

## Aftale om Kræftplan III

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

Kræftplan III skal særligt føre til:

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

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

- Vi vil indføre en diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på kræft, så deres situation afklares hurtigt som led i et sammenhængende diagnostisk forløb
- Vi vil indføre landsdækkende screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år
- Vi vil indføre et samlet forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation, så de mennesker der har haft kræft finder tilbage til et meningsfuldt liv, og de der desværre ikke kan helbredes får den nødvendige støtte og lindring
- Vi vil styrke den palliative indsats både på det basale og specialiserede niveau og afsætte midler til nye hospicepladser
- Vi vil styrke inddragelsen af patienternes pårørende, og det skal ske med særligt fokus på børn, der som pårørende er en sårbar - men ofte tavs - gruppe
- Vi vil styrke forebyggelsen af kræft, så endnu færre danskere overhovedet rammes af sygdommen
- Vi vil styrke danskernes kendskab til symptomer på kræft
- Vi vil styrke forløbskoordinationen

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

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

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

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

### **Store fremskridt på kræftområdet**

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

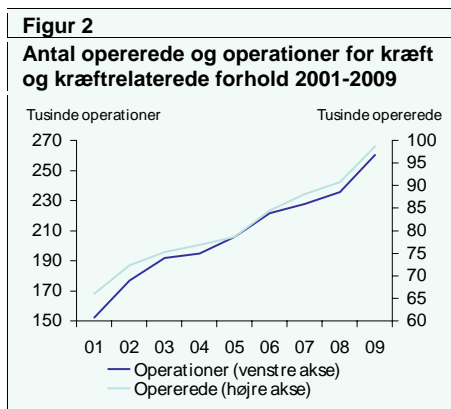
I oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner aftalen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Aftalen har betydet, at der i dag er indført pakkeforløb for alle kræftformer. Et pakkeforløb sikrer patienter forløb af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid. Af pakkerne fremgår også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

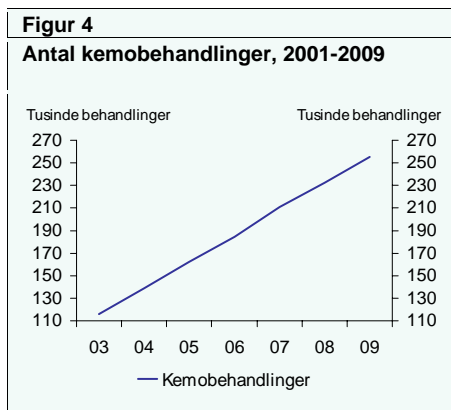
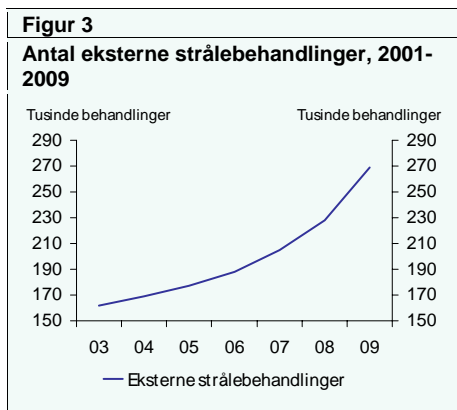
I august 2010 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en national monitorering af kræftpatienters forløb. Tallene viser hurtigere forløb og dermed kortere vej til behandling for otte ud af elleve store kræftformer i dag sammenlignet med i 2008. I forlængelse heraf udarbejdede regionerne en redegørelse, der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

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

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

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





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

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

## TIDLIG OPSPORING OG DIAGNOSTIK

### Diagnostisk pakke

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **LANDSDÆKKENDE SCREENINGSPROGRAMMER**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **FORLØBSPROGRAM**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

### **Palliation – lindrende behandling**

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

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

### **Det specialiserede niveau**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Det basale niveau**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **PÅRØRENDE**

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

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

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

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

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

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

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

## **FOREBYGGELSE**

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

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

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

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

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

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

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

### **Det kommunale niveau**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Styrket tobaksforebyggelse**

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

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

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

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

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

### **Styrket forløbskoordinatorfunktion**

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

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

### **Kræftbehandling i udlandet**

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

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

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

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

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

### **Styrket monitorering og kvalitetsudvikling**

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

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

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