

August 2016

PATIENTERNES KRÆFTPLAN

KRÆFTPLAN IV

REGERINGEN

INDHOLD

FORORD – PATIENTERNES KRÆFTPLAN	4
1. VI ER NÅET LANGT – MEN VI ER IKKE I MÅL	7
2. PATIENTEN FØRST OG FREMMEST	15
Patientansvarlige læger – én læge som følger dig som kræftpatient	17
Patienten skal med på råd	18
På patientens præmisser – behandling i eller tættere på hjemmet	20
Målrettede tilbud på sygehusene til unge med kræft	22
Overblik over behandlingsforløbet – patientens personlige plan	23
Hurtige forløb med plads til patientens ønsker	24
3. FOREBYGGELSE MÅLRETTET BØRN, UNGE OG SÆRLIGE GRUPPER	27
Røgfri generation – ingen rygning blandt børn og unge i 2030	31
Hjælp til rygestop til særlige grupper og kræftpatienter	32
HPV-vaccination til unge	33
4. ØGET KVALITET OG FORBEDRET OVERLEVELSE	35
Kræft skal opdages tidligere	37
Høj og ensartet kvalitet for kræftpatienter i hele landet	38
Et godt liv efter kræft	40
En værdig og god palliativ indsats	42
5. RETTIDIG OMHU	45
Øget kapacitet og effektiv anvendelse af ressourcer	46
Udvikling af ny og målrettet behandling	48
Bedre brug af data til forskning og kvalitetsudvikling	49
6. SAMLET ØKONOMI I PATIENTERNES KRÆFTPLAN	50



Forord

– Patienternes Kræftplan

Stadig flere overlever en kræftsygdom. Flere patienter bliver behandlet til tiden i kræftpakkerne, og flere får hjælp til at vende tilbage til hverdagen efter endt behandling.

Kræftbehandlingen i Danmark har i de seneste år 10-15 år gjort store og markante fremskridt – også sammenlignet med vores nabolande. Det er godt.

Men vi kan gøre det bedre. Vi skal nå målet om højeste internationale niveau.



Vi vil styrke sammenhængen og overblikket for patienterne.

Det skal være patienternes ønsker og behov, der sætter dagsordenen i kræftbehandlingen. Vi hører desværre stadig om patienter, som ikke oplever sammenhæng i deres behandling, og som føler sig utrygge undervejs i deres forløb.

Derfor skal kræftpatienter have en læge, som har ansvar for deres behandlingsforløb, og vi skal blive endnu bedre til at inddrage patienterne i deres egen behandling. Det er regeringens mål, at mindst 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 oplever, at de har en patientansvarlig læge.



Vi vil sætte ind over for årsagerne til, at så mange får kræft.

Sammenligner vi os med vores nordiske naboer, er vi det land, hvor der relativt set er flest, der ryger dagligt. Den rekord skal vi ikke bære videre til de næste generationer. Regeringen lancerer derfor en national målsætning om, at den generation, der bliver født nu, skal være røgfri. Ingen børn og unge skal ryge i 2030.



Vi vil forbedre behandlingen og opfølgningen for dem, der har fået kræft.

I Danmark er behandlingen af kræft på et højt niveau. Men der er for store forskelle i det danske sundhedsvæsen. Det må aldrig være postnummeret, der afgør, om vi får den rette og rettidige behandling eller en ordentlig opfølgning efter et kræftforløb. Her er vi ikke i mål endnu, og der er stadig geografisk ulighed.

Som det er nu, vil hver tredje dansker få kræft i løbet af sit liv. Hvert år får ca. 39.000 danskere konstateret kræft, og mere end 15.000 dør af sygdommen.

Når det gælder overlevelsen efter kræft, er det regeringens mål, at vi skal være på niveau med de bedste af vores nordiske nabolande i 2025.



Vi vil øge kapaciteten.

Vi har også et ansvar for at være klar til de udfordringer, som vi kan se i horisonten. I takt med at der bliver flere ældre i Danmark, må vi også forvente, at der er flere, der vil få kræft.

Vi vil investere i sundhedsvæsenet for at være på forkant med denne udvikling. Vi skal ikke stå samme sted som for 15 år siden, hvor den danske kræftbehandling ikke var gearret til udfordringerne. Og regeringen vil følge området – og følge op i fremtiden, hvis der viser sig behov for at justere kursen. Det er rettidig omhu.

Kræftbehandlingen lægger allerede i dag beslag på en betydelig del af sundhedsvæsenets ressourcer. Sådan vil det også være i fremtiden. Når vi derfor tilføjer flere ressourcer til kræftområdet, bliver der samlet set et større råderum i sundhedsvæsenet i de kommende år. Til gavn for hele sundhedsvæsenet. Og til gavn for alle de danskere der – om de har kræft eller andre alvorlige sygdomme – vil have behov for god behandling og pleje i vores fælles sundhedsvæsen.

Med regeringens udspil til *Patienternes Kræftplan – kræftplan IV* ønsker vi at sætte ind med nye tiltag og prioriteringer, der tager udgangspunkt i patienternes behov.

Patienternes Kræftplan er således både udtryk for et ønske om at forbedre kvaliteten af den allerede gode kræftbehandling i Danmark her og nu, bl.a. ved at bygge oven på de resultater, der er nået med Kræftplan I, II og III – og samtidig udvise rettidig omhu i forhold til de udfordringer, vi kan se på sigt. Så vi kan fastholde og forbedre kræftindsatsen nu og i fremtiden.

Der er med Patienternes Kræftplan tale om en historisk stor satsning. Regeringen foreslår, at der prioriteres yderligere 1,5 mia. kr. i 2017-2020 til kræftindsatsen. Det kommer udover de allerede prioriterede midler på 170 mio. kr. årligt fra 2017 til bl.a. øget kapacitet til udredning for kræft. Der er således tale om en samlet satsning på 2,2 mia. kr. i 2017-2020.

Regeringen, august 2016

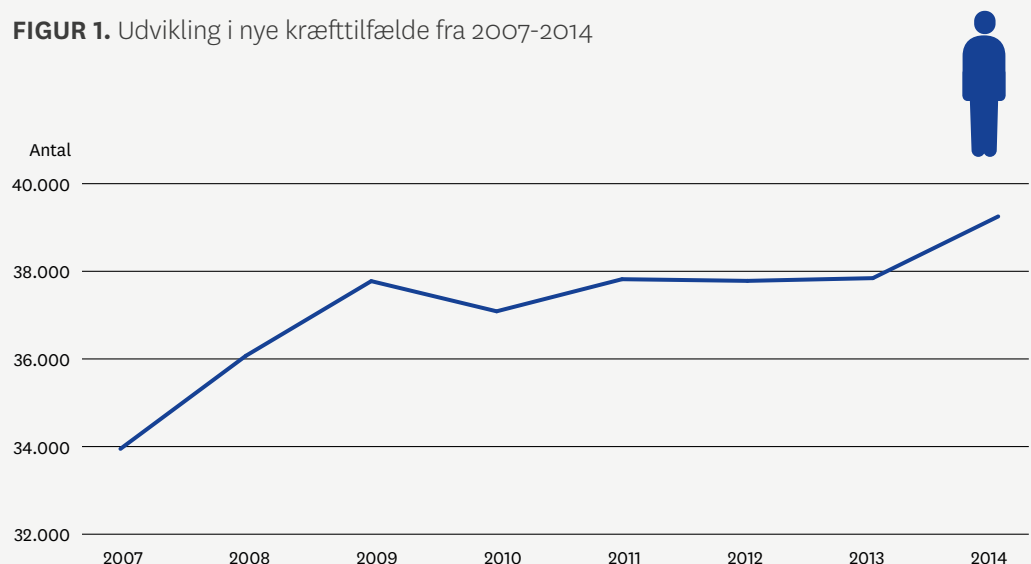


1

Vi er nået langt – men vi er ikke i mål

Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark. Statistisk set vil hver tredje dansker blive ramt af kræft, og sygdommen påvirker hvert år tusindvis af danske familier. I 2014 blev der konstateret ca. 39.000 nye kræfttilfælde i Danmark, og årligt dør mere end 15.000 danskere af kræft. Samtidig lever mange med følgerne efter en kræftsygdom.

FIGUR 1. Udvikling i nye kræfttilfælde fra 2007-2014

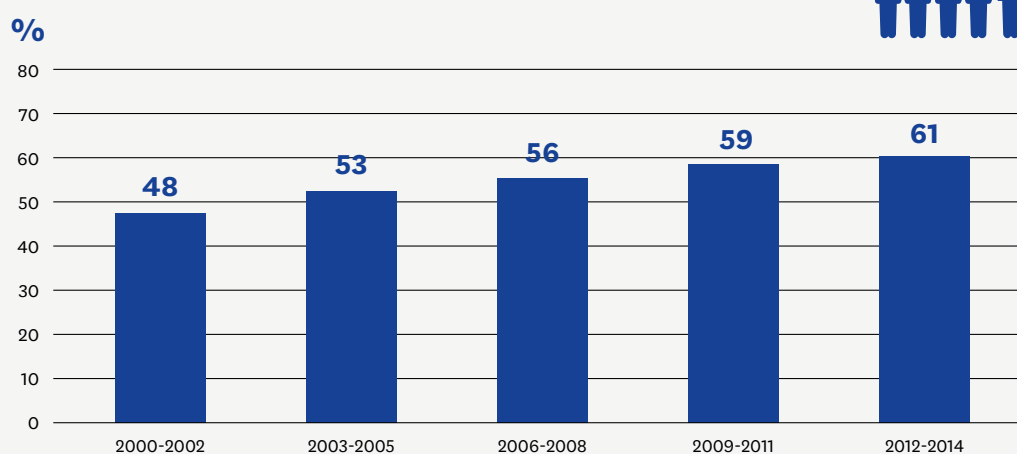


Kilde: Cancerregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Store fremskridt på kræftområdet de sidste 15 år

I løbet af de sidste 15 år er der sket store fremskridt på kræftområdet. Det kan vi tydeligt se resultaterne af. Stadig flere danskere overlever en kræftsygdom, og i dag er 61 pct. af de danske kræftpatienter i live fem år efter, at diagnosen er stillet. I år 2000 var det kun 48 pct.

FIGUR 2. 5-års overlevelse efter kræft fra 2000-2014



Anm.: 3-års perioder er årene for diagnose. Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Forskelle i brug af PSA-test ved prostatakkræft i opgørelsesperioden samt indførelse af landsdækkende mamмоgrafiscreening for kvinder fra 2008 kan påvirke tallene (såkaldt "lead time" og "length time" bias), hvorfor sammenligninger over tid skal gøres med forbehold. Tallene er aldersstandardiserede.

Kilde: Cancerregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Kræftplanerne – en styrkelse af sundhedsvæsenet

I år 2000 kom den første kræftplan. Kræftplan I var første skridt på vejen til at forbedre den danske kræftbehandling. Planen sigtede mod at nedsætte kræftdødeligheden ved generelt at løfte forebyggelse og behandling. Først og fremmest handlede det om at opdage flere kræfttilfælde i tide og sikre, at flere kom i behandling for kræft.

I 2005 fulgte Kræftplan II. Her var der fokus på både at behandle flere og at behandle bedre. Det betød anbefalinger om behandling af høj international kvalitet og bedre sammenhæng i patientforløbene. Samtidig kom der særligt opmærksomhed på at forebygge rygning. I en efterfølgende aftale mellem VK-regeringen og Dansk Folkeparti blev der afsat midler til at gennemføre de væsentligste anbefalinger i Kræftplan II.

I oktober 2007 indgik VK-regeringen og Danske Regioner aftalen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Aftalen har betydet, at der i dag er indført pakkeforløb i hele landet for stort set alle kræftformer. Et pakkeforløb sikrer patientforløb af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid.

I 2010 kom den tredje kræftplan. Kræftplan III tog især fat på de dele af patientens forløb, som ligger før og efter udredning og behandling på sygehuset. Centrale elementer var bl.a. hurtigere diagnostik ved mistanke om kræft, styrkelse af den tidlige opsporing samt en bedre opfølgning med et markant løft af rehabiliteringen og den palliative indsats.

Derudover er der med økonomiaftalen med Danske Regioner for 2017 prioriteret 170 mio. kr. årligt fra 2017 til bl.a. øget kapacitet til udredning for kræft.

Udover kræftplanerne er der de seneste 15 år gennemført en række reformer og initiativer på sundhedsområdet, som alle har bidraget til at styrke kræftbehandlingen i Danmark.

Specialeplanlægning – øvelse gør mester

VK-regeringen gennemførte i 2007 en kommunalreform, som blev startskuddet til den nationale specialeplanlægning. Specialeplanlægningen har betydet, at fx kræftbehandlingen nu er samlet på et mindre antal sygehuse. Tanken bag er, at "øvelse gør mester". Det vil sige, at sundhedspersonalet får en øget ekspertise og rutine ved at udføre den samme behandling mange gange. Det er godt for behandlingskvaliteten, og det er godt for patienterne.



En historisk investering i en ny sygehusstruktur

Den nye specialeplanlægning skal ses i sammenhæng med den reform af sygehusstrukturen, der blev iværksat med VK-regeringens Kvalitetsfond i 2007. Med et samlet budget på over 47,5 mia. kr. er de 16 kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier en historisk investering i nye og tidssvarende sygehuse. De nye sygehuse vil give patienter og personale et markant løft af de fysiske rammer, og en væsentlig del af budgettet er øremærket til nyt udstyr, så bl.a. kræftpatienter kan blive behandlet med den nyeste teknologi.

Med samlingen af specialer og etableringen af tidssvarende fysiske rammer får regionerne mulighed for at skabe mere effektive og sammenhængende patientforløb. Nye enestuer vil gøre det muligt for kræftpatienter fx at have en pårørende til at overnatte på stuen, og der bliver mulighed for at effektivisere arbejdsgange, behandling af prøvesvar, bygningsdrift m.m.

Med disse effektiviseringer frigøres over de kommende år hvert år gennemsnitligt omkring 260 mio.kr. Halvdelen af de midler, svarende til mere end 1,1 mia.kr. årligt ved fuld indfasning, bliver i regionerne til finansiering af ny sygehusaktivitet på bl.a. kræftområdet de kommende år. Prioriteringen af de resterende frigjorte midler, svarende til nye knap 130 mio. kr. hvert år fra 2017 til ny sygehusaktivitet, skal årligt drøftes mellem regeringen og Danske Regioner i økonomi-forhandlingerne.

