

# Kræftplan for Region Hovedstaden 2020/2021

Del I: Udredning og behandling af kræft (*august 2020*)

Del II: Tidlig opsporing, opfølgning, herunder rehabilitering og  
senfølger samt palliation og hospice (*færdig primo 2021*)

# Del I: Udredning og behandling af kræft

## Indhold

<b>1. Indledning.....</b>	<b>3</b>
1.1 Ny kræftplan for Region Hovedstaden.....	3
<b>2. Opsamling: Anbefalinger og pejlemærker .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Et kræftområde i udvikling.....</b>	<b>7</b>
3.1 Flere patienter med kræft .....	7
3.2 Forbedret kræftoverlevelse.....	8
<b>4. Individuelle forløb og samarbejde om patienterne.....</b>	<b>13</b>
4.1 Patienters behov og præferencer .....	13
4.2 Inddragelse af patienter og pårørende.....	14
4.3 Sammenhængende patientforløb på tværs.....	15
<b>5. Organisering af kræftbehandlingen.....</b>	<b>18</b>
5.1 Nuværende organisering af udredning og behandling af kræft .....	18
5.2 Udvalgte fokusområder i kræftplanen .....	18
5.3 Det diagnostiske område .....	19
5.4 Organisering af medicinsk kræftbehandling.....	20
5.5 Behandling af hæmatologiske sygdomme .....	23
5.6 Brystkræft.....	24
5.7 Urologisk kræft .....	25
5.8 Etablering af regionalt bækkenkirurgisk center .....	25

# 1. Indledning

Der bor i dag over 1,8 millioner borgere i Region Hovedstaden, og tallet forventes at stige til ca. to millioner i 2030. Forekomsten af kræft er stigende, og det anslås, at en tredjedel af alle borgere får kræft i løbet af deres liv. Da risikoen for at få kræft er stigende med alderen, forventes det særligt, at flere ældre borgere udvikler en kræftsygdom. Chancen for at få et godt behandlingsresultat og overleve kræft øges, hvis kræftdiagnosen opdages og diagnosticeres i et tidligt stadie.

Region Hovedstaden er allerede nået rigtig langt i bestræbelserne på at udvikle et sundhedsvæsen, som leverer kræftbehandling af højeste kvalitet. Behandlingen på hospitalerne er blevet mere specialiseret, og kvaliteten i de behandlingsmæssige resultater er blevet bedre. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at flere patienter overlever deres kræftsygdom. I Danmark er kræftoverlevelsen ved at være på niveau med de andre nordiske lande, som vi tidligere har haltet bagefter. Den forbedrede kræftoverlevelse betyder, at flere borgere i fremtiden vil leve med en kronisk kræftsygdom og eventuelle senfølger heraf. Patienter med kroniske sygdomme og ældre patienter har typisk et mere komplekst sygdomsforløb med flere samtidige sygdomme og er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet. Disse patienter har derfor et særligt behov for et koordineret forløb, der ofte også involverer praktiserende læge og kommunale indsatser. For alle gode patientforløb gælder det, at det er væsentligt med et velfungerende tværsektorielt samarbejde – både på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer.

For at sikre, at regionen fortsat fremover kan levere kræftbehandling af højeste kvalitet og gode sammenhængende forløb, blev det med Hospitalsplan 2025 besluttet, at der skal laves en ny kræftplan for Region Hovedstaden. Den nye kræftplan skal erstatte regionens nuværende kræftplan fra 2011 og har til formål at sikre, at organisering af kræftbehandling er rustet til at imødekomme de nye udfordringer og udviklingstendenser, som regionen står over for.

## 1.1 Ny kræftplan for Region Hovedstaden

Der er sket meget på kræftområdet siden regionens nugældende kræftplan fra 2011, og der er derfor grundlag for en ny plan for området. Den nye kræftplan sætter fokus på hele patientens forløb, og vil indeholde anbefalinger til udviklingspotentialer inden for følgende fire temaer:

1. Tidlig opsporing og hurtig diagnostik
2. Udredning og behandling
3. Opfølgning, herunder rehabilitering og senfølger
4. Palliation og hospice

Kræftplanen udarbejdes i to dele. Denne del omhandler tema 2 om udredning og behandling og kommer med anbefalinger til den fremtidige organisering og varetagelse af udredning og behandling af kræft, der har til formål at give patienter og pårørende den bedst mulige oplevelse i mødet med regionens sundhedsvæsen. Anden del af kræftplanen vil omhandle de øvrige tre temaer og forventes færdig i starten af 2021.

Anbefalingerne tager afsæt i bidrag fra regionens sundhedsfaglige råd, hospitaler, politikere, fagorganisationer, civilsamfund samt patientorganisationer. Undervejs er der afholdt en workshop, hvor direktioner og fagfolk fra hospitalerne, samarbejdspartnere fra faglige organisationer og patientforeninger samt politikere kunne give deres perspektiv på udviklingen af kræftområdet i Region Hovedstaden. Workshopen bød på konstruktive drøftelser af 'det gode patientforløb' samt hvilken betydning sammenhæng, overgange og nærhed har for både patienter og den faglige kvalitet i kræftbehandlingen.

## **Principper for regionens kræftbehandling**

I forbindelse med Hospitalsplan 2025 blev der fastlagt fire prioriterede principper, som sætter retningen for, hvordan hospitalsvæsenet i Region Hovedstaden skal udvikle sig de kommende år:

1. Kvalitet
2. Sammenhængende patientforløb
3. Nærhed
4. Effektivitet

Disse principper sætter også retningen for udviklingen i regionens kræftbehandling. Det er ambitionen, at patienter med kræft også fremover modtager en behandling af højeste kvalitet. Patienter og pårørende skal opleve mere sammenhængende forløb, så tæt på borgerens bopæl som muligt – under hensyntagen til, at der skal opnås mest mulig sundhed for pengene. Udover de fire principper er lighed i sundhed et andet grundlæggende princip, der vægtes højt og går på tværs af de øvrige principper.

Der er i Region Hovedstaden udvalgt fem fokusområder<sup>1</sup>, som regionen skal lykkes med for at drive et bedre sundhedsvæsen. Patientrettigheder er ét af de udvalgte områder, der sætter rammen for regionens strategiske arbejde på kræftområdet, herunder for en bedre overholdelse af de fagligt anbefalede forløbstider i kræftpakkerne.

---

<sup>1</sup> Fokusområder: Fremtidens Hospital, Digitalisering, Patientrettigheder, Det nære og sammenhængende Sundhedsvæsen og Børnenes Region.

## 2. Opsamling: Anbefalinger og pejlemærker

Region Hovedstaden har en stærk profil på kræftområdet i Danmark, og flere af regionens hospitaler varetager højt specialiseret kræftbehandling af patienter fra hele landet samt Færøerne og Grønland. Hospitalerne er anerkendt internationalt for sin forskning på blandt andet kræftområdet, og det er afgørende for udviklingen af nye behandlingsmuligheder og fastholdelse af et højt fagligt niveau. Anbefalingerne til ændringer i den nuværende organisering af udredning og behandling af kræft skal derfor understøtte den fortsatte udvikling af de stærke faglige miljøer i regionen, og at regionen kan fastholde et internationalt niveau i diagnostik, udredning og behandling til gavn for patienterne.

Det anbefales overordnet, at Region Hovedstadens nuværende organisering af udredning og behandling af kræft i store træk fastholdes, men der opstilles fem anbefalinger til enkelte ændringer af organiseringen og varetagelsen.

### ANBEFALINGER

#### Anbefaling I

Den nuværende organisering af den medicinske kræftbehandling med tre selvstændige onkologiske afdelinger på Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital fastholdes.

#### Anbefaling II

Den medicinske kræftbehandling af bugspytkirtelkræft på henholdsvis Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital samles på Herlev og Gentofte Hospital.

#### Anbefaling III

Der igangsættes et arbejde med inddragelse af relevante hospitaler og sundhedsfaglige råd med henblik på etablering af et regionalt videncenter for medicinsk behandling af bugspytkirtelkræft på Herlev og Gentofte Hospital.

#### Anbefaling IV

Regionens hæmatologiske afdelinger på henholdsvis Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet samles til en afdeling på Rigshospitalet.

#### Anbefaling V

Der igangsættes et arbejde med inddragelse af relevante hospitaler og sundhedsfaglige råd om en mulig dannelse af et regionalt bækkenkirurgisk center.

Pejlemærkerne skal markere, hvad regionen særligt skal fokusere på med henblik på at sikre bedre forløb for patienterne. De politiske visioner for værdibaseret sundhed og et mere menneskeligt sundhedsvæsen er et centralt grundlag for regionens arbejde på kræftområdet og for de opstillede pejlemærker.

#### PEJLEMÆRKER

**Alle patienter** skal uanset alder, socialstatus og sygdommens kompleksitet have behandling af højest kvalitet og opleve at blive behandlet inden for forløbstiderne i kræftpakkerne, når det fagligt er muligt.

**Patienternes forløb** skal tilrettelægges ud fra, hvad der giver værdi for den enkelte patient. Patienter og pårørende skal i videst muligt omfang inddrages i beslutninger omkring deres eget forløb.

**Regionen skal** sikre mere sammenhængene patientforløb igennem et mere forpligtende samarbejde mellem hospitalerne. Den patientansvarlige læge skal spille en central rolle i arbejdet for bedre koordination både på tværs af regionens afdelinger, hospitaler, praktiserende læge samt kommuner.

**Region Hovedstaden** skal være førende i forhold til forskning og udvikling på kræftområdet og fastholde et fagligt niveau i international klasse.

### 3. Et kræftområde i udvikling

I Danmark får hver tredje dansker kræft, inden de er fyldt 75 år<sup>2</sup>, og selvom der gennem de seneste mange år har der været en stigning i antallet af nye kræfttilfælde, er der sket store fremskridt. Der er sket en fremgang i kræftoverlevelsen, og Danmark er nu på niveau med nogle af de bedste i verden herunder de øvrige nordiske lande<sup>3</sup>. En forbedret kræftoverlevelse betyder, at flere danskere i dag lever et godt liv på trods for at leve med en kronisk kræftsygdom.

Der er mange grunde til, at kræftoverlevelsen er steget i Danmark. En af disse er, at der er sket en centralisering med etablering af større afdelinger på hospitalerne, som har givet personalet mere erfaring med at behandle patienter med kræft. Denne udvikling har været med til at imødekomme den stigende kompleksitet i kræftbehandlingen, hvor mindre grupper af patienter skal have en mere specialiseret behandling. Det har derfor været væsentligt at samle kompetencerne og viden på færre hospitaler for at bibeholde et tilstrækkeligt patientgrundlag og en høj ekspertise og kvalitet i patientforløbene. Samtidig udvikles der løbende nye behandlingsformer og teknologiske muligheder, som er med til at løfte kvaliteten i kræftbehandlingen yderligere. I nogle tilfælde er behandlingen også flyttet ud til det nære sundhedsvæsen og dermed tættere på borgerne fx ved kemobehandling i eget hjem.

#### 3.1 Flere patienter med kræft

Udviklingen for de seneste ti år viser, at der er sket en stigning i antallet af nye kræfttilfælde i Region Hovedstaden. I 2018 var der ca. 12.000 nye tilfælde af kræft i regionen, hvilket svarer til en stigning på næsten 10 pct. i antallet af registrerede tilfælde siden 2010<sup>4</sup>.

Det er forventeligt, at antallet af kræfttilfælde fremover vil stige, da befolkningens middellevetid er stigende, hvilket øger risikoen for at udvikle kræft i løbet af livet. Aldersstandardiserede incidensrater tager i forhold til antallet af nye kræfttilfælde højde for ændringer i befolkningens størrelse og alderssammensætning, og det er derfor en bedre indikator for den reelle udvikling i kræfttrisikoen<sup>5</sup>.

Figur 1 viser udviklingen i den aldersstandardiserede incidensrate for Region Hovedstaden for mænd og kvinder.

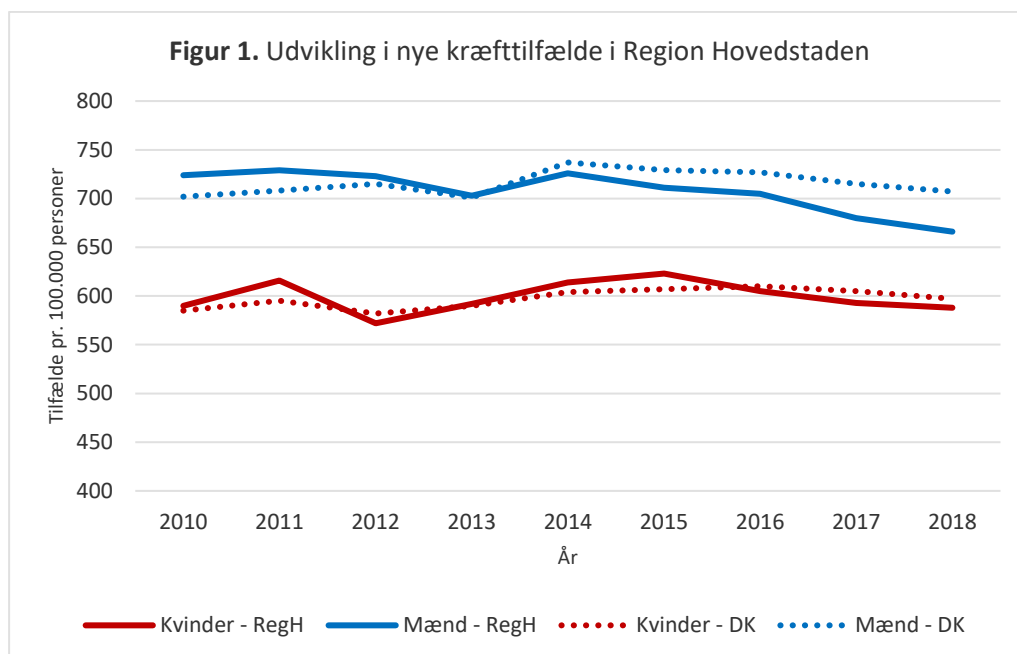
---

<sup>2</sup> Kræftens Bekæmpelse

<sup>3</sup> Arnold, Melina, m.fl. (2010): *Progress in Cancer Survival, Mortality, and Incidence in Seven High-Income Countries 1995-2014*, *Lancet Oncol.*, 20 (11), p. 1492-1505

<sup>4</sup> Cancerregistret, eSundhed, Sundhedsdatastyrelsen

<sup>5</sup> Sundhedsdatastyrelsen, Cancerregistret (2019): *Nye kræfttilfælde i Danmark*



Kilde: Cancerregistret

Overordnet er der sket et fald i den aldersstandardiserede incidensrate for Region Hovedstaden siden 2010. Udviklingen i nye kræfttilfælde blandt kvinder er stort set uændret siden 2010, mens incidensraten for mænd er faldet. I 2018 var der ca. 670 nye kræfttilfælde pr. 100.000 mænd i regionen, sammenlignet med ca. 720 nye kræfttilfælde pr. 100.000 mænd i 2010. Det svarer til et fald på 8,7 pct.

Udviklingen i nye kræfttilfælde i Region Hovedstaden kan blandt andet skyldes den faglige udvikling og anvendelsen af diagnostiske muligheder. Både oplysningskampagner, forebyggende indsatser, pakkeforløb for kræft, nationale screeningsprogrammer og øget brug af billeddiagnostiske undersøgelser til tidlig opsporing af kræft har indflydelse på antallet af diagnosticerede kræftsygdomme og er med til at fremskynde diagnosticering af kræft. Dermed forbedres behandlingsmulighederne og prognosen for patienterne, da deres kræftsygdom opdages i et tidligere stadie<sup>6</sup>.

### 3.2 Forbedret kræftoverlevelse

Figur 2 viser udviklingen i den 5-års aldersstandardiserede relative overlevelse efter kræft i Region Hovedstaden for mænd og kvinder<sup>7</sup>, og den viser, at der er sket en stigning for både kvinder og mænd i Region Hovedstaden.

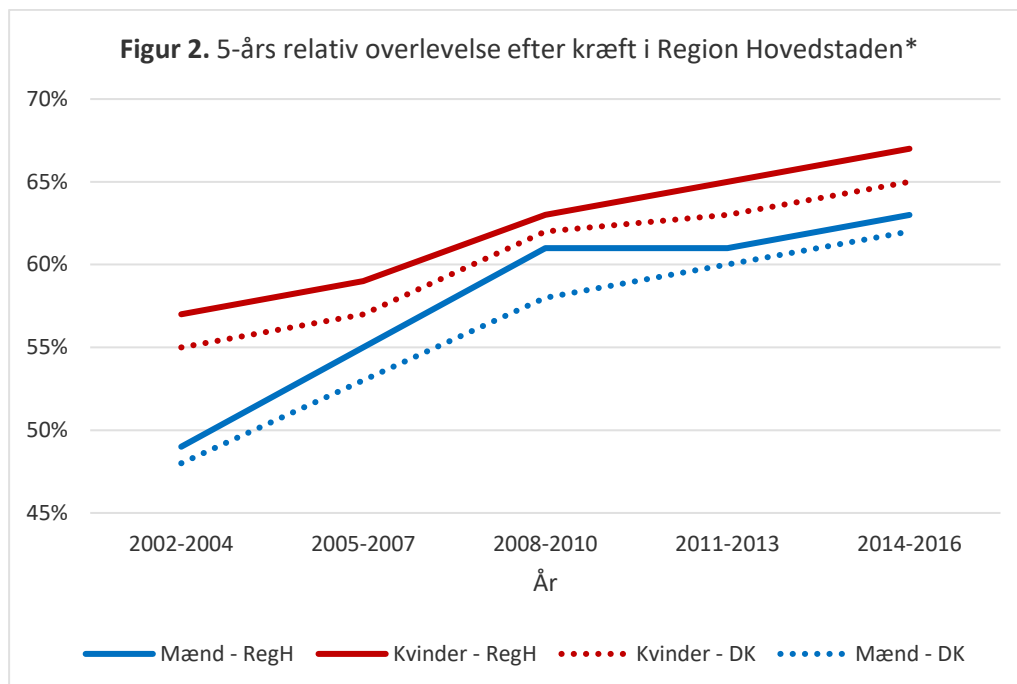
For mænd er overlevelsen steget fra 61 pct. i perioden 2011-2013 til 63 pct. i 2014-2016 svarende til en stigning på 3,3 pct. point. I samme periode er 5-årsoverlevelsen efter kræft steget med 3,1 pct. point for kvinder i regionen<sup>8</sup> (figur 2).

