdes der med at få rehabilitering til at indgå i pakkeforløbene på kræftområdet. Der er nedsat en arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen, der skal komme med anbefalinger til den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen for patienter i pakkeforløb. Formålet er at sikre, at der sker en vurdering af den enkelte patients behov for rehabilitering, og at patienten tilbydes et rehabiliteringsforløb i naturlig sammenhæng med behandlingsforløbet. Arbejdsgruppen afrapporterer til Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet ultimo 2009.

#### ***Kommunale kræftrehabiliteringsprojekter***

Med henblik på at styrke den kommunale rehabiliteringsindsats for kræftpatienter, er der i finanslovsaftalerne for 2006 og 2007 i alt udmøntet 40,4 mio. kr. til kommunale kræftrehabiliteringsprojekter. Formålet med disse projekter er, at patienten gennem et kræftrehabiliteringsforløb bevarer og genopbygger fysisk og psykisk funktionsevne. Samtidig har puljen til formål at generere viden om effektive måder at organisere den kommunale kræftrehabiliteringsindsats på.

Midlerne er udmøntet i puljeform til 11 pilotprojekter, der involverer 15 kommuner landet over. Flere af pilotprojekterne afprøver metoder til at sikre forløbskoordination på mellem sygehus, almen praksis og kommunen i patientens forløb. Projektpuljen er udmøntet i partnerskab mellem Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, Kræftens Bekæmpelse og KL. En omfattende evaluering af projekterne forventes at foreligge ultimo 2009.

**Forskning og vidensopsamling**

I forbindelse med udmøntningen af puljen for klinisk kræftforskning jf. kapitel 10, er der afsat 4.7 mio.kr. til etablering af tre kompetencecentre i de tre universitetsregioner. Kompetencecentrene har til formål, at understøtte forskningsaktiviteter, uddannelse og kompetenceudvikling af personale relateret til alle dele af patientforløbet fra opsporing, behandling til rehabilitering.

Endvidere er der i flere regioner taget initiativer til at understøtte forskning og udvikling inden for rehabiliteringsområdet. Som eksempel kan nævnes Marselisborg Centret – Center for Folkesundhed i Århus i Region Midtjylland.

**7.3. Palliation**

Der er igangsat en række initiativer med henblik på at styrke den palliative indsats i Danmark. Initiativerne er langt overvejende rettet mod palliation af kræftpatienter. Den palliative indsats vil ofte involvere flere sektorer og faggrupper, hvorfor kommunikation og samarbejde er en forudsætning for et godt forløb.

**Palliative teams**

Med henblik på at skabe trygge rammer for, at patienten kan dø i eget hjem, er der i alle regioner etableret palliative teams, der, i samarbejde med hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge, varetager behandlingen af døende (kræft)patienter i hjemmet. Hensigten er at bringe ekspertbistanden ud i patientens hjem og derved bidrage til at skabe tryghed i familien og netværket ved at sørge for optimal smerte- og symptomlindring, samt give information om forløbets forventede karakter, og om hvilke handlemuligheder, der kan blive aktuelle. Det palliative teams opgave er at yde råd, vejledning og støtte i den palliative behandling, så der sikres bedre betingelser for, at patienterne kan plejes, behandles og dø i eget hjem og herved undgå unødige sygehusindlæggelser.

**Praksiskonsulenter**

Med udbredelsen af de kommunale praksiskonsulenter, er der taget initiativ til sikre sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorer - herunder den palliative indsats. Praksiskonsulenten har bl.a. til opgave at sikre et godt samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunen.

**Udvidelse af kapacitet på hospices**

Der er sket en markant øgning i antallet af hospicepladser de seneste år. I perioden fra 2003 til 2006 blev afsat i alt 170 mio. kr. til etablering og drift af selvejende hospicepladser og fra 2007 permanent 40 mio. kr. p.a. til kompensation af regioner og kommuner i forbindelse med forpligtelsen til at indgå aftaler med selvejende hospicer. Det er fastlagt, at der på landsplan skal være 180 hospicepladser fordelt med baggrund i befolkningstal i regionerne.

**Kliniske retningslinjer og kompetenceopbygning**

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har i samarbejde med kommunale sygeplejersker og sygehusspecialister udarbejdet en klinisk vejledning om palliation med henblik på at sikre, at patienter med behov for en palliativ indsats modtager den rette pal-

liative indsats. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens opfølgning på Kræftplan II fra 2007, at alle regioner har gjort en stor indsats for uddannelse af personale inden for palliation.

Endvidere er en specialuddannelse i kræftsyrgepleje under etablering i regionerne. Ét af formålene med uddannelsen er at sikre sygeplejekompetence indenfor rehabilitering og palliation af kræftpatienter.

### ***Forskning og vidensopsamling***

Med henblik på at understøtte vidensopsamling inden for det palliative område, er der med pulje til styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning givet støtte til oprettelse af Palliativ Database i regi af DMCG (Dansk Multidisciplinære Cancer Grupper), der vil stå for monitorering af området efter aftale med regionerne.

Derudover er der i de faglige miljøer taget initiativ til at skabe en fælles platform for den palliative indsats i Danmark gennem etablering af Palliativt Videncenter i 2008. Centret er støttet af bl.a. Kræftens Bekæmpelse og Trygfonden.

## 8. Patientaspektet

### 8.1 Egenomsorg og inddragelse af pårørende

Medinddragelse og kommunikation har betydning for patientens evne til egenomsorg. Med henblik på at sikre, at patienten bliver systematisk informeret og medinddraget i forløbet, er der i pakkeforløbene på kræftområdet udarbejdet retningslinjer for, hvornår og hvad patienten skal informeres om i de enkelte faser i forløbet. Derudover skal patienten tildeles en fast kontaktperson, som patienten kan henvende sig til ved spørgsmål, jf. afsnit 8.3.

Endvidere har de fleste regioner taget initiativ til at oprette patientskoler/patientuddannelse på sygehusene. Patientundervisning sigter på, at give patienten mulighed for at tilegne sig viden og støtte, så patienten får redskaber til at håndtere sin sygdom.

### 8.2 Alternativ behandling

Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (ViFAB) blev oprettet i 1999 med henblik på, at formidle information til befolkningen og det etablerede sundhedsvæsen om alternativ behandling og fremme og udvikle forskningen på området. ViFAB informerer om alternativ behandling i forhold til kræft bl.a. om effekten af hyppigt anvendte former for alternativ kræftbehandling, mulige risici, lovgivning mm., så patienten får det bedst mulige oplysningsgrundlag til at træffe beslutning om evt. alternativ behandling.

ViFAB har endvidere ydet støtte til flere forskningsprojekter, der fokuserer på alternativ behandling i relation til kræftpatienter.

### 8.3 Patientrettigheder

Ved siden af kræftplanens mere behandlingsrettede initiativer, har patienterne et bredt udsnit af patientrettigheder, herunder om frit valg, og adgang til højt specialiseret -, forskningsmæssig - eller eksperimentel behandling, ligesom der er etableret systemer, der hjælper og understøtter patienterne igennem et behandlingsforløb.

#### *Frit sygehusvalg*

Sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg indebærer, at patienter kan vælge, hvilket offentligt sygehus i Danmark patienten ønsker at blive behandlet på - såfremt det pågældende sygehus kan modtage patienten.

#### *Udvidet frit sygehusvalg*

Er der mere end én måneds ventetid på behandlingen på bopælsregionens sygehuse har patienterne med det udvidede frie sygehusvalg desuden som udgangspunkt ret til også at vælge behandling på privathospitaler i Danmark og udlandet, der har indgået aftaler med regionerne herom. Det udvidede frie sygehusvalg er dog på grund af sidste forårs konflikt på sundhedsområdet suspenderet fra 7. november 2008 til og med 30. juni 2009.

**Højt specialiseret og forskningsmæssig behandling i udlandet**

Patienter har endvidere i nogle tilfælde ret til at blive henvist til højt specialiseret behandling i udlandet, som ikke kan tilbydes her i landet selv af den sygehusafdeling, som har den højeste indenlandske specialkundskab på området. Ligeledes kan patienter henvises til forskningsmæssig behandling i udlandet, hvis behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus.

**Second opinion ordningen**

Med second opinion ordningen kan en behandlende læge anmode et panel af kræfteksperter om rådgivning om patienter, som har en livstruende sygdom, der ikke umiddelbart kan tilbydes behandling for på offentlige sygehuse her i landet eller udlandet. Panelet kan herunder anbefale henvisning til både etablerede behandlinger samt til eksperimentel behandling i både Danmark og udlandet, såfremt behandlingerne findes egnet til den konkrete patient.

**Maksimale ventetider**

Bestemmelserne om maksimale ventetider indebærer, at sundhedsvæsenet har pligt til at forsøge at tilvejebringe et behandlingstilbud inden for visse frister. Kan det danske sundhedsvæsen ikke behandle en kræftpatient inden for de i bekendtgørelsen fastsatte tidsfrister, kan patienten blive henvist til behandling i udlandet. Herunder har patienten i visse situationer ret til at få refusion for udgifter til et behandlingstilbud, som patienten selv har tilvejebragt, og som regionen således ikke har indgået behandlingsaftaler med.

**Sygehusbehandling i udlandet efter EU-retten**

Sideløbende hermed gælder EU-retten om patienters ret til hel eller delvis refusion af udgifter til behandling i andre EU-medlemslande, som patienten selv har tilvejebragt. Det kan være tilfældet, hvis regionen helt undtagelsesvis ikke kan tilbyde en patient behandling inden for en rimelig frist, og behandlingen således ud fra en konkret, klinisk vurdering af patientens situation ikke kan ydes rettidigt, eller indenfor normale ventetider. Retten til refusion gælder alene for samme eller tilsvarende behandling, som patienten ville være tilbudt her i landet.

Om en behandling er rettidig i forhold til patientens behandlingsbehov beror på en lægefaglig vurdering af patientens sygdomstilstand, den forventede udvikling og omfanget af eventuelle smerter og handicap mv.

Om en behandling kan tilbydes indenfor normale ventetider beror på, hvad der er normal ventetid på de offentlige sygehuse her i landet for behandling af sygdommen under hensyn til dens forventede udvikling.

**Nyt forbedret patientklagesystem**

Patienter har ret til at få klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed vurderet af et uvildigt og uafhængigt nævn – Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Nævnet kan udtale kritik af konkrete sundhedspersoner, hvis virksomhed er fundet under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

På regeringens initiativ vurderes det netop nu, om patientklagesystemet kan forbedres med en yderligere sikring af patienternes rettigheder.

### ***Patientkontorer***

Patienter kan på patientkontoret i patientens bopælsregion få information, vejledning og rådgivning om deres rettigheder og om sundhedsvæsenets ydelser. Herunder om bl.a. undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning, service, ventetider, frit sygehusvalg, behandlingsfrister samt om adgangen til behandling i udlandet. I den forbindelse skal patientkontorerne bistå patienter, der ønsker at benytte det frie sygehusvalg m.v., med at finde et sygehus, der kan varetage den pågældende behandling og med at få en viderehenvisning dertil.

På patientkontoret kan patienter også få information, vejledning og rådgivning om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet. Patientkontorerne skal endvidere bistå patienten med videresendelse og udformning af klager eller erstatningskrav til rette myndighed.

Endvidere har patientkontorerne til opgave at bidrage til, at der sker afklaring af eventuelle misforståelser mellem patienter og sundhedspersoner i forbindelse med patientbehandlingen.

### ***Kontaktpersonordning***

Regeringen har desuden forbedret patienternes rettigheder ved at sikre alle patienter, der modtages til sygehusbehandling, der strækker sig over mere end ét døgn, ret til en kontaktperson.

Kontaktpersonerne skal være sundhedspersoner, der medvirker i behandlingen af den pågældende patient.

Formålet med kontaktpersonordningen er at skabe kvalitet, sammenhæng og tryghed under indlæggelsen og i ambulante forløb, idet kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om patientforløbet.

Kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om behandlingsforløbet. Kontaktpersonordningen kan medvirke til, at misforståelser i patientforløbet forebygges, og kontaktpersonen vil desuden fungere som patientens personificerede indgang til sygehusvæsenet.

Kontaktpersonens information supplerer, men erstatter ikke den informationspligt, der hviler på de sundhedspersoner, der i øvrigt har ansvar for den sundhedsfaglige behandling af patienten. Det ansvar, som kontaktpersonen har for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser, er ligeledes alene et supplement til det ansvar, der påhviler de sundhedspersoner, der har ansvar for behandlingen.

## 9. Personale og uddannelse

For at sikre tilstrækkeligt med personaleressourcer med de nødvendige kompetencer på sundhedsområdet er der igangsat en række initiativer.

### *Personale*

Der er gennemført en reform af den lægelige videreuddannelse, som forventes at medføre 1.600 flere speciellæger på arbejdsmarkedet fra 2016 og frem. I forbindelse med reformen udvides antallet af hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen fra ca. 730 forløb i 2006 til 874 forløb i 2008-2012, svarende til en stigning på godt 19 pct.

Stigningen i antallet af hoveduddannelsesforløb målrettes samtidig mod de specialer, hvor der er særligt brug for flere speciallæger – herunder især klinisk onkologi.

I foråret 2007 indgik regeringen og Danske Regioner en aftale om at øge dimensioneringen på sygeplejerskeuddannelsen med 270 ekstra pladser og 50 ekstra pladser på radiografuddannelsen. Dimensioneringsforøgelsen trådte i kraft ved sommeroptaget 2007.

Med kvalitetsreformen, som er udmøntet i trepartsaftalen fra 2007, blev der opnået enighed om øget optag på de mellemlange videregående uddannelser, samt at styrke uddannelsesinstitutionernes indsats for at øge antallet af studerende og reducere frafaldet på sygeplejerskeuddannelsen og de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser. Desuden blev det aftalt at fremme ældre medarbejders muligheder for at blive længere tid på arbejdsmarkedet via seniorpolitikker, ligesom alle medarbejdere på deltid gives mulighed for at gå op i arbejdstid.

I trepartsaftalen fra 2007 blev det endvidere aftalt at nedsætte en task-force, der skal udarbejde en fælles strategi for fleksibel opgavevaretagelse og mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Task-forcen skal udarbejde en strategi for fleksibel opgavevaretagelse og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på sundheds- og ældreområdet. Konkret skal strategien understøtte, at medarbejdernes kompetencer anvendes bedst mulig, at opgaverne ikke løses på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt og at opgaverne løses i fleksible teams. Strategien forventes klar efter sommerferien 2009.

I den forbindelse kan det desuden nævnes, at der ude i regionerne er igangsat en lang række initiativer vedrørende efteruddannelse og opgaveglidning samt bedre arbejdstilrettelæggelse. Det drejer sig bl.a. om:

- Uddannelse af skopisygeplejersker, som ved opgaveglidning kan varetage typiske speciallægefunktioner. Flere regioner er i færd med at uddanne/træne sygeplejersker i at udføre skopier.
- Opgaveglidning til sosu-assistenten. Sosu-assistenten oplæres f.eks. til konventionel røntgenundersøgelse og dermed frigives radiografressourcer til de specialiserede undersøgelser – herunder også på kræftområdet. Der ses også tilfælde, hvor sosu-

assistenter benyttes til at modtage og klargøre patienten til CT-scanning (lægge venflon, informere, hjælpe med afklædning etc.).

- Etablering af nye vagtformer på sygehusene (f.eks. hjemmearbejdsplads, konsulentordninger for pensionerede radiologer, etablering af teleradiologi).
- Omlægning af arbejdsgange, f.eks. ved indførelse af elektroniske bookingsystemer, etablering af én indgang (ét telefonnummer) til afdelingen og etablering af fælles operatørrum med flere scannere, der kan betjenes samtidigt.

Regeringen har – som følge af den generelle nedgang i ansøgstallet til en række mellemlange videregående sundhedsuddannelser – sammen med Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og de faglige organisationer taget initiativ til en treårig rekrutteringskampagne til sygeplejerske-, radiograf- og bioanalytiker- uddannelserne. Formålet med kampagnen er at øge optaget på uddannelserne og kendskabet til bioanalytiker- og radiograffagene.

I regeringens plan for international rekruttering fra 2007 præsenteres en række initiativer med det mål at tiltrække udenlandsk arbejdskraft. Der er bl.a. afsat 1 mio. kr. til en markedsføringskampagne for at tiltrække udenlandske speciallæger og sygeplejersker til det danske sundhedsvæsen og sat fokus på at gøre ophold- og arbejdstilladelse samt autorisationer mere fleksible overfor højt uddannet sundhedspersonale. Danske Regioner deltager i de arbejdsgrupper, der er oprette i forbindelse med de forskellige initiativer. Endvidere har hver af regionerne udpeget 1-2 nøglepersoner til at indgå i et tværregionalt forum for erfaringsudveksling vedrørende rekruttering og fastholdelse af udenlandsk arbejdskraft.

Sundhedsstyrelsen foretager løbende forbedringer i arbejdet med prognoser og dimensionering af sundhedspersonalets videreuddannelse. I arbejdet med at fastsætte dimensioneringen af lægers videreuddannelse følger styrelsen udviklingen i de faktorer, der har indflydelse på behovet for læger og speciallæger – herunder onkologiske speciallæger. Det drejer sig bl.a. om udviklingen i sygdomsforekomster, ændrede behandlingsmetoder og teknikker.

For så vidt angår andet sundhedspersonale, blev det som led i trepartsaftalen fra 2007 aftalt at nedsætte en teknisk arbejdsgruppe, der har til formål løbende at fremskrive dimensioneringsbehovet for en række af de mellemlange videregående uddannelser, herunder sygeplejerske-, radiograf- og bioanalytikeruddannelserne.

### ***Efteruddannelse af læger på kræftområdet***

Sundhedsstyrelsen fastsætter rammerne for og indholdet af den lægelige videreuddannelse. For så vidt angår den efterfølgende efteruddannelse foregår dette i regi af det enkelte videnskabelige selskab, der fastsætter mål for viden og kompetencer, som den enkelte speciallæge skal erhverve sig i sin efteruddannelse under hensyntagen til den individuelle faglige profilering inden for fagområdet. Ofte følger disse mål internationale standarder.



Det følger af LBK 1350 af 17. december 2008, at lægen bør holde sig ajour med sit arbejdsområdes udvikling og ikke påtage sig opgaver, lægen ikke er uddannet i eller mestrer.

Sundhedsstyrelsen fastsætter rammerne for og indholdet af den lægelige videreuddannelse. For så vidt angår den efterfølgende efteruddannelse foregår denne i regi af det enkelte videnskabelige selskab, der fastsætter mål for viden og kompetencer, som den enkelte speciallæge skal erhverve sig i sin efteruddannelse under hensyntagen til den individuelle faglige profilering inden for fagområdet. Ofte følger disse mål internationale standarder. Kvalitetssikringen af de kurser, de videnskabelige selskaber eller organisationer udbyder, foretages i henhold til de internationale retningslinjer for akkreditering af Continuing Medical Education (CME).

Sundhedsstyrelsen oplyser, at der i vid udtrækning foregår et samarbejde mellem de videnskabelige selskaber og regionerne om, hvem der er ansvarlige for at tilbyde, kvalitetssikre og finansiere efteruddannelsen i takt med ændringerne i specialeplanlægningen og samling af funktioner i særlige centre. Eksempelvis varetages brystkræft, mavesækskræft, æggestokkræft, kræft i bugspytkirtel og mange andre kræftformer på særlige afdelinger eller afdelingsafsnit tilknyttet særligt kompetent og efteruddannet personale.

#### ***Sygeplejerskers uddannelse på kræftområdet***

Som led i trepartsaftalen fra 2007 blev det besluttet at etablere en specialuddannelse i kræftsygepleje. Sundhedsstyrelsen udsendte primo 2008 en uddannelsesbekendtgørelse, som regionerne i øjeblikket er ved at implementere. Det forventes, at specialuddannelsen, der erstatter den tidligere længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker inden for det onkologiske/hæmatologiske område, igangsættes i løbet af 2009.

## 10. Infrastruktur for den kliniske kræftforskning

### *Molekylærbiologiske analyser*

Der blev i juli 2006 udmøntet en pulje på 25 mio. kr. til udvikling af molekylærbiologiske analyser med henblik på biologisk (individualiseret) behandling af kræftpatienter. Ministeriet modtog 43 ansøgninger om midler fra puljen. Efter vurdering i Forskningsstyrelsen blev 30 ansøgninger fundet videnskabeligt kvalificerede. Sundhedsstyrelsen fik bistand fra et panel bestående af eksperter fra Norge og Sverige til vurderingen af de 30 ansøgninger. Desuden anmodede Sundhedsstyrelsen medlemmerne af det Nationale Koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling (NKU) om at udpege områder, der inden for puljens rammer særligt bør prioriteres med henblik på at styrke kræftbehandlingen i Danmark.

Som fordelingsprincip anbefalede Sundhedsstyrelsen, at de projekter, der både videnskabeligt og sundhedsfagligt er højt kvalificerede, tildeles en del af de ansøgte beløb, idet Sundhedsstyrelsen vurderede, at projekterne kan gennemføres med den foreslåede støtte og støtte fra anden side. Samtidig blev tilstræbt en vis spredning på forskellige kræftformer. I alt 11 projekter opnåede finansiering fra puljen. Der skal afrapporteres for projekterne i 2009/2010 til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

### *Infrastruktur for klinisk kræftforskning*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udmøntede i juli 2007 en treårig pulje på 88,5 mio. kr. til styrkelse af infrastrukturen for den kliniske kræftforskning. Sundhedsstyrelsen forestod den sundhedsfaglige vurdering af de indkommende ansøgninger med rådgivning fra Kræftstyregruppen, Ledelsesforum for Medicinsk Forskning samt Følgegruppen for Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning. I vurderingen blev der lagt vægt på at understøtte infrastrukturen bredt på tværs af kræftformer. I alt 71 grupper, enheder etc. opnåede finansiering fra puljen.

Puljen blev fordelt på følgende hovedformål:

Biobanker:	15,0 mio.kr.
Kompetencecentre:	4,7 mio.kr.
Sundhedstjenesteforskning:	4,5 mio.kr.
Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG):	35,7 mio.kr.
Kliniske kræftforskningsenheder/øvrige infrastrukturenheder:	28,6 mio.kr.

Udmøntningen af puljen har bl.a. været fokuseret på at sikre et samarbejde mellem de relevante aktører m.h.p. at styrke grundlaget for klinisk kræftforskning i Danmark. Med puljen er etableret en unik organisering – herunder implementering af en model for organiseringen af Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG) – der understøtter forskning og faglig udvikling på højt niveau.

Der skal afrapporteres for projekter støttet af puljen primo 2010. På baggrund af af-rapporteringerne udarbejder Følgegruppen for Klinisk Kræftforskning en samlet rapport, som har til hensigt at dokumentere, om midlerne har haft den ønskede effekt i forhold til puljens formål.

I aftale om regionernes økonomi for 2009 blev det fastslået, at det indgår i regionernes opgaver på sundhedsområdet at varetage forsknings- og udviklingsarbejde, der sikrer, at ydelserne efter sundhedsloven kan leveres på højt fagligt niveau. Der blev afsat 20 mio. kr. fra 2009 til at videreføre og udvikle infrastrukturen for klinisk kræftforskning. Det er forudsat, at der sikres en tæt regional forankring af hele indsatsen i det regionale sundhedsvæsen. Danske Regioner har efter indstilling fra det nyoprettede Forum for Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning (FIKK) udmøntet midlerne for 2009.

### ***Sundhedsforskning generelt***

Der sker en lang række aktiviteter på forskningsområdet generelt til fordel for landets kræftpatienter. Målt på økonomi er sundhedsforskning det største forskningsfelt i Danmark, og i internationale sammenhæng ligger dansk sundhedsforskning i top målt på antal publikationer og citationer pr. indbygger. Den høje kvalitet bidrager dels til at skabe nye diagnostiske metoder og behandlinger, dels til at højne kvaliteten af behandlingerne i sundhedsvæsenet samt af de sundhedsfaglige uddannelser. Begge faktorer bidrager til at skabe bedre og kortere patientforløb med bedre livskvalitet for patienten. Der er i 2009 oprettet Det Nationale Samarbejdsforum for Sundhedsforskning, som skal bidrage til fremadrettet at styrke den danske sundhedsforskning.

## 11. Styrket monitorering

### 11.1 Indsamling og formidling af data på kræftområdet

Der udgives nu fast en lang række publikationer med statistik på kræftområdet fra de centrale registre. Disse kan bruges af borgere, fagfolk, planlæggere, patienter og politikere til at følge med i udviklingen på kræftområdet. Sundhedsstyrelsen udvikler løbende publikationerne. De væsentlige registre på kræftområdet er nu opdaterede og moderniserede.

#### **Løbende offentliggørelse af central statistik på kræftområdet**

Sundhedsstyrelsen udgiver løbende en lang række publikationer med statistik på kræftområdet baseret på de centrale registre. Disse er bl.a.

- **Kræftstatistik baseret på landspatientregisteret**  
Indeholder statistik over aktiviteten på kræftområdet på de danske sygehuse. Data er senest udgivet i publikation i 2008 til og med data for 2007. Udgivelse af data for 2008 forventes medio 2009.
- **Cancerregisteret**  
Indeholder statistik over prævalens (samlet antal kræftsyge) og incidens (antal nye tilfælde) fordelt på de forskellige kræftformer. Data er senest udgivet ultimo 2008 med data til og med 2006. Data for 2007 og 2008 vil udkomme i 2009. Data indgår desuden i en lang række andre analyser, undersøgelser og forskningsarbejde.
- **Sygehusbaseret overlevelse for udvalgte kræftsygdomme**  
Indeholder statistik over 1, 3, 5 og 10 års-overlevelsen for de otte kræftformer, der er fokus på i Kræftplan II (Baseret på Landspatientregisteret). Data er senest udgivet i publikation i 2008 med data til og med 2006 (diagnoseår). Data for 2007 forventes medio 2009.
- **Dødsårsagsregisteret**  
Indeholder statistik over årsagerne til dødsfald i den danske befolkning, herunder de forskellige kræftformer. Data er senest udgivet i publikation i 2009 med data til og med 2007. Data for 2008 udkommer ultimo 2009.
- **Kræftprofiler for kræft i lungerne og kræft i æggestokkene**  
Kræftprofilerne er en helt ny serie af publikationer, der samler data og indikatorer om en enkelt kræftform fra de forskellige centrale registre. Kræftprofilerne for kræft i lunger og kræft i æggestokkene er udgivet i 2009. Der er planlagt udarbejdelse af Kræftprofiler for alle de otte kræftformer, der er fokus i Kræftplan II.

#### **Opdatering og modernisering af centrale registre**

- **Cancerregisteret**  
Cancerregisteret er opdateret og moderniseret i overensstemmelse med tidsplanen herfor. Der er igangsat et valideringsprojekt vedr. det moderniserede Cancerregister i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse.

- Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisteret er opdateret og moderniseret, så der nu anvendes elektronisk indberetning af dødsattester. Det giver bl.a. hurtigere opdateringskadence.

### ***Kliniske databaser***

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 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.

### **11.2 Patientvurderinger af kræftbehandlingen**

Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden har i 2008 gennemført en landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser på vegne af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. 19.455 patienter der har eller tidligere har haft kræft er blevet spurgt til deres oplevelse af deres samlede udrednings- og behandlingsforløb. Data til undersøgelsen er indsamlet førend der var indført pakkeforløb for alle kræftformer (første halvår af 2008) og viser, at 96 pct. af kræftpatienterne er tilfredse eller meget tilfredse med deres behandlingsforløb for kræft. Endvidere pågår der lokalt på sygehuse forskellige evalueringer og patienttilfredshedsmålinger.