De første nye sygehuse er allerede taget i brug, og de fleste vil være taget i brug omkring 2020. Den nye sygehusstruktur vil være fuldt indført i 2025. Parallelt med de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier er Region Midtjylland desuden i gang med at etablere et nyt nationalt center for partikelterapi, der fra 2018 vil kunne tilbyde mere effektiv og skånsom strålebehandling til patienter fra hele landet.

2,4 mia. kr. mere til sundhed fra 2016

Regeringen prioriterer fortsat sundhedsvæsenet højt, og med finansloven for 2016 har regeringen prioriteret yderligere 2,4 mia. kr. til sundhed. Derudover er der historisk set de sidste 15 år tilført adskillige målrettede bevillinger til at øge kapaciteten på kræftområdet. Senest er der med økonomiaftalen for 2017 med Danske Regioner sikret grundlag for fortsat aktivitetsvækst på bl.a. kræftområdet i 2017.

Fakta

Det nationale kvalitetsprogram og kræftområdet

Som en del af det nationale kvalitetsprogram har regeringen sammen med KL og Danske Regioner i 2016 fastsat otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som skal sikre, at alle sundhedsvæsenets aktører – sygehuse, kommunerne og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet.

Kræftområdet er en central del af de nationale mål og indikatorer. Bl.a. er der fastsat mål om, at flere skal overleve en kræftsygdom, at flere kræftpakkeforløb skal gennemføres til tiden, at den patientoplevede kvalitet skal øges, og at færre danskere skal ryge.

Regeringen vil sammen med regioner og kommuner løbende følge op på mål og indikatorer, så sundhedsvæsenet også på kræftområdet fortsat udvikler og forbedrer sig til gavn for kræftpatienterne.

Det nationale kvalitetsprogram har samlet set til formål at styrke forbedringsarbejdet og innovationshastigheden i sundhedsvæsenet, bl.a. gennem bedre brug af tidstro data lokalt og mere læring på tværs af hele sundhedsvæsenet.

Derfor en ny kræftplan

De seneste 15 års initiativer betyder samlet set, at vi er nået langt med kræftbehandlingen i Danmark. Det kan både sundhedsvæsenets mange dygtige medarbejdere og det danske samfund være stolte af og glæde sig over.



Men vi er endnu ikke i mål.

For selvom kræftbehandlingen er forbedret, er der stadig en række vigtige udfordringer på kræftområdet:

For det første er der fortsat alt for mange kræftpatienter, der oplever usammenhængende indsætter, hvor det ikke er klart, hvem der har ansvaret for deres behandlingsforløb, og hvor de ikke føler sig tilstrækkeligt inddraget i beslutninger om deres sygdom.

For det andet er der fortsat alt for mange børn og unge, der begynder at ryge. Vi har et ansvar for at sikre, at de kommende generationer ikke overtager tidligere generationers dårlige vaner.

For det tredje halter vi fortsat bagefter de øvrige nordiske lande, når det handler om overlevelsen efter kræft. Samtidig er der fortsat geografisk ulighed på tværs af landet i forhold til ventetid og kvaliteten af udredning, behandling og rehabilitering.

For det fjerde forventes antallet af nye kræfttilfælde at stige de kommende år, både fordi vi bliver flere ældre, men også fordi vi fortsat kæmper med at nedbringe faktorer, der øger risikoen for kræft. Det betyder, at sundhedsvæsenet skal indstilles på fortsat at levere en udredning, behandling og rehabilitering af høj kvalitet, når der kommer flere kræftpatienter.

Et historisk løft af kræftindsatsen

Derfor vil regeringen afsætte yderligere 1,5 mia. kr. til en ny kræftplan. Det er et historisk stort løft, som betyder, at der samlet prioriteres 2,2 mia. kr. over de næste fire år til kræftindsatsen. Det skal bl.a. bidrage til at opfylde regeringens tre nye nationale målsætninger for kræftindsatsen:



- At overlevelsen i Danmark i 2025 er på niveau med de bedste af vores nordiske nabolande
- At der i 2030 er en røgfri generation af børn og unge
- At 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 oplever, at de har en patientansvarlig læge

Hovedelementerne i regeringens kræftplan fremgår på næste side.

Finansieringen af Patienternes Kræftplan vil indgå i regeringens forslag til finanslov for 2017.

Regeringen vil løbende sammen med regioner og kommuner følge, hvordan det går med indsatsen for de danske kræftpatienter. Regeringen vil følge op på målsætningerne for at sikre, at initiativerne fra Patienternes Kræftplan bliver gennemført som forudsat – til gavn for de danske kræftpatienter.

Fakta

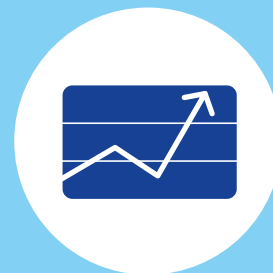
Sundhedsstyrelsens faglige oplæg

Som fagligt bidrag til kræftplanen – og for at sikre, at alle relevante parter har kunnet bidrage og få indflydelse på indholdet – har regeringen bedt Sundhedsstyrelsen om at udarbejde et fagligt forarbejde til kræftplanen. Sundhedsstyrelsen har inddraget patientforeninger, kommuner, regioner og faglige miljøer tæt i arbejdet. Det faglige oplæg blev offentliggjort i juli 2016.

Sundhedsstyrelsens oplæg indeholder en række anbefalinger til, hvordan kræftindsatsen kan forbedres. Hovedparten af disse anbefalinger realiseres i Patienternes Kræftplan, og en række anbefalinger kræver ikke særskilt finansiering. De kan realiseres med det samme af sundhedsvæsenets aktører i dialog med patientforeninger, faglige miljøer, regioner, kommuner og de nationale sundhedsmyndigheder.



Patienternes Kræftplan



PATIENTEN FØRST OG FREMMEST

Patientansvarlige læger skal understøtte sammenhæng

Patienten skal med på råd

På patientens præmisser
– behandling i eller tættere på hjemmet

Målrettede tilbud på sygehusene til unge med kræft

Overblik over behandlingsforløbet – patientens personlige plan

Hurtige forløb med plads til patientens ønsker

FOREBYGGELSE MÅLRETTET BØRN, UNGE OG SÆRLIGE GRUPPER

Røgfri generation
– Ingen børn og unge, der ryger i 2030

Hjælp til særlige grupper og kræftpatienter der ryger

HPV-vaccination til unge

ØGET KVALITET OG FORBEDRET OVERLEVELSE

Kræft skal opdages tidligere

Høj og ensartet kvalitet for kræftpatienter i hele landet

Et godt liv efter kræft

En værdig og god palliativ indsats

RETTIDIG OMHU GENNEM ET AMBITIØST LØFT AF KAPACITETEN PÅ SYGEHUSENE, EN EFFEKTIV RESSOURCEANVENDELSE, NY OG MÅLRETTET BEHANDLING SAMT BEDRE BRUG AF DATA TIL FORSKNING OG KVALITETSUDVIKLING



*”Det vigtigste er
at blive lyttet til og
mødt med respekt.
Det er patienten,
der ved, hvordan
det føles!”*

Kræftpatient

2

Patienten først og fremmest

I dag er der alt for mange kræftpatienter, der oplever usammenhængende indsatser, hvor det er uklart, hvem der har ansvaret for deres behandlingsforløb. Samtidig fortæller mange kræftpatienter, at de ikke føler sig tilstrækkeligt inddraget i de vigtige beslutninger om deres egen sygdom og behandling.

Regeringens ambition er, at fremtidens kræftbehandling i endnu højere grad skal foregå på patientens præmisser. Det betyder, at patienterne skal inddrages mere i beslutninger om deres egen behandling og pleje – både på sygehuset, hos deres praktiserende læge og i kommunerne.

Regeringen ønsker også at styrke den lægelige kontinuitet og ansvaret for den enkelte patient, så der skabes en bedre sammenhæng i patientforløbene, færre svigt i overgangene og bedre kvalitet i behandlingen. Det giver bedre resultater, bedre overlevelse og mere livskvalitet.

Fx skal alle patienter have en læge, som har ansvar for dem og deres behandlingsforløb, og det skal være let for både patienter, pårørende og sundhedspersonale at få overblik over behandlingsforløbet. Særligt når patienternes forløb går på tværs af sygehusafdelinger og sektorer.



Derfor vil regeringen med Patienternes Kræftplan sætte et mål om, at 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 skal opleve, at de har en patientansvarlig læge, som har det overordnede ansvar for deres kræftforløb.

Patientinddragelse er en grundsten i den danske kræftindsats. Det betyder, at patienter og pårørende skal inddrages og tages med på råd, når det handler om deres behandling og opfølgningen efter behandlingen. Det betyder også, at patienternes oplevelser af behandlingen skal fylde mere i forløbet, og at sundhedsvæsenet i endnu højere grad skal tilrettelægge behandlingen, så den foregår på patienternes præmisser.

Regeringens initiativer



National målsætning

Regeringen har et mål om, at 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 skal opleve, at de har en patientansvarlig læge.

Patientansvarlige læger – én læge som følger dig som kræftpatient

Regeringen vil udrulle en national model for den patientansvarlige læge. Modellen skal sikre, at kræftpatienterne på tværs af landet får et ensartet tilbud. På sigt skal modellen udbredes til alle patientgrupper.

Patienten skal med på råd

Regeringen vil:

- At mindst 9 ud af 10 kræftpatienter i 2020 oplever, at de deltager i beslutningerne om deres egen behandling, og at de bliver informeret om bivirkningerne ved den medicin, de skal have.
- Afsætte 22 mio. kr. i 2017-2020 til at udvikle og udbrede beslutningsstøtteværktøjer med fokus på kræftpatienter.
- Udvikle en model for systematisk udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer på kræftområdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Derudover har regeringen, sammen med KL og Danske Regioner, igangsat udbredelsen af brugen af patientrapporterede oplysninger til alle dele af sundhedsvæsenet, herunder også for kræftpatienter.

På patientens præmisser – behandling i eller tættere på hjemmet

Regeringen vil øremærke i alt 40 mio. kr. i 2017-2020 til udbredelse af behandling i hjemmet og andre innovative behandlingsformer, der tager højde for patienternes ønsker og behov.

Målrettede tilbud på sygehusene til unge med kræft

Regeringen vil afsætte i alt 25 mio. kr. i 2017-2020 til at udbrede 'frirum', ungestuer og andre initiativer målrettet unge kræftpatienter mellem 15 og 29 år i hele landet.

Overblik over behandlingsforløbet – patientens personlige plan

Regeringen har sammen med KL og Danske Regioner aftalt etablering af nye digitale redskaber til at styrke koordinationen og overblikket over patientforløbet. Med initiativet har regeringen taget første skridt mod en egentlig personlig patientplan.

Hurtige forløb med plads til patientens ønsker

Regeringen vil afsætte i alt 3 mio. kr. i 2017-2018 til et serviceeftersyn af pakkeforløbene. Formålet er at kombinere det bedste fra de standardiserede forløb i kræftpakkerne og skræddersyede forløb, som imødekommer den enkeltes behov. Arbejdet igangsættes fra 2017 i regi af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af regioner, faglige selskaber og patientforeninger.



Patientansvarlige læger – én læge som følger dig som kræftpatient

Et kræftforløb er ofte komplekst og sammensat af mange forskellige dele. Fra mistanken om kræft til udskrivningen fra hospitalet møder kræftpatienter derfor flere forskellige sundhedsprofessionelle.

Det at møde sundhedsprofessionelle, som hver især er specialiserede i de enkelte dele af et kræftforløb, er med til at sikre høj kvalitet. Men det betyder også, at kræftforløbet kan opleves usammenhængende, hvilket kan skabe utryghed hos patienterne. Mange læger finder det endvidere demotiverende, at der ikke er bedre muligheder for at følge den enkelte patients forløb.

Alt for ofte oplever kræftpatienter og deres pårørende, at de selv må tage ansvaret for, at deres behandlingsforløb er sammenhængende og koordinerede. Det er ikke i orden, og det er med til at øge risikoen for, at der sker fejl, eller at væsentlig information overses. Derfor efterlyser kræftpatienter og deres organisationer, at den enkelte patient får sin egen patientansvarlige læge.

Det ønske deler regeringen. Samtidig er det regeringens ønske, at ordningen med patientansvarlige læger på sigt udbredes til alle patientgrupper, hvor det giver fagligt mening.

Med økonomiaftalen for 2017 er grundstenen lagt, idet det er aftalt med regionerne, at der allerede fra 2017 indføres patientansvarlige læger på sygehusene. Formålet er at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene, færre risici for svigt i overgangene og bedre kvalitet i behandlingen.

Regeringen har en målsætning om, at mindst 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 skal opleve, at de har en patientansvarlig læge. Den patientansvarlige læge skal være den person, som har ansvaret for den faglige kontinuitet i behandlingsforløbet, og som patienten og de pårørende kan kontakte, når der opstår spørgsmål og tvivl undervejs. Den patientansvarlige læge kan også spille en vigtig rolle som bindeled mellem hospitalet og den praktiserende læge, når patienten udskrives.

Den patientansvarlige læge skal ikke stå for alle de enkelte elementer i behandlingen, men derimod have overblikket og kendskabet til patienten og de pårørende. Hvis visionen om patientansvarlige læger skal realiseres, kræver det derfor, at alle faggrupper omkring patienten, herunder sygeplejersker, terapeuter mv., samarbejder i et team.

Regeringen vil indføre en national model for funktionen som patientansvarlig læge. Modellen, der indføres i samarbejde med regionerne, skal sikre, at kræftpatienter i hele landet får et ensartet tilbud om en patientansvarlig læge, og den skal udvikles i samarbejde med patientforeninger og faglige organisationer. Regeringen vil søge at aftale den endelige model med de relevante aktører – regioner, læger og patientforeninger – i efteråret 2016. Det skal ske med afsæt i igangværende pilotprojekter i regionerne.

I forbindelse med indførelsen af patientansvarlige læger vil regeringen i øvrigt søge tilslutning i Folketinget til at afvikle den nuværende kontaktpersonordning på sygehusene fra 2009, da ordningen ikke virker efter hensigten. Kontaktpersonordningen har været gennemført meget forskelligt på tværs af landet, og patienterne har ofte ikke haft megen kontakt med deres kontaktperson.

”Det er kun sket en eneste gang, at hun har talt med den samme læge. Det er manglende empati, og jeg vil kalde det dovenskab, at man ikke tre måneder frem kan planlægge med, at patienten kommer ind til den samme læge”

Praktiserende læge

Kilde: DR.dk



Regeringen vil:

- At 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 skal opleve, at de har en patientansvarlig læge.
- Udrulle en national model for den patientansvarlige læge. Modellen skal sikre, at kræftpatienterne på tværs af landet får et ensartet tilbud. På sigt skal modellen udbredes til alle patientgrupper.



Patienten skal med på råd

I forbindelse med et kræftforløb stilles patienterne ofte over for vanskelige og vigtige valg. Det kan være valg om behandlingsmetoder, som er meget indgribende, og som har betydning for patienternes hverdag og livskvalitet både under og efter behandlingen. Ofte vil der være tale om beslutninger, hvor der ikke er en entydig sundhedsfaglig fremgangsmåde, og hvor forskellige patienter kan have forskellige ønsker og behov.



Sundhedsvæsenet skal blive endnu bedre til at lytte og inddrage patienter og deres pårørende i behandlingsforløbet. Derfor må det også være en ambition for sundhedsvæsenet, at mindst 9 ud af 10 kræftpatienter i 2020 oplever, at de deltager i beslutningerne om deres egen behandling, og at de bliver informeret om bivirkningerne ved den medicin, de skal have.

Der er gode erfaringer med at inddrage patienter og pårørende i beslutninger om behandlingsforløbet ved brug af såkaldte beslutningsstøtteværktøjer. Værktøjerne indeholder information om fordele og ulemper ved eksempelvis forskellige behandlingsmuligheder. Dermed er de en hjælp for både patienten, de pårørende samt lægerne og sygeplejerskerne i forhold til at tage velovervejede beslutninger om behandling med udgangspunkt i patientens individuelle ønsker og behov.

Regeringen ønsker, at der udvikles beslutningsstøtteværktøjer inden for alle relevante kræftformer, og at brugen af beslutningsstøtteværktøjer udbredes til patienter i hele landet. Både udviklingen og udbredelsen af værktøjer skal ske koordineret og systematisk for at sikre ensartethed for alle kræftpatienter.

Case

Valg eller fravalg af medicinsk efterbehandling til brystkræftpatienter

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos kvinder, og hvert år får ca. 4.900 kvinder diagnosen. Efter endt behandling kan kvinderne vælge medicinsk efterbehandling, som kan være med til at forebygge, at kræften vender tilbage. Men efterbehandlingen kan også have mange bivirkninger, som kan være til stor gene for patienten. Derfor er der ofte ikke et klart sundhedsfagligt svar på, hvad der er bedst for den enkelte patient. Beslutningen vil derimod bero på et individuelt valg med afsæt i den enkeltes situation. Det stiller krav til en god information til patienterne om både fordele, ulemper og risici forbundet med de forskellige behandlingsmuligheder. Derfor igangsætter Vejle Sygehus et projekt om udvikling af beslutningsstøtteværktøj til kvinder, der skal vælge, om de ønsker at modtage efterbehandling – og i så fald hvilken.

Patientens oplevelser skal inddrages i behandlingen

Flere og flere patienter efterspørger indflydelse på deres eget forløb, og tit er det patienterne, der bedst ved, hvordan de har det. Ved systematisk at bruge patienternes egne informationer om, hvordan de har det, kan både kræftbehandlingen og opfølgningen efter behandling forbedres.

Såkaldte patientrapporterede oplysninger (også kaldet PRO) anvendes til at målrette indsatsen til den enkelte patient. Patientrapporterede oplysninger er elektroniske spørgeskemaer, som patienterne typisk udfylder hjemmefra med informationer om fx gener og senfølger efter et behandlingsforløb. Disse oplysninger kan bruges af de sundhedsprofessionelle til at vurdere, om der er behov for at ændre i medicinen, eller om patienten skal komme ind til et kontrolbesøg.

Dermed får patienterne, i det omfang de selv ønsker det, større indflydelse på deres egen behandling. Samtidig undgår de at bruge unødigt tid på at gå til kontrol og i stedet kun tage på sygehuset, når det er nødvendigt.

Regeringen ønsker at understøtte den aktive brug af patientrapporterede oplysninger. Derfor har regeringen og regionerne allerede i økonomiaftalerne for 2016 og 2017 aftalt at udbrede brugen af patientrapporterede oplysninger for patienter med prostatakræft.



Case

Færre kontrolbesøg for patienter med prostatakræft

Odense Universitetshospital afprøver patientrapporterede data i opfølgningen af patienter, der er blevet opereret for prostatakræft. I stedet for traditionelle kontrolsamtaler med en læge tre, seks eller tolv måneder efter operationen, indsender patienterne et spørgeskema og får taget prøver hos deres praktiserende læge. På den baggrund kan sundhedspersonalet på hospitalet sammen med patienten vurdere, om der er behov for et kontrolbesøg, eller om det kan undlades.



Regeringen vil:

- At mindst 9 ud af 10 kræftpatienter i 2020 oplever, at de deltager i beslutningerne om deres egen behandling, og at de bliver informeret om bivirkningerne ved den medicin, de skal have.
- Afsætte 22 mio. kr. i 2017-2020 til at udvikle og udbrede beslutningsstøtteværktøjer med fokus på kræftpatienter.
- Udvikle en model for systematisk udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer på kræftområdet – i regi af Sundhedsstyrelsen.

Derudover har regeringen sammen med KL og Danske Regioner igangsat udbredelsen af brugen af patientrapporterede oplysninger til alle dele af sundhedsvæsenet, herunder også for kræftpatienter.



På patientens præmisser – behandling i eller tættere på hjemmet

Kræftpatienter på landets sygehuse gennemgår ofte lange og intensive behandlingsforløb. Det er behandlingsforløb, der indebærer hyppige indlæggelser i forbindelse med kemoterapi, behandling af infektioner og ambulante kontrolbesøg. Indlæggelserne finder ofte sted, udelukkende fordi patienten skal have medicin.

Indlæggelserne betyder, at patienterne må undvære familie og venner, og måske skal patienten rejse langt eller tage fri fra arbejde. Derfor vælger mange patienter, hvis de får muligheden, at blive behandlet i hjemmet eller i nærmiljøet i stedet for at skulle ind på sygehuset. Der er således grund til – og et stort potentiale for – at udvide mulighederne for en mere fleksibel tilrettelæggelse af behandlingen i dialog med patienterne og deres pårørende. Hjemmebehandling bruges allerede i dag inden for andre alvorlige sygdomme som fx hjemmekontrol af pacemakere og telemedicinsk behandling af lungesygdomme.

På kræftområdet er der også gode erfaringer med behandling, der i højere grad imødekommer patienternes behov. Det kan fx være behandling i hjemmet med kemoterapi, hvor patienterne efter tæt vejledning fra hospitalet får mulighed for at tage hjem under deres behandling. Det understøtter både, at patienterne bliver aktive medspillere i behandlingen af deres sygdom, og at behandlingen bliver tilrettelagt med respekt for deres hverdag og familieliv.

Regeringen vil bidrage til udviklingen og udbredelsen af kræftbehandling på patienternes præmisser. Det skal ske ved, at flere patienter, inden for alle relevante kræftområder, får adgang til behandling enten i hjemmet eller tættere på hjemmet end i dag.

Case


Kræftbehandling i hjemmet giver mere hverdag og mindre hospital

Rigshospitalet har udviklet kemoterapi i hjemmet for patienter med blodkræft, og behandlingen anvendes nu på samtlige af landets leukæmiafdelinger. Patienterne tager kemoterapien med hjem i en bæltetaske eller en rygsæk og oplæres i at tilkoble medicinen, skylle kateter og tage deres egne blodprøver. Indtil 2015 blev kemobehandling til leukæmipatienter givet på hospitalet, men nu kan patienterne i stedet være hjemme sammen med familien. Det er der allerede mange, der har valgt. I 2015 var der således 55 patienter på Rigshospitalet, der valgte at blive behandlet derhjemme. Det svarede til 419 dage hjemme i stedet for i en hospitalsseng.



Regeringen vil:

Øremærke i alt 40 mio. kr. i 2017-2020 til udbredelse af behandling i hjemmet og andre innovative behandlingsformer, der tager højde for patienternes ønsker og behov.



*Det var vidunderligt
– med al respekt –
ikke at blive hospitaliseret. Jeg kan
øve på mine instrumenter, (...) gå i
skoven eller løbe
en tur. Lave mine
egne livretter”*

Patient i
hjemmebehandling



Målrettede tilbud på sygehusene til unge med kræft

Hvert år får omkring 400 danske unge mellem 15 og 29 år konstateret kræft. Når de indlægges, sker det som oftest sammen med andre ældre kræftpatienter eller på en børneafdeling. Regeringen ønsker at bidrage til, at unge kræftpatienter kan opleve et fællesskab med andre unge kræftpatienter, når de indlægges, så de derved får et større overskud og tro på, at de kan klare sig igennem den livstruende sygdom.

Der findes allerede i dag en række initiativer på tværs af landet målrettet unge med kræft, når de ikke er indlagt på hospitalet. Det gælder fx rådgivningslinjer og netværket ”Ung Kræft”. I de senere år er der også på flere kræftafdelinger taget initiativ til at sikre gode rammer for de unge, når de er indlagt på hospitalerne, bl.a. i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse og andre frivillige organisationer.

Nogle steder er der fx etableret fælles opholdsrum for unge i kræftbehandling med fokus på hjemlig hygge og socialt samvær. Andre steder er der etableret ungevenlige stuer, ungepaneler og ungekoordinatorer samt andre initiativer med fokus på livskvalitet og bedre inddragelse af unge indlagte.

Regeringen ønsker at styrke og udbrede disse initiativer for dermed at sikre, at der også fremover – med udgangspunkt i de unges ønsker og behov – er fællesskaber for unge, indlagte kræftpatienter i hele landet.

Case

Kræftværket – et frirum for unge indlagte kræftpatienter

I januar 2015 åbnede Rigshospitalet ”Kræftværket”. Kræftværket er et initiativ for 15-29 årige kræftpatienter på Rigshospitalet, som består af et opholdsrum, seks sengestuer og et træningslokale. Alle rum er designet til unge af unge og med fokus på, at de unge først og fremmest er unge mennesker, der skal have lov at have deres ungdomsliv – på trods af kræftsygdommen. I tilknytning til Kræftværket er der sociale aktiviteter for de unge, og der er ansat en ungekoordinator og en ungepædagog.



Regeringen vil:

Afsætte i alt 25 mio. kr. i 2017-2020 til at udbrede ’frirum’, ungestuer og andre initiativer målrettet unge kræftpatienter mellem 15 og 29 år i hele landet.

”Man føler sig enormt ensom, når man er ung med kræft, og man føler sig totalt snydt for sit ungdomsliv. De unge har behov for at være sammen med andre unge i deres egne rammer”

Sygeplejerske og ungekoordinator



Overblik over behandlingsforløbet – patientens personlige plan

Et kræftforløb indebærer ofte, at patienten er i kontakt med mange dele af sundhedsvæsenet. Det betyder, at patienter og pårørende nogle gange oplever forløb, som ikke hænger godt nok sammen. Det kan eksempelvis være overgangen mellem sygehus og den kommunale hjemmesygepleje, der opleves som utryk. Samtidig er det i dag ofte svært for læger og sygeplejersker at få et samlet overblik over indsatserne og målene for behandlingen.

Regeringen har sammen med KL og Danske Regioner aftalt at etablere nye digitale redskaber til at styrke det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet. Det skal bl.a. give patienterne digital adgang til et overblik over deres aftaler på tværs af sundhedsvæsenet – både på sygehuset, i almen praksis og i kommunalt regi.

Redskaberne kan også anvendes af sundhedspersonalet og vil fx være relevante for den kommende patientansvarlige læge. Blandt andet får sundhedspersonalet adgang til et bedre overblik over kontaktoplysninger på relevante personer i patientens forløb og fælles adgang til patientens stamoplysninger, såsom oplysninger om pårørende, særlige personlige hensyn, boligsituation mv. Adgangen til informationerne skal selvfølgelig bero på patientens samtykke.

Det forventes, at redskaberne kan tages i anvendelse af de første sundhedsaktører og patienter med udgangen af 2017 og være fuldt implementeret i 2020. Det endelige tidspunkt skal aftales med KL og Danske Regioner. På længere sigt vil redskaberne kunne kombineres med oplysninger fra patientens journaler og anden relevant patientinformation og dermed udgøre en samlet personlig patientplan.



Regeringen har:

Sammen med KL og Danske Regioner aftalt etablering af nye digitale redskaber til at styrke koordinationen og overblikket over patientforløbet. Med initiativet har regeringen taget første skridt mod en egentlig personlig patientplan.



Hurtige forløb med plads til patientens ønsker

I dag får kræftpatienter i Danmark et hurtigt og systematisk tilrettelagt forløb allerede fra det tidspunkt, hvor mistanken om kræft opstår. Det er takket være de såkaldte kræftpakker, som blev introduceret i hele landet i 2008.

Med kræftpakkerne får alle patienter med samme kræftsygdom det samme forløb med det samme indhold og inden for de samme tidsfrister. Det er i udgangspunktet godt og rigtigt. Men det er ikke altid nødvendigvis det, der giver den højeste faglige kvalitet, patienttilfredshed og patientsikkerhed. For der er ikke to kræftforløb, der er ens, ligesom der heller ikke er to patienter, der er ens.

Nogle patienter har fx brug for lidt mere tid – fx til at vende vigtige beslutninger om behandlingsmuligheder med lægen eller familien en ekstra gang. Det skal systemet give plads til.

Derfor vil regeringen bede Sundhedsstyrelsen om at gennemføre et serviceeftersyn af kræftpakkeforløbene, så der bliver mere plads til individuelle forskelle og den enkelte patients ønsker og behov, samtidig med at der tages højde for den faglige udvikling. Derudover er der behov for at skabe mere helhed mellem behandlingsdelen og den efterfølgende opfølgning i hjemmet, hos egen læge og på sygehuset.

Formålet med kræftpakkerne fastholdes – nemlig at ingen patienter skal opleve unødigt ventetid i forbindelse med deres udredning og behandling.

Fakta

Hvad er et kræftpakkeforløb?

Et pakkeforløb er et på forhånd fastlagt forløb, der beskriver hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. På den måde giver pakkeforløb grundlaget for et veltilrettelagt, sammenhængende forløb uden unødigt ventetid og med inddragelse af patienten undervejs.

Kræftpakkerne blev indført i Danmark i 2008, og de har bidraget til at reducere ventetiden for patienterne, forbedret kvaliteten og medvirket til den stigende overlevelse på kræftområdet. Danmark har været et foregangsland på området, og vi har i dag kræftpakker for mere end 30 forskellige kræftformer.



Regeringen vil:

Afsætte i alt 3 mio. kr. i 2017-2018 til et serviceeftersyn af pakkeforløbene. Formålet er at kombinere det bedste fra de standardiserede forløb i kræftpakkerne og skræddersyede forløb, som imødekommer den enkeltes behov. Arbejdet igangsættes fra 2017 i regi af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af regioner, faglige selskaber og patientforeninger.



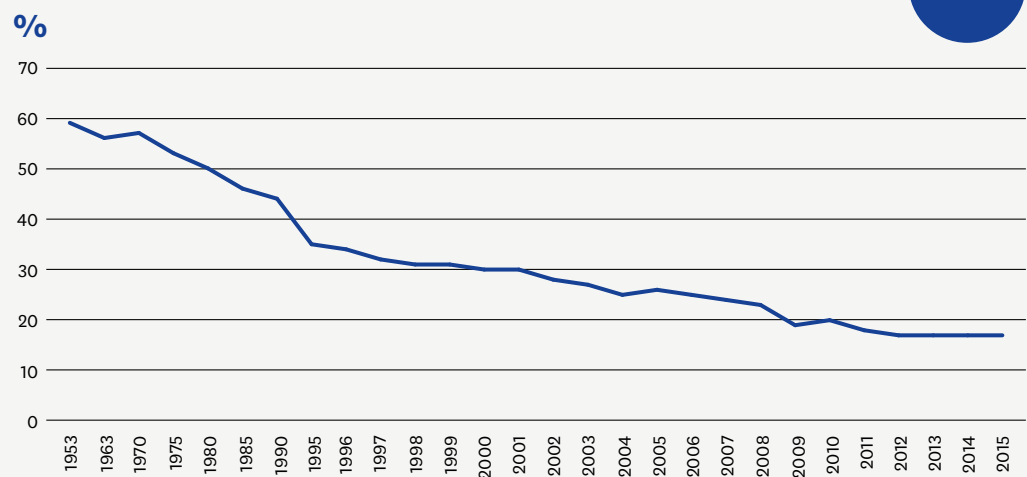


3

Forebyggelse målrettet børn, unge og særlige grupper

Op imod hvert femte nye kræfttilfælde skyldes tobak. Det svarer til 7.000-8.000 kræfttilfælde årligt. Derfor er der i de seneste år taget talrige skridt til at begrænse brugen af tobak i Danmark – og med god virkning. Siden 1950'erne er andelen af dagligrygere faldet med 42 procentpoint. Men i de senere år er denne udvikling gået lidt i stå, og antallet af dagligrygere i Danmark er stadig højere end i de øvrige nordiske lande.

FIGUR 3. Andelen af dagligrygere i befolkningen fra 1953-2015



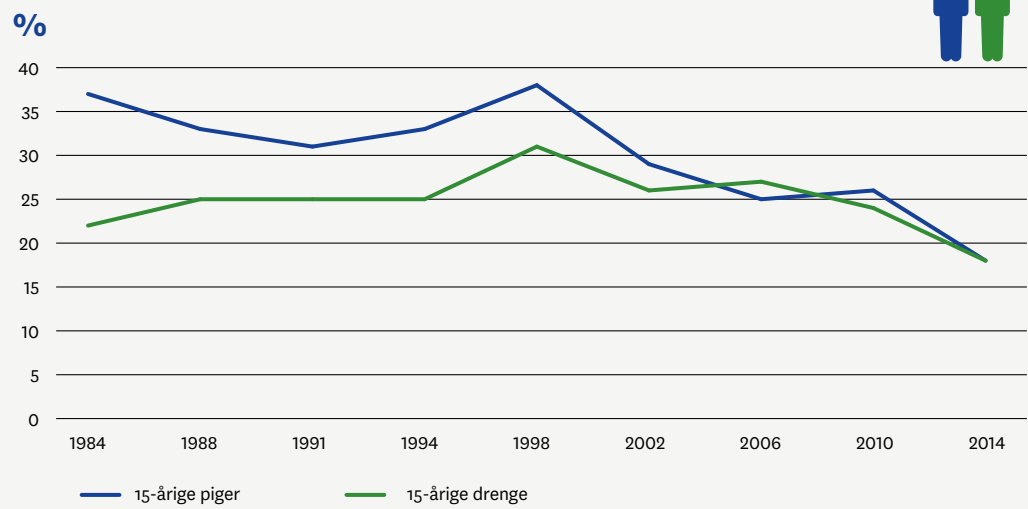
Anm.: Gennem årene har forskellige analysefirmaer forestået undersøgelserne. Indsamlingsmetode og spørgsmål har ligeledes ændret sig over årene.

Kilde: TNS Gallup.

I 1984 røg 37 pct. af de 15-årige piger og 22 pct. af de 15-årige drenge dagligt eller nogle gange. Både for piger og drenge er der sket et stort fald, men i dag er der stadig 18 pct. af både drengene og pigerne, som ryger nogle gange, mens fire til seks pct. ryger dagligt.

Fra 1996 til 2014 er der samtidig sket en stigning i antallet af børn og unge, som ryger lejlighedsvist. I 1996 var det 21 pct., som røg lejlighedsvist på gymnasierne, mens det i 2014 var hele 34 pct. Det er en bekymrende udvikling bl.a. set i lyset af, at lejlighedsvis rygning har mange af de samme konsekvenser for helbredet, som daglig rygning har.

FIGUR 4. Udviklingen i andelen af 15-årige som ryger fra 1984-2014



Anm.: Andelen af unge rygere dækker over unge der ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere.

Kilde: HBSC (Skolebørnsundersøgelsen 2014), Institut for, Folkesundhed.



I dag ved vi meget om rygningens skadelige effekter. Alligevel har mange svært ved at holde op med at ryge, når først de er begyndt. Derfor er det først og fremmest vigtigt at undgå, at tidligere generationers dårlige vaner går i arv til de kommende generationer. Børn og unges sundhedsadfærd har stor indflydelse på deres helbred og trivsel i barndommen og ungdommen, men også senere i livet.



Med Patienternes Kræftplan vil regeringen derfor sætte et mål om en røgfri generation. Det vil sige, at de børn, der fødes i dag, holder sig fra rygning, så ingen børn og unge ryger i 2030.

Men det handler ikke kun om de unge. Rygestop kan være svært, særligt hvis der ikke er mulighed for at få den rette hjælp. Derfor vil regeringen afsætte midler til rygestopmedicin, så socialt- og økonomisk dårligt stillede grupper kan komme i gang med et rygestop, hvis de ønsker det. Ligesom alle kræftpatienter, der ønsker at stoppe med at ryge, skal have et tilbud om hjælp til rygestop.

Fakta

Tidligere indsatser over for rygning

- Lov om røgfri miljøer i 2007.
- Satspulje-projekt om forebyggelsesindsatser i nærmiljøet fra satspuljeaftalen 2010-2013. Satspuljepartierne afsatte 95 mio. kr. til en opsøgende tværfaglig indsats i fx områder med stor koncentration af mindre ressourcestærke med henblik på at nedbringe antallet af rygere.
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak fra 2012, som skal understøtte kommunerne i deres arbejde med bl.a. at udarbejde planer og iværksætte indsatser, der kan medvirke til at begrænse andelen af rygere.
- Større bøder ved overtrædelse af forbud mod salg af tobak til unge under 18 år.
- Udvidelse af Stoplinjens åbningstid.
- Storrygerpulje på 42 mio. kr. i perioden 2015-2017 til en forstærket indsats, der skal hjælpe storrygere til et varigt rygestop.
- Større billedadvarsler samt Stopliniens telefonnummer og hjemmesideadresse på cigaret-pakkerne i 2016.
- Forbud mod kendetegnende aromaer i cigaretter (fx jordbærsmag) i 2016.

Nogle kræftsygdomme kan forebygges med en såkaldt HPV-vaccine. I den senere tid er tilslutningen til vaccinationsprogrammet faldet, ligesom der i dag er grupper, som ikke er omfattet af vaccinationsprogrammet, selvom de muligvis kunne have gavn af vaccinen. Derfor vil regeringen sætte ind med en styrket indsats på området, som skal øge tilliden til vaccinen og bidrage til, at flere vaccineres mod HPV-virus.

Regeringens initiativer



National målsætning

Regeringen vil sætte et mål om en røgfri generation, så ingen børn og unge ryger i 2030.

Røgfri generation – ingen rygning blandt børn og unge i 2030

Regeringen vil:

- Søge Folketingets opbakning til, at rygeloven ændres, således at alle uddannelsesinstitutioner, som har optag af unge under 18 år, bliver røgfrit område.
- Drøfte med Folketingets partier, om skoletiden – og ikke kun institutionens område – i større omfang kan gøres røgfri på alle skoler og uddannelsessteder, som har optag af unge under 18 år.
- Igangsætte et partnerskab med erhvervslivet med fokus på en mere effektiv håndhævelse af reglerne om salg af tobak og alkohol til børn og unge.
- Igangsætte en kampagne målrettet børn og unges rygning.
- Øremærke en del af Sundhedsfremmepuljen til initiativer med fokus på rygning og børn og unge.

Hjælp til rygestop til særlige grupper og kræftpatienter

Regeringen vil afsætte i alt 30 mio. kr. i 2017-2019 til rygestopmedicin til deltagere på kommunernes rygestoptilbud målrettet særlige grupper samt til tilbud om hjælp til rygestop til kræftpatienter.

HPV-vaccination til unge

Regeringen vil afsætte i alt 5 mio. kr. fra 2017-2020 til:

- En nuanceret informationsindsats om livmoderhalskræft og HPV-vaccination rettet mod både unge, forældre og sundhedspersonale.
- En pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge mænd, som er tiltrukket af mænd. Projektet forankres i Sundhedsstyrelsen.



Røgfri generation – ingen rygning blandt børn og unge i 2030

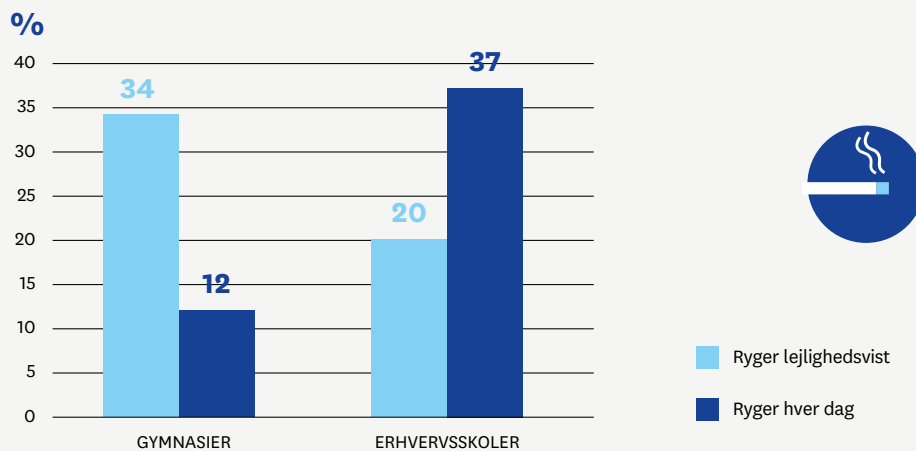
Børn og unge og rygning hører ikke sammen. Alligevel ryger næsten hver femte af de 15-årige i Danmark hver dag eller indimellem. Og over halvdelen af dem der ryger, begyndte inden de fyldte 18 år. På den baggrund vil regeringen tage en række initiativer rettet mod at begrænse rygning hos børn og unge.

Målsætningen er, at vi i 2030 har den første røgfri generation. Det betyder, at ingen børn og unge skal ryge i Danmark i 2030. Dermed bakker regeringen også op om Kræftens Bekæmpelses og TrygFondens ambition om ”Røgfri fremtid”.

Målsætningen skal virke som løftestang for forebyggelsesarbejdet i de kommende år, herunder kommunernes indsats på området. Regeringen vil gerne invitere civilsamfundet, den private sektor, kommunerne og regionerne til at hjælpe med til at nå denne ambitiøse målsætning. At skabe den første røgfri generation kræver nemlig, at alle bidrager, samt at nye veje prøves.

I dag er det forbudt at ryge på institutionens område på børneinstitutioner, skoler, kostskoler, efterskoler, treårige gymnasiale ungdomsuddannelser, opholdssteder og lignende, der fortrinsvis har optaget børn og unge under 18 år. Men det er tilladt at ryge på øvrige uddannelsessteder, fx erhvervsskoler. Det skal der laves om på. I dag ryger ca. 12 pct. af gymnasieeleverne dagligt, mens det tilsvarende tal for eleverne på erhvervsuddannelser er ca. 37 pct. Regeringen vil søge Folketingets opbakning til en ændring af loven.

FIGUR 5. Andelen af rygere på gymnasier og erhvervsskoler i 2014



Kilde: ”Ungdomsprofilen 2014”, Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2015.

Regeringen vil samtidig drøfte med Folketingets partier, om skoletiden – og ikke kun institutionens område – i større omfang kan gøres røgfri på alle skoler og uddannelsessteder, som har optag af unge under 18 år, således at der sendes et stærkt signal til alle om, at børn og unge og cigaretter ikke hører sammen. Hvis vi skal arbejde henimod den første røgfri generation, så skal det være slut med, at rygning er en naturlig del af de miljøer, hvor børn og unge færdes.

En mere effektiv håndhævelse af aldersgrænsen for salg af tobak kan hjælpe med til, at færre børn og unge begynder at ryge. Den nuværende aldersgrænse håndhæves ikke alle steder systematisk, og der blev fx kun udstedt i alt fem bøder for salg af tobak til unge under 18 år i 2015. Derfor ønsker regeringen at invitere erhvervslivet til at indgå i et partnerskab om tobak og alkohol i forhold til børn og unge, som det også er anbefalet af Sundhedsstyrelsen.

Målet er, at partnerskabet kan bidrage til at ændre kulturen blandt børn og unge. Partnerskabet skal have fokus på overholdelse af reglerne om salg af tobak og alkohol men kan også indeholde andre elementer, som kan bidrage til målsætningen om en røgfri generation. Et fælles ansvar kan sikre en mere effektiv håndhævelse.

Herudover vil regeringen løbende komme med initiativer, der skal hjælpe med til at nå målsætningen om den røgfri generation. Fx vil der blive igangsat en kampagne mod rygning særligt rettet mod børn og unge på de medier, som de unge benytter. En del af Sundhedsfremmepuljen vil blive øremærket til initiativer, der kan begrænse rygning blandt børn og unge. Initiativerne skal bl.a. have fokus på test af nye og innovative løsninger i forhold til at få børn og unge til ikke at begynde med at ryge eller til at stoppe med at ryge.



Regeringen vil:

- En røgfri generation, så ingen børn og unge ryger i 2030.
- Søge Folketingets opbakning til, at rygeloven ændres, således at alle uddannelsesinstitutioner, som har optag af unge under 18 år, bliver røgfrit område.
- Drøfte med Folketingets partier, om skoletiden – og ikke kun institutionens område – i større omfang kan gøres røgfri på alle skoler og uddannelsessteder, som har optag af unge under 18 år.
- Igangsætte et partnerskab med erhvervslivet med fokus på en mere effektiv håndhævelse af reglerne om salg af tobak og alkohol til børn og unge.
- Igangsætte en kampagne målrettet børn og unges rygning.
- Øremærke en del af Sundhedsfremmepuljen til initiativer med fokus på rygning og børn og unge.



Hjælp til rygestop til særlige grupper og kræftpatienter

Over halvdelen af rygerne i Danmark vil helst være fri for cigaretterne. Samtidig har nogle rygere svært ved at finde de personlige og økonomiske ressourcer til at gennemføre et rygestop.

Vi ved, at rygning indebærer risiko for at udvikle kræft, og at en kombination af professionelt rygestopforløb og brug af rygestopmedicin er den mest effektive måde at opnå varigt rygestop på. For at støtte kommunernes forebyggelsesindsats vil regeringen derfor afsætte midler til rygestopmedicin til særlige grupper, der ryger, og som samtidig følger et rygestoprådgivningsforløb. Det skal understøtte, at flere kan gennemføre et rygestop, hvis de ønsker det.

Indsatsen skal bidrage til at begrænse omfanget af tobaksrelateret sygdom og død i Danmark. Formålet er også at mindske den sociale ulighed i sundhed, der kan tilskrives tobaksrygning. Målgruppen for indsatsen er derfor primært personer, som er socialt og økonomisk dårligt stillet. Midlerne skal bruges til en forstærket indsats i kommunernes rygestoptilbud med henblik på at hjælpe til et varigt rygestop.

Kræftpatienter er også en sårbar gruppe, når det handler om rygning. Kræftpatienter, der ikke ryger, har en større chance for at overleve kræftdiagnosen og mindre risiko for bivirkninger af behandlingen og senfølger efter sygdom. Regeringen vil derfor sikre, at alle kræftpatienter, der ønsker at stoppe med at ryge, får et hurtigt og systematisk tilbud om hjælp til rygestop.



Regeringen vil:

Afsætte i alt 30 mio. kr. i 2017-2019 til rygestopmedicin til deltagere på kommunernes rygestoptilbud målrettet særlige grupper samt til tilbud om hjælp til rygestop til kræftpatienter.



HPV-vaccination til unge

Næsten alle tilfælde af kræft i livmoderen skyldes HPV-infektion. Derudover kan HPV-infektion give kræft i fx endetarmen og kønsdelene hos både mænd og kvinder. I dag tilbydes alle unge piger, som er fyldt 12 år, en gratis vaccination mod den seksuelt overførte HPV-virus. Det er også med til at beskytte drenge og mænd mod at få virussen.

Tidligere blev 9 ud af 10 piger vaccineret, men i de senere år er der sket et fald i antallet af HPV-vaccinerede. Regeringens sigtepunkt er, at flere piger bliver vaccineret.

Udover at der ses et fald i antallet af vaccinerede kvinder, har mænd, der har sex med mænd, ifølge Sundhedsstyrelsen en særlig risiko for at udvikle kræft som følge af HPV-virus. Derfor kan der ifølge Sundhedsstyrelsen være et uudnyttet potentiale for at forebygge HPV-relaterede kræftformer hos netop denne målgruppe.

Regeringen ønsker, at alle unge og deres forældre skal have mulighed for at tage et informeret og velovervejede valg om vaccination mod HPV-infektion. Derfor vil regeringen bede Sundhedsstyrelsen om at forbedre oplysningen om livmoderhalskræft og forebyggelsesmulighederne.

Informationsindsatsen skal både være rettet mod de unge og deres forældre, som skal tage valget, og det sundhedspersonale, som skal vejlede de unge og deres familier. Indsatsen skal bl.a. indeholde en afbalanceret information om fordele og ulemper ved HPV-vaccination.

Regeringen ønsker også at gøre noget for de unge mænd, som i dag ikke er godt nok beskyttet mod HPV-infektion og derfor er i særlig risiko for at få HPV-virus. Regeringen vil derfor bede Sundhedsstyrelsen om at undersøge mulighederne for en pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud målrettet unge mænd, som er tiltrukket af mænd.



Regeringen vil afsætte i alt 5 mio. kr. fra 2017-2020 til:

- En nuanceret informationsindsats om livmoderhalskræft og HPV-vaccination rettet mod både unge, forældre og sundhedspersonale.
- En pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge mænd, som er tiltrukket af mænd. Projektet forankres i Sundhedsstyrelsen.



250 ml
Natriumklorid Fresenius Kabi
9 mg/ml
Lsg.
Dropper
0.03
14.08.2016
Post: Onkologien
144mg
200ml
CYT21AT9CUM
140316 1253
1. av 1

4

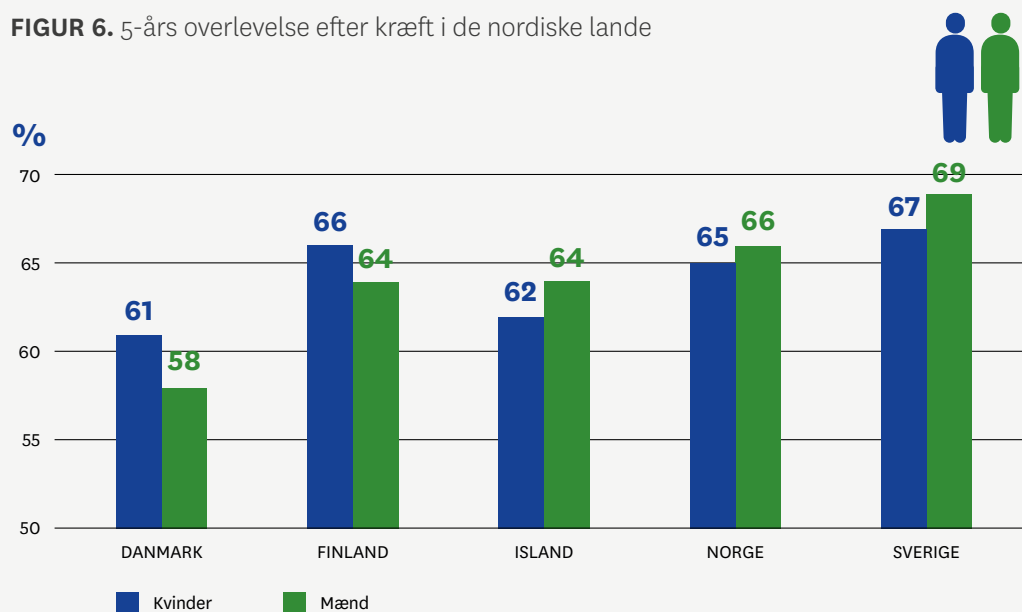
Øget kvalitet og forbedret overlevelse

Flere danskere overlever i dag en kræftsygdom end for blot 10-15 år siden. Men når vi sammenligner os med vores nordiske naboer, er der fortsat et efterslæb. Fx er næsten 70 pct. af de svenske kræftpatienter i live fem år efter, at sygdommen er opdaget, mens det i Danmark kun er ca. 60 pct. Det er ikke tilfredsstillende.



Derfor vil regeringen med Patienternes Kræftplan sætte et mål om, at overlevelsen i 2025 skal være på niveau med de bedste af vores nordiske nabolande, og at mindst tre ud af fire kræftpatienter skal overleve en kræftsygdom.

FIGUR 6. 5-års overlevelse efter kræft i de nordiske lande



Anm.: Tallene angiver den relative overlevelse efter kræft for patienter diagnosticeret i 2010-2014. Patienter med anden hudkræft end modermærkekræft er ikke inkluderet. Tallene er alderstandardiserede.

Kilde: NORDCAN databasen.

For at realisere den målsætning skal vi opspore kræftsygdomme tidligere bl.a. gennem velfungerende screeningsprogrammer. Samtidig skal danske kræftpatienter kunne regne med den samme høje kvalitet i behandlingen – uanset hvor i landet de bor. For selvom kvaliteten i kræftbehandlingen er blevet mærkbart bedre, er der stadig geografiske forskelle i kvalitet og ventetid. Det samme gælder tilbud om rehabilitering, opfølgning på senfølger og den palliative indsats, hvor patienterne i dag oplever store forskelle i kvalitet og udbud, alt efter hvor de bor i landet.

Med Patienternes Kræftplan vil regeringen sætte ind mod geografisk ulighed i kræftbehandlingen og løfte rehabiliteringen og den palliative indsats i kommuner, almen praksis og på sygehuse.

Regeringens initiativer



National målsætning

Regeringen vil sætte et mål om, at overlevelsen blandt kræftpatienter i 2025 er på niveau med de bedste af vores nordiske nabolande, og at mindst tre ud af fire kræftpatienter overlever deres kræftsygdom.

Kræft skal opdages tidligere

Regeringen har med økonomiaftalerne for 2017 prioriteret 170 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til bl.a. tidlig opsporing af kræft.

Regeringen vil derudover afsætte i alt 25 mio. kr. i 2017-2019 til:

- Livmoderhalskræftscreening af kvinder født før 1948.
- Initiativer, der skal øge deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

Høj og ensartet kvalitet for kræftpatienter i hele landet

Regeringen vil afsætte 65 mio. kr. i 2017-2020 til:

- En systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien.
- En faglig gennemgang og vedligeholdelse af de kliniske retningslinjer for behandling af kræft.

Et godt liv efter kræft

Regeringen vil afsætte 160 mio. kr. i 2017-2020 til:

- Et løft i den kommunale rehabilitering, så patienter i hele landet modtager et ensartet og godt tilbud.
- Udvikling af klare mål og retningslinjer for den kommunale indsats for rehabilitering af kræftpatienter, herunder sikre mere ensartet henvisning fra sygehuset til de kommunale tilbud. Arbejdet skal ske i regi af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af kommunerne og andre relevante parter.
- At afdække behovet for indsatser for patienter med senfølger efter kræft. Arbejdet skal ske i dialog med KL og Danske Regioner.
- På relevante kræftområder at udvikle og understøtte indsatsen for patienter med alvorlige senfølger.

En værdig og god palliativ indsats

Regeringen vil afsætte 100 mio. kr. i 2017-2020 til:

- Et løft i den basale palliative indsats i kommunerne, almen praksis og på sygehusene, som skal sikre en værdig og god lindrende behandling til kræftpatienter.
- Opstille klare mål og retningslinjer for den basale palliative indsats til kræftpatienter i regi af Sundhedsstyrelsen og i dialog med kommuner og regioner.



Kræft skal opdages tidligere

Jo tidligere en kræftsygdom opdages, jo større er chancen for en succesfuld behandling. Det gælder både i forhold til at overleve sygdommen og undgå eller reducere bivirkninger og komplikationer af behandlingen. Men i Danmark kan og skal vi blive bedre til at opdage kræftsygdom tidligere. Fx peger forskning på, at danske kræftpatienter er mere syge end svenske kræftpatienter, når patienterne kommer på sygehuset.

De praktiserende læger spiller en helt central rolle i både kræftbehandlingen og den tidlige opsporing af kræft. Hvis flere skal overleve en kræftsygdom, skal vi blive bedre til at opspore sygdommen, når patienterne henvender sig til deres praktiserende læge med symptomer.

Når mistanken om kræft opstår, skal udredningen gå hurtigt. Derfor er det vigtigt, at lægen nemt kan henvise patienter med uklare symptomer til hurtig udredning på regionernes diagnostiske centre eller til afklarende undersøgelser på sygehuset. Den hurtige udredning gavner også de patienter, der viser sig ikke at have kræft, da de hurtigere får afklaret, om de er raske eller har en anden sygdom.

Derfor har regeringen allerede med økonomiaftalen for 2017 prioriteret midler til en række initiativer, der skal forbedre opsporing af kræft i almen praksis.

Fakta

Redskaber til almen praksis, så kræft kan opdages tidligere

Med aftalen om regionernes økonomi for 2017 er der prioriteret 170 mio. kr. fra 2017 til tidlig opsporing af kræft. Det anslås, at kapaciteten til udredning øges med 15-20 pct. fra 2017 sammenlignet med 2015. Som en del af indsatsen får de praktiserende læger en række redskaber, der skal styrke muligheden for at opdage kræft på et tidligere tidspunkt:

- Udvidet adgang til at henvise patienter direkte til undersøgelser på sygehuset.
- Styrket specialistrådgivning, så den praktiserende læge lettere kan få fat i sygehuslægen og drøfte de konkrete patienter med henblik på relevant udredning.
- En bred uddannelsesindsats, som sigter mod at styrke viden i almen praksis om tidlig opsporing af kræft, bl.a. gennem tættere faglig sparring med sygehusene.

En tidlig opsporing af kræft kræver også velfungerende screeningsprogrammer. I dag bliver danskerne tilbudt screening for livmoderhalskræft, brystkræft og kræft i tyk- og endetarm. Formålet er at opdage kræften, inden sygdommen når at udvikle sig. De tre screeningsprogrammer har en høj deltagelsesprocent, men den kan blive højere.

I Danmark har vi desværre stadig en af de højeste forekomster af livmoderhalskræft. Derfor vil regeringen bede Sundhedsstyrelsen og sammen med regionerne at se på, hvordan deltagelsen i screeningsprogrammet kan øges fx gennem forlænget åbningstid eller mobile tilbud. Formålet er, at færre kvinder skal dø af livmoderhalskræft i fremtiden.

Samtidig vil regeringen give alle kvinder født før 1948 en mulighed for at blive screenet for livmoderhalskræft. På grund af den måde ordningen i sin tid er indført på, har disse kvinder, modsat kvinder født efter 1948, ikke alle fået tilbud om screening tidligere. Denne aldersbetingede ulighed skal der rettes op på.



Regeringen vil afsætte i alt 25 mio. kr. i 2017-2019 til:

- Livmoderhalskræftscreening af kvinder født før 1948.
- Initiativer, der skal øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

Regeringen har derudover med økonomiaftalen for 2017 prioriteret 170 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til tidlig opsporing af kræft.



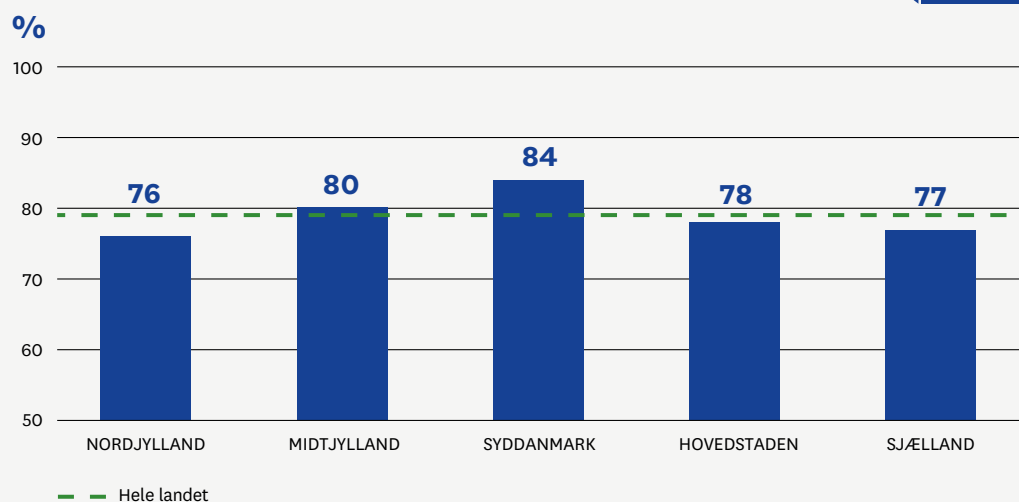
Høj og ensartet kvalitet for kræftpatienter i hele landet

Alle kræftpatienter skal opleve en ensartet og høj kvalitet i behandlingsforløbet. Det betyder, at alle patienter skal have adgang til samme høje faglige ekspertise og behandlingsmuligheder – uanset hvor de bor i landet.

De tre tidligere kræftplaner har forbedret kvaliteten af den danske kræftbehandling. Samtidig har indførelsen af kræftpakkeforløb bidraget til at nedbringe ventetiden og sikre hurtig udredning og behandling.

Regionerne har selv sat et mål om, at 90 pct. af kræftpatienterne i pakkeforløb skal igennem forløbet inden for de fagligt anbefalede tider. Men selvom der er sket positive fremskridt i alle regioner, så er der stadig ulighed på tværs af regionerne i forhold til, hvor mange kræftpatienter der kommer igennem et kræftpakkeforløb til tiden. I 2015 var det fx 84 pct. af patienterne, der blev behandlet til tiden i Region Syddanmark mod 76 pct. i Region Nordjylland.

FIGUR 7. Andel kræftpakkeforløb gennemført inden for den fastsatte tid i 2015



Anm.: Der tages forbehold for foreløbige tal, da der kan forekomme efterregistreringer. Tallene er fordelt på sygehus-region.

Kilde: Landspatientregisteret per 11. april 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

Regeringen har en ambition om, at denne forskel på tværs af regionerne skal reduceres yderligere, og at ingen patienter skal opleve unødigt ventetid i forbindelse med deres behandling.

Med de faglige initiativer og den økonomiske satsning i Patienternes Kræftplan er det derfor også regeringens forventning, at regionerne fortsat vil reducere den geografiske ulighed i ventetider og sikre større ensartethed og kvalitet i kræftbehandling. Initiativerne skal ses i sammenhæng med det løft i kapaciteten, som gennemføres med Patienternes Kræftplan, og bl.a. forankres i et samarbejde mellem regionerne, faglige organisationer, patientforeninger og Sundhedsstyrelsen.

Bedre kræftkirurgi – systematisk og ensartet kompetenceudvikling

I de seneste år er der sket store fremskridt inden for kræftkirurgien. Fx er der udviklet nye og mere skånsomme indgreb som kikkertkirurgi og robotkirurgi, som kan forbedre behandlingsresultatet og nedsætte risikoen for komplikationer. Hvis de nye behandlingsmetoder skal komme patienterne til gavn, forudsætter det, at kræftkirurgerne også fremadrettet har de rette kompetencer til at udføre de specialiserede operationer.

Derfor vil regeringen afsætte midler til kompetenceudviklingen fx på højt specialiserede områder, hvor der er krav om særlige dokumenterede kompetencer inden for en given behandlingsmetode eller teknik. Regeringen vil i den sammenhæng bede Sundhedsstyrelsen om – sammen med bl.a. de faglige miljøer, kræftlæger og regioner – at beskrive en model for systematisk kompetenceudvikling i kræftkirurgien.



Regeringen vil også understøtte, at der sker en mere systematisk ibrugtagning af nye behandlinger på tværs af landet, end det er tilfældet i dag. For at sikre at nye behandlinger hurtigt kommer alle patienter til gavn, vil Sundhedsstyrelsen opdatere den eksisterende vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet.

Derudover vil regeringen understøtte, at der er opdaterede og ensartede faglige retningslinjer for kræftbehandling på tværs af landet, og at samarbejdet på tværs af de forskellige specialer på kræftområdet – fx i de såkaldte multidisciplinære konferencer – har gode rammer. Konferencerne skaber også gode muligheder for patientinddragelse, og regeringen ønsker, at de eksisterende erfaringer med at inddrage patienterne på konferencerne udbredes.



Regeringen vil afsætte 65 mio. kr. i 2017-2020 til:

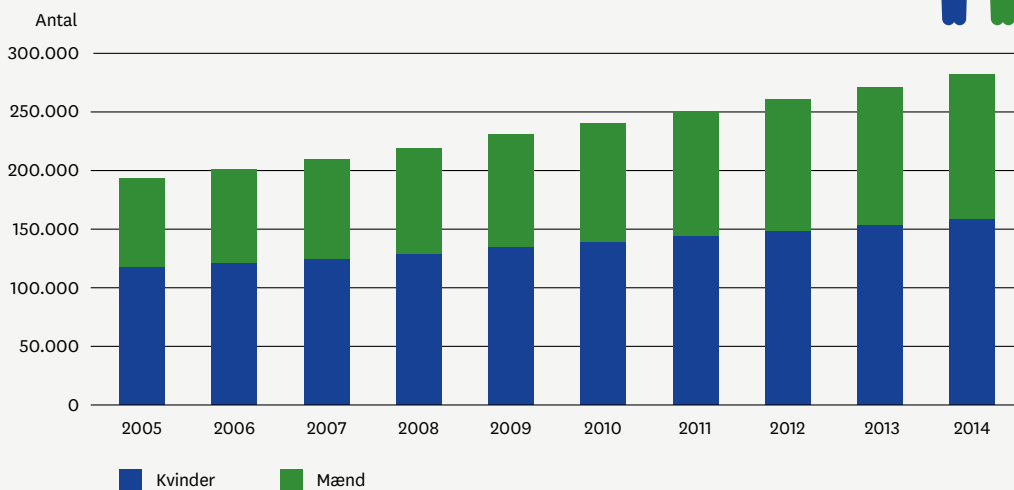
- En systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien.
 - En faglig gennemgang og vedligeholdelse af de kliniske retningslinjer for behandling af kræft.
-



Et godt liv efter kræft

Heldigvis er der som følge af den forbedrede kræftbehandling og indførelsen af kræftpakkeforløb stadig flere danskere, der overlever en kræftsygdom. Derfor skal vi også gøre, hvad vi kan for, at alle patienter får et godt liv efter endt behandling og hurtigt får mulighed for at vende tilbage til hverdagen med familien og på arbejdspladsen.

FIGUR 8. Udviklingen i danskere, der levede med en kræftsygdom fra 2005-2014



Anm.: Ekskl. basalcelle hudkræft.

Kilde: "Nye kræfttilfælde i Danmark: Cancerregisteret 2014", Sundhedsdatastyrelsen, 2015.

En tidlig og målrettet rehabilitering giver både bedre behandlingsresultater og mindsker bivirkningerne ved behandlingen. Derfor er det vigtigt, at alle patienter tilbydes den fornødne rehabilitering.

Patienter og pårørende har ofte forskellige behov og forventninger til opfølgningen efter et kræftforløb. Nogle har bivirkninger, som kræver en specialiseret indsats med sundhedspersonale, der ved noget om netop deres kræftform. Andre har brug for genoptræning og samtalegrupper sammen med ligesindede i fx ungegrupper eller på hold forbeholdt mænd.

Case

Succes med rehabilitering til mænd

Mænd takker oftere end kvinder nej til et rehabiliteringstilbud. Derfor udviklede Center for Kræft i Københavns Kommune, der er et samarbejde mellem kommunen og Kræftens Bekæmpelse, i 2014 til 2015 særligt skræddersyede rehabiliteringstilbud målrettet mænd. Centret tilbyder bl.a. mandetræning med udfordrende fysisk aktivitet og konkurrencer, foredrag "kun for mænd" samt udflugter og undervisning. Tilbuddene er udviklet på baggrund af en interviewundersøgelse, hvor mænd med kræft blev spurgt ind til deres rehabiliteringsønsker og -behov. Med de nye tilbud er det lykkedes centret at øge andelen af mænd i rehabiliteringstilbuddene med 24 pct.

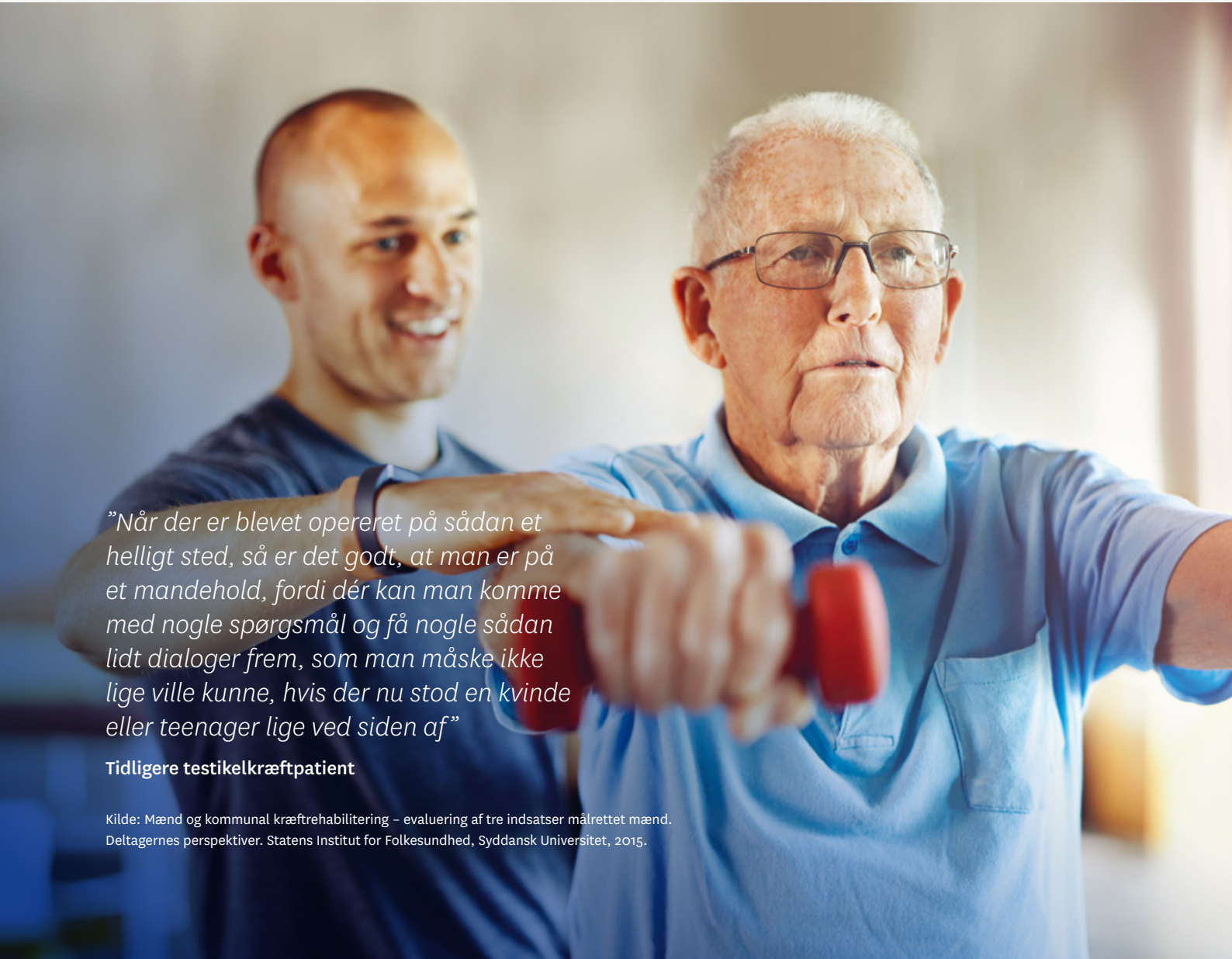
Selvom kommunerne de seneste år har udviklet og styrket tilbuddene om genoptræning og rehabilitering til kræftpatienter, er der fortsat stor forskel på, hvilke tilbud kræftpatienter kan få, alt efter hvilken kommune de bor i. Mange kommuner er for små til at tilbyde målrettet rehabilitering. Kommunale samarbejder om rehabiliteringen har vist sig at være et godt redskab til at sikre et bredere og bedre udbud af rehabiliteringstilbud. Det er en vej, vi skal fortsætte ud ad.

”Vi samler kræfterne” – seks kommuner samarbejder om kræftrehabiliteringen

Siden 2013 har Ballerup, Furesø, Egedal, Herlev, Gladsaxe og Rødovre kommuner arbejdet sammen i projektet ”Vi samler kræfterne”. Siden maj 2015 har de seks kommuner tilbudt tværkommunale rehabiliteringsydelser til borgerne. Hver kommune varetager mindst ét målrettet tilbud til en særlig gruppe af patienter. Fx varetager Furesø kommune træning af kvinder med brystkræft.

Tidligere var det ikke altid muligt at tilgodese specifikke behov hos forskellige kræftpatienter. Samarbejdet mellem kommunerne har skabt et større befolkningsgrundlag for rehabiliteringen, således at kommunerne har kunnet udvide antallet af tilbud og målrette dem til forskellige patientgrupper. Det betyder også, at borgerne i de seks kommuner har fået samme muligheder for rehabilitering, og at projektet har udvisket eventuelle uligheder for borgerne kommunerne imellem.

Regeringen vil understøtte en ensartet og målrettet kommunal rehabilitering, hvor patienterne inddrages i at tilrettelægge tilbud, som matcher netop deres behov. Regeringen vil samtidig bidrage til et systematisk kompetenceløft i den kommunale rehabilitering og øge kvaliteten i de kommunale tilbud. Derfor får Sundhedsstyrelsen til opgave – sammen med relevante parter som patientforeninger, regioner, kommuner og faglige selskaber – at beskrive faglige rammer og standarder for organisering, behovsvurdering, henvisning og indsatser.



”Når der er blevet opereret på sådan et helligt sted, så er det godt, at man er på et mandehold, fordi dér kan man komme med nogle spørgsmål og få nogle sådan lidt dialoger frem, som man måske ikke lige ville kunne, hvis der nu stod en kvinde eller teenager lige ved siden af”

Tidligere testikelkræftpatient

Kilde: Mænd og kommunal kræftrehabilitering – evaluering af tre indsatser målrettet mænd. Deltagernes perspektiver. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2015.

Samtidig med at flere patienter overlever en kræftsygdom, er der også flere patienter, som lever med senfølger efter en kræftsygdom. Det kan fx være svære kroniske smerter eller ernæringsproblemer efter kirurgi og strålebehandling. Håndteringen af senfølger skal være en naturlig del af rehabiliteringen og den løbende sundhedsfaglige indsats i forbindelse med kræftbehandlingen. Og for de patienter, som oplever at få meget alvorlige og invaliderende skader i forbindelse med et kræftforløb, skal der være et fagligt godt og i nogle tilfælde mere specialiseret tilbud.

Regeringen vil derfor prioritere midler til at skabe mere samlet viden om senfølger og indsatsen for at hjælpe patienter med senfølger. Denne viden skal danne afsæt for at styrke den nuværende indsats i den eksisterende rehabilitering og opfølgning efter kræft. Det kan eventuelt ske via såkaldte senfølgeklinikker, som allerede kendes fra enkelte danske kræftafdelinger. Derudover ses på behovet for en eventuelt styrket fertilitetsrådgivning for unge kræftpatienter med henblik på at reducere fertilitetsmæssige senfølger efter et kræftforløb.

Case

Senfølgeklinikker

I Danmark er der bl.a. etableret senfølgeklinikker på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital, Skejby i tilknytning til de børneonkologiske enheder. Disse klinikker varetager opfølgning efter endt behandling af børn med kræft og kan råde over et tværfagligt team bestående af læge/onkolog, sygeplejerske, socialrådgiver og psykolog. Klinikkerne har et tæt samarbejde med hospitalernes øvrige specialistfunktioner, der varetager relevante undersøgelser og behandling ved behov. Der udarbejdes individuelle opfølgningsprogrammer for hver patient tilpasset tidligere sygdom og behandling. Når barnet overgår til senfølgeklinikken, orienteres barnets praktiserende læge samtidig om både behandlingsforløbet og opfølgningsplanen.



Regeringen vil afsætte 160 mio. kr. i 2017-2020 til:

- Et løft i den kommunale rehabilitering, så patienter i hele landet modtager et ensartet og godt tilbud.
 - Udvikling af klare mål og retningslinjer for den kommunale indsats for rehabilitering af kræftpatienter, herunder sikre mere ensartet henvisning fra sygehuset til de kommunale tilbud. Arbejdet skal ske i regi af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af kommunerne og andre relevante parter.
 - At afdække behovet for indsatser for patienter med senfølger efter kræft. Arbejdet skal ske i dialog med KL og Danske Regioner.
 - På relevante kræftområder, bl.a. med afsæt i afdækningen, at udvikle og understøtte indsatsen for patienter med alvorlige senfølger.
-

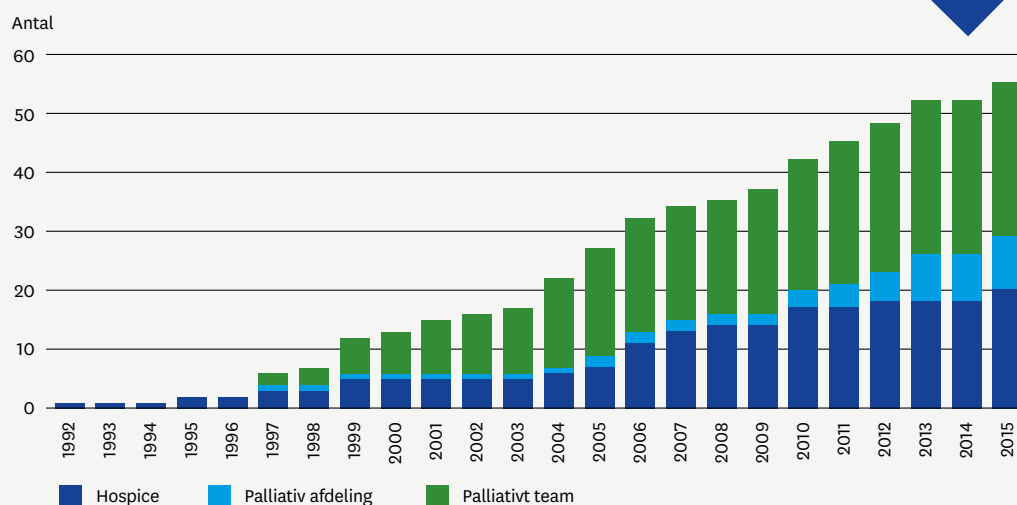


En værdig og god palliativ indsats

Årligt dør mere end 15.000 danskere af kræft. Mange vil enten allerede fra sygdommen konstateres eller senere i sygdommen have behov for en smertelindrende, palliativ indsats. Langt hovedparten af disse patienter vil have brug for basal palliation fra den kommunale hjemmesygepleje, patientens egen praktiserende læge eller sygehuspersonale på ikke-palliative afdelinger.

De seneste år er der bl.a. i forlængelse af de tidligere kræftplaner sket en positiv udvikling i den specialiserede palliative pleje. Der er oprettet flere palliative afdelinger og udgående palliative teams, ligesom antallet af hospicepladser er øget markant. Derudover er den specialiserede palliative indsats til børn med bl.a. kræft blevet styrket. I regi af satspuljeaftalerne for 2014 og 2015 er der igangsat forsøg med landets første børnehospicepladser og et landsdækkende tilbud til uhelbredeligt syge børn. De nye tilbud, som skal aflaste børnene og deres familier, bliver evalueret som led i udmøntningen af midlerne.

FIGUR 9. Udviklingen i antal specialiserede palliative enheder fra 1992-2015



Anm.: Opgørelsen giver et lidt forenklet billede af enhedstyper, idet flere palliative enheder kan definere sig selv som en afdeling.

Kilde: Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Årsrapport 2014. København: Videncenter for Rehabilitering og Palliation, 2015.

Den specialiserede palliative pleje foregår primært på hospitaler og hospice, men undersøgelser viser, at 70-80 pct. af danske kræftpatienter ønsker at tilbringe deres sidste tid i eget hjem. Alligevel dør 55 pct. på hospitalet. Regeringen ønsker, at det i højere grad er patienternes egne ønsker, der afgør, hvordan den sidste tid skal tilbringes. Derfor vil regeringen med Patienternes Kræftplan løfte den basale palliative pleje bl.a. i hjemmet.

Det betyder bl.a., at sundhedspersonalet i både kommuner og på sygehusene skal klædes endnu bedre på til at varetage basal palliation, og at der skal være et tæt og godt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og fx de specialiserede kompetencer på sygehuset.

Case

En værdig død – styrket palliativ indsats i kommunerne

Mange danskere dør på sygehuse, selvom de ønsker at dø i eget hjem. Det gælder særligt ældre, som på grund af deres palliative behov indlægges på sygehusene i den sidste tid. Derfor afsatte partierne bag satspuljeaftalen for 2015-2018 14 mio. kr. til modelprojekter, der vil kunne styrke den palliative indsats i kommunerne. Formålet er at give flere patienter et bedre forløb i de sidste dage af deres liv, herunder at fremme en tidlig afklaring og forventningsafstemning af hvor den enkelte borger med livstruende sygdom ønsker at dø. Formålet er endvidere at forbedre sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle forløb for denne målgruppe samt at udvikle og optimere kompetencer hos de involverede aktører i kommuner, regioner og almen praksis.

Fire kommuner (Varde, Svendborg, Aarhus og Roskilde) har fået tildelt midler til projekter, hvis erfaringer efterfølgende skal kunne spredes til kommuner i hele landet.



Regeringen vil afsætte 100 mio. kr. i 2017-2020 til:

- Et løft i den basale palliative indsats i kommunerne, almen praksis og på sygehusene, som skal sikre en værdig og god lindrende behandling til kræftpatienter.
- Opstille klare mål og retningslinjer for den basale palliative indsats til kræftpatienter i regi af Sundhedsstyrelsen og i dialog med kommuner og regioner.



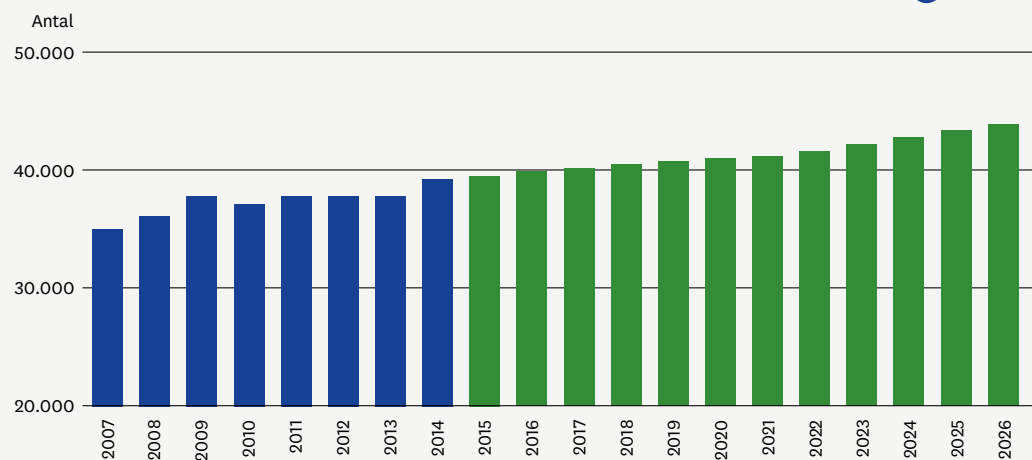
5

Rettidig omhu

Der bliver flere ældre i Danmark, og kræft er i høj grad forbundet med stigende alder. Fremskrivninger tyder på, at antallet af årlige kræfttilfælde vil stige fra ca. 39.000 i 2014 til ca. 44.000 i år 2025. Det svarer til en stigning på mere end 10 pct. over de næste 10 år. Selvom danskerne lever sundere og ryger mindre end tidligere, forventes antallet af kræftpatienter altså at stige i de kommende år.

Når der kommer flere kræftpatienter skyldes det især, at danskerne bliver ældre. Ca. tre ud af fire nye kræfttilfælde rammer danskere over 60 år.

FIGUR 10. Nye kræfttilfælde i Danmark fra 2007-2014 samt skøn for udviklingen fra 2015-2026



Anm.: Data fra 2015-2026 angiver den forventede udvikling i antallet af kræfttilfælde.

Kilde: "Styrket indsats på kræftområdet – et faglig oplæg til Kræftplan IV", Sundhedsstyrelsen, 2016.

Hvis vi også fremover skal have råd til kræftbehandling af høj kvalitet og med kort ventetid, så kræver det et stærkt fokus på planlægning og en effektiv brug af ressourcer.

Det er vigtigt, at vi allerede nu udviser rettidig omhu og ruster sundhedsvæsenet til, at alle kræftpatienter også fremover kan få høj kvalitet i behandlingen. Regeringen vil derfor prioritere næsten 1 mia. kr. ekstra til kapacitet på kræftområdet i løbet af de kommende fire år. Det er en investering, som ligger udover finansieringen på 520 mio. kr. af de konkrete initiativer i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til Kræftplan IV fra 2016.

Hertil kommer 680 mio. kr. i perioden 2017-2020 til øget kapacitet til bl.a. udredning for kræft, som blev udmøntet med aftalen om regionernes økonomi for 2017. Kræftområdet bliver således i alt tilført knap 2,2 mia. kr. frem til 2020. Der er samlet set tale om en historisk stor investering til kræftindsatsen.

Udover de nye initiativer i Kræftplan IV har regeringen allerede aftalt og igangsat flere initiativer, som hver for sig og samlet bidrager til, at de danske kræftpatienter også i fremtiden kan forvente behandling af høj kvalitet inden for en ansvarlig økonomisk ramme. Det gælder fx på medicinområdet, hvor regeringen i 2016 har indgået en prisaftale med lægemiddelindustrien, der betyder, at vi vil få lavere priser på sygehusmedicin de kommende år.

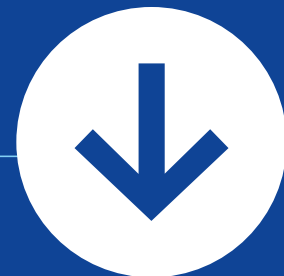
Derudover vil regeringen lægge vægt på at følge kræftområdet og kræftindsatsen de kommende år. Dels for at sikre, at de forudsatte initiativer fra Kræftplan IV gennemføres af regioner og kommuner hver for sig og i fællesskab. Dels for hele tiden at kunne tage bestik af udviklingen og handle, hvis der viser sig behov for at justere kursen.

For at sikre at de historiske investeringer anvendes rigtigt og til gavn for kræftpatienterne, vil regeringen indgå forpligtende aftaler med regionerne om, hvordan de fremadrettet prioriterer midlerne.

Samtidig skal vi løbende have fokus på en effektiv udnyttelse af den eksisterende kapacitet på sygehusene, så flest muligt kan behandles med kort ventetid og med høj kvalitet. Ligesom det er vigtigt, at vi hele tiden udvikler nye og effektive behandlingsmetoder, har gode rammer for forskningen og bruger vores data optimalt.

De mange initiativer kommer ikke kun kræftpatienterne til gode. Patientansvarlige læger, bedre patientinddragelse, bedre brug af data – det er alt sammen tiltag, som har en afsmittende effekt for andre patienter. Og når vi tilføjer flere midler til kræftområdet, bliver der også samlet set et større råderum i hele sundhedsvæsenet. Det er til gavn for andre end bare kræftpatienterne. Rettidig omhu for kræftpatienterne er således rettidig omhu for alle patienter.

Regeringens initiativer



Øget kapacitet og effektiv anvendelse af ressourcer

Regeringen vil:

- Afsætte 480 mio. kr. til øget kapacitet på kræftområdet.
- Afsætte 500 mio. kr. til nyt apparatur, fx scannere og strålekanoner.

Udvikling af ny og målrettet behandling

Regeringen vil afsætte 30 mio. kr. i 2017-2020 til:

- At understøtte etableringen af et forpligtende, landsdækkende samarbejde om kræftforskning og udvikling. Det murstensløse center for kræftbehandling, forskning og udvikling kan udbygges løbende, og kan i opstartsfasen fokusere på udvalgte områder, fx immunterapi eller andre lovende forsknings- og behandlingsområder. Den konkrete form aftales med regionerne og øvrige relevante aktører, fx patientforeninger, forskningsinstitutioner og relevante fonde.
- Etablering af 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi.

Bedre brug af data til forskning og kvalitetsudvikling

Regeringen har igangsat et arbejde med at udbygge og kvalitetsforbedre det nationale datagrundlag på kræftområdet.

Øget kapacitet og effektiv anvendelse af ressourcer

Kapaciteten på kræftområdet er løbende udvidet de seneste 15 år. Det afspejler sig i aktiviteten på sygehusene. Fx kan vi se, at der siden 2001 har været en markant stigning i antallet af gennemførte undersøgelser, behandlinger og pakkeforløb for kræftpatienter. Den udvikling forventes at fortsætte i de kommende år i takt med, at vi bliver flere ældre, og at ny teknologi og medicin tages i brug.

For at imødekomme denne udvikling vil regeringen prioritere næsten 1 mia. kr. til øget kapacitet på kræftområdet over de næste fire år. Midlerne skal bl.a. bruges til indkøb af strålekanoner og scannere og til at sikre, at der også fremadrettet er personale nok. Derudover kan de være med til at understøtte forskning og udvikling på sygehusene. Regeringen forventer også, at det massive løft til øget kapacitet vil betyde, at regionerne reducerer den geografiske ulighed i forhold til behandling og ventetider.



Regeringens initiativer rettet mod geografisk ulighed på kræftområdet:

- Regeringen vil afsætte næsten 1 mia. kr., som skal bidrage til et samlet løft af kapaciteten på kræftområdet. Det skal bl.a. bidrage til, at kræftpakkeforløbene i højere grad gennemføres til tiden i alle regioner.
- Regeringen vil udrulle en national model for den patientansvarlige læge, som skal sikre øget sammenhæng for alle patienter, så ingen patienter tabes mellem to stole.
- Regeringen vil afsætte 65 mio. kr. til en systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien og styrke rammerne for, at der fremadrettet er fagligt opdaterede og ensartede kliniske retningslinjer for behandling af kræft. Det skal sikre, at kræftpatienter i hele landet behandles på samme høje niveau.
- Regeringen vil afsætte samlet 260 mio. kr. over de næste fire år til bedre og mere ensartet kvalitet i den kommunale rehabilitering og den basale palliative indsats.
- Regeringen vil opstille klare mål og retningslinjer for rehabiliteringen og den basale palliative indsats til kræftpatienter. Så patienter uanset postnummer får mere ensartede tilbud om rehabilitering og palliation.

Det økonomiske løft kommer oven i et allerede aftalt løft af kapaciteten til udredning af kræft med op til 15-20 pct. fra 2017, jf. økonomiaftalen med Danske Regioner for 2017. Med aftalen bliver der udmøntet 170 mio. kr. årligt fra 2017 til bl.a. udredning for kræft og skånsom kræftkirurgi.

Det betyder, at regeringen samlet tilfører kræftområdet 2,2 mia. kr. over de næste fire år.

I de kommende år vil der desuden blive investeret i nyt udstyr for op mod 6,9 mia. kr. som led i investeringen på 47,5 mia. kr. i nye sygehuse. De første projekter er nu ved at stå færdige, og om få år vil der være nye og moderne sygehuse over hele landet til gavn for både kræftpatienter og alle øvrige patienter i det danske sundhedsvæsen. De nye sygehuse betyder også, at vi kan behandle patienterne mere effektivt og dermed frigøre ca. 260 mio. kr. årligt fra 2017, jf. økonomiaftalen for 2017.

Men flere penge kan ikke stå alene. I en fremtid med flere kræftpatienter er det samtidig vigtigt, at kapaciteten udnyttes effektivt. Og sygehusene har vist, at det er muligt løbende at effektivisere og tænke i nye løsninger. Sygehusene har siden 2003 således haft en gennemsnitlig produktivitetsudvikling på 2,4 pct. om året.

For at sikre en mere effektiv anvendelse af ressourcerne vil regeringen sammen med regionerne se på, hvor gode sygehusene er til at udnytte kapaciteten på kræftområdet. Det skal hjælpe til at sikre, at pengene bruges rigtigt, og at flest mulige patienter får adgang til bl.a. strålebehandling og de nødvendige undersøgelser undervejs i patientforløbet. Anlægspuljen udmøntes i forlængelse af den aftalte analyse af kapacitetsudnyttelsen på kræftscanningsområdet.



Regeringen vil:

- Afsætte 480 mio. kr. til øget kapacitet på kræftområdet.
 - Afsætte 500 mio. kr. til nyt apparatur, fx scannere og strålekanoner.
-

Udvikling af ny og målrettet behandling

Kræftpatienter skal også i fremtiden have en behandling af høj kvalitet på bedste internationale niveau. Derfor er det vigtigt, at sygehusene hele tiden udvikler sig og tager nye og innovative behandlingsmetoder i brug.

De teknologiske fremskridt betyder, at vi i fremtiden i langt højere grad kan målrette behandlingen til den enkelte patient. Med ny teknologi er det fx muligt at bruge viden om patienternes gener eller patienternes eget immunforsvar til at bekæmpe kræftsygdomme.

Allerede nu har eksempelvis immunterapi vist gode resultater for nogle patienter. Ligesom det også forventes, at det i fremtiden vil være muligt at kortlægge de særlige kendetegn ved bl.a. kræftsygdomme, så behandlinger i endnu højere grad kan målrettes den enkelte patient (såkaldt "personlig medicin"). Derfor har regeringen med finansloven for 2016 igangsat en foranalyse af de faglige, etiske, juridiske, tekniske og økonomiske implikationer af et eventuelt større dansk program for personlig medicin.

Stærke forskningsmiljøer på hospitalerne, på universiteterne og i medicinalindustrien gør hele tiden nye fremskridt, når det handler om at udvikle nye behandlinger for både kræft og andre sygdomme. Det betyder, at Danmark har en styrkeposition på sundhedsforskningsområdet.

Regeringen ønsker at fastholde og udvikle denne styrkeposition, så Danmark fortsat er et af de lande, der hurtigst tager nye lægemidler, hvor der er dokumenteret effekt, i brug. Sådan som Folketingets partier også var enige om i aftalen fra marts 2016 om syv principper for prioritering af sygehuslægemidler.

En forudsætning for hurtigere at udvikle og indføre nye, lovende behandlingsformer er et tæt og godt samarbejde på tværs af det danske sundhedsvæsen. Med både hospitalerne, industrien, universiteterne, Kræftens Bekæmpelse og internationalt.

Der er allerede god dialog mellem fx Kræftens Bekæmpelse og regionerne om et styrket samarbejde i form af et "virtuelt", landsdækkende center for kræftforskning og udvikling. For at understøtte den ambition vil regeringen øremærke midler til at medfinansiere et landsdækkende center, som sikrer målrettet samarbejde på tværs af landet. Det murstensløse center vil kunne tiltrække forskningsmidler og international opmærksomhed.

Herudover vil regeringen også etablere bedre rammer for afprøvning af særligt komplicerede kirurgiske behandlinger. Derfor foreslår regeringen, at der etableres 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi i Danmark. Centrene skal have tilstrækkelig patientvolumen, og der skal sikres robust dataopsamling. Formålet er at sikre en høj international kvalitet i kræftkirurgien og en ensartet udbredelse af nye behandlingsformer.



Regeringen vil afsætte 30 mio. kr. i 2017-2020 til:

- At understøtte etableringen af et forpligtende, landsdækkende samarbejde om kræftforskning og udvikling. Det murstensløse center for kræftbehandling, forskning og udvikling kan udbygges løbende, og kan i opstartsfasen fokusere på udvalgte områder, fx immunterapi eller andre lovende forsknings- og behandlingsområder. Den konkrete form aftales med regionerne og øvrige relevante aktører, fx patientforeninger, forskningsinstitutioner og relevante fonde.
 - Etablering af 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi.
-

Bedre brug af data til forskning og kvalitetsudvikling

Viden og data om de danske kræftpatienter, der behandles i dag, er en af de vigtigste forudsætninger for løbende at forbedre kvaliteten for de kræftpatienter, som skal behandles i morgen, både når det handler om behandling og patienternes forløb.

Derfor er det positivt, at Danmark på kræftområdet har et af de mest veludbyggede videns- og datagrundlag i verden.

Data anvendes i forskningen til at fastslå, hvilke kræftbehandlinger der virker bedst og mest effektivt. Og på hospitalerne bruges data om patienternes forløb til bl.a. den bedst mulige tilrettelæggelse af kræftpakkeforløbene.

Vi kan dog anvende vores data endnu bedre, end vi gør i dag. Bl.a. er der behov for bedre data om patienternes forløb på tværs af sektorer og de enkelte dele af et patientforløb, så patienterne ikke oplever, at væsentlige informationer går tabt. For et få et helhedsorienteret perspektiv på kræftindsatsen i Danmark er der desuden behov at sikre udvikling, ensartethed og øget sammenhæng i de nationale kræftregistre.

Derfor har regeringen og regionerne igangsat et arbejde med fokus på at udbygge og kvalitetsforbedre det nationale kræftdatagrundlag. Ambitionen er for det første at forbedre mulighederne for at anvende data til kvalitetsudvikling og forskning, så vi kan tilbyde en stadig bedre indsats for kræftpatienterne fremover. Ambitionen er for det andet at forbedre de danske kræftpatienters adgang til viden om egen sygdom og behandlingsmuligheder, så patienterne nemt kan finde den information, de ønsker om deres forløb.

Case

Databaser bidrager til tidligere opsporing af kræft

Læger har gennem en årrække erfaret, at når en patient blev indlagt med lungebetændelse, kunne det i nogle tilfælde være et tegn på en underliggende kræftsygdom. Lægerne vidste dog ikke, hvor stor risikoen var for hvilke typer kræft, eller om der var tale om en tilfældighed eller en egentlig sammenhæng. Ved at anvende data fra Landspatientregisteret og Cancerregisteret fandt forskere ud af, at ca. 2 patienter ud af 150 med lungebetændelse får påvist kræft i de første 6 måneder efter indlæggelsen, ofte lungekræft eller blodkræft. Dette fund har ændret praksis på hospitalerne, og resultaterne er indarbejdet i lokale anbefalinger og vejledninger. Det betyder, at flere patienter nu bliver identificeret tidligere i deres sygdomsforløb. Det forbedrer deres chance for helbredelse og mindsker forekomsten af komplikationer.



Regeringen har:

- Igangsat et arbejde med at udbygge og kvalitetsforbedre det nationale datagrundlag på kræftområdet.
-

6

Samlet økonomi i Patienternes Kræftplan

Regeringen vil med Finansloven for 2017 prioritere yderligere 1,5 mia. kr. til Patienternes Kræftplan. Dette kommer udover de allerede prioriterede midler på 170 mio. kr. årligt fra 2017 til bl.a. øget kapacitet til udredning for kræft. Således bliver der samlet set tilført knap 2,2 mia. kr. til kræftområdet over de næste fire år.

Regeringen vil med Patienternes Kræftplan afsætte 500 mio. kr. til apparatur, 480 mio. kr. til øget kapacitet samt 520 mio. kr. til faglige initiativer, bl.a. med afsæt i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg. Beløbet omfatter tiltag for i alt 360 mio. kr. til forebyggelse, rehabilitering og palliation, som indgår i regeringens udspil til en satspuljeaftale for 2017-2020.



TABEL 1. Økonomi i Patienternes Kræftplan – Kræftplan IV

Mio. kr.	2017	2018	2019	2020	I alt
FAGLIGE INITIATIVER					
Patienten med på råd	4	6	6	6	22
Behandling i eget hjem	10	10	10	10	40
Mere individuelle pakkeforløb for kræft	2	1	0	0	3
Målrettede tilbud på hospitalerne til unge med kræft	7	6	6	6	25
Tidlig opsporing – screening for livmoderhalskræft	23	1	1	0	25
Høj og ensartet kvalitet i behandlingen	16	15	17	17	65
Et godt liv efter kræft (rehabilitering og senfølger)	25	41	44	50	160
En værdig og god palliativ indsats	16	26	26	32	100
Udvikling af nye og målrettede behandlingsformer	8	8	7	7	30
Forebyggelsespakke for børn/unge, herunder HPV-vaccination	9	6	3	2	20
Rygestop for særlige grupper og kræftpatienter	10	10	10	0	30
I alt faglige indsatser	130	130	130	130	520
Heraf satspuljeinitiativer (forebyggelse, rehabilitering og palliation)	90	90	90	90	360
KAPACITET					
Øget kapacitet (drift)	0	60	150	270	480
Øget kapacitet (anlæg)	190	200	110	0	500
I alt ny prioritering (faglige initiativer og kapacitet)	320	390	390	400	1.500
Øget kapacitet til kræftudredning mv. (FL16)	170	170	170	170	680
I alt samlet løft til kræftområdet	490	560	560	570	2.180