<sup>6</sup> Sundhedsdatastyrelsen, Cancerregistret (2019): *Nye kræfttilfælde i Danmark*

<sup>7</sup> Relativ overlevelse kan fortolkes som sandsynligheden for at overleve en kræftsygdom, når der er justeret for andre dødsårsager. Relativ overlevelse beregnes som forholdet mellem den observerede overlevelse blandt kræftfratte og den forventede overlevelse for disse, hvis de ikke var ramt af kræft.

<sup>8</sup> Sundhedsdatastyrelsen, Cancerregistret (2019): *Nye kræfttilfælde i Danmark*





Kilde: Cancerregistret

\*eksklusiv anden hudkræft end modermærkekræft

Den forbedrede overlevelse efter kræft betyder, at flere patienter bliver helbredt eller lever længere med deres sygdom. Derved vil flere borgere i fremtiden leve med en kronisk kræftsygdom, hvor der kan være behov for livslang behandling, opfølgning og rehabilitering. Samtidig vil flere også på et tidspunkt opleve senfølger eller tilbagefald af kræftsygdommen, som de skal have hjælp til at håndtere.

På trods af den forbedrede overlevelse efter kræft har de seneste års fremskridt på kræftområdet ikke gavnet alle lige meget<sup>9</sup>. Uligheden på kræftområdet i Danmark er stigende, og de sociale forskelle har betydning for overlevelsen. Danskere, der bor alene, har kortere uddannelse og/eller lavere indkomst, har både større risiko for at få kræft og dårligere chancer for at overleve en kræftsygdom<sup>10</sup>. Den samlede overlevelse efter kræft i Danmark vil kunne forbedres, hvis overlevelsen hos de dårligst stillede kræftpatienter blev forbedret. Det vurderes, at en femtedel af alle kræftrelaterede dødsfald efter fem år fra diagnosen, kunne være undgået, hvis overlevelsen hos de dårligst stillede kræftpatienter var på samme niveau som for de bedst stillede<sup>11</sup>.

### 3.3 Udviklingstendenser

I Danmark er der de seneste år sket en hastig udvikling inden for kræftbehandlingen på grund af nye teknologiske muligheder, den faglige udvikling og forskning. Derfor er der både nationalt og regionalt igangsat en række indsatser for at imødekomme tendenserne og nye udfordringer,

<sup>9</sup> Kræftens Bekæmpelse (2019). Hvidbog. Social ulighed i kræft i Danmark

<sup>10</sup> Kræftens Bekæmpelse (2019). Hvidbog. Social ulighed i kræft i Danmark

<sup>11</sup> Kræftens Bekæmpelse (2019). Hvidbog. Social ulighed i kræft i Danmark

som regionen i dag og de kommende år vil stå overfor. Indsatserne skal understøtte, at patienter med kræft også fremover kan blive udredt og behandlet på et højt fagligt niveau og vil opleve sammenhængende forløb på tværs af hospitaler og sektorer.

### **Hurtig og præcis diagnostik**

De diagnostiske funktioner har en afgørende betydning for, at patienterne bliver udredt og behandlet tid tid, og der er på det diagnostiske område sket en stærk udvikling med en øget digitalisering og anvendelse af kunstig intelligens (AI), machine learning samt mere avanceret diagnostisk apparatur. Den teknologiske udvikling vil fremadrettet skabe nye vilkår og krav til, hvordan og hvor hurtigt patienterne kan undersøges. Det ses fx inden for diagnostisk patologi, hvor sker mere automatisering og digitalisering, som medfører nye måder at arbejde på.

Inden for flere diagnostiske specialer ses der en udbredelse af præcisionsdiagnostik herunder anvendelse af genanalyser, som sammenlignet med tidligere er med til at stille en mere præcis diagnose. Præcisionsdiagnostikken fører der også en øget kompleksitet og ressourceforbrug med sig særligt inden for specialer såsom patologi og radiologi.

### **Præcisionsmedicin**

I Danmark er der en national strategi for personlig medicin<sup>12</sup>, der sætter rammer for regionens arbejde med at skabe bedre behandling blandt andet inden for kræftområdet ved at målrette diagnostik og behandling til den enkelte patient. Det er med til at mindske brugen af virkningsløse medicin med unødige bivirkninger, og det giver generelt bedre mulighed for forebyggelse, livskvalitet og overlevelse. Også i opfølgningen efter kræftbehandlingen anvendes præcisionsdiagnostikken i stigende grad til undersøgelse af, om kræften er vendt tilbage, og der er stadig et stort potentiale i den videre forskning i præcisionsmedicin. Region Hovedstaden har sammen med Region Sjælland, Københavns Universitet og Danmarks Teknologiske Universitet opbygget et forpligtende samarbejde (østdansk samarbejde), som sætter rammerne for forskning, udvikling og implementering af nye behandlinger.

### **Behandling af høj kvalitet**

Implementeringen af kræftpakkerne har givet kræftbehandlingen et markant løft ved, at kræftpatienter med de tilrettelagte pakkeforløb får et hurtigt og systematisk tilrettelagt forløb. Kræftpakkerne sætter faglige rettesnore for hospitalernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb samtidig med, at der skal tages hensyn til den enkelte patients ønske. Samtidig sætter de lovbundne patientrettigheder om maksimale ventetider fastsatte ventetider for udredning, behandling og onkologisk efterbehandling. En anden grund til, at kræftpakkerne har ført forbedring med sig, er grundet indførslen af multidisciplinære konferencer (MDT-konferencer) ofte på tværs af hospitalerne. Den nyeste udvikling går henimod, at MDT-konferencer også udbredes til at afholdes nationalt med henblik på at opnå en ensartet kvalitet på tværs af regionerne. Der er også for en række kræftformer etableret forpligtende samarbejder, såkaldte behandlingsfællesskaber, mellem regionerne for at sikre mere ensretning og bedre understøttelse af optimal kapacitetsanvendelse på tværs.

---

<sup>12</sup> Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner (2016): *National strategi for personlig medicin 2017-2020*

Den faglige kvalitet er de seneste år også blevet styrket blandt andet som resultat af de kliniske retningslinjer fra Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), der har hævet evidensniveauet. De nationale forskningscentre under Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) har også styrket viden og forskningen på kræftområdet.

Inden for den kirurgiske behandling udbredes anvendelsen af kikkertkirurgi, da det er en mere skånsom behandling. Det dækker blandt andet over robotkirurgi, som Region Hovedstaden arbejder strategisk med at udbrede til flere områder. Kikkertkirurgi giver bedre ergonomiske forhold for kirurgerne samt fordele i forhold til faglig udvikling samt rekruttering og fastholdelse af kirurger og øvrigt operationspersonale. For at sikre en fagligt opdateret og ensartet kirurgisk behandling af kræft i hele landet er der med midler fra Kræftplan IV afsat ressourcer til løbende kompetenceudvikling og efteruddannelse af speciallæger. Immunterapien tilbyder også nye behandlingsmuligheder ved, at kroppens eget immunforsvar bliver brugt til at bekæmpe kræftcellerne. Forskningen inden for immunterapi er stor, men der mangler stadig udbredt evidens for blandt andet, hvilke bivirkninger behandlingen har.

Et andet område under udvikling er præhabilitering, som anvendes til at fremme patientens funktionsevne fx før operation ved hjælp af ernæringsoptimering eller fysisk træning. Derved kan patienterne potentielt opnå en bedre behandlingseffekt eller rehabiliteringsforløb efter større kirurgiske indgreb, og præhabilitering forventes at blive udbredt mere i takt med, at forskningen styrkes på området. Præhabilitering er med til at udfordre tankegangen om, at kræft er en akut sygdom, og at der er behov for standardiserede patientforløb, som der ses i kræftpakkerne.

### **Nye digitale muligheder til diagnostik og behandling i hjemmet**

Det er forventningen, at der fremadrettet vil være behov for mere lokal diagnostik fx diagnostik udført derhjemme af den praktiserende læge eller af patienten selv. Det giver nye muligheder for tilpasning til den enkelte borgers behov og kan sikre, at flere borgere bliver undersøgt blandt andet den gruppe af borgere, der normalt ikke vil gå til lægen.

Regionen vil fremme, at flere patienter har mulighed for at blive behandlet i hjemmet. I dag tilbydes patienter med fx kræft i blodet (hæmatologisk kræft) at få kemoterapi i deres eget hjem. Regionen ønsker at udbrede det til flere områder, da det er med til styrke patienttilfredsheden, og det understøttes også af de nye teknologiske muligheder inden for digital sundhed og telemedicin, som i højere grad en del af vores hverdag at bruge apps, hjemmemålinger m.m. De digitale løsninger, der både er i dag og forventes at blive udviklet fremover, kan bruges til alle patientgrupper både de resourcesvage og resourcestærke.

### **Forskning og innovation**

Forskning og innovation er central for regionens ambition om at være fremme på kræftområdet både nationalt og internationalt. Med en regional Forskningsstrategi for Sundhedsforskning 2018-2022<sup>13</sup> vil Region Hovedstaden styrke forskningen og sikre samspillet med klinik og uddannelse. Det skal understøtte regionens ambition om at opnå et stærkt fagligt grundlag, og at ny forskningsbaseret viden implementeres hurtigt i diagnostikken og behandlingen til gavn for patienterne. I Region Hovedstaden er sundhedsforskningen organiseret i tæt samspil med den

---

<sup>13</sup> Region Hovedstaden (2018): *Forskningsstrategi for Sundhedsforskning 2018-2022*

kliniske behandling og med udgangspunkt i, at den nye viden skal implementeres og bidrage til nye behandlingsmuligheder og teknologier i klinisk praksis. Patientnær og international stærk sundhedsforskning og -innovation spiller således en helt central rolle i indsatsen for at udvikle nye medicinske, kirurgiske og medicotekniske løsninger. Det sker i tæt samspil med uddannelses- og forskningsinstitutioner samt erhvervsorganisationer.

### **Fokus på rekruttering og fastholdelse af personale**

Sundhedsvæsenet er generelt udfordret af mangel på sundhedsfagligt personale, hvilket også gør sig gældende på hospitalerne i Region Hovedstaden. For at sikre, at regionen også i fremtiden har dygtige og engagerede medarbejdere, arbejdes der målrettet med rekruttering, introduktion og fastholdelse af medarbejderne via en lang række konkrete projekter og initiativer både regionalt og på hospitalsniveau. De seneste år har der fx været særligt fokus på rekruttering og fastholdelse af operationssygeplejersker til kræftkirurgi. De aktuelle og kommende rekrutteringsudfordringer på sundhedsområdet fokuserer dog ikke kun på enkelte faggrupper, men på den samlede opgaveløsning og de kompetencer, der er nødvendige for at kunne løse fremtidens opgaver bedst muligt for patienter og pårørende. Alle regionens hospitaler arbejder for at skabe et sikkert og sundt arbejdsmiljø og høj trivsel, der er vigtigt for at tiltrække og fastholde personale på tværs af faggrupper.

## 4. Individuelle forløb og samarbejde om patienterne

De senere års stigende specialisering af sundhedsvæsenet har sikret høj faglig kvalitet i behandlingen, men samtidig oplever patienterne ofte en utilstrækkelig koordination og overblik over deres behandlingsforløb. Udfordringen forstærkes af, at ansvaret for det samlede udrednings- og behandlingsforløb somme tider er uklart.

De fleste kræftpatienter gennemgår forløb, hvor patienterne bliver tilknyttet flere afdelinger og hospitaler i kortere eller længere tid. Når patienter overflyttes mellem afdelinger, hospitaler eller sektorer kan der være en risiko forbundet hermed blandt andet for patientsikkerheden, og tryghed samt sikkerhed i overgangene er væsentligt især for de sårbare patienter<sup>14</sup>. Koordination og sammenhæng i patienternes forløb er derfor afgørende for at sikre de bedste patientforløb også i de overgange, som patienterne vil opleve.

### 4.1 Patienters behov og præferencer

De fleste kræftpatienter gennemgår længerevarende forløb, og patienterne har ofte både et fysisk og psykisk behov for at komme hurtigt i gang med deres behandling. Undersøgelser viser, at fire ud af fem patienter vurderer, at tiden var tilpas fra, at de fik diagnosen til opstart af behandling<sup>15</sup>, og det er vigtigt for patienterne, da det giver tryghed og minimerer tiden, hvor patienterne skal bekymre sig, om de har kræft. Når der er mistanke om kræft hos en patient, tager udredningen og behandlingen i de fleste tilfælde udgangspunkt i de tilrettelagte forløb i kræftpakkerne, men alle patienter har individuelle behov og ønsker, som der skal tages højde for i planlægningen. Inddragelse af patienter og pårørende sikrer et behandlingsforløb på patientens præmisser og ønsker, og mulighederne for at tilpasse forløbene til den enkelte patient er også blevet bedre med de nye muligheder for brug af telemedicin og hjemmebehandling.

Patienterne ønsker i deres relation til sundhedspersonalet at blive set som et helt menneske. Det gælder særligt for gælder den patientgruppe, der udover kræft også har andre sygdomme, som skal indtænkes i kræftbehandlingen<sup>16</sup>. Det er også væsentligt for patienter med kræft, at personalet taler om og har fokus på bivirkningerne fra behandlingen, og at de spørger ind til de psykiske reaktioner, som patienterne oplever. Patienterne ønsker klar og tydelig information fra sundhedspersonalet, der er tilpasset til dem både i forhold, hvor meget information patienten får og indholdet af informationen<sup>17</sup>.

Patienterne lægger vægt på, at de har de samme læger og sygeplejersker gennem deres forløb, og at personalet er forberedte til de forskellige samtaler og kender deres forløb. Det skal være klart, hvem der har ansvaret for patienten, da der ellers kan være risiko for, at det påvirker effektiviteten, medfører mangler i kvaliteten eller giver skade for patienten<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> Siemensen, Inger Margrete Dyrholm, m.fl. (2011). *Der er mange sikkerhedsrisici ved patientovergange*. Ugeskrift for Læger. 173 (20), p. 1412-1416

<sup>15</sup> Kræftens Bekæmpelse (2017): *Barometerundersøgelse*

<sup>16</sup> Danske Regioner (2015). *Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet*

<sup>17</sup> Danske Regioner (2015). *Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet*

<sup>18</sup> Siemensen, Inger Margrete Dyrholm, m.fl. (2011). *Der er mange sikkerhedsrisici ved patientovergange*. Ugeskrift for Læger. 173 (20), p. 1412-1416

## Socialt udsatte patienter

Der er en social ulighed på kræftområdet, der betyder, at ikke alle patienter har haft gavn af de fremskridt, som er sket på kræftområdet med hensyn til forebyggelse, diagnose og behandling<sup>19</sup>. Socialt udsatte kræftpatienter kan have særlige udfordringer med at håndtere og navigere i et langvarigt og komplekst kræftforløb, da de ofte har en ingen eller en lav uddannelse, et dårligt netværk og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. For denne patientgruppe er der andre og særlige forhold, der rækker ud over selve behandlingsforløbet, som skal indtænkes, når der skal planlægges et behandlingsforløb.

For at mindske ulighed på kræftområdet vil nogle borgere skulle tilbydes særligt målrettede individuelle og strukturelle indsatser mod ulighed baseret på evidens. Det handler om opsøgende og fastholdende arbejde, hvor medicinske og sociale kompetencer bringes sammen, så ingen patienter efterlades uden den hjælp og støtte, de har behov for.

På hospitalerne i Region Hovedstaden er der igangsat en række initiativer, der skal medvirke til at mindske social ulighed i hospitalsvæsenet. Der er blandt andet etableret en socialsygeplejerskeordning på hospitalerne med sygeplejersker, der har specialistviden om socialt udsattes komplekse sociale- og sundhedsmæssige problemer, og som har fokus på at bygge bro mellem patient og hospitalets personale. Sygeplejerskerne støtter patienterne under indlæggelse, ved ambulante besøg og formidler kontakt til eksterne samarbejdspartnere ved udskrivelse. Ordningen skal bidrage til øget lighed i sundhed ved at gøre indgangen til hospitalerne og behandlingen til mere tilgængelig for socialt udsatte patienter.

På mere strukturelt plan har regionsrådet i Region Hovedstaden, som den første region, nedsat et særligt udsatteråd, der skal sætte fokus på socialt udsatte borgere. Regionen ønsker, at alle har lige adgang til sundhed, og udsatterådet skal sikre, at viden om socialt udsatte borgeres særlige behov inddrages i politiske og administrative processer og beslutninger. Rådet er bredt funderet med repræsentanter fra frivillige organisationer, kommunale og regionale aktører, der alle arbejder med socialt udsatte borgere og har et indgående kendskab til deres behov.

## 4.2 Inddragelse af patienter og pårørende

Regionen skal have fokus på, hvad der giver værdi for den enkelte patient, og det skal være udgangspunktet for, hvordan patienternes forløb tilrettelægges. Patienter og pårørende skal fx inddrages i beslutninger om behandling, og der skal være de rette rammer og tid til, at patienterne inddrages i det omfang, de selv ønsker. Til trods herfor viser undersøgelser, at hver tredje patient oplever at være mindre involveret i deres behandlingsmuligheder, end de ønsker, ligesom hver tredje patient mangler information om de langsigtede følger af deres behandling<sup>20</sup>.

Specialisering og mange kontakter med forskellige afdelinger kan virke uoverskueligt for patienterne, og det kan være en barriere i forhold til inddragelse af de sårbare patienter. Socialt udsatte kræftpatienter har generelt et større behov, at der sker inddragelse af pårørende om

---

<sup>19</sup> Kræftens Bekæmpelse (2019). *Hvidbog. Social ulighed i kræft i Danmark*

<sup>20</sup> Danske Regioner (2015). *Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet*

behandlingsrelaterede beslutninger. Derudover søger denne gruppe af kræftpatienterne i mindre grad information om deres sygdom og behandling og giver sjældnere udtryk for deres ønsker og behov til de sundhedsprofessionelle.

I arbejdet på kræftområdet skal der være et større fokus på inddragelse af patienter, og i Kræftplan IV er det dette et centralt element. Derudover arbejder regionen med at udbrede anvendelse af PRO-data (patient reported outcome), som er et redskab, der anvendes til at undersøge patienternes helbredstilstand herunder fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelaterede livskvalitet og funktionsniveau. PRO-data er rapporteret direkte af patienten og udtrykker patientens gavn af behandlingen. På nationalt niveau anvendes den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) til at undersøge patienternes oplevelse, og fx i undersøgelsen for somatikken i 2018 indgik spørgsmåle om den patientansvarlige læge (PAL). På hospitalerne er der arbejdet der også med en lang række initiativer, der skal forbedre inddragelsen af patienterne. Eksempelvis arbejder Afdeling for Kræftsygdomme på Herlev og Gentofte Hospital med, at patienter med øre-, næse- og halskræft og deres pårørende deltager på MDT-konferencer.

### **4.3 Sammenhængende patientforløb på tværs**

Det er en vigtig målsætning, at kræftpatienten oplever gode og sammenhængende patientforløb. Regionen er én samlet udredende og behandlende enhed, hvor hospitalerne skal betragtes som én hospitalsenhed. Hospitalerne har derfor et fælles ansvar for at samarbejde og tilbyde patienterne en oplevelse af sammenhængende forløb samtidig med, at behandlingen skal leveres med den samme høje kvalitet i hele regionen. Det kræver, at hospitalerne indretter sig og tilrettelægger behandlingen, så det understøtter gode patientforløb på tværs af både matrikler, afdelinger og faggrænser. Der er behov for effektiv koordination af behandlingsforløbet også i overgange mellem afdelinger og hospitaler, og det er blandt andet også grunden til, at patienterne skal have en patientansvarlig læge.

Regionen arbejder løbende på at forbedre samarbejdet på tværs, og med Sundhedsplatformen har Region Hovedstaden fået ét sammenhængende IT-system, som understøtter dette. Sundhedsplatformen understøtter bedre kommunikation og udveksling af viden om patienter på tværs af afdelinger, hospitaler og regioners samt bidrager til at skabe større sammenhæng i behandlingen. De sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden medvirker til at sikre koordination og rådgivning omkring den specialefaglige udvikling i regionens hospitalsvæsen med henblik på at opnå et mere ensartet kvalitetsniveau og øget samarbejde på tværs af regionens hospitaler.

Et godt samarbejde på tværs af hospitaler og afdelinger skal også understøtte mulighederne for nogle fortsat stærke faglige miljøer, hvor det rette fundament for kvalitet, forskning, innovation og uddannelse er til stede. Selvom der allerede er stor aktivitet i forhold forskning og innovation på kræftområdet, er der fokus på at fremme områderne yderligere, så det kan bidrage til at løse de mere langsigtede udfordringer – og gerne i et tværgående samarbejde mellem hospitaler og afdelinger.

#### **Patientansvarlig læge**

For at sikre, at patienterne oplever bedre koordination og overblik over deres samlede udrednings- og behandlingsforløb, er det besluttet at indføre patientansvarlige læger (PAL) på alle

landets hospitaler. Formålet er at styrke det lægelige ansvar i forhold til at sikre bedre sammenhæng og koordination i patientforløbene samt øge patienternes tryghed og tilfredshed med deres forløb på hospitalet.

Patientansvarlig læge er en ordning til patienter med et særligt behov for koordinering og overblik. Det kan være patienter med ambulante forløb og indlæggelser, hvor patienten har komplekse problemstillinger, bliver behandlet i flere afdelinger eller på flere hospitaler, har hyppige og/eller langvarige forløb, eller hvor der er mange skift mellem sektorer. Ordningen skal medvirke til differentierede patientforløb, hvor den enkelte patients ønsker og behov sættes i centrum. Dette kan bidrage til at sikre større lighed i kræftbehandlingen, når der tages højde for fx behov for præhabiliterende indsatser eller andre individuelle behov, som patienten kan have gavn af.

Den patientansvarlige læge er én navngiven læge, som har ansvaret for den faglige kontinuitet i behandlingsforløbet, og som patienten og de pårørende kan kontakte, når der opstår spørgsmål og tvivl undervejs. Den patientansvarlige læge kan også spille en vigtig rolle som bindeled mellem hospitalet og den praktiserende læge, når patienten udskrives. I Kræftplan IV er der sat et mål om, at mindst 90 pct. af kræftpatienterne i 2020 skal opleve, at de har en patientansvarlig læge. De enkelte afdelinger i Region Hovedstaden har defineret, hvilke patienter og forløb der er målgruppen for Patientansvarlig Læge på den pågældende afdeling, samt hvornår i forløbet patienten skal tildeles og se sin patientansvarlige læge.

### **Forløbskoordinatorer**

I forbindelse med implementering af pakkeforløbene for kræft blev der i Region Hovedstaden ansat forløbskoordinatorer, som har til opgave at planlægge og sikre sammenhængende patientforløb herunder at udpege og løse flaskehalsproblemer. I nogen tilfælde fungerer forløbskoordinatorerne også som kontaktperson for patienten og de pårørende, og har et tæt tværgående samarbejde med afdelinger på tværs af hospitalerne, som er involveret i patientens forløb. I regionen er der også eksempler med, at der er ansat sygeplejersker som 'udskrivelseskoordinatorer', der koordinerer udskrivelsen af patienterne. Det er en vigtig målsætning, at kræftpatienten oplever en god kommunikation og, at der er effektiv koordination af behandlingsforløbet også i overgange mellem afdelinger og hospitaler.

### **Multidisciplinære konferencer**

Med implementering af pakkeforløbene for kræft er der indført multidisciplinære konferencer (MDT) for alle kræftpatienter. På MDT-konferencer samles en deltagerkreds med det nødvendige kendskab, ekspertise og erfaring for at drøfte behandlingsmuligheder og lægge en behandlingsplan, hvilket er med til at sikre en høj kvalitet af diagnose, behandling og pleje. Deltagere på MDT-konferencen kan fx bestå af kirurger, patologer, billeddiagnostikere, onkologer. MDT-konferencens mål er at behandle patienten som en hel patient ved at medtage patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold, når der træffes beslutning om behandlingstilbud<sup>21</sup>. I regionen er der eksempler på, at patienter og pårørende deltager på MDT-konferencer.

---

<sup>21</sup> DMCG (2016): *Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen*



Formålet er at give lægerne mulighed for at se patienten og vurdere patientens generelle tilstand og aktivitetsniveau, hvilket kvalificerer lægernes kliniske viden. Samtidig får patienten mulighed for at udtrykke sine præferencer og bekymringer i forhold til valg af behandling.

Der har de senere år været en udvikling, hvor MDT-konferencer i stigende grad afholdes regionale og nationale MDT-konferencer med det formål at sikre alle patienter i Danmark den bedst mulige behandling. Der afholdes blandt andet nationale MDT-konference inden for kræft i bugspytkirtlen, hvor der er opstillet en række faste indikationer for, hvilke patienter, der skal henvises til den nationale MDT-konference<sup>22</sup>. Indførelse af MDT-konferencer har overordnet betydet en væsentlig forbedring for kræftbehandlingen i Danmark, og det anbefales, at anvendelsen af MDT-konferencer udvikles og styrkes.

---

<sup>22</sup> Sundhedsstyrelsen (2019): *National MDT-konference ved kræft i bugspytkirtlen*

## 5. Organisering af kræftbehandlingen

Udviklingen med øget subspecialisering og stigende kompleksitet i kræftbehandlingen stiller andre krav til organiseringen af kræftområdet, og der har i de senere år været en stigende centralisering af kræftbehandlingen i Region Hovedstaden. Det har været nødvendigt for at opretholde sundhedspersonalets erfaring, et stærkt forskningsmiljø og høj kvalitet særligt ved kompleks og specialiseret behandling, som regionens kræftområde er kendetegnet ved. Der er dokumentation for sammenhæng mellem kvalitet, erfaring og volumen både på afdelings- og hospitalsniveau, og et tilstrækkeligt patientvolumen er derfor væsentligt for forsæt at kunne tilbyde patienterne høj ekspertise og kvalitet i deres forløb.

### 5.1 Nuværende organisering af udredning og behandling af kræft

For kræftområdet har regionens hospitaler forskellige faglige profiler og specialiseringsniveau, men der er et fælles ansvar for at samarbejde om at levere den bedst mulige behandling til alle patienter. Hospitalerne skal indrette sig og tilrettelægge behandlingen, så det understøtter gode patientforløb på tværs af regionens hospitalsmatrikler, afdelinger og faggrænser.

Alle hospitalerne i Region Hovedstaden udreder patienter med kræft, men der er nogle kræftformer, som kun udredes på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital. Patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, varetages i de diagnostiske enheder på Herlev og Gentofte Hospital, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Nordsjællands Hospital.

Behandlingen af patienter med kræft er opdelt i kirurgisk behandling og onkologisk behandling. Den onkologiske kræftbehandling opdeles i medicinsk behandling og strålebehandling. I Region Hovedstaden tilbydes patienter medicinsk kræftbehandling (kemoterapi mv.) primært på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital, mens Nordsjællands Hospital og Bornholms Hospital også varetager medicinsk behandling af enkelte kræftformer. Strålebehandling af kræft varetages kun på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital. De fleste kræftformer opereres på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital, mens nogle kræftformer fx tyk- og endetarmskræft også behandles på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Nordsjællands Hospital.

Fordelingen af hvilke hospitaler, der varetager udredning, operation, medicinsk behandling og strålebehandling for de enkelte kræftformer er vist i bilag 1.

### 5.2 Udvalgte fokusområder i kræftplanen

Region Hovedstaden har en stærk profil på kræftområdet i Danmark, hvor flere hospitaler varetager højt specialiseret kræftbehandling af patienter fra hele landet samt Færøerne og Grønland. Det anbefales overordnet, at den nuværende organisering af udredning og behandling af kræft i store træk fastholdes, da det er vurderingen, at den udgør et solidt grundlag for at videreudvikle kræftområdet til gavn for patienterne.

I forbindelse med arbejdet med kræftplanen har regionens sundhedsfaglige råd, hospitaler, politikere, fagorganisationer, civilsamfund samt patientorganisationer været inddraget. Dette arbejde har givet anledning til at foreslå tilpasninger i den nuværende organisering og varetagelse

af udredning og behandling af kræft i Region Hovedstaden, der kan medvirke til at sikre rammerne om fremtidens nye behandlingsmuligheder.

Ændringsforslagene understøtter regionens politiske principper om, at patienter med kræft først og fremmest skal modtage behandling af højeste kvalitet og opleve mere sammenhængende patientforløb. Samtidig er det vigtigt med nærhed til behandlingen, hvilket eksempelvis særligt er gældende for de ældre patienter, der har behov for hyppige kontakter til hospitalerne<sup>23</sup>. Det betyder, at der fremover fortsat vil være kræftformer, som både af hensyn til kvalitet og nærhed vil blive varetaget på flere forskellige hospitaler, og hvor udredning, behandling og efterbehandling er fordelt på flere hospitaler. Nogle patientgrupper vil derfor også fremover opleve overgange i deres kræftforløb.

### 5.3 Det diagnostiske område

De diagnostiske specialer særligt radiologi, patologi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin er centrale samarbejdspartnere for de udredende og behandlende afdelinger af kræftsygdomme, som understøtter, at der kan ske en hurtig diagnostik, og at patienterne kan få den rette behandling inden for forløbstiderne i kræftpakkerne. Der er i de seneste år sket en stigning i brugen af diagnostiske undersøgelser særligt de mere avancerede undersøgelser. Den stigende efterspørgsel forventes også fremadrettet at udfordre kapaciteten inden for specialerne, der også er presset blandt andet på grund af mangel på speciallæger.

Samtidig opstår der nye muligheder, men også udfordringer grundet den øgede digitalisering, teknologiske udvikling og udbredelse af præcisionsdiagnostik fx genanalyser. Det betyder, at der kan identificeres flere subgrupper inden for de enkelte sygdomme, og det skaber en øget kompleksitet og specialisering inden for området. Det kræver, at apparatur, medicoteknisk udstyr og it-redskaber er opdateret for at kunne levere de undersøgelser, der er behov for og opnå størst mulig effektivitet. I regionen pågår der derfor et strategisk arbejde med udskiftning og indkøb af nyt apparatur for at sikre dette. Det nye udstyr, udførelse af analyser samt ekspertise til at fortolke billeder og analyser stiller øgede krav til personalet, som løbende skal uddannes for at få den nødvendige ekspertise. Det store potentiale inden for digitaliseringen og nye teknologiske udvikling skal udnyttes for, at specialerne kan følge med, og der er et behov for en prioritering af, hvornår det skal gå hurtigt for, at ressourcerne inden for specialerne anvendes bedst muligt – og til gavn for patienterne. Derudover er der behov for en tæt kobling mellem diagnostik og klinisk kræftbehandling, og de diagnostiske apparater, ressourcer og kompetencer skal matche til de lokale kliniske kræftrelaterede opgaver.

Med den nuværende organisering er der radiologi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin på alle regionens hospitaler<sup>24</sup>, mens patologi er placeret på Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital og Amager og Hvidovre Hospital. Den nuværende organisering af specialerne fastholdes, da denne vurderes at kunne imødekomme udviklingen i de kommende år og er organiseret, så hurtige og gode patientforløb understøttes bedst muligt.

---

<sup>23</sup> Danske Regioner (2015): *Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet*

<sup>24</sup> Med undtagelse af Bornholms Hospital, der ikke har en afdeling for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

## **OPSAMLING – Det diagnostiske område**

Inden for området sker der en stor udvikling grundet den øgede digitalisering, teknologiske udvikling og udbredelse af præcisionsdiagnostik fx genanalyser, som stiller nye krav.

Den nuværende organisering af radiologi, patologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin fastholdes, da denne vurderes at kunne imødekomme udviklingen i de kommende år og er organiseret, så hurtige og gode patientforløb understøttes bedst muligt

## **5.4 Organisering af medicinsk kræftbehandling**

I takt med stigningen i antallet af patienter med kræft er behovet for medicinsk kræftbehandling også blevet øget. På trods af nye krav og behandlingsmuligheder (immunterapi, personlig medicin mv.) inden for den medicinske kræftbehandling, vurderes det, at der i Region Hovedstaden er en robusthed i den medicinske kræftbehandling, som også fremadrettet kan håndtere udviklingen på kræftområdet og tilbyde patienterne behandling af høj kvalitet.

Med den nuværende organisering varetages den medicinske kræftbehandling primært på de to højt specialiserede onkologiske afdelinger på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital samt på den onkologiske afdeling på Nordsjællands Hospital. Bornholms Hospital varetager onkologisk behandling for udvalgte patientgrupper som følge af hospitalets geografiske beliggenhed (bilag 1). Der er etableret et formaliseret samarbejde mellem Rigshospitalet og Bornholms Hospital i forhold til medicinsk behandling.

Behandlingen af patienter inden for de store kræftformer såsom tyktarmskræft, brystkræft og lungekræft varetages på flere hospitaler i regionen, mens kræftformer med et mindre patientvolumen samt mere specialiseret behandling og komplekse patientforløb er centraliseret på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital.

### **Fastholdelse af nuværende organisering**

For de store kræftformer er der et tilstrækkeligt stort patientvolumen i Region Hovedstaden til, at behandlingen fortsat kan varetages på tre hospitaler henholdsvis Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital samtidig med, at kompetencer og ekspertise i behandlingen kan opretholdes. Patienterne tilbydes behandling af høj kvalitet, der er i overensstemmelse med gældende retningslinjer. En stor del af patienterne med bryst-, lunge- eller tyktarmskræft har langvarige forløb med hyppige fremmøder i de onkologiske afdelinger, hvor nærhed både i og til behandling kan betyde meget for både patienter og pårørende. En fastholdelse af tre onkologiske afdelinger giver derfor mulighed for at tilbyde patienterne medicinsk behandling tæt på eget hjem.

Udover muligheden for nærhed til behandling er det hensigtsmæssigt med tre onkologiske afdelinger, der alle varetager et sideløbende palliativt forløb for patienter med uhelbredelig kræft. Det vil betyde, at patienter kan behandles tæt på deres bopæl i den sidste fase af deres liv, da palliativ behandling og pleje er en integreret del af onkologien. Indsatsen kræver et nøje

koordineret samspil mellem patienter og deres pårørende, hospitalsafdelinger, palliative teams og afdelinger, hospice, den primære sundhedssektor og den sociale sektor.

Derudover eksisterer der et velfungerende samarbejde mellem de tre onkologiske afdelinger i Region Hovedstaden i forhold til behandling af patienter samt forskning, vidensdeling og udvikling af nye behandlingsmetoder. Samarbejdet mellem de onkologiske afdelinger er blevet styrket efter implementeringen af Sundhedsplatformen, der har muliggjort en udveksling af planer for behandlingsstrategier, hvilket understøtter, at der tilbydes den samme kvalitet i behandlingstilbud til alle patienter uanset hvilken onkologisk afdeling, der varetager behandlingen.

For at tage højde for den øget subspecialisering inden for den medicinske kræftbehandling og stigende kompleksitet i patientforløbene varetages specialiseret kræftbehandling fortsat på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital. Dette er bortset fra medicinsk behandling af brystkræft, som Nordsjællands Hospital fortsat varetager i et formaliseret samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital. Dette fordrer til, at kompetencer og viden samles med henblik på at have ekspertisen for de mere komplekse patientgrupper samlet, og at der er et tilstrækkeligt patientgrundlag, som er vigtigt for at kunne tiltrække personaler samt de nødvendige forskningsmiljøer og forskningsbevillinger. Det betyder, at patienter, der har behov for specialiseret behandling henvises til Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan. Ligeledes vil den eksperimentelle onkologiske behandling også varetages på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital, som forventes at være stigende i de kommende år.

På den baggrund anbefales det, at den nuværende organisering af den medicinske kræftbehandling med tre selvstændige onkologiske afdelinger på henholdsvis Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital fastholdes. Udviklingen i den medicinske kræftbehandling vil dog kræve, at der løbende tages stilling til organiseringen af behandlingen for at sikre, at fordelingen af varetagelsen af de enkelte kræftformer understøtter høj faglighed, optimal anvendelse af den samlede kapacitet og udvikling af faglige kompetencer.

### **Samling af medicinsk behandling af bugspytkirtelkræft**

I Region Hovedstaden udredes patienter med bugspytkirtelkræft på alle gastrokirurgiske afdelinger i regionen, hvoraf størstedelen udredes på Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Nordsjællands Hospital (bilag 1).

Det er Rigshospitalet, der varetager den kirurgiske behandling af bugspytkirtelkræft. Hvis det er muligt, får patienterne fjernet kræftknuden ved operation, som følges op med kemoterapi, men hvis det ikke er muligt, tilbydes patienterne behandling med kemoterapi. Den medicinske behandling af bugspytkirtelkræft varetages for nuværende på Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital.

Kræft i bugspytkirtlen er en tidskritisk og alvorlig kræftsygdom med en af de dårligste prognoser, da patienterne ofte er ældre, og mange er i for dårlig almentilstand til at kunne tilbydes behandling<sup>25</sup>. På trods af, at flere overlever kræft i bugspytkirtlen, er sygdommen en af de hyppigste årsager til kræftdød i Danmark, og kun 7 pct. af mændene og 9 pct. af kvinderne er i live fem år efter, at de har fået diagnosen<sup>26</sup>. Ved en centralisering af den medicinske behandling vil

---

<sup>25</sup> Sundhedsstyrelsen (2019): *National MDT-konference ved kræft i bugspytkirtlen*

<sup>26</sup> Sundhedsdatastyrelsen, Cancerregistret

regionen kunne tilbyde bedre forløb og behandling af patienterne, der ofte har meget komplekse forløb på grund af samtidige sygdomme (komorbiditet) og mange bivirkninger efter behandlingen. Det er visionen, at en centralisering vil skabe bedre efterforløb for patienter, der er opereret for bugspytkirtelkræft og medvirke til en forbedret.

Det anbefales derfor, at den medicinske behandling af bugspytkirtelkræft fremadrettet kun varetages Herlev og Gentofte Hospital.

### **Etablering af regionalt medicinsk videncenter for bugspytkirtelkræft**

I forlængelse af anbefalingen om en centralisering af den medicinske behandling af bugspytkirtelkræft på Herlev og Gentofte Hospital, anbefales det, at der etableres et regionalt videncenter for medicinsk behandling af bugspytkirtelkræft.

At leve med diagnosen bugspytkirtelkræft vil som regel betyde, at patienterne skal indstille sig på at leve med en kronisk sygdom. Hverdagen kan være præget af bivirkninger og smerter efter, at bugspytkirtlen er fjernet, og patienterne får insulinmangel og skal derfor tage insulin flere gange dagligt. For de patienter, hvor kræftknuden ikke kan fjernes ved operation, vil livet ofte være præget af symptomer fra sygdommen. Nogle kan tilbydes kemoterapi eller stråleterapi, som kan lindre symptomerne i en periode<sup>27</sup>. Et regionalt videncenter skal være med til at forbedre patienternes livskvalitet og overlevelse. Dette sker blandt andet gennem styrket og koordineret sundhedsfaglig forskning og udvikling i medicinsk behandling af bugspytkirtelkræft samt rådgivning af patienter og deres pårørende.

Derudover skal videncentret have ansvar for at sikre mere optimale og sammenhængende patientforløb. Dette kræver et godt samarbejde med både de afdelinger, der udreder og opererer patienter med bugspytkirtelkræft samt de palliative enheder. Derudover skal centret være ansvarlig for og deltage i både regionale og nationale MDT-konferencer.

Det forventes, at et regionalt videncenter vil fremme og deltage i nationale og internationale projekter inden for medicinsk behandling af bugspytkirtelkræft samt udføre klinisk og translationel forskning, som blandt andet omfatter klinisk lægemiddeludvikling, palliativ intervention, biomarkører og billeddiagnostik. Derudover skal videncentret have en aktiv rolle i formidling og uddannelse gennem kurser, konferencer, landsdækkende faglige netværk, og patientfor- eninger og faglig rådgivning.

---

<sup>27</sup> Kræftens Bekæmpelse

## **OPSAMLING – Organisering af den medicinske kræftbehandling**

### **Anbefaling I**

Den nuværende organisering af den medicinske kræftbehandling med tre selvstændige onkologiske afdelinger på Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital fastholdes.

### **Anbefaling II**

Den medicinske kræftbehandling af bugspytkirtelkræft på henholdsvis Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital samles på Herlev og Gentofte Hospital.

### **Anbefaling III**

Der igangsættes et arbejde med inddragelse af relevante hospitaler og sundhedsfaglige råd med henblik på etablering af et regionalt videntcenter for medicinsk behandling af bugspytkirtelkræft på Herlev og Gentofte Hospital.

## **5.5 Behandling af hæmatologiske sygdomme**

I regionen er der de seneste år sket en stigning i antallet af patienter med hæmatologiske sygdomme (blodsygdomme), som skal behandles. Hovedparten af patienterne inden for specialet er i dag ældre patienter med kræft, som samtidig har kroniske sygdomme. Deres forløb er ofte livslange, og behandlingen samt plejen af denne patientgruppe er ofte meget ressourcekrævende. Hæmatologien er også kendetegnet ved at omfatte et stort antal sygdomme med få patienter i hver sygdomsgruppe, og det hæmatologiske speciale bliver tiltagende kompliceret.

I Region Hovedstaden er der med den nuværende organisering to hæmatologiske afdelinger på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital. Afdelingerne varetager diagnostik, pleje og behandling af både kræftsygdomme (maligne) og godartede sygdomme (benigne), og begge afdelinger velfungerende og har højt fagligt niveau. Med den demografiske udvikling med flere ældre og dermed flere hæmatologiske patienter, udviklingen i behandlingsmuligheder samt en øget subspecialisering vurderes der at være potentiale for at skabe nye og endnu bedre rammer for det hæmatologiske speciale i regionen ved at samle de to nuværende afdelinger.

Udgangspunktet for en samling er derfor ikke, at patienterne ikke varetages godt i dag. Udgangspunktet er i stedet, at 1) det hæmatologiske speciale bliver stadig mere subspecialiseret, hvilket kan tilsige en samling, og 2) et ønske om at løfte hæmatologien i Region Hovedstaden til et endnu højere niveau ved at skabe landets største hæmatologiske afdeling, som kan måle sig med andre store hæmatologiske afdelinger i de omkringliggende lande og dermed gå forrest i behandlingen og forskningen på området i Danmark. Det er visionen at skabe én samlet hæmatologisk afdeling, som er landets førende, og som kan måle sig med de bedste centre i de omkringliggende lande.

Afdelingen skal have en ambition om at have diagnostik, behandling og pleje i international topklasse til gavn for regionens borgere, og forskning og udvikling skal være en grundsten i arbejdet for sætte nye standarder for behandling og pleje samt sikre den højeste faglige kvalitet. Et større patientunderlag skaber de bedste rammer for at nå dette niveau.

En samlet hæmatologisk afdeling skal sætte patienten i centrum og sikre, at alle patienter skal uanset alder og kompleksitet tilbydes den bedste behandling og pleje igennem hele sygdomsforløbet. Samtidig vil alle patienter få et fast tilknytningssted samt mere ensartede forløb.

I en samlet afdeling skal patienter, pårørende og medarbejdere spille en afgørende rolle, når der skal tænkes i nye innovative løsninger, som kan forbedre patienternes forløb. Det vil blandt andet gøre sig gældende, når det handler om at sætte nye ambitioner for øget behandling i hjemmet.

Hæmatologien er traditionelt et forskningstungt speciale, og begge afdelinger har en lang tradition for både klinisk forskning og laboratorieforskning, som har resulteret i en stor forskningsproduktion. Med et større patientgrundlag og forskningsprofil vil en samlet afdeling blive en meget attraktiv samarbejdspartner i forskningsprojekter, men også en arbejdsplads med bedre muligheder for rekruttering og fastholdelse af kompetente medarbejdere.

Bilag 2 uddyber anbefalingen om samlingen af hæmatologien.

#### **OPSAMLING – Behandling af hæmatologiske sygdomme**

##### **Anbefaling IV**

Regionens hæmatologiske afdelinger på henholdsvis Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet samles til én afdeling på Rigshospitalet.

## **5.6 Brystkræft**

Det blev i Hospitalsplan 2025 besluttet at samle brystkirurgi inklusiv mammariadiologi (røntgenundersøgelse af brystet) og ledelsen af mammografiscreeningsprogrammet på Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte-matriklen. På Gentofte-matriklen skal der også oprettes en patologifunktion som udefunktion fra patologiafdelingen på Herlev-matriklen, og det vil samlet set skabe et stærkt center for diagnostisk og behandling af patienter med brystkræft. For nogle patienter med brystkræft foregår behandlingen i tæt fagligt samarbejde mellem bryst- og plastikkirurger. Højt specialiserede recidiv patienter med brystkræft vil fortsat skulle varetages på Rigshospitalet, og Rigshospitalet vil også skulle varetage en rekonstruktionsfunktion.

Baggrunden for sammenlægningen er at skabe én af Nordeuropas største brystkirurgiske afdelinger, som kan blive toneangivende inden for udvikling, forskning og uddannelse på det brystkirurgiske område. En samling vil også bidrage til, at alle regionens borgere opnår ensartet udredning og behandling af høj kvalitet. Samtidig forventes en samling at føre til mere effektiv udnyttelse af operationsaktiviteten inden for specialet, der sammen med de øvrige initiativer, der er igangsat på området, vil det kunne medvirke til kortere ventetider, når patienter skal behandles for brystkræft.

Med budgettet for 2020 er der afsat midler til samlingen, som forventes at kunne ske ved årsskiftet 2021/2022.



### **OPSAMLING – Brystkræft**

Det brystkirurgiske område inklusiv mammariologi fra Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital samles på Gentofte-matriklen. Der oprettes en patologifunktion på Gentofte-matriklen som udefunktion fra patologiafdelingen på Herlev-matriklen. Sammenlægningen forventes at ske ved årsskiftet 2021/2022.

## **5.7 Urologisk kræft**

I forbindelse med Hospitalsplan 2025 blev det besluttet, at der skulle ses nærmere på den fremtidige organisering af urologien blandt andet som følge af speciallægemangel og øget subspecialisering. På den baggrund har Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital i samarbejde med administrationen set på mulighederne for, hvordan specialet bedst muligt organiseres fremover. Det er den samlede vurdering, at der er den nødvendige robusthed inden for de urologiske subspecialer på de to hospitaler, og derfor fastholdes den nuværende organisering og fordeling af de urologiske kræftpatienter<sup>28</sup>.

Med henblik på sikre et tættere samarbejde mellem to hospitaler blev det besluttet at etablere en fælles visitation for urologien, som er forankret på Herlev og Gentofte Hospital. Herlev og Gentofte har desuden fået populationsansvar for det urologiske område. Det betyder, at det økonomiske ansvar for et helt behandlingsområde/patientpopulation samles, og ansvaret for anvendelse af private klinikker og hospitaler delegeres til den kliniske ledelse på området.

### **OPSAMLING – Urologisk kræft**

Den nuværende organisering og varetagelse af urologisk kræft på både Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital fastholdes, da der er den nødvendige robusthed inden for de urologiske subspecialer på de to hospitaler.

## **5.8 Etablering af regionalt bækkenkirurgisk center**

Kirurgi i bækkenregionen er over de seneste år udviklet med markant mere radikale indgreb, der giver bedre resultater for patienterne. Udviklingen giver mulighed for indgreb på patienter, som ikke tidligere kunne tilbydes potentielt kurativ kirurgi. De større indgreb i bækkenregionen går oftere på tværs af specialerne; gynækologi, urologi og kirurgi.

### **Arbejdsdelingen mellem Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital**

I Region Hovedstaden varetages den højt specialiserede bækkenkirurgi på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital jf. Sundhedsstyrelsens specialplan. Rigshospitalet varetager højt specialiserede kræftoperationer inden for øvre kirurgi og gynækologi, mens højt specialiserede

---

<sup>28</sup> Med undtagelse af få patienter med øvre urothel tumores egnet til lokalbehandling, som flyttes fra Rigshospitalet til Herlev og Gentofte Hospital

operationen inden for kræft i nedre del af bughulen. Det lille bækken er fordelt på begge matricler. Bløddelstumor (sarkomer) opereres i et tværfagligt samarbejde på Rigshospitalet og tilbagefald (recidiv) af endetarmskræft varetages på Herlev og Gentofte Hospital. Avancerede tilfælde af endetarmskræft samt recidiver af endetarmskræft varetages kun delvist på Herlev og Gentofte Hospital, da nogle patienter henvises til operation på Aarhus Universitetshospital i Region Midtjylland.

Behandling af primær- som recidivtumor samt metastaser i bækkenet sker i et multidisciplinært samarbejde mellem specialerne gynækologi, urologi, kirurgi, karkirurgi, ortopædkirurgi, samt plastikkirurgi og onkologi (kemoterapi og strålebehandling). Der er desuden behov for dedikeret radiologisk samt nuklearmedicinsk ekspertise med henblik på detaljeret præoperativ vurdering og kortlægning. De involverede afdelinger skal have stor erfaring i peri- og ikke mindst postoperativ pleje og behandling af patientgruppen, der vil være stærkt præget af ekstensiv åben kirurgi (dvs. ikke minimal invasiv kirurgi).

### **Etablering af bækkenkirurgisk center for højt specialiseret behandling**

Den nuværende fordeling af den højt specialiseret bækkenkirurgi på Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital vurderes ikke at være fagligt hensigtsmæssigt. Det anbefales, at der igangsættes et arbejde med henblik på en mulig dannelse af et bækkenkirurgisk center, der kan varetage tværfaglig behandling, og at der fortsat sikres udvikling og udnyttelse af synergier samt forsknings- og behandlingsmæssige fremskridt. Det vil betyde, at flere patienter, som i dag får behandling i andre regioner, vil kunne tilbydes behandling i Region Hovedstaden. Et regionalt bækkenkirurgisk center er ligeledes vigtigt af hensyn til at kunne udføre bred bækkenkirurgi på højt internationalt plan i Region Hovedstaden, samt være med til at styrke Region Hovedstadens konkurrencedygtighed i forhold til højt specialiseret behandling.

#### **OPSAMLING – Etablering af bækkenkirurgisk center for højt specialiseret behandling**

##### **Anbefaling V**

Der igangsættes et arbejde med inddragelse af relevante hospitaler og sundhedsfaglige råd med en mulig dannelse af regionalt bækkenkirurgisk center.