



Udkast

# Fagligt oplæg til Kræftplan V



**Fagligt oplæg til Kræftplan V**  
Fagligt oplæg til Kræftplan V

© Sundhedsstyrelsen, 6.11.2024.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** [xx]  
**Den trykte versions ISBN:** [xx]  
**ISSN:** [xx]

**Sprog:** Dansk  
**Version:** [xx]  
**Versionsdato:** [x.xx.xxxx]  
**Format:** pdf  
**Foto:** [Tekst ] - og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
[Måned og år]

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	3
<b>1. Resumé og samlede anbefalinger .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Baggrund og metode .....</b>	<b>7</b>
2.1 Baggrund .....	7
2.2 Proces og metode .....	9
<b>3. Status på kræftområdet .....</b>	<b>10</b>
3.1 Hittidige initiativer på kræftområdet .....	10
3.2 Udviklingen i tal .....	14
3.3 Forventet udvikling og udfordringer fremover .....	21
<b>4. #Tema: Individualisering og differentiering af indsatser i forløbene .....</b>	<b>23</b>
4.1 Strukturel støtte til individuelt tilrettelagte forløb .....	23
4.2 Vurdering af patientens situation, muligheder og præferencer .....	28
4.3 Forankring af indsatser og systematisk opfølgning i almen praksis .....	31
<b>5. #Tema: Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene .....</b>	<b>33</b>
5.1 Screening .....	33
5.2 Rettidig udredning og diagnostik .....	36
5.3 Rehabilitering .....	39
5.4 Senfølger efter kræft og kræftbehandling .....	43
5.5 Palliativ indsats .....	46
<b>6. #Tema: Udvikling af kvalitet i indsatsen .....</b>	<b>49</b>
6.1 Forskning, kvalitetsudvikling og data .....	50
6.2 Teknologi og AI .....	53
6.3 Robust kapacitet .....	56
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>58</b>
<b>Bilagsfortegnelse .....</b>	<b>62</b>
<b>Bilag 1: Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V .....</b>	<b>63</b>
<b>Bilag 2: Kommissorium for følgegruppe vedrørende fagligt oplæg til Kræftplan V .....</b>	<b>66</b>
<b>Bilag 3: Følgegruppens medlemmer .....</b>	<b>70</b>
<b>Bilag 4: Oversigt over involvering af videnspersoner .....</b>	<b>72</b>
<b>Bilag 5: Ordliste .....</b>	<b>73</b>
<b>Bilag 6: Opsummering af udviklingen på kræftområdet .....</b>	<b>74</b>

# 1. Resumé og samlede anbefalinger

I Danmark har vi i de seneste 20-25 år set en positiv udvikling på kræftområdet. Flere mennesker overlever kræft og stadig flere lever længere med og efter kræft. På en række sygdomsområder er kræftområdet blevet reference for, hvordan der systematisk kan ske et løft af kvalitet i forebyggelse, behandling og opfølgning. De redskaber, som har været med til at skabe udviklingen, er politisk og økonomisk prioritering, en række strukturelle tiltag, og desuden har viden og forskning har bidraget væsentligt til udviklingen. Derudover har forbedrede levekår og en kontinuerlig indsats fra både fagfolk og patientorganisationer bidraget til den gode udvikling. Denne gode udvikling skal fastholdes, og det skal ske i sammenhæng med både de muligheder og udfordringer et samlet sundhedsvæsen, herunder kræftområdet, står overfor. Udviklingen på kræftområdet kan være til inspiration for øvrige sygdomsområder, men læringen skal ske med udgangspunkt i de enkelte sygdomsområders kendetegn og vilkår. Dette også i en situation, hvor sundhedsvæsenet er udfordret af dels demografi, færre medarbejderressourcer, stigende forventninger fra befolkningen til sundhedsvæsenets muligheder for behandling og støtte mv. Den kommende sundhedsreform lægger op til omfattende ændringer i strukturen og opgavefordelingen i sundhedsvæsenet samt i økonomien for at styrke og fremtidssikre det samlede sundhedsvæsen [forbehold for at aftalen endnu ikke er indgået].

En fortsat bedre effekt af sundhedsvæsenets samlede indsatser, kan styrkes yderligere gennem en individuel og differentieret tilgang. Udviklingen i behandlingsformer giver blandt andet et stadig mere nuanceret indblik i, hvordan indsatserne kan tilrettelægges og kombineres, så de kan tilgodese individuelle mål for det samlede behandlingsforløb både før, med og efter kræftsygdom. Samtidig er vi i Danmark fortsat udfordret af, at forekomsten af kræft og risikofaktorer er højere i Danmark sammenlignet med de øvrige nordiske lande. Dette giver i sig selv en efterspørgsel, som forstærker den demografiske udvikling, etableringen af stadig flere behandlingsmuligheder og forventninger til sundhedsvæsenet i lyset af den generelle velfærdsstigning. Det skal ses i forhold til en begrænset samlet kapacitet i sundhedsvæsenet særligt på personalesiden. Der har i en årrække været arbejdet med en systematisk inddragelse af den enkeltes situation, muligheder og præferencer med henblik på at tilrettelægge forløbet, så behandlingsniveau og behandlingsmål er afstemt og ikke resulterer i under- henholdsvis overdiagnostik og -behandling.

Dette faglige oplæg og anbefalingerne heri tager dels udgangspunkt i udviklingen på kræftområdet og de foregående kræftplaner, jf. kommissoriet for det faglige oplæg (bilag 1), samt analyser af det aktuelle muligheds- og udfordringsbillede. Anbefalingerne er fokuseret ud fra præmisser om, at anbefalingerne og dertil hørende tiltag skal munde ud i kvalitet for patienterne, rammer som bidrager til fremtidssikring af kræftområdet i et samlet sundhedsvæsen og realiserbarhed af anbefalingerne, så der kan ske en strategisk og prioriteret udvikling.

Anbefalingerne i dette faglige oplæg til en kommende kræftplan V balancerer dermed en fastholdelse og fortsat udvikling af kvaliteten i indsatserne i sundhedsvæsenet, samtidig med at en stigende forekomst af kræft som - i følge demografien - potentielt øger efterspørgslen efter udredning og behandling, samt indsatser rettet mod at leve med og efter kræft, herunder rehabilitering, senfølger og palliation.

Sundhedsstyrelsens samlede analyse, vurdering og faglige prioritering, som gives med dette faglige oplæg til en kommende kræftplan V er især koncentreret om, at mennesker *med risiko for* at udvikle kræftsygdom,

mennesker *med kræft* og mennesker, som *lever med følger efter* kræftsygdom skal opleve, at tilbud om risikobaseret screening, tidlig opsporing af kræftsygdom og opfølgning efter kræft er af høj kvalitet og tæt på den enkeltes hjem og hverdagsliv. Indsatserne skal tilbydes uden unødigt sygeliggørelse, og indsatser, som kan minimere risiko for at udvikle kræft, skal være let tilgængelige. Pakkeforløb for kræft skal gøres endnu bedre, så behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i det enkelte menneskes livssituation, muligheder og præferencer. Sundhedsvæsenets tilrettelæggelse af forløbene skal ske med øget forankring i det primære sundhedsvæsen og med en klar placering af ansvaret, hvad end det er i det primære sundhedsvæsen, på hospitalet eller delt.

Den høje kvalitet, vi i Danmark har opnået på kræftområdet på tværs af sundhedsvæsenet, skal fastholdes, og vi skal fortsat inddrage digitale redskaber, data om den enkeltes forløb og præferencer som en aktiv del af det samlede behandlingsforløb. Fastholdelse af høj kvalitet skal ske under hensyntagen til en robustgørelse af sundhedsvæsenet, hvor sundhedsfaglige kompetencer og samlet behandlingskapacitet koncentrerer til aktivitet, som har sundhedsfaglig effekt.

For at opnå det, tager anbefalingerne i dette faglige oplæg udgangspunkt i tre overordnede temaer:

- Individualisering og differentiering af indsatser gennem forløbene
- Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene
- Udvikling af kvalitet i indsatserne.

Anbefalinger	Tema
1. Sundhedsstyrelsen opdaterer pakkeforløb for kræft i overensstemmelse med formålet om at skabe veltilrettelagte forløb, med hurtig udredning og afklaring samt hurtig behandling og opfølgning efter kræftsygdom, der understøtter differentierede og sammenhængende forløb på tværs af sektorer, indenfor rammerne af de lovbundne maksimale ventetider. Opdateringen sker med inddragelse af faglige miljøer, patientrepræsentanter, ansvarlige myndigheder mv.	Individualisering og differentiering af indsatser gennem forløbene
2. Vurdering af patienters situation, muligheder og præferencer etableres som fast praksis og lægges til grund for fælles beslutningstagning om behandlingsmål og indsatsernes tilrettelæggelse i forløb. Det anvendes systematiske arbejdsgange samt faglige og brugerinddragende metoder.	Individualisering og differentiering af indsatser gennem forløbene
3. Ansvar og opgaver for almen praksis tydeliggøres for henvisning til udredning ved mistanke om kræft, blandt andet via pakkeforløb, proaktiv indsats under behandling og opfølgning efter behandling, herunder særlig støtte til sårbare patienter.	Individualisering og differentiering af indsatser gennem forløbene

4. Sundhedsstyrelsen evaluerer og tilpasser de nationale screeningsprogrammer med sigte på mere risikobaseret screening. Dette med inddragelse af faglige miljøer, patientrepræsentanter, ansvarlige myndigheder mv.	Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene
5. Der arbejdes systematisk med at udvikle kvaliteten i arbejdet med rettidig diagnostik og udredning. Herunder øget brug af risikostratificering og muligheder for at kvalificere beslutningsgrundlaget i almen praksis og diagnostiske centre.	Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene
6. I alle patientforløb for kræft tilrettelægges rehabilitering som en integreret del, så der tages stilling til patienter/borgeres rehabiliteringsbehov før, under og/eller efter endt behandling. Der skal være ensartede indsatser landet over for at fremme borgernes funktionsevne og livskvalitet. Der anvendes systematiske arbejdsgange samt faglige og brugerinddragende metoder.	Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene
7. I alle kræftpatienters forløb vurderes behovet for at tilbyde indsatser rettet mod potentielle senfølger. Indsatserne skal have samme høje kvalitet landet over, og skal være kendte for både patienter og sundhedsprofessionelle.	Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene
8. I patientforløbene tages der stilling til palliative indsatser i sammenhæng med behandlingsmål i øvrigt. Palliative indsatser skal have samme høje kvalitet landet over. Mennesker med livstruende sygdom lindres gennem forløbet ved behov og med mulighed for en værdig død i eget hjem. Regionernes, kommunernes og almen praksis' ansvar og opgaver i relation til de respektive målgrupper og indsatser kendes og anvendes i tæt samarbejde.	Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene
9. Forskning, kvalitetsudvikling og anvendelse af sundhedsdata skal bidrage til differentierede og effektive indsatser af høj kvalitet for borgere med og efter kræft, i hele sundhedsvæsenet.	Udvikling af kvalitet i indsatserne
10. Modne AI-teknologier og andre sundhedsteknologier udbredes og anvendes på kræftområdet landet over. Innovation, udvikling og ibrugtagning understøttes.	Udvikling af kvalitet i indsatserne
11. Robust udrednings- og behandlingskapacitet til at tage hånd om det stigende antal kræftpatienter.	Udvikling af kvalitet i indsatserne

De tre temaer, anbefalingerne samt mulige initiativer knyttet hertil er gensidigt afhængige i forhold til at opnå det gode liv med og efter kræft.

Anbefalingerne er skitseret med en række mulige initiativer, som er udfoldet i det faglige oplægs temakapitler. Anbefalinger og initiativer er blevet fokuseret med udgangspunkt i de beskrevne præmisser (se kapitel 2 vedrørende baggrund og metode) og med hensyntagen til den afsatte økonomiske ramme på 600 mio. kr. På baggrund af det faglige oplæg udarbejdes der en politisk kræftplan V, hvor der træffes endelig beslutning om, hvilke initiativer der skal iværksættes.

Det er angivet med retningsgivende tidshorisonter, om initiativerne anbefales at blive igangsat på kort, mellemlangt eller langt sigt. Der vil i forbindelse med beslutning om udmøntningen blive taget stilling til mere konkrete tidsangivelser med hensyntagen til deres indbyrdes afhængigheder, hvilke aktører der skal varetage udmøntningen, hvornår midlerne afsættes mv.

Anbefalingerne sigter på en effekt inden for en 10-årig periode, hvor nogle tiltag vil få hurtige, umiddelbare effekter, mens andre tiltag kræver et udviklingsarbejde, der får effekt på en længere bane.

## 2. Baggrund og metode

### 2.1 Baggrund

Regeringen har med *Ny sundhedspakke* af maj 2023 afsat en økonomisk ramme fra 2025 og frem til en ekstraordinær kræftindsats og en Kræftplan V. Det fremgår af 'Ny Sundhedspakke', at:

*"Sundhedsstyrelsen skal, med bistand fra andre relevante styrelser, udarbejde et fagligt oplæg til Kræftplan V, som forelægges for regeringen i slutningen af 2024. Det faglige oplæg skal bl.a. kortlægge indsatsområder og mulige tiltag med fokus på tidlig opsporing og diagnostik, så kræft opdages tidligere. Ligeledes skal oplægget have fokus på tiden efter kræftbehandling i form af senfølger, rehabilitering og smertelindring, ligesom oplægget skal have fokus på ulighed i kræft".*

Det fremgår af 'Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V', at anbefalingerne i det faglige oplæg skal tage højde for omkostningseffektivitet i forhold til midler og personaleressourcer, i det omfang det er muligt. Det vil sige, at det faglige oplæg skal tage hensyn til, at en styrkelse af kræftområdet ikke sker på bekostning af andre sygdomsområder (1). Desuden at en ny kræftplan skal bygge videre på de tidligere kræftplaner, ligesom der skal inddrages viden og resultater fra indenrigs- og sundhedsministerens plan 'Genopretning af kræftområdet' fra marts 2023 samt anbefalinger fra Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet og Sundhedsstrukturkommissionen.

**Sundhedsreformen** [forbehold for at aftalen endnu ikke er indgået].

Regeringen lancerede den 18. september 2024 et udspil til en sundhedsreform 'Sundhed tæt på dig', som lægger op til omfattende ændringer i strukturen og opgavefordelingen i sundhedsvæsenet samt økonomien for at styrke og fremtidssikre det samlede sundhedsvæsen. Dette arbejde pågik samtidig med, at Sundhedsstyrelsen udarbejdede det faglige oplæg til Kræftplan V. På baggrund af sundhedsudspillet blev der indgået en politisk aftale om en sundhedsreform den xx.xx. Sundhedsreformen vil også få betydning for udviklingen af kræftområdet, herunder for anbefalingerne i dette faglige oplæg til kræftplan V, som efterfølgende skal tilpasses den

aftalte sundhedsreform. Der er således formuleringer vedrørende sundhedsvæsenets struktur og ansvarsfordeling mv, i nærværende faglige oplæg til kræftplan V, som ikke er tilpasset sundhedsreformen på tidspunktet for udgivelsen (december 2024).

Hovedparten af sundhedsreformens mange initiativer forventes at blive fastlagt i løbet af 2025-26 med ikrafttrædelse januar 2027, og der bliver derfor en overgangsfase frem til denne ikrafttrædelse, hvor den nuværende struktur og opgavefordeling vil være gældende. Udfordringer, anbefalinger og initiativer i dette faglige oplæg beskrives ud fra den nuværende struktur i sundhedsvæsenet, herunder på kræftområdet, og der tages derfor forbehold for, at udmøntningen af oplæggets initiativer skal tilpasses de kommende ændringer af ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet som følge af sundhedsreformen.

Initiativer i sundhedsreformen, som vil få indflydelse på eller er en forudsætning for udviklingen af kræftområdet med udgangspunkt i dette oplægs faglige anbefalinger/initiativer, vedrører særligt organiseringen af præhabilitering/rehabilitering, herunder senfølgeindsatser, samt forankring af flere opgaver i almen praksis blandt andet vedrørende rettidig opsporing/udredning samt opfølgning efter eller ved langvarig kræftsygdom:

- Ny struktur i sundhedsvæsenet med etablering af 17 nye sundhedsråd i fire regioner med medlemmer fra både regioner og kommuner, som får et fælles ansvar og midler til at udvikle nære sundhedstilbud i det område, de dækker, herunder behandling i eget hjem. Der udarbejdes desuden en national plan for udviklingen af sundhedsvæsenet. De 17 sundhedsråd vil med afsæt heri skulle udarbejde en nærsundhedsplan
- Der skabes flere nære sundhedstilbud, som skal sikre, at behandling rykkes tættere på borgerne, så alle har adgang til lokale og attraktive sundhedstilbud, uden at de er nødt til at køre langt. Der etableres hjemmebehandlingsteams, der kan køre ud til fx ældre og borgere, som lever med en eller flere kroniske sygdomme
- Regionerne/sundhedsrådene overtager en række sundhedsopgaver fra kommunerne, herunder ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau og dele af avanceret genoptræning samt ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Opgaveflytningen skal give regionen og sundhedsrådene et større og mere sammenhængende ansvar for behandlingen helt ud i borgerens eget hjem. Der er opgaver inden for områderne, som nogle kommuner vil kunne varetage driften af på vegne af regionen. Den helt præcise afgrænsning for de enkelte opgaveflytninger vil blive afklaret nærmere med afsæt i en faglig vurdering fra Sundhedsstyrelsen og i dialog med kommuner og regioner
- Der iværksættes en lægereform, der skal understøtte bedre fordeling af læger på tværs af landet for at kunne give alle borgere adgang til en læge tæt på, hvor de bor, og som skal sikre, at der er speciallæger nok, også på de mindre sygehuse rundt omkring i landet. Desuden styrkelse af det almenmedicinske tilbud, så mere kan løses hos egen læge
- Der udarbejdes og indføres nye kronikerpakker, herunder for kompleks multisygdom, med ret til en samlet pakke med sundhedsindsatser. Kronikerpakkerne skal give mennesker med kronisk sygdom en fast ramme for deres behandling, så de oplever ét samlet forløb hos de forskellige aktører og tilbud i sundhedsvæsenet. Det konkrete forløb og indsatser skal være tilpasset den enkeltes behov
- Etablering af Digital Sundhed Danmark med henblik på at skabe fælles digitale løsninger og en fælles dataplatform samt etablering af et nationalt center for sundhedsinnovation. Desuden indførelse af ret til digitale sundhedstilbud.



Sundhedsreformen har generelt fokus på at styrke det nære sundhedsvæsen med initiativer, der har fokus på almene sundhedstilbud tættere på borgerne. Ovenstående tekst justeres, når aftalen om en sundhedsreform foreligger, med fokus på de initiativer, der vil få indflydelse på kræftområdet.

## 2.2 Proces og metode

Det faglige oplæg til Kræftplan V er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og bygger videre på de tidligere kræftplaner samt viden og erfaringer opnået på kræftområdet gennem de seneste 20-25 år. Rådgivning og bidrag er indhentet gennem etablering af en bredt sammensat følgegruppe med en bred kreds af aktører, herunder regioner, kommuner, fagfolk og civilsamfundsaktører (se bilag 2 for sammensætning af følgegruppen). Følgegruppen har blandt andet bidraget til og rådgivet om vidensgrundlaget og anbefalingerne.

Der er derudover indhentet faglig viden gennem møder med videnspersoner om specifikke emner og områder (se bilag 3). Desuden har Sundhedsstyrelsens eksisterende fora 'Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet' og 'Udvalg for Kræft' bidraget til faglig, organisatorisk og ledelsesmæssig kvalificering.

### Præmisser for fokusering af anbefalinger

Anbefalingerne i dette faglige oplæg til Kræftplan V falder inden for kommissoriets rammer, baseres på analyser af det aktuelle udfordringsbillede og fokuseres yderligere ud fra følgende opstillede præmisser med henblik på at fremme en strategisk og prioriteret udvikling:

Kvalitet for patienterne:

- Fremme patienters indflydelse på tilrettelæggelse af eget forløb
- Fremme patienters liv med og efter kræft ud fra deres behov, præferencer og muligheder med fokus på livskvalitet, funktionsevne, arbejdsmarkedstilknytning, overlevelse mv.

Rammer for fremtidssikring af kræftområdet med:

- Bedre kapacitetsudnyttelse og opgaveplacering, der styrker borgernes egenomsorg, almene indsatser i det primære sundhedsvæsen og specialiserede indsatser på sygehuse
- Bedre rammesætning af forløb med individuelt tilpassede indsatser, der fremmer det bedste mulige liv med og efter kræft
- Bedre tilgængelighed, anvendelse og udbredelse af teknologi og data på kræftområdet

Realiserbarhed:

- Ressourcer til prioriterede, dokumenterede, sundhedsmæssigt virksomme indsatser til at fremme og robustgøre kapaciteten på kræftområdet, bl.a. gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg, jf. Robusthedskommissionens anbefalinger
- Ressourcer til at understøtte omstilling på kræftområdet, herunder tilstrækkeligt personale med relevante kompetencer, fælles ansvar og kommunikation på tværs mv.
- Tiltag implementeres og har en effekt inden for en 10-årig periode

Desuden er der taget sigte efter, at en national kræftplans potentiale især skal udnyttes til at fremme en udvikling, som koncentrerer sig om udbredte systematiske udfordringer og muligheder for større patientgrupper,

der samtidig kan komme andre patientgrupper til gavn. Det vil i denne sammenhæng særligt siges efter, at anbefalingerne prioriteres i forhold til tiltag, der kan styrke og differentiere indsatser samt mindske ulighed gennem hele kræftforløbet. Prioriteringen vil naturligt også medføre, at nogle dele af forløbet adresseres i højere grad end andre i det faglige oplæg.

## 3. Status på kræftområdet

### 3.1 Hittidige initiativer på kræftområdet

Over de seneste tyve år er der sket markante forbedringer på kræftområdet, som blandt andet skyldes behandlingsmæssige fremskridt, herunder specialisering, bedre tilrettelæggelse af forløb, højere kvalitet i indsatserne, nye behandlingsmuligheder og faglig udvikling, herunder udvikling af faglige miljøer der kan understøtte denne. Bedre levevilkår og sundere livsstil med nedbringelse af risikofaktorer for kræft har også bidraget til den positive udvikling på området.

Selvom den samlede forekomst af nye kræfttilfælde stiger som følge af den demografiske udvikling, overlever flere og lever længere med og efter kræft. Nogle kræftformers sygdomsmønster og forløb har derfor også ændret karakter og ligner i højere grad andre kroniske sygdommes mønster og forløb.

Kræftområdet er blevet styrket med mange initiativer og investeringer gennem årene, som en del af de tidligere fire nationale kræftplaner og andre politiske aftaler. Der har politisk og på tværs af myndigheder, faggrupper og patientforeninger blandt andet været arbejdet med tilrettelæggelsen af effektive kræftforløb vha. pakkeforløb for kræft, forebyggelse af kræftsygdom, opsporing af tegn på kræft, kvalitetsudvikling og forskning, udvikling og ibrugtagning af nye undersøgelses- og behandlingsmetoder mv. Ligesom der lovmæssigt er indført tre nationale screeningsprogrammer (se afsnit om screening) samt fastsat regler for, hvor længe patienter må vente på udredning og behandling for kræft (maksimale ventetider).

Seneste kræftplan, Kræftplan IV, blev udmøntet i 2017-2020<sup>a</sup>(2)(3) og status for initiativerne ved kræftplanens afslutning blev beskrevet i Sundheds- og Ældreministeriets notat fra 2021(4). Nogle initiativer er fortsat under implementering og er relevante at arbejde videre med. De vil, sammen med andre erfaringer fra kræftplan IV-arbejdet, i en eller anden form adresseres i dette faglige oplæg til Kræftplan V. Der henvises desuden til bilag 3 for en uddybet opsummering af alle fire kræftplaner og andre tidligere initiativer.

#### *Udredning og behandling*

Der er skabt meget ny viden, som er omsat til store behandlingsmæssige fremskridt. Det muliggør i stigende grad at nye udredningsmetoder kan medvirke til en øget opdeling af kræftsygdomme i undertyper, som kan behandles med lægemidler specifikt målrettet undertypen. Udredning og behandling kan således i mange tilfælde skræddersyes til den enkelte patient som følge af den faglige udvikling. Der er fx introduceret nye

<sup>a</sup> Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2016 'Styrket indsats på kræftområdet - fagligt oplæg til Kræftplan IV<sup>a</sup>'. På baggrund heraf fremlagde regeringen samme år sit udspil til Kræftplan IV 'Patienternes kræftplan' med 16 initiativer, som alle blev igangsat og flere færdiggjort<sup>a</sup>. Ambitionen med kræftplan IV var, at færre skal opleve at få en kræftsygdom, og flere skal overleve kræft. Desuden skulle alle opleve, at deres forløb er veltilrettelagt, og at de bliver inddraget i forløbet undervejs.

behandlinger som fx immunterapi og celleterapi der giver muligheder for mere skræddersyede behandlingsforløb, personlig medicin mv. Samtidig er det muligt at kombinere behandlinger på nye måder, og patienter kan tilbydes flere linjer af standardbehandling, ligesom mere skånsomme behandlingsmuligheder gør det muligt at behandle flere patienter med kræft, som er svækkede på grund af fx høj alder eller multisygdom. Som følge af denne udvikling er der ofte behov for en mere detaljeret udredning og flere opfølgende undersøgelser for den enkelte patient, ligesom der kan optræde nye bivirkninger og senfølger.

#### *Patientinvolvering og beslutningsstøtte*

Der har været en udvikling med organisering og standardisering af hurtig udredning og behandling i pakkeforløb for kræft. I Kræftplan IV var der fokus på, at der i højere grad skulle være mulighed for at tage hensyn til patientens præmisser og ønsker samt for at tage patienten bedre med på råd. Der blev blandt andet afsat midler til at udvikle og udbrede beslutningsstøtteværktøjer med fokus på kræftpatienter for at understøtte fælles beslutningstagning. Beslutningsstøtteværktøjer understøtter, at sundhedspersonalet klædes bedre på til at gå i dialog med patienterne både ved overvejelser om behandlingstilbud og om hensyn til patientens værdier og præferencer i behandlingsforløbet. Det fremgår af Sundhedsministeriets statusnotat for Kræftplan IV-initiativerne, at udviklingen af digitale værktøjer til beslutningsstøtte var vanskeligt, og at man i stedet indgik en aftale med Danske Regioner om at identificere igangværende projekter og støtte til implementering af disse.<sup>b</sup>

#### *Pakkeforløb og forløbstider*

Sundhedsstyrelsen gennemførte, som del af kræftplan IV, et serviceeftersyn af pakkeforløb for kræft, hvor størstedelen af pakkeforløbene blev revideret. Der blev her arbejdet på en faglig differentiering af indgange og forløb, et øget fokus på håndtering af patienter med komorbiditet samt anbefalinger vedr. præferencefølsomme valg<sup>c</sup> (fx operation for brystkræft med samtidig brystrekonstruktion, eller prostatektomi ved lav-risiko prostatakræft).<sup>63</sup> Det blev undersøgt hvordan differentierede forløbstider kunne indgå i monitoreringen af overholdelsen af standardforløbstiderne. Det viste sig ikke muligt inden for rammen af de eksisterende pakkeforløb og monitoreringsmodel, da det ville gøre registreringen og monitoreringen mere kompleks og tidskrævende i form af mange små patientgrupper og fordi det ikke var muligt at afgrænse og definere forløbene, så det kunne indgå meningsfuldt i monitoreringen. Dermed blev der ikke indført differentierede forløbstider, og standardforløbstiderne forblev stort set uændrede, fraset mindre justeringer i enkelte pakkeforløb pga. nye faglige elementer i udredning og behandling. Disse justeringer skete kun, hvis det var standard -dvs. relevant for størstedelen af patienterne. Sundhedsstyrelsen har revideret udvalgte pakkeforløb i perioden 2017-2023.

#### *Overblik over patientforløbet*

I forhold til at skabe overblik over det samlede patientforløb blev der som en del af Kræftplan IV aftalt at udvikle nye digitale redskaber til at styrke koordinationen og overblikket over patientforløbet som første skridt mod 'patientens personlige plan'. Der blev igangsat et arbejde forankret i Sundhedsdatastyrelsen med at udvikle 'et samlet patientoverblik' med henblik på at kunne dele informationer og planer på tværs af sektorer og dermed skabe et fælles overblik over forløbet. I første omgang var fokus på de komplekse patientforløb, men det viste sig, at behovet for et bedre overblik og adgang til oplysninger ikke alene var aktuelt for patienter i de komplekse forløb, men for alle med har kontakt til sundhedsvæsenet. Programmet blev herefter døbt 'Et samlet patientoverblik'<sup>d</sup>, som aktuelt indeholder oversigt over aftaler, stamkort, planer og indsatser samt

<sup>b</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. Status på udmøntning af Kræftplan IV -2020. 2021.

<sup>c</sup> Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet, Fagligt oplæg til Kræftplan IV. 2016.

<sup>d</sup> SDS. Om programmet - Sundhedsdatastyrelsen

mål. Programmet er ikke forbeholdt kræftpatienter, men flere af de udviklede tiltag formodes at gavne kræftpatienter såvel som andre.

#### *Kapacitet*

Sundhedsstyrelsens faglige gennemgang af kræftområdet i 2023, som en del af Regeringens 'Genopretning af kræftområdet'(9), viste, at behandlingen af en række kræftformer igennem lang tid har været særligt udfordret af skrøbelig kapacitet, hvilket kan have negative følger for kvaliteten, fx unødvendig ventetid. I forlængelse af indsatsere i genopretningsplanen blev der afsat midler til en akut styrkelse af kræftområdet.

#### *Rehabilitering og senfølger*

Rehabilitering har udviklet sig betydeligt i de seneste 20-25 år. Dels organisatorisk med hensyn til ansvars- og opgaveplacering med kommunalreformen i 2007 og forankringen af ansvaret for en række sundhedsopgaver i kommunerne, dels som følge af en væsentlig faglig udvikling. Som følge af ændringer i behandlingsmuligheder, sygdomsmønstre og ændret tilrettelæggelse af indsatser i sundhedsvæsenet har rehabilitering på både sundhedsområdet og tilgrænsende områder udviklet sig.

Rehabilitering i forbindelse med kræft er blandt andet forbedret gennem initiativer i de seneste kræftplaner, hvor intentionen har været at styrke patienters funktionsevne og dermed også livskvalitet og arbejdsevne. I Kræftplan IV var der fokus på at støtte patienter til at leve et godt liv efter en kræftsygdom og der blev afsat midler til kommunernes rehabilitering og senfølgeindsats. Desuden blev 'Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne'(5). udarbejdet og Sundhedsstyrelsen 'Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft'(6), som beskriver generiske kræftrehabiliteringsindsatser, blev revideret. Forløbsprogrammet fik et skærpet fokus på den individuelle vurdering af rehabiliteringsbehov samt den rehabiliterende senfølgeindsats. 'Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne' havde fokus på forekomst af senfølger efter kræft og kræftbehandling, men ikke på en afdækning af behovet for indsatser til senfølger, som jf. Udmøntningsaftalen for Kræftplan IV, var intentionen. Der er ikke entydige nationale data, men nogle undersøgelser peger på, at op til 60% af tidligere kræftpatienter har en eller flere senfølger efter deres kræftbehandling i forskellig grad.<sup>e</sup> De senere år er der etableret forskningscentre og klinikker målrettet mennesker med senfølger.

Nogle pakkeforløb for kræft blev revideret med integrering af opfølgingsprogrammernes fokus på individuel opfølgning og uddybelse af sygdomsspecifikke behov for rehabilitering - herunder senfølgerehabilitering.

I 2024 udgav Sundhedsstyrelsen 'Kvalitetstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme'(7) med krav til, at kommunerne, afhængig af borgerens funktionsevne, tilbyder afklarende samtale til målgruppen af borgere med kronisk sygdom, herunder nogle former for kræft. Indsatserne omhandler sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud.

#### *Palliation*

<sup>e</sup> Jf. nationale forskningscentre for senfølger. I KB barometerundersøgelser 2023, del 2, angiver 70% at have oplevet en eller flere senfølger.

De seneste årtier er der sket en positiv udvikling blandt andet med styrkelse af den basale palliation i kommunerne, i almen praksis og på sygehuse, etablering af hospices og udgående palliative teams, mv. Der var i Kræftplan IV blandt andet fokus på at styrke hhv. den basale palliation i kommunerne og den specialiserede palliation i regi af hospice, men ikke særskilt fokus på styrkelse af sammenhæng og rådgivning på tværs af basal og specialiseret palliation.

I Kræftplan IV var et mål om at styrke kvaliteten og sammenhængen i basale palliative indsatser til patienterne og deres pårørende. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats blev revideret, og der blev afsat midler til et løft af den palliative indsats i kommunerne til at understøtte kommunernes samlede arbejde hermed, herunder at flere patienter kunne få mulighed for at dø i eget hjem<sup>(3)</sup>. Midlerne skulle bidrage til, at kommunalt sundhedspersonale med palliative kompetencer kunne aflægge hjemmebesøg døgnet rundt. Og desuden til at styrke sundhedspersonalets kompetencer i forhold til identificering af palliative behov hos borgere i hjemmet og inddrage patienter og pårørende i, hvordan patientens sidste tid skal tilbringes<sup>(3)</sup>. Der blev også afsat midler til etablering af seks nye hospicepladser.<sup>f</sup>

#### *Kontakt til sundhedsvæsenet*

Patientens forløb og kontakt med sundhedsvæsenet er i forandring. Kontakten til sundhedsvæsenet foregår i stigende grad digitalt, fx via online konsultationer, digitale informationer og data om patienten, PRO-teknologier, hjemmebehandling understøttet af sundhedsteknologi mv.

I Kræftplan IV blev der afsat midler til udbredelse af behandling i hjemmet og andre innovative behandlingsformer. Flere regioner har på den baggrund etableret 'hjemmeklinikker', 'daghospital' eller 'hjemmeenheder', hvor patienten kan få foretaget ambulante behandling samme dag, hvilket tidligere krævede indlæggelser. I Kræftplan IV var fokus således på organiseringen af hjemmebehandling. I mellemtiden er den teknologiske udvikling accelereret, med nye muligheder for kontakten til sundhedsvæsenet og for kræftbehandlingen bredt set.

#### *Ulighed i kræft*

Over de senere år er der kommet tiltagende fokus på social og geografisk ulighed i kræft, som i Danmark har været stigende over en årrække. Dette gælder for alle dele af kræftforløbet. Der ses både ulighed i forhold til opsporing af kræft, spredning og stadie på diagnosetidspunktet, komorbiditet, henvisning og deltagelse i rehabilitering, tilbagevenden til arbejdsmarkedet og overlevelse. Således ser det ud til, at mindre ressourcestærke kræftpatienter ikke får gavn af forebyggelse, diagnostik, behandling og opfølgning i samme grad som de mere ressourcestærke patienter. <sup>(8)</sup>

#### *Kvalitetsudvikling*

Kvalitetsudviklingen har, på kræftområdet og sundhedsområdet bredt set, været understøttet med mange forskellige initiativer.

Der er sket en styrkelse af arbejdet med kvalitetsudvikling på kræftområdet på sygehuse med kliniske kvalitetsdatabaser og de 25 Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), som udarbejder og løbende opdaterer kliniske retningslinjer for de enkelte kræftsygdomme med støtte fra RKKP retningslinjesekretariatet og hvor behandlingen monitoreres i de kliniske databaser. I 2024 har regionerne vedtaget at etablere

<sup>f</sup> De nye hospicepladser blev fordelt med 4 i Region Midtjylland og 2 i Region Hovedstaden. I alt er der nu 258 hospicepladser i Danmark.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der vil arbejde med en ny model for kvalitet og prioritering i det danske sundhedsvæsen. I Kræftplan IV blev der afsat midler til en faglig gennemgang og vedligeholdelse af de kliniske retningslinjer for behandling af kræft til at understøtte opdaterede og ensartede faglige retningslinjer på tværs af landet.

Desuden blev 'Danish Comprehensive Cancer Center' (DCCC) etableret som et center for kræftbehandling, forskning og udvikling. DCCC blev oprettet som led i Kræftplan IV, som er et nationalt, forpligtende samarbejde om forskning og udvikling af kræftområde mellem regioner og universiteter.

Endvidere blev der igangsat et arbejde med fokus på at udbygge og kvalitetsforbedre det nationale datagrundlag på kræftområdet. Initiativet blev udmøntet som et projekt under Sundhedsdataprogrammet med titlen Kræftpatientoverblik (KPO), men blev indstillet i forbindelse med tekniske udfordringer ved overgangen til Landspatientregisteret version 3 (LPR3).

På det kræftkirurgiske område blev fra 2017 og frem afsat ca. 2 millioner årligt til at styrke kræftkirurgien. Midlerne blev initialt afsat til at etablere og drifte 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi, men blev vurderet til ikke at være modent til dette, hvorfor midlerne i stedet blev udmøntet til puljemidler. Det har siden da været drøftet, hvordan midlerne bedst muligt kan komme området til gavn.

Sundhedsstyrelsens faglige gennemgang af kræftområdet i 2023, som en del af Regeringens 'Genopretning af kræftområdet' (20), viste, at behandlingen af en række kræftformer igennem lang tid har været særligt udfordret af skrøbelig kapacitet, hvilket kan have negative følger for kvaliteten, fx unødvendig ventetid. I forlængelse af indsatsere i genopretningsplanen blev der afsat midler til en akut styrkelse af kræftområder med 100 mio. kr. i 2023 og 300 mio. kr. i 2024.

## 3.2 Udviklingen i tal

Dette kapitel baserer sig - hvis ikke andet er angivet - på data og figurer fra Sundhedsdatastyrelsens Faktaanalyse (appendix til det faglige oplæg)

### Nye kræfttilfælde og personer der lever med kræft

Det årlige antal nye kræfttilfælde (incidensen) har været stigende igennem mange år. I 2022 var der 47.514 nye tilfælde af kræft mod 40.514 nye tilfælde i 2013. Den aldersstandardiserede incidensrate<sup>§</sup> har dog i samme periode været forholdsvis stabil for begge køn (figur 1), men højere for mænd end for kvinder (se figur 12 i Sundhedsdatastyrelsens faktaanalyse)

<sup>§</sup> Incidensraten er antallet af nye tilfælde pr. 100.000 (mænd eller kvinder) aldersstandardiseret til den danske befolkningssammensætning i 2000. Ved aldersstandardisering tages således hensyn til befolkningens aldersmæssige udvikling ved sammenligning af nye diagnosticerede tilfælde over årene.

Figur 1. Incidens og incidensrate 2013-2022.

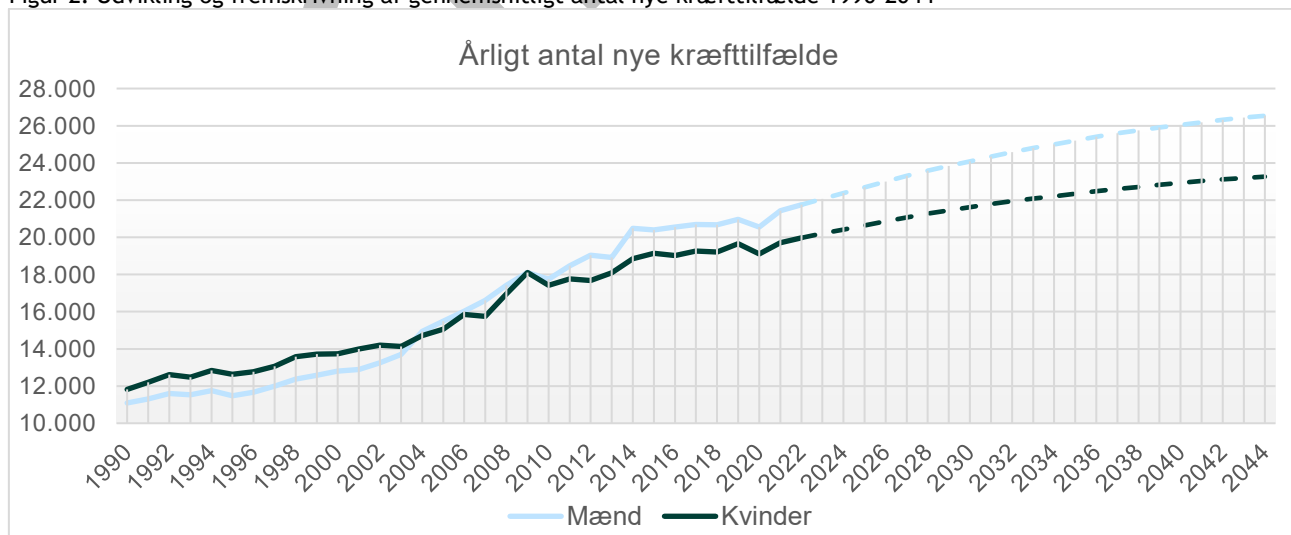
Årgang	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Incidens (mænd og kvinder)</b>	40 151	42 582	43 190	43 645	44 047	44 420	45 179	45 056	47 127	47 514
<b>Incidensrate (aldersstandardiseret*)</b>	636	661	659	657	648	644	647	633	650	646

Ved udgangen af 2022 var der 385.340 personer, som levede med kræft (prævalens) eller tidligere havde fået en kræftdiagnose. Af dem var 210.150 kvinder og 175.190 mænd ratioen mellem incidens og prævalens er steget for både mænd og kvinder i løbet af perioden 2013-2022. Dette indikerer, at flere personer lever med kræft samtidig med at antallet af diagnosticerede kræfttilfælde er stigende. Den øgede prævalens kan tilskrives forbedret overlevelse, da flere kræftpatienter lever længere med sygdommen, hvor de tidligere døde og dermed ikke indgik i statistikken. Dermed er der samlet set også et større volumen af patienter, der har behov for rehabilitering, herunder senfølgeindsats mv.

I perioden fra 2008-2022 sås en stigning i den aldersstandardiserede relative overlevelse efter alle kræftformer (undtaget anden hudkræft end modermærkekræft) fra 77 pct. til 84 pct. for kvinder, og 75 pct. til 83 pct. for mænd. I samme periode en stigning i 5-årsoverlevelsen efter kræft fra 62 pct. til 70 pct. for kvinder og fra 59 pct. til 67 pct. for mænd

Fremskrivninger for de næste 20 år viser, at antallet af nye kræfttilfælde fortsat forventes at stige (figur 2). Fremskrivning af det årlige antal nye kræfttilfælde viser, at der forventes at være 49.797 nye kræfttilfælde (26.535 for mænd og 23.262 for kvinder) i 2044 (se afsnit 6.1. i 'Sundhedsdatastyrelsens faktaanalyse'). Generelt har der siden 2010 været flere nye kræfttilfælde blandt mænd end kvinder, og denne forskel forventes at blive større i fremtiden.

Figur 2. Udvikling og fremskrivning af gennemsnitligt antal nye kræfttilfælde 1990-2044\*



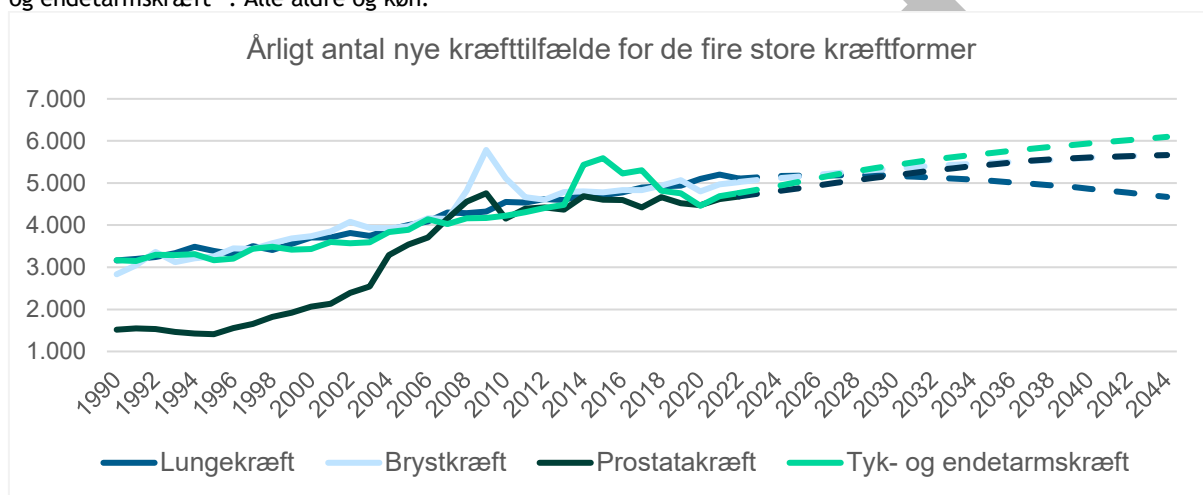
Kilde: NORDCAN 2024



Note: \*Alle kræftformer undtaget godartede former for hudkræft  
 \*\*Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger

Stigningen i det årlige antal nye kræfttilfælde kan tilskrives den ændrede demografiske befolkningssammensætning med flere ældre personer og ikke en ændret sygdomsrisiko i befolkningen(10). Det forventede årlige antal kræfttilfælde er 21,1 % større i 2044 end i 2021. Dette afspejles også i den aldersstandardiserede incidensrate, der har været relativt stabil i de seneste 10 år. (figur 1).

Figur 3. Udvikling og fremskrivning i antal nye kræfttilfælde 1990-2044\* for lunge-, bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft\*\*. Alle aldre og køn.



Kilde: NORDCAN 2024

Note: \*Antal nye tilfælde for 2022-2044 er fremskrivninger  
 \*\*Der er anvendt konstante rater for bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft. For lungekræft er NORDPRED-modellen anvendt.

Inden for de fire store kræftformer (lunge-, bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft) har udviklingen ligeledes været en generel stigning i det årlige antal nye kræfttilfælde. Udsvingene med stor stigning i antallet af nye kræfttilfælde for brystkræft og tyk- og endetarmskræft skyldes indførelse af nationale screeningsprogrammer for de to kræftformer (hhv. 2009 og 2014 for brystkræft og tyk- og endetarmskræft). På baggrund af fremskrivninger forventes der fortsat de næste 20 år at være en stigning i antallet af nye årlige kræfttilfælde for bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft, mens antallet af lungekræfttilfælde sandsynligvis vil falde, som følge af ændringer i rygevaner (figur 3).

Den aldersstandardiserede incidensrate for de enkelte kræftformer viser, at raten har været stabil de seneste 10 år for hovedparten af kræftformer.

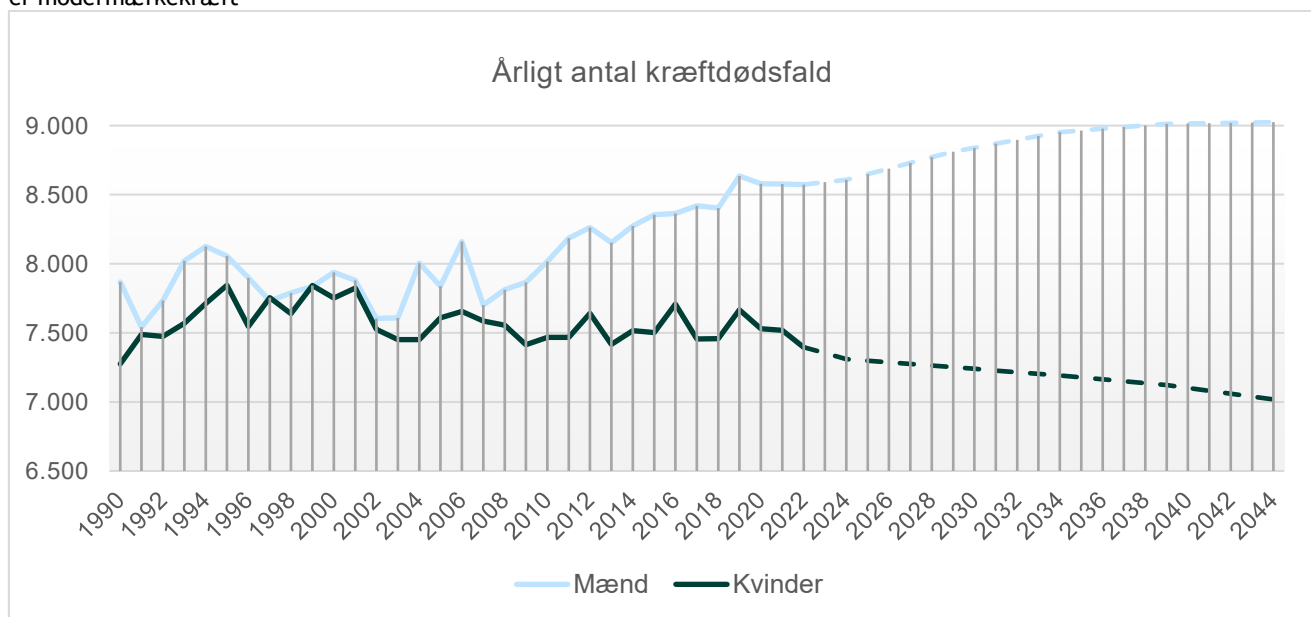
#### Kræftdødsfald (mortalitet)

Den aldersstandardiserede dødelighedsrate har været faldende i perioden 1990 til 2021 for begge køn og forventes fortsat at være let faldende de næste 20 år. Når der derimod ses på det årlige antal kræftdødsfald, er tendensen anderledes (figur 5). Fra omkring 2007 har der været en stigning i antallet af kræftdødsfald om året blandt mænd og en stabil til let faldende tendens blandt kvinder. Fremskrivninger viser, at det årlige antal



kræftdødsfald forventes at stige for mænd og falde for kvinder de næste 20 år. Dette grundet det stigende befolkningstal og ændrede demografi med flere ældre.

Figur 4. Udvikling i antal kræftdødsfald 1990-2044\*. Alle aldre. Alle kræftformer undtaget hudkræft, der ikke er modermærkekræft\*\*



Kilde: NORDCAN 2024

\*Mortalitet for 2022-2044 er fremskrivninger

\*\*NORDPRED-modellen

Udviklingen i kræftdødsfald blandt de fire store kræftformer viser et faldende antal dødsfald blandt personer med lunge-, bryst- samt tyk- og endetarmskræft de sidste 10 år, mens antallet har været stigende for prostatakræft. Denne udvikling forventes at fortsætte de næste 20 år, hvor det især er fremskrivningen, at antallet af lungekræftdødsfald vil være stødt faldende.

#### Risikofaktorer og sygdomsbyrde

Den fremtidige stigning i antallet af kræfttilfælde kan begrænses ved at påvirke risikofaktorerne for kræft og dette kan samtidig bidrage til at begrænse udviklingen af andre sygdomme.

Rygning er den risikofaktor, der øger risiko for kræft og andre alvorlige sygdomme mest. Men også svær overvægt og stort alkoholforbrug associeres med mange kræfttilfælde<sup>h</sup>

Forekomsten af risikofaktorerne er:

- 23 procent af den danske befolkning, der anvendte mindst ét afhængighedsskabende sundhedsskadeligt tobaks- eller nikotinprodukt i 2022.

- 15,7 procent af den voksne befolkning indtog mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (11), hvilket er over den anbefalede grænse, i 2021<sup>i</sup>
- Andelen af den voksne befolkning med svær overvægt<sup>j</sup> var 18,5 procent i 2021, hvilket er en stigning fra 2010, hvor andelen var 13,6 procent.

Derudover kan en række miljøfaktorer, fx radon og UV-stråling, samt kemikalier og materialer i arbejdsmiljøet, herunder naturligt forekommende stoffer, som fx asbest, træstøv og visse typer kvartsstøv, øge risikoen for kræft.(12) (13)<sup>k</sup>

Fx kan for høj koncentration af radon i fx boliger kan indebære en sundhedsrisiko for mennesker, og langvarig udsættelse for radon øger risikoen for lungekræft. Det anslås det, at radon i boliger er en medvirkende årsag til omkring 9 procent af alle nye tilfælde af lungekræft. I de fleste radonrelaterede kræfttilfælde er de ramte rygere(12), da kombinationen af radon og rygning øger risikoen markant.

Solen er den største kilde til eksponering for ultraviolet stråling (UV-stråling) og solarier udsender også UV-stråler. Jo oftere man udsættes for store doser fra sol og solarier, desto større er risikoen for at udvikle kræft i huden(13). Op til 90 procent af alle tilfælde af kræft i huden kan relateres til UV-stråling fra sol og solarier. Hvert år får ca. 16.500 personer nykonstateret kræft i huden i Danmark - heraf får ca. 2.250 konstateret modermærkekræft

Regeringen har nyligt igangsat en række initiativer på forebyggelsesområdet blandt andet på baggrund af forebyggelsesplanen fra november 2023 med henblik på at nedsætte børn og unges forbrug af tobak, nikotinprodukter og alkohol.

#### *Social og geografisk ulighed i forekomst af risikofaktorer*

Risikofaktorerne er socialt og geografisk ulige fordelt i befolkningen således, at der blandt personer med lav uddannelse og personer uden for arbejdsmarkedet er betydeligt flere, der ryger og er overvægtige. Eksempelvis er andelen af personer udenfor arbejdsmarkedet, der ryger dagligt henholdsvis 32,8 procent for førtidspensionister og 21,5 procent arbejdsløse imod 13,9 blandt hele befolkningen. Andelen af personer med overvægt<sup>l</sup> er på 66,1 procent blandt førtidspensionister imod 52,6 procent blandt hele befolkningen.

Med hensyn til alkohol er langt de fleste med et højt indtag mænd; 23 procent sammenholdt med 8,8 procent blandt kvinder. (11) For mænd i aldersgruppen 25-64 år ses det højeste alkoholforbrug blandt gruppen med de korteste uddannelser. For mænd på 65 år og derover ses det højeste alkoholforbrug for dem med de længste uddannelser. Blandt kvinder i alderen 25-64 år er der ingen markant forskel i alkoholforbruget, men blandt kvinder i alderen 65 år og derover er det højeste alkoholforbrug blandt kvinder med de længste uddannelsesm

Det beskrives også i Robusthedskommissionens rapport, at særligt forekomsten af kroniske sygdomme - herunder kræft -, multisygdom og funktionsnedsættelse særligt hos ældre, er med til at lægge pres på sundheds- og ældreområdet i fremtiden. Bæredygtighed på sundheds- og ældreområdet handler derfor også i stor grad om

<sup>i</sup> Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne på 18 år og derover højst drikker 10 genstande om ugen og højst 4 genstande på samme dag.

<sup>j</sup> [Tallene skal opdeles, så her kun fremhæves tal for svær overvægt]

<sup>k</sup> <https://www.cancer.dk/fakta-kræft/aarsager/kemikalier-arbejdsmiljoe/>

<sup>l</sup> [Tallene skal opdeles, så her kun fremhæves tal for svær overvægt]

<sup>m</sup> Sundhedsstyrelsens [forebyggelsespakke alkohol](#)

at sikre, at børn og unge ikke begynder at ryge, at det usunde alkoholforbrug i Danmark brydes, at fysisk inaktivitet og usunde kostvaner modvirkes, og at den mentale sundhed øges.(14)

#### *Sygdomsbyrde fremover - kræft og andre kroniske sygdomme*

I Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapporter om risikofaktorer og sygdomme i Danmark(15), er den ekstra byrde ved en given risikofaktor eller sygdom estimeret, blandt andet i form af kontakter til sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet og død blandt personer. Sygdomsbyrden er estimeret for 9 udvalgte risikofaktorer og 15 udvalgte sygdomme, som tilsammen dækker et væsentligt udsnit af de sygdomme, den danske befolkning rammes af, herunder lungekræft, brystkræft, og kræft i tyk- og endetarm. Disse sygdomme er blandt andet udvalgt, da de har et vist forebyggelsespotentiale. Rapporterne beskriver, hvor der kan skabes forbedringer på befolkningsniveau, og hvilke grupper der har brug for en særlig indsats. Selvom kræftsygdommene er alvorlige, tegner de mere hyppige lidelser, som fx depression og lænderygsmarter, sig generelt for en større del af sygdomsbyrden. Således udgør ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med lungekræft, brystkræft og kræft i tyk-og endetarm kun hhv. 0,7 %, 2,2% og 0,8% af alle sygedage. I relation til dette, skal kræft fortsat tages alvorligt i de kommende år, men ikke nødvendigvis mere alvorligt end andre kroniske sygdomme.

#### **International sammenligning**

Der laves løbende internationale sammenligninger på kræftområdet i EU Country Cancer Profiles(16). Af sammenligningerne ses det, at Danmark har høj forekomst af kræft sammenlignet med både EU-gennemsnittet og de andre nordiske lