

Fælles udmøntningsplan for Kræftplan III

1. Indledning

Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL) har i fællesskab udarbejdet denne samlede plan for udmøntning af Kræftplan III.

De fleste af de beskrevne opgaver i udmøntningsplanen skal være afsluttede i 2011 og enkelte i 2012 og 2013. Mange af opgaverne er såvel tidsmæssigt som indholdsmæssigt meget integrerede, hvilket er en særlig udfordring. En del af opgaverne er delt op i delprojekter.

2. Organisation

Udmøntning af Kræftplan III sker i regi af **Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet**.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at tilvejebringe de faglige rammer for arbejdet i regi af **Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet**. De færdige leverancer vil forinden blive forelagt Sundhedsstyrelsens **Kræftstyregruppe** med henblik på faglig rådgivning.

Regionerne og kommunerne er ansvarlige for implementering af de faglige leverancer.

Der nedsættes en **Referencegruppe for inddragelse af patienter og pårørende** for hele arbejdet med Kræftplan III.

3. Procesbeskrivelser for de enkelte projekter

3.1 Forebyggelse

3.1.1 Informationskampagne målrettet børn og unge samt særligt udsatte grupper

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

Formål og indhold

Formålet med indsatsen er at sætte fokus på sund livsstil, herunder fordele ved fysisk aktivitet, kost, begrænset alkoholindtag, søvn, risiko ved UV-lys m.v.

Målgruppen er særligt børn og unge samt udsatte grupper.

Proces og centrale milepæle

Informationsindsatsen forventes gennemført senest i 3. kvartal 2012.

Centrale milepæle:

- Etableringsfasen gennemført inden 1. juni 2011 (projektudvikling og projektbeskrivelse).
- Informationsindsats gennemført senest i 3. kvartal 2012
- Evaluering gennemført inden udgangen af 2012

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for informationskampagnen. KL deltager. Øvrige deltagere uafklaret.

3.1.2 Rygestopkampagne

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

Formål og indhold

Formålet med kampagnen er at bidrage til at begrænse andelen af daglig-rygere i befolkningen og nedbringe sygelighed og dødelighed som følge af rygning – herunder tobaksrelateret kræft.

Målgruppen er alle rygere – med hovedvægten på daglig-rygere. Som et led i kampagnen etableres der i forhold til det kommunale niveau et særligt fokus på udsatte grupper.

Indholdet i kampagnen baserer sig på kampagnen fra 2009 ”Hver eneste cigaret skader dig”, som oprindeligt er udviklet i Australien. Ideen er, at man synliggør nogle af de alvorlige organskader, der følger af rygning i forhold til lunger, kredsløb, hjerne og øjne – og kraftigt opfordrer til at søge hjælp til rygestop, hovedsagelig via StopLinien, som markedsføres i alle kampagnenelementerne.

Hovedelementet i kampagnen er fem TV-spots, som er versioneret til dansk fra den australske kampagne. Dette suppleres af tre nyproducerede TV-spots, der er baseret på testimonials, hvor almindelig mennesker (danskere) fortæller om den sygdom, de har fået af rygning – eller hvor pårørende fortæller om deres oplevelser af forældres eller ægtefælles rygerelaterede sygdom. Yderligere elementer er: StopLinien's telefonrådgivning, www.stoplinien.dk, kampagnemateriale til kommuner, sundhedsvæsenet og andre aktører samt materiale /rygestopguide til rygerne.

Proces og centrale milepæle

Tidsplanen for kampagnen er 2 x 3 kampagneuger i henholdsvis ugerne 45, 46, 47 samt ugerne 52, 1 og 2 (2012).

Centrale milepæle:

- Der gennemføres forhandlinger med de australske rettighedshavere om gentagelse af kampagnen inden udgangen af maj
- Der indgås aftale med reklamebureau og versionering og produktion af nye TV-spots inden udgangen af maj
- Der indgås aftale med leverandør vedrørende medieindrykning og vedrørende tracking/evaluering af kampagnen inden udgangen af maj
- Der nedsættes en følgegruppe med repræsentanter for kommuner, regioner, de sygdomsbekæmpende foreninger og andre relevante interessenter inden udgangen af maj.
- TV-spots og øvrige kampagnematerialer er færdigproduceret/versioneret inden udgangen af september
- 7. november 2011 er den første kampagnedag
- 15. januar 2012 er sidste kampagnedag
- Evaluering af kampagnen foreligger inden udgangen af april måned 2012

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for kampagnen.

Der etableres samarbejde med kommuner og regioner samt med sygdomsbekæmpende foreninger og andre centrale aktører om understøttende tiltag, der kan bidrage til at give kampagnen størst mulig gennemslagskraft i befolkningen.

3.1.3 Stoplinien

Aftaletekst fra Kræftplan III

Samtidig er forligspartierne 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.

Formål og indhold

Formålet med StopLinien er at sikre rygere, der overvejer eller har et ønske om at stoppe med at ryge, enkel adgang til information og faglig velfunderet rådgivning, der kan øge chancerne for et succesfuldt rygestop.

Rådgivningen er gratis for brugeren og foregår hovedsagelig via telefon (80313131), men også via www.stoplinien.dk. Hovedparten af telefonrådgivningen har indtil videre været reaktiv, det vil sige, at rygeren selv er opsøgende, men der er også udviklet koncepter, der baserer sig på en proaktiv tilgang, hvor rådgiverne er opsøgende og hvor der tilbydes et egentligt rygestopforløb – struktureret af StopLinien. Der er udviklet metoder for proaktiv rekruttering i forhold til grupper med mange rygere, som skal udvikles yderligere i de kommende år. Der kan også bestilles materialer (rygestopguide) via telefonen.

StopLinien er det rådgivningstilbud, der primært markedsføres i TV-spots i de nationale rygestopkampagner. I disse perioder udvides åbningstiden for personlig rådgivning via STOP-Linien fra 40 timer ugentligt til ca. 70 timer ugentligt – ligesom rådgivningskapaciteten øges betydeligt gennem en øget bemanning.

Proces og centrale milepæle

Centrale milepæle:

- 7. februar 2011 afholdes et strategimøde, der giver input til den fremtidige udvikling.
- Inden udgangen af marts 2011 afholdes et styregruppemøde, der fastlægger udviklings- og arbejdsplanen for 2011
- September/oktober 2011 iværksættes indsats, der kan sikre tilstrækkelig kapacitet af rådgivere til at dække efterspørgselen i kampagneperioderne i november 2011 og i december/januar 2011/2012).
- November, december 2011 og januar 2012 dækker StopLinien den stigende efterspørgsel efter rådgivning, som den nationale rygestopkampagne generer

Primær ansvarlig og andre aktører

StopLinien er et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Folkesundhed København, Københavns Kommune. Det er Folkesundhed København, der organiserer arbejdet og stiller lokaler til rådighed. Der er nedsat en styregruppe med repræsentanter for Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune. Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet.

3.1.4 Opfordringer til kommunerne

Aftaletekst fra Kræftplan III

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

Formål og indhold

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. Endvidere vil brevet indeholde en opfordring til at indtænke kræftforebyggelse i de kommunale sundhedspolitikker.

Formålet med opfordringer til kommunerne er at støtte op om allerede eksisterende positive tendenser i kommunerne.

Proces og centrale milepæle

Sundhedsstyrelsen koordinerer bud på mulige opfordringer og handlinger i kommunerne indenfor de nævnte områder. Disse beskrives i et brev.

Centrale milepæle:

- Brevet udsendes i 2. kvartal 2011

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er primær ansvarlig. Det anbefales, at alkohol også tages med i opfordringerne.

3.2 Tidlig opsporing

3.2.1 Screening for tyk- og endetarmskræft

Aftaletekst fra Kræftplan III

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 indfases over 4 år. I den forbindelse afsættes der 220 mio. kr. i 2014 stigende til 391 mio. kr. fra 2023.

Screening for tyk- og endetarmskræft – fagligt input (Sundhedsstyrelsen)

Formål og indhold

Sundhedsstyrelsens opgave i forbindelse med indførelse af screeningsprogrammet er todelt:

A. Det skal afklares, hvilken immunkemisk metode, der skal anbefales til brug for påvisning af blod i afføringen som første led i screeningsprogrammet.

B. Opfølgning af personer, der identificeres i screeningsprogrammet med polypper i tyk- eller endetarm, følger de Europæiske Guidelines, som angivet i anbefalingerne.

Sundhedsstyrelsen undersøger supplerende, om opfølgningsprogrammet kan modificeres med udgangspunkt i danske erfaringer fra de såkaldte gennemførlighedsundersøgelser.

Proces for A

Sundhedsstyrelsen nedsætter derfor dels en arbejdsgruppe, der skal anbefale, hvilken immunkemisk metode for FOBT (Fecal occult blood test), der skal anvendes i Danmark.

Centrale milepæle:

- Nedsættelse af arbejdsgruppe vedr. immunkemisk FOBT-metode, medio 2011
- Afholdelse af ca. to arbejdsgruppemøder, 2. halvdel af 2011
- Drøftelse af anbefaling i Kræftstyregruppen og Task Force, ultimo 2011

Deltagere

Sundhedsstyrelsens er ansvarlig for processen.

Der udpeges repræsentanter for Dansk Selskab for Klinisk Biokemi, Dansk Kirurgisk Selskab og Dansk Colorectal Cancer Gruppe, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, regionerne.

Proces for B

Endvidere nedsætter Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der skal undersøge mulighederne for at modificere opfølgningsprogrammet i de Europæiske Guidelines for personer, der identificeres med tarmpolypper i overensstemmelse med ”National screening for tyk- og endetarmskræft – Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2010”. Den videre proces skal afklares.

Centrale milepæle:

- Nedsættelse af arbejdsgruppe til beskrivelse af muligt, modificeret opfølgingsprogram for tarmpolypper i 2. halvdel af 2011
- Arbejdsgruppen afleverer sine anbefalinger medio 2012
- Drøftelse af arbejdet i Kræftstyregruppen og Task Force, medio 2012

Deltagere

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for processen.

Der udpeges repræsentanter for Dansk Kirurgisk Selskab, Dansk Colorectal Cancer Gruppe, Dansk Radiologisk Selskab, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, regionerne.

Screening for tyk- og endetarmskræft – implementering (regionerne)

Formål og indhold

Det faglige grundlag for implementeringen af screeningsprogrammet er Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft” fra 2010.

Proces og centrale milepæle

Screeningsprogrammet skal forberedes i årene 2011 – 2013. Screeningen påbegyndes i 2014 og indføres over 4 år.

Regionerne igangsætter i 2011 arbejdet med at udarbejde forslag til, hvordan screeningen kan organiseres i praksis. Forslaget kan bl.a. indeholde en vurdering af både faglige, uddannelsesmæssige og planlægningsmæssige konsekvenser, herunder kapacitet.

Som en del af arbejdet skal regionerne eksempelvis:

- Beskrive elementerne i et screeningsprogram eksempelvis etablering af screeningssekretariat, det nødvendige kapacitetsbehov for implementering af programmet herunder i forhold til kontrolkoloskopier samt en konkret organisering af programmet m.m.
- Beskrive personalebehov, herunder hvilke personalegrupper, der bør varetage hvilke opgaver. I den forbindelse skal muligheder for opgaveglidning vurderes
- Vurdere, hvordan programmets kvalitet kan monitoreres

Der forventes et væsentligt øget antal kontrolkoloskopier, når screeningen påbegyndes, hvilket kapacitetsmæssigt vil have en betydning.

Regionerne har i regi af Danske Regioner nedsat en tværregional arbejdsgruppe, der har til opgave at forberede regionernes implementering af tarmkræftscreening og følge regionernes implementering. Herudover skal arbejdsgruppen sikre, at der sker fælles videndeling og sikres fælles løsninger på tværs af regionerne, hvor det giver mening.

Sundhedsstyrelsen deltager som observatør i Danske Regioners tværregionale arbejdsgruppe.

Primær ansvarlig og andre aktører

Regionerne er ansvarlige for at tilrettelægge og implementere screeningsprogrammet for tarmkræft til tiden. Regionerne har herudover ansvaret for at sikre høj deltagelse, høj kvalitet, en effektiv ressourceudnyttelse, information om screeningstilbud, hurtig reaktion ved fund af tarmkræft eller forstadier hertil, samt at screeningsprogrammet monitoreres på en måde, der gør det muligt at følge op på programmet og sammenligne på tværs af regioner.

Sundhedsstyrelsen skal sikre udarbejdelsen af en national invitationspjece samt i samarbejde med regionerne en informationspjece om koloskopi. Sundhedsstyrelsen skal herudover afklare faglige problemstillinger i takt med, at sådanne må opstå i forbindelse med regionernes forberedelse af screeningsprogrammets implementering.

Opfølgning på implementering er forankret i regi af arbejdsgruppen under Task Force på Kræft og Hjerteområdet samt Task Force på Kræft og Hjerteområdet.

3.2.2 Information om symptomer på kræft

Aftaletekst fra Kræftplan III

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

Introduktion

I Finansloven 2011 (Kræftplan III) er det således politisk besluttet, at danskernes kendskab til symptomer på kræft skal styrkes.

Opgaven er todelt:

1. Danmark deltager i modul 2 i International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP). Den indhøstede viden skal danne baggrund for den efterfølgende informationsindsats.
2. Med udgangspunkt i resultaterne fra ICBP's modul 2 forberedes og gennemføres en informationsindsats om symptomer på kræft.

1. Modul 2 i International Cancer Benchmarking Partnership – ICBP

Formål og indhold

ICBP er et internationalt projekt initieret af Storbritanien for at sammenligne kræftoverlevelse i sammenlignelige lande. Projektet består af fem moduler, og Danmark deltager allerede i Modul 1: Undersøgelse af prævalens og overlevelse af lunge-, bryst-, kolorektal- og ovariekræft på baggrund af eksisterende data fra 2000-2007. Den første artikel om Modul 1's resultater er publiceret, og flere er undervejs.

Formålet med Modul 2 er at undersøge, om der er forskel mellem landene i forhold til befolkningernes holdning til screening for kræft, deres opmærksomhed og opfattelser af kræft med fokus på risikofaktorer, symptomer og adfærd. Grundmodulet består af en undersøgelse baseret på telefoninterviews ved hjælp af et internationalt spørgeskema. 2.000 danske borgere over 50 år, identificeret via cpr-registeret, vil deltage i undersøgelsen. Dertil kommer et nordisk tillægsprojekt vedrørende de samme spørgsmål til 1.000 30+-årige. Danmark har besluttet at deltage i disse elementer i Modul 2.

Proces og centrale milepæle

- Telefoninterviews gennemføres fra juni-september 2011
- Analyse af resultaterne september-november 2011
- Afsluttende rapport ultimo 2011

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for projektet i Danmark og er derfor 'projektleder' for Danmarks deltagelse i ICBP. Modul 2 udføres i tæt samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, som i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og partnerne i Storbritanien, sikrer det videnskabelige design af studiet og efterfølgende vil stå for det efterfølgende rent danske analysearbejde.

2. Informationsindsats om symptomer på kræft – med udgangspunkt i modul 2 i ICBP

Formål og indhold

Formålet er, at gennemføre en målrettet informationsindsats, så det sikres, at så mange som muligt, især i de udsatte grupper, 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, der kunne tyde på kræft. Informationskampagnen skal udformes med afsæt i viden om befolkningens nuværende kendskab til symptomer på kræft. Det endelige formål er at afkorte forløbet fra første symptom opstår til behandling kan iværksættes for at bedre patientens prognose.

Informationsindsatsen baseres bl.a. på det internationale kræftbenchmarkingsprogram ICBP og afventer således resultaterne af Modul 2 vedr. befolkningens opmærksomhed på kræft.

Der gennemføres en informationsindsats, hvor befolkningen får adgang til information via praktiserende læger, apoteker, hospitaler og kommuner. Arten af informationsindsatsen er endnu ikke afklaret, men kan fx bestå af følgende leverancer:

- Befolkningsrettet informationsfolder (evt. flere fordelt på fx køn) om symptomer på udvalgte kræftformer og plakat til ophængning i venteværelser, apoteker m.v.
- Hjemmeside

Indformationsindsatsen kan evt. suppleres med følgende leverancer:

- Annoncer, print og online
- Tv-spot til brug for eksponering i lægehuse, på hospitaler, apoteker, biblioteker og i kommuner
- Evaluering

Målgruppen er voksenbefolkningen med særligt fokus på udsatte grupper.

Proces og centrale milepæle

Forberedelse og gennemførelse af informationsindsatsen afhænger af, hvornår modul 2 afsluttes, forventeligt ultimo 2011. I overensstemmelse hermed forberedes indsatsen derfor 1. halvår af 2012 og gennemføres 2. halvår af 2012.

- EU-udbud og aftale med kommunikations-bureau indgået 2. kvartal 2012
- Aftale med leverandør vedrørende medieindrykninger indgået inden udgangen af 2. kvartal 2012.
- Drøftelser med Kræftstyregruppen og Task Force, 3. kvartal 2012
- Informationsmateriale udsendt til praktiserende læger, apoteker, hospitaler og kommuner 4. kvartal 2012
- Annoncekampagne gennemført inden udgangen af 4. kvartal
- Evaluering gennemført inden udgangen af 4. kvartal 2012

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for projektet.

3.2.3 Diagnostisk pakkeforløb

Diagnostisk pakkeforløb - udarbejdelse

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

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

Formål og indhold

Formålet med det diagnostiske pakkeforløb er at sikre hurtige og sammenhængende forløb for patienter med uspecifikke symptomer, der kunne være kræft.

Pakkeforløbet skal således indeholde kliniske retningslinjer for udredning og henvisning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Retningslinjerne skal dels støtte den praktiserende læge i dennes udredning af patienter med uspecifikke symptomer, og dels fungere som et "visitations-værktøj" til lægens eventuelle viderehenvisning til den specialiserede udredning. Derudover skal pakkeforløbet indeholde retningslinjer for den videre udredning i sygehusregi.

Den skal desuden beskrive principper for kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienten med særligt fokus på patientens overgange mellem almen praksis og det specialiserede niveau. Endvidere skal det diagnostiske pakkeforløb 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 fremgår ligeledes af Kræftplan III, at almen praksis skal sikres let adgang til at drøfte udredningen af konkrete patienter med specialister på relevante sygehusafdelinger samt sikres let adgang til at henvise til specialiseret udredning. Udarbejdelsen af et diagnostisk pakkeforløb vil derfor også omfatte en beskrivelse af de faglige hensyn, behov og krav dels til dialog mellem almen praksis og sygehusafdelingerne, herunder beskrivelse af konkrete kontaktmuligheder, og dels krav til organisatorisk støtte til almen praksis vedr. den uafklarede patient.

Proces og centrale milepæle

Udarbejdelsen af det diagnostiske pakkeforløb afsluttes og offentliggøres ultimo oktober 2011 efter drøftelser i Kræftstyregruppen og Task Force.

- Møde i arbejdsgruppen den 3. februar 2011
- Møde i arbejdsgruppen den 29. marts 2011
- Møde i arbejdsgruppen den 24. maj 2011
- Gennemskrivning i SST primo juni 2011
- Det diagnostiske pakkeforløb sendes i høring ultimo juni 2011
- Høringsfrist 3. uge i august 2011
- Drøftelse i Kræftstyregruppen primo september 2011
- Drøftelse i Task Force medio oktober 2011
- Offentliggørelse af diagnostisk pakkeforløb ultimo oktober 2011

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af det diagnostiske pakkeforløb. Der er nedsat en arbejdsgruppe, hvis medlemmer er udpeget af:

- Organisation af Lægevidenskabelige selskaber
- Dansk selskab for Almen Medicin
- Dansk Radiologisk Selskab
- Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
- Dansk Selskab for Patologi og Cytologi
- Dansk Selskab for Klinisk Biokemi
- Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Århus Universitet
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sygehuspolitisk Center
- DMCG
- De fem regioner
- Danske Regioner

Diagnostisk pakkeforløb - implementering

Aftaletekst fra Kræftplan III

Forligspartierne 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 personale-grupper.

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

Formål og indhold

Med henblik på at styrke den tidlige diagnostik for patienter med uspecifikke symptomer, der kan tyde på kræft, udarbejdes i regi af Sundhedsstyrelsen et diagnostisk pakkeforløb. Formålet er at sikre hurtigere og sammenhængende forløb for patienter med uspecifikke symptomer. Pakkeforløbet vil indeholde kliniske retningslinjer for udredning og henvisning af patienterne.

Proces og centrale milepæle

Det diagnostiske pakkeforløb udarbejdes jf. ovenstående tidsplan med faglig rådgivning i Kræftstyregruppen og drøftelse i Task Force for kræft- og hjerteområdet medio oktober 2011. Samtlige pakkeforløb for kræft revideres i 2011 og drøftes i Task Force medio december 2011. Det diagnostiske pakkeforløb skal være implementeret i regionerne senest fire måneder herefter, dvs. medio april 2012.

- Drøftelse af diagnostisk pakkeforløb i Task Force medio oktober 2011
- Drøftelse af reviderede pakkeforløb for kræft i Task Force medio december 2011
- Implementering af diagnostisk pakkeforløb skal være afsluttet medio april 2012

Den diagnostiske pakke implementeres i regionerne således, at der sikres let og fleksibel adgang til specialiseret udredning for almen praksis, billeddiagnostisk adgang, multidisciplinær faglig tilrettelæggelse samt mulighed for specialiseret rådgivning af almen praksis. Det diagnostiske pakkeforløb indebærer i takt med implementeringen kapacitetsmæssige ændringer og udfordringer som følge af eksempelvis en bredere multidisciplinær tilgang, øget specialiseret rådgivning m.m. Der kan derfor være behov for bl.a. at vurdere de planlægningsmæssige konsekvenser, herunder kapacitet.

Regionerne inddrager i det forberedende arbejde erfaringer fra nuværende tiltag til tidlig diagnostik af patienter med uspecifikke symptomer.

I processen skal indtænkes opdatering af de praktiserende læger i forhold til det diagnostiske pakkeforløb.

Primær ansvarlig og andre aktører

Regionerne har ansvaret for implementeringen af det diagnostiske pakkeforløb i almen praksis og på sygehusene. Når Sundhedsstyrelsen har afsluttet og afleveret det diagnostiske pakkeforløb til Task Force for Kræft – og Hjerterområdet og Kræftstyregruppen, vil Task Force være ansvarlig for at følge op på processen for implementeringen og på effekten heraf på baggrund af tilbagemeldinger fra regionerne.

3.3 Udredning og behandling

3.3.1 Revision af pakkeforløb og styrket forløbskoordinatorfunktion

Aftaletekst fra Kræftplan III

”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.

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”.

Formål og indhold

Det fremgår af Kræftplan III, at Sundhedsstyrelsen i 2011 skal forestå en revision af pakkeforløbene for kræft i samarbejde med de kliniske arbejdsgrupper.

Det overordnede formål med projektet er at revidere de eksisterende pakkeforløb for kræft, således at pakkeforløbene bringes i overensstemmelse med kliniske retningslinjer, organisatoriske ændringer mv., samt at ændringer i de enkelte pakkeforløb er konsistente, og at snitflader til andre dele af patientforløbet indtænkes ensartet i de forskellige pakkeforløb.

Revisionen af pakkeforløb for kræft omfatter konkret opdatering af: (a) kriterier for mistanke og begrundet mistanke, (b) udredning og behandling, herunder forløb efter primære behandling, (c) den multidisciplinære teamkonference (MDT) beskrives mere detaljeret angående funktion og organisation, og (d) afslutning på pakkeforløb, herunder kontrol og opfølgning.

Endvidere tilføjes følgende elementer til pakkeforløbet: (1) kobling til diagnostisk pakkeforløb og tidlig opsporing, (2) forløbskoordinatorfunktionen og (3) specifik sygepleje, (4) komorbiditet med en beskrivelse af strukturelle og organisatoriske adgang til fx medicinske udredningsmuligheder, (5) supportive care/understøttende behandling ligesom (6) specifik palliation og rehabilitering og (7) håndtering af recidiv.

Forløbskoordinatorfunktionen (2) inkluderes jf. aftaleteksten om Kræftplan III under hensyntagen til allerede eksisterende forløbskoordinatorfunktioner og deres organisering.

I forbindelse med inkluderingen af komorbiditet (4) nedsættes der en arbejdsgruppe, hvis formål er at beskrive en model for håndteringen af komorbiditet i pakkeforløb for kræft i forhold til udviklingen i den sundhedsfaglige viden og ændringer i de organisatoriske rammer for pakkeforløb for kræft.

Efter en konkret vurdering kan Task Force tage stilling til evt. tid til genimplementering af det enkelte pakkeforløb som følge af ændrede faglige anbefalinger. Det bør medtænkes at de reviderede pakkeforløb kan betyde opdatering af de eksisterende informationspjecer om pakkeforløb til patienterne.

Proces og centrale milepæle

Nedenfor beskrives udkast til tidsplan for arbejdet med revision af pakkeforløb for kræft.

Revisionen af pakkeforløb for kræft sker samtidigt for alle eksisterende pakkeforløb for at sikre ensartethed. Der vil være forskel på, hvor omfattende revision der er nødvendig og dermed antallet af møder i arbejdsgruppen og med Sundhedsstyrelsen, hvorfor nedenstående er en generel tidsplan.

Revisionen af pakkeforløb for kræft koordineres med initiativerne vedr. det diagnostiske pakkeforløb, rehabiliterings- og palliationsdelen til et samlet forløbsprogram for kræft.

Centrale milepæle:

- Udarbejdelse af projektbeskrivelse dec./jan. 2011
- Udpejning af projektgruppe og udarbejdelse af kommissorium dec. 2010/jan. 2011
- Møde i arbejdsgrupperne marts 2011
- Task Force-møde maj 2011
- Skrive- og opdateringsproces maj/juni 2011
- Møde i arbejdsgrupperne juni 2011
- Skrive- og opdateringsproces maj/juni - aug. 2011
- Møde i arbejdsgrupperne aug./sept. 2011
- Samlet møde med alle arbejdsgrupperne sep. 2011
- 4. og afsluttende møde i arbejdsgrupperne okt/nov. 2011
- Møde i Kræftstyregruppen november 2011
- Task Force-møde december 2011
- Revision af pakkeforløb afsluttet december 2011
- Pakkeforløbene implementeres 2012

Primær ansvarlig og andre aktører

Der nedsættes et antal sygdomsbestemte arbejdsgrupper, der hver består af en repræsentant for hver region, DASYS, DSAM, Dansk Selskab for Radiologi, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi (nu Dansk Patologiselskab), samt relevante DMCG'ere og faglige selskaber afhængig af det pågældende sygdomsområde.

Sammensætningen af arbejdsgrupperne har taget udgangspunkt i de oprindelige arbejdsgruppers sammensætning, der blev etableret i forbindelse med formuleringen af pakkeforløbene.

Sundhedsstyrelsens varetager sekretariatsfunktion og deltager i de forskellige arbejdsgruppemøder. Arbejdsgrupperne kan selv etablere underarbejdsgrupper, herunder aktivere baglandet med henblik på at bidrage til revisionsarbejdet.

3.3.2 Patientinformation om behandling i udlandet

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

Formål og indhold

Formålet er at udarbejde og formidle patientinformation om de muligheder, der er inden for sundhedslovgivningen, for at patienter kan henvises til behandling i udlandet, herunder til højt specialiseret, forskningsmæssig og eksperimentel behandling.

Følgende initiativer er igangsat:

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af en folder med patientinformation om second opinion ordningen og behandling i udlandet.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af en national hjemmeside med sammenfatning af patientinformation om behandling i udlandet.

Sammenslutningen af Kræftafdelinger (SKA) har siden 2007 stillet en samlet, landsdækkende liste over igangværende protokoller inden for forskningsmæssig og eksperimentel behandling af kræftpatienter til rådighed for personalet på de onkologiske afdelinger. Data indsamles fra de kliniske forskningsenheder og bearbejdes i SKA af lægelige konsulenter til et koncentrat, således at de mest essentielle oplysninger hurtigt kan overskues. Formålet er at skabe et nyttigt redskab i klinikken, således at personalet let og hurtigt kan undersøge, hvilke eksperimentelle behandlingsregimer, der er tilgængelige i Danmark for de enkelte patienttilfælde.

Kræftens Bekæmpelse arbejder p.t. på udvikling af en hjemmeside, hvor protokoloversigten præsenteres i en læsbar version for personer, som ikke har faglige forudsætninger inden for kræftbehandling. Hjemmesiden forventes offentliggjort snarest.

I dialog med bl.a. Kræftens Bekæmpelse arbejder Sundhedsstyrelsen konkret videre med tre yderligere initiativer:

1. Generel pjece vedr. muligheder for behandling i udlandet
2. Udarbejdelse af generel information om muligheder for behandling i udlandet til brug for hjemmeside
3. Udarbejdelse af undervisningsprogram for patientvejledere og patientrådgivere.

Proces og centrale milepæle

- Folder med patientinformation udarbejdes i løbet af andet kvartal 2011
- Drøftelser med SKA, Kræftens Bekæmpelse o.l. vedr. samarbejde om ovennævnte initiativer 2. kvartal 2011 (nyt møde planlagt medio juni)
- Implementering af initiativerne i 3. og 4. kvartal 2011

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af patientinformation om mulighederne for henvisning til behandling i udlandet. Der indgås samarbejde med organisationer såsom SKA, Kræftens Bekæmpelse o.l. vedr. initiativerne.

3.4 Rehabilitering og palliation

3.4.1 Revision af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for den palliative indsats samt udarbejdelse af katalog over bedste praksis

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

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.

Formål og indhold

Formålet med opdateringen er at understøtte en ensartet kvalitet på tværs af landet, sammenhængende patientforløb samt videndeling på tværs af sektorer og faggrupper.

Det primære fokus for opdateringen af Sundhedsstyrelsens Retningslinjer for den Palliative Indsats fra 1999 er organisationen af den basale og specialiserede indsats, herunder beskrivelse af opgaver og arbejdsdeling på basalt og specialiseret niveau og af koordineringen af det enkelte patientforløb.

I den specialiserede indsats er det vigtigt, at der defineres minimumskrav til, hvordan indsatsen bør foregå, og hvordan den organiseres. Herunder beskrives, hvilke personalegrupper, der skal indgå for blandt andet at sikre tværfaglighed samt tilstedeværelsen af de rette kompetencer, der skal til for at oppebære den specialiserede indsats.

Der vil i opdateringen bl.a. indgå en beskrivelse af mulighederne for øget adgang til specialiseret palliativ behandling og specialiseret rådgivning til det basale niveau.

Revisionen skal således primært beskæftige sig med organisationen af den palliative indsats, mens de sundhedsfaglige, kliniske retningslinjer udarbejdes parallelt i de faglige fora. Sundhedsstyrelsen tager kontakt med de relevante faglige fora og sikrer koordinationen.

Som et led i arbejdet med opdatering af retningslinjerne vil der endvidere blive udarbejdet et katalog over bedste praksis for den basale palliative indsats i primærsektoren – herunder i almen praksis. Erfaringer fra Palliativt Videnscenters (PAVI) allerede igangsatte arbejde på området inddrages.

Proces og centrale milepæle

- Forarbejde inkl. udarbejdelse af baggrundsnotat om litteratur på området, januar – primo marts 2011
- Afholdelse af første møde i arbejdsgruppen, ultimo marts 2011
- Udarbejdelse af nye retningslinjer, april- primo juli 2011
- Høringsperiode, primo juli – ultimo august 2011
- Drøftelse af opdaterede retningslinjer i Kræftstyregruppe og Task Force, september 20
- Udgivelse af opdaterede retningslinjer, ultimo september 2011
- Drøftelse af katalog i Kræftstyregruppe og Task Force, nov./dec. 2011
- Udgivelse af katalog, ultimo 2011

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for opdateringen af retningslinjerne samt udarbejdelse af katalog over bedste praksis i tæt samarbejde med Palliativt Videnscenter (PAVI). Der er nedsat en arbejdsgruppe og en baggrundsgruppe med repræsentanter fra de faglige selskaber, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL, Danske Regioner, LVS, DSAM, DMCG-PAL, Danske patienter, Kræftens Bekæmpelse samt andre relevante faglige sammenslutninger.

3.4.2 Udarbejdelse af rehabiliterings- og palliationsdel af forløbsprogram for kræft

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

Formål og indhold

Formålet med at udarbejde rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogrammet for kræft er at fremme sammenhængende forløb indenfor og på tværs af sektorer samt ensartet høj faglig kvalitet i de rehabiliterende og palliative indsatser.

Forløbsprogramdelen skal anvise egnede redskaber til systematisk, målrettet og tidlig vurdering af patienternes behov for rehabilitering og palliation. Forløbsprogramdelen skal senere indgå i et samlet forløbsprogram for kræft

Arbejdsgruppens opgaver er at bistå Sundhedsstyrelsen med at:

- 1) Udvælge og operationalisere metoder til systematisk og ensartet vurdering af kræftpatienters behov for rehabilitering og palliation
- 2) Beskrive væsentlige faglige fokusområder for de tværfaglige indsatser på rehabiliterings- og palliationsområdet, herunder bl.a. det fysiske, sociale, psykologiske område, samt generelle principper for samarbejdet med patienten og pårørende
- 3) Fastlægge den overordnede organisering af den tværfaglige indsats, herunder opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede fagpersoner samt samarbejde og kompetencer
- 4) At overveje, hvordan implementering af punkt 1 – 3 kan ske.

Proces og centrale milepæle

Der nedsættes en arbejdsgruppe med henblik på at udarbejde rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogrammet for kræft. Arbejdsgruppens opgaver er at bidrage aktivt med udkast og delanalyser vedr. det faglige indhold af indsatserne og organisering af denne. Desuden forventes det, at arbejdsgruppen kommenterer på deludkast og udkast til det endelige produkt.

Inden første møde udsendes udkast til indholdsfortegnelse af rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogrammet for kræft. Arbejdsgruppemedlemmerne bedes forholde sig til indholdet af indholdsfortegnelsen og overveje, hvor man særligt kan bidrage i arbejdsprocessen.

Der er planlagt fem møder i arbejdsgruppen i 2011 i Sundhedsstyrelsen:

- 1. arbejdsgruppemøde 12. maj kl. 10 - 13
- 2. arbejdsgruppemøde 14. juni kl. 10 - 13
- 3. arbejdsgruppemøde 26. august kl. 10 – 13
- 4. arbejdsgruppemøde 5. oktober kl. 10 – 13
- Høringsfase medio oktober til medio november
- 5. arbejdsgruppemøde 24. november kl. 10 - 13

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen vil være ansvarlig for udarbejdelse af rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogram for kræft. Sundhedsstyrelsen har bedt om følgende sammenslutninger og organisationer til at være repræsenteret i arbejdsgruppen: Kræftens Bekæmpelse, patient/pårørende repræsentant, Dansk Multidisciplinær Cancer Group(DMCG), *DMCG-pal*, Dansk Selskab for Klinisk Onkologisk, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Sygepleje Selskab, Ergoterapeutforening, Fagligt Selskab for Psykologer i Palliation og Onkologi, Danske Fysioterapeuter, Præsteforeningen, Danske Muslimers Fællesråd, Dansk Socialrådgiverforening, Nationalt forskningscenter for kræftrehabilitering, Syddansk Universitet, Palliativ Videnscenter, Ledergruppen for hospice, teams og – enheder, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Regionerne, KL, Kommunerne.

3.4.3 Implementering af rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogram for kræft

Aftaletekst fra Kræftplan III

Forligspartierne er 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.

Formål og indhold

Ved udarbejdelsen af forløbsprogrammet (4.4.2.) tages der udgangspunkt i WHO's definitioner af henholdsvis rehabilitering og palliation:

”Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse”.

”Formålet med palliation er at fremme livskvaliteten hos patienter og familie, som står overfor de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem

tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art.”

Implementeringen af rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogram for kræft vil overordnet fokusere på behovsvurdering, udvikling af konkrete tilbud til patienten og koordinering af patientforløbet, hvad enten der er behov for en rehabiliterende eller palliativ indsats.

Implementeringen af forløbsprogramdelen for rehabilitering og palliation er et delt ansvar mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

- Kommunerne har ansvar for at sikre, at kræftpatienter med et behov for rehabilitering gives et relevant tilbud. Rehabilitering kan, efter behov, omfatte træning, hjælp til at vende tilbage til eventuelt arbejde, praktisk bistand i hjemmet, hjælpemidler og rådgivning i forhold til borgerens livssituation i det hele taget. Ved implementeringen tages hensyn til de eksisterende rehabiliterings – og patientuddannelsestilbud, som kommunerne har opbygget til borgere med kronisk sygdom. Herudover er det vigtigt at være opmærksom på de særlige behov, som kræftpatienter måtte have – herunder behov for psyko-social støtte og for at danne netværk med andre i samme situation. Kommunernes samarbejde med Kræftens Bekæmpelses kræftrådgivninger og lokalforeninger er et oplagt udgangspunkt for dette arbejde
- Regionerne har på sygehuset især ansvar for at identificere og vurdere alle kræftpatienters behov for genoptræning både under behandlingsforløbet og i forbindelse med udskrivning af patienten. Regionerne igangsætter og udfører herudover den målrettede rehabiliterende indsats, der primært foregår i sygehusregi, når der er behov for specialiste ekspertise, og når rehabiliteringen skal ske i tæt koordination med udredning og behandling
- Almen praksis spiller en væsentlig rolle i rehabiliteringsindsatsen, og skal bl.a. sørge for henvisning til de kommunale rehabiliteringstilbud. Det er i den forbindelse vigtigt, at almen praksis sikres nem og overskuelig adgang til oversigt over kommunale rehabiliteringstilbud
- I forhold til den palliative indsats er det udgangspunktet, at basal palliativ indsats skal tilbydes tidligere i patientforløbet til patienter med behov herfor, og at indsatsen skal koordineres med andre indsatser overfor patienterne. Terminale kræftpatienter skal have mulighed for dø der, hvor den enkelte foretrækker det. Koordineringen mellem kommunen, den praktiserende læge og den regionale palliative ekspertise hos de palliative team og hospices er vigtig

Proces og centrale milepæle

Kommuner og regioner har ansvaret for implementering af forløbsprogramdelen for rehabilitering og palliation og for, at den forankres i næste runde sundhedsaftaler. De afsatte midler fordeles 80 % til kommunerne, og 20 % til regionerne efter bloktilskudsfordelingsnøglen.

Når Sundhedsstyrelsen har afsluttet og afleveret forløbsprogramdelen til Task Force ultimo 2011, vil Task Force være ansvarlig for at følge implementeringen.

Implementeringen af rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogram for kræft forankres formelt set i sundhedsaftalereg. Sundhedskoordinationsudvalgene (SKU), som forum for indgåelse

af sundhedsaftaler mellem region og kommune, vil derfor spille en central rolle i at sikre implementeringen af forløbsprogramdelen.

I implementeringen af forløbsprogramdelen er det oplagt at bygge på de erfaringer og procedurer, som regioner og kommuner har opnået i forbindelse med implementering af regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Det vil betyde, at der skal ske en lokal bearbejdning af forløbsprogramdelen, som forankres i regi af en administrativ gruppe. Herunder kan der med fordel nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra henholdsvis sygehuse, kommuner og almen praksis. Denne arbejdsgruppe udarbejder et konkret udkast, som forelægges den administrative gruppe og efterfølgende SKU. Der kan også være behov for at nedsætte yderligere arbejdsgrupper – fx vedrørende særlige udviklingsområder (såsom fælles kompetenceudvikling af medarbejdere på tværs af region, kommuner og almen praksis m.v.).

Følgende milepæle er opstillet under forudsætning af, at tidsplanen for udarbejdelse af forløbsprogramdelen for rehabilitering og palliation overholdes.

Milepæle:

- I 4. kvartal 2011/1. kvartal 2012 drøftes forløbsprogramdelen for rehabilitering og palliation ved kræftsygdomme i SKU med fokus på at igangsætte implementering i regioner og kommuner
- Sideløbende skal der ske en lokal drøftelse og politisk stillingtagen i de enkelte regioner og kommuner om anvendelse af de afsatte midler
- Medio 2012 skal der i regi af hver SKU foreligge en plan for implementering af forløbsprogramdelen, hvor der dels fremgår en tidsplan, og dels den faktiske opgavefordeling mellem aktørerne i henholdsvis region, kommune og almen praksis
- Ultimo 2012 skal implementeringen af forløbsprogramdelen være påbegyndt i regioner og kommuner.
- I Task Force aftales nærmere vedr. tilbagemeldinger fra processen i de enkelte SKU'er til Task Force, så der sikres national koordination og videndeling på tværs af regioner og kommuner.

Primær ansvarlig og andre aktører

Kommuner og regioner er ansvarlige for at sikre implementeringen af rehabiliterings- og palliationsdelen af forløbsprogram for kræft.

3.4.4 Hospicepladser, Palliativt Videncenter og RehabiliteringsCenter Dallund

Aftaletekst fra Kræftplan III

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. Forligspartierne er enige om at afsætte 5 mio. kr. årligt i perioden 2012-2014 til etableringstilskud 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.

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.

Formål og indhold

Med det formål at bringe antallet af hospicepladser i Danmark op på 250 pladser etableres der i årene 2011- 2014 42 nye hospicepladser. Pladserne fordeles mellem regionerne på baggrund af samme fordelingsnøgle, som blev anvendt i Hospicebekendtgørelsen fra 2006 kombineret med enkelte politiske ønsker. Således får Region Hovedstaden 12 af de i alt 42 pladser, Region Sjælland får 6 pladser, Region Syddanmark og Region Midtjylland får hver 9 pladser og Region Nordjylland får 6 pladser.

Vedr. videreførelse RehabiliteringsCenter Dallund pågår der overvejelser med henblik på afklaring i forbindelse med finanslovsforhandlingerne for 2012.

Proces og centrale milepæle

Der etableres 12 pladser i 2011 og 10 pladser årligt i 2012-2014.

Der udmeldes snarest to ansøgningsrunder, hvor selvejende hospicer kan ansøge om midler til etablering af drift af de nye hospicepladser. (Det fremgår af § 1 i bekendtgørelse 846 fra 2006 (den såkaldte hospicebekendtgørelse), at hvert regionsråd skal tilbyde at indgå driftsoverenskomst med selvejende hospicer, der er beliggende i regionen, og som opfylder Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for palliativ indsats. I § 2 præciseres, at regionsrådet bestemmer, hvilke af de selvejende hospicer, der opfylder betingelserne efter stk.1, rådet vil tilbyde at indgå driftsoverenskomst med).

For at sikre en god proces for fordelingen af de 42 ekstra hospicepladser udmelder Indenrigs- og Sundhedsministeriet to ansøgningsrunder – den første med frist den 1. september 2011 og den anden med frist 1. august 2012. Derved får de regioner, der har projekter i støbeskeen mulighed for at gå hurtigt i gang med byggeriet, mens der i øvrige regioner er mulighed for at udforme nye hospiceprojekter med en senere opstartsdato.

Primær ansvarlig og andre aktører

Hospicepladserne etableres af selvejende hospicer, der skal indgå driftsoverenskomst med den region, som hospicet er beliggende i.

Ansøgninger skal fremsendes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet og skal godkendes af Sundhedsstyrelsen i forhold til om hospicet opfylder Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for den palliative indsats. Der gøres opmærksom på, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer for den palliative indsats er under revision, sml. afsnit 4.4.1.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er primær ansvarlig for den videre proces vedr. Dallund op til og i forbindelse med finanslovsforhandlingerne.

3.4.5 Øget adgang til specialiseret palliativ behandling og rådgivning

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

Formål og indhold

Adgangen til rådgivning og bistand fra de specialiserede palliative funktioner blandt andet de specialiserede palliative teams til det basale niveau skal udbygges i form af specialiserede palliative teams. De palliative teams skal sikre assistance til sygehusafdelingerne, varetage hjemmebesøg ved behov samt stå til rådighed for det basale niveau med rådgivning og bistand.

Proces og centrale milepæle

Der er i regi af Sundhedsstyrelsen igangsat en opdatering af de kliniske retningslinjer, som skal understøtte en ensartet kvalitet på tværs af landet, sammenhængende patientforløb m.m.

De reviderede retningslinjer ventes færdige i september 2011 og godkendes i Task Force medio oktober 2011. Herefter skal de danne rammerne for den regionale planlægning og implementering af øget adgang til specialiseret palliativ behandling og specialiseret rådgivning til det basale niveau. Planlægningen og implementeringen skal ses i tæt sammenhæng med implementeringen af forløbsprogram -delen for rehabilitering og palliation.

Regionerne vil sikre implementering af tiltaget under hensyntagen til regionale lokale organisatoriske og økonomiske muligheder. Øget adgang kan i den forbindelse organiseres bredt i form af øget tilgængelighed, kontaktmuligheder m.m. I den forbindelse kan indtænkes opgaveglidning. Fælles for den øgede adgang er, at der i hele landet skal være kontaktmulighed hele døgnet.

Der sigtes mod en implementering medio 2012.

Primær ansvarlig og andre aktører

Regionerne er ansvarlige for at sikre døgndækkende øget adgang til specialiseret palliativ behandling og rådgivning til det basale niveau til sygehuse og hjemmebesøg.

Task Force for Kræft – og Hjerterområdet følger op på implementeringen af initiativet om øget adgang til specialiseret palliativ behandling og rådgivning til det basale niveau.

3.4.6 Styrket indsats for børn der er pårørende til alvorligt syge personer

Aftaletekst fra Kræftplan III

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 Trygfonden og andre lignende organisationer kan inddrages i udviklingsarbejdet.

Formål og indhold

Formålet med indsatsen er at høste erfaringer med en styrket indsats for børn, der er pårørende til alvorligt syge personer. Der skal være fokus på at indhente viden, som kan have anvendelse bredt i sundhedsvæsenet. Erfaringerne kan endvidere anvendes i et arbejde med en kommende revision af retningslinjerne, der beskrives i afsnit 4.4.7

Proces og centrale milepæle

- Der udmeldes en ansøgningspulje på 5 mio. kr. medio 2011. I forbindelse med udmeldingen af puljen fastsættes tildelingskriterier, herunder faglige kriterier fastsat af Sundhedsstyrelsen
- Der nedsættes medio 2011 en styregruppe, som på baggrund af indstilling fra Sundhedsstyrelsen tager stilling til indkomne ansøgninger
- Puljen forventes udmøntet i 2. halvår af 2011

Primært ansvarlig og andre aktører

Indenrigs- og sundhedsministeriet nedsætter en styregruppe, som udmønter midlerne på baggrund af indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

3.4.7 Nationale retningslinjer for sundhedspersonalets møde med pårørende til alvorligt syge personer samt informationsmateriale

Aftaletekst fra Kræftplan III

Forligspartierne 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.

Forligspartierne 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.

Formål og indhold

Der udarbejdes et vidensbaseret notat, som beskriver udfordringer og muligheder vedrørende støtte og medinddragelse af pårørende generelt, herunder støtte til børn og unge af alvorligt syge forældre. Det vidensbaserede notat skal udmøntes i operationelle nationale retningslinjer for sundhedspersonalets møde med pårørende til alvorligt syge patienter.

Det vidensbaserede notat skal bl.a. indeholde:

- Beskrivelse af støtte og pårørendeinddragelse dels ud fra patientens samlede situation, og dels ud fra den pårørendes selvstændige behov
- Generel viden om, hvordan det sociale netværk af familierelationer mobiliseres i mødet med alvorlig sygdom, herunder viden om pårørendes særlige situation under sygdomsforløbet
- Beskrivelse af bredden af problemstillinger i forhold til alvorlige sygdomme generelt. Disse problemstillinger kan være relateret til: tab af færdigheder som fx kognitive evner, angst for at miste, umyndiggørelse af den alvorligt syge, sygdommens varighed, dødsfaldets

omstændigheder og det at blive efterladt

- Beskrivelse af håndtering af udfordringer ved alvorlig sygdom set i lyset af generelle problemstillinger, som kan påvirke den enkelte pårørendes ressourcer og behov, eksempelvis: den individuelle livshistorie, livsforløbets betydning for både patient og pårørende, dvs. det at være voksen, ung og barn i forhold til alder og udviklingstrin, hverdagslivet, ulighed samt etnicitet
- Beskrivelse af rammer og opmærksomhedsområder i relation til det ofte store ansvar, pårørende påtager sig under et sygdomsforløb, herunder beskrivelse af forbehold og hensyn til pårørendes ansvar og involvering i alvorlige sygdomsforløb, samt etiske og juridiske emner i forhold til fx videregivelse af information, umyndiggørelse m.m.
- Beskrivelse af pårørendes behov og muligheder i forbindelse sundhedsvæsenets fysiske rammer, eksempelvis muligheder for at være til stede under et indlæggelsesforløb, overnatningsmuligheder på hospital m.m.

Ud fra ovenstående udarbejdes operationelle nationale retningslinjer for sundhedspersonalets møde med pårørende, der bl.a. skal:

- Målrettes de sundhedsprofessionelle både regionalt og kommunalt
- Være retningsanvisende for samarbejdet mellem patient, pårørende og professionelle, herunder angive hvordan støtte, inddragelse og kommunikation mellem sundhedspersonale og pårørende kan ske både skriftligt og mundtligt
- Anvise tiltag overfor pårørende, særsomt børn og unge
- Omfatte beskrivelser af sundhedsprofessionelles kompetencer

Proces og centrale milepæle

- Afholdelse af fire møder i arbejdsgruppen, maj-november 2011
- Det vidensbaserede notat færdiggøres september 2011
- Retningslinjerne færdiggøres december 2011
- Høringsperiode, ultimo december 2011- ultimo januar 2012
- Drøftelse af retningslinjerne i Kræftstyregruppe og Task Force, 1. kvartal 2012

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af de nationale retningslinjer. Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af eksterne repræsentanter fra Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Nationalt Videnscenter for Demens, Psykiatrifonden, Hjerteforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, regionerne, KL, kommunerne, DSAM, DASYS, Dansk Psykologisk Selskab, Dansk Socialrådgiverforening, Patientombuddet, Børn Unge og Sorg, Enheden for Brugerundersøgelser, relevante forskningsmiljøer samt patienter og pårørende.

Informationsmateriale om retningslinjer for pårørendeinddragelse

Formål og indhold

Formålet er at udarbejde et materiale, der formidler retningslinjerne for pårørendeinddragelse.

Der gennemføres en informationsindsats, som henvender sig til pårørende, sundhedspersonale, patientvejledere, almen praksis o.l. Indsatsen kan fx bestå af følgende leverancer:

- Informationsfolder rettet til sundhedspersonalet
- PDF-udgave af folderen til hjemmesider – sst.dk, sundhed.dk m.fl.
- Plakat til ophængning i venteværelser (ca. 1500 lægehuse), relevante sygehusafdelinger, apoteker, biblioteker m.v. samt udsendelse.

Proces og centrale milepæle

Informationsindsatsen gennemføres i 2. halvdel af 2012.

Centrale milepæle:

- Nationalt udbud og aftale med ekstern leverandør indgået inden udgangen af 2. kvartal 2012.
- Aftale med leverandør vedrørende gennemførelse af informationsindsatsen indgået inden udgangen af 2. kvartal 2012.
- Drøftelser med Kræftstyregruppen og Task Force, 3. kvartal 2012
- Informationsmateriale udsendt til lægehuse, apoteker, biblioteker inden udgangen af 3. kvartal 2012.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af informationsmateriale.

En ekstern leverandør vil forestå udarbejdelsen af informationsmaterialet.

3.4.8 Referencegruppe for patient- og pårørendeinddragelse

[Ikke omtalt som et specifikt initiativ i Kræftplan III]

Formål og indhold

Sundhedsstyrelsen nedsætter en referencegruppe med repræsentanter for patienter og pårørende, der skal være med til at sikre, at erfaringer og viden, som patienter og pårørende har, bliver inddraget i initiativer, som igangsættes med udmøntningen af Kræftplan III.

Referencegruppen skal løbende komme med kommentarer, input og idéer til løsninger i forhold til det arbejde, som udføres af arbejdsgrupperne nedsat ifbm. Kræftplan III-initiativerne ud fra patienternes og de pårørendes perspektiv. Referencegruppen skal bidrage med centrale og nutidige erfaringer om kræftpatienters oplevelse af deres sygdom og sygdomsforløb, og om hvordan pårørende bedst kan spille en rolle i patientforløbet, samt hvordan de pårørende støttes bedst.

Proces og centrale milepæle

Der afholdes ca. fire møder i referencegruppen i løbet af 2011.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen varetager sekretariatsopgaver for referencegruppen. Referencegruppen består af repræsentanter udpeget af Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

3.5 Opdatering af almen praksis

3.5.1. Opdatering af almen praksis på symptomer på kræft og om kriterier for henvisning til pakkeforløb

Aftaletekst fra Kræftplan III

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.

Formål og indhold

Udredning og diagnostik af kræft kan være en kompleks opgave for den praktiserende læge, idet opgaven kan bestå i at finde de få patienter, der skal udredes nærmere, blandt de mange forskelligartede kontakter i almen praksis. I løbet af 2011 udarbejdes det diagnostiske pakkeforløb, de eksisterende pakkeforløb revideres og resultater fra den internationale benchmarking vedr. befolkningens opmærksomhed på kræft foreligger. Almen praksis skal således opdateres på resultaterne af disse initiativer med henblik på at forbedre mulighederne for tidlig diagnostik af kræft.

Dette initiativ integreres som en del af den løbende opdatering og efteruddannelsen af almen praksis. Formålet med initiativet er at opdatere almen praksis om symptomer på kræft, om udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom i et diagnostisk pakkeforløb samt om kriterier for henvisning til et pakkeforløb for kræft med begrundet mistanke. Endvidere er formålet at informere de praktiserende læger om den lokale tilrettelæggelse af pakkeforløb, som fx henvisningsprocedurer, kontaktmuligheder m.m. 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 for kræft evt. efter en udredning af uspecifikke symptomer i et diagnostisk pakkeforløb.

Indsatsen består i udarbejdelse af et materiale til information og undervisning af almen praksis, udvikling af koncept for efteruddannelse heri såfremt der er behov og afholdelse af møder (dækning af udgifter dertil). Materialet skal være let tilgængeligt på internettet.

Da rammerne for organisering og kommunikation på de lokale sygehuse kan variere, skal materialet tage højde herfor med tilføjelse af relevante regionale afsnit. Det skal desuden sikres, at materialet bliver lettilgængeligt for de praktiserende læger på eksisterende elektroniske platforme som fx sundhed.dk.

Materialet bør indgå i en egentlig efteruddannelsesindsats for de praktiserende læger. Der skal tages initiativer til at sikre, at flest mulige praktiserende læger deltager i uddannelsen. Hvis kurset godkendes af efteruddannelsesfonden for almen praksis, får lægerne mulighed for at få dækning af tabt arbejdsfortjeneste, transportomkostninger mm. I efteruddannelses tilbuddet kan der være behov for en vis grad af metodefrihed mht. undervisningsform, idet klassiske kurser ikke nødvendigvis er den mest udbytterige undervisningsform

Sundhedsstyrelsen kan sammen med relevante klinikere og administratorer indgå som undervisere vedr. den overordnede sundhedsfaglige viden m.m., og regionerne som undervisere vedr. rammerne for organisation, kommunikation og den konkrete udmøntning på de lokale sygehuse.

Proces og centrale milepæle

- Nationalt undervisningsmateriale udarbejdes af Sundhedsstyrelsen ultimo 2011/primo 2012. Der kan være behov for at afvente viden om indhold i de øvrige tiltag som fx diagnostisk pakkeforløb og reviderede pakkeforløb før det endelige materiale kan udarbejdes
- Regionerne udarbejder regionalt og lokalt informationsmateriale, som supplerer det nationale undervisningsmateriale
- Der nedsættes arbejdsgruppe med deltagelse af de involverede, som sikrer hensigtsmæssig tilrettelæggelse og koordination af aktiviteterne
- Undervisningsaktiviteter igangsættes senest medio 2012
- Initiativet afsluttes ultimo 2012, hvorefter lægerne og regionerne fortsat har mulighed for at anvende det udarbejdede materiale

Primær ansvarlig og andre aktører

Danske Regioner og regionerne er tovholdere for initiativet. Der samarbejdes endvidere med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, DSAM (PLO), samt evt. ekstern leverandør til udarbejdelse af materialet (undervisnings-/informationsmateriale o.l.).

Danske Regioner og regionerne er primære ansvarlige for udarbejdelse af konceptet og for efteruddannelsen. Regionerne er således ansvarlige for implementeringen af initiativet og har ansvar for den regionale organisering og afvikling af efteruddannelsen samt integration i den løbende efteruddannelse for almen praksis. Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af de involverede. Sundhedsstyrelsen udarbejder nationalt undervisningsmateriale som suppleres af regionale og lokale informationsmaterialer. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at sikre, at det faglige indhold i alt materialet er i overensstemmelse med pakkeforløbene. Sundhedsstyrelsens undervisningsmateriale baseres bl.a. på de danske nationale resultater af modul 3 i det internationale kræftbenchmarkingprojekt ICBP, som vedrører almen praksis. Sundhedsstyrelsen deltager i selve undervisningen i samarbejde med fx DSAM. De afsatte midler til initiativet fordeles med 1,5 mio. kr. til Sundhedsstyrelsen og 8,5 mio. kr. regionerne.

Når materialet er afleveret til Task Force, vil Task Force være ansvarlig for at følge op på processen vedr. implementeringen samt på effekten deraf på baggrund af tilbagemeldinger fra regionerne.

3.6 Opfølgning og monitorering

3.6.1 National opfølgning og kvalitetssikring af screeningsresultater

Aftaletekst fra Kræftplan III

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, deltagelsessikring, effekt samt faglig udvikling af screeningsområdet.

Introduktion

Der foretages i øjeblikket screening for brystkræft og livmoderhalskræft. Endvidere er det besluttet at indføre screening for tyk- og endetarmskræft fra 2014.

Anbefalinger vedrørende screening for livmoderhalskræft er ved at blive revideret. Revisionen forventes afsluttet inden sommer 2011.

Formål og indhold

På samme måde som for livmoderhalskræftscreening og brystkræftscreening skal der etableres en kvalitetsdatabase for tarmkræftscreening. Der udgives en årlig publikation om de nationale screeningsprogrammer på baggrund af de kliniske databaser.

Proces og centrale milepæle

- Forberedelser af den systematiske monitorering af screening for livmoderhalskræft, tyk- og endetarmskræft og screening for brystkræft påbegyndes i 2013. Processen skal afklares nærmere
- Følgegruppe og arbejdsgruppe med relevante parter nedsættes i 2013
- Den løbende monitorering sættes herefter i drift

Primær ansvarlig og andre aktører

Det primære ansvar er delt mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen. Regionerne har ansvaret for databaserne og SST for den overordnede kvalitetssikring og koordinering på tværs af databaserne, herunder den årlige publikation om de nationale screeningsprogrammer. Den nærmere sammensætning af arbejdsgruppe resp. følgegruppe skal afklares. De nationale styregrupper for de tre screeningsprogrammer, regionerne og Danske regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet involveres.

Arbejdet forankres i regi af Task Force.

3.6.2 Styrket monitorering og kvalitetsudvikling

Aftaletekst fra Kræftplan III

Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne er enig 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.

Formål og indhold

Monitorering og kvalitetsudvikling på kræftområdet skal styrkes i regi af DMCG'erne, herunder anvendelse af de kliniske databaser i den nationale monitorering på kræftområdet.

Der er tale om en løbende bevilling på 2 mio. kr. årligt, som, udover generelt at styrke monitorering og kvalitetsudvikling på kræftområdet, skal medgå til at sikre, at de forskellige offentliggjorte

monitoreringsdata udarbejdes på et mere ensartet grundlag. Dette afspejles således i et første projekt, som er under udarbejdelse vedr. udvikling af en national klinisk kræftdatabase med det formål at skabe en fælles ramme for de kliniske databaser bl.a. mhp. indhentning af eksisterende data fra centrale nationale registre.

Proces og centrale milepæle

Processen og herunder særligt opfølgningen på igangsatte initiativer forankres i regi af Task Force.

Primær ansvarlig og andre aktører

Task Force er ansvarlig for at sikre den styrkede nationale monitorering og kvalitetsudvikling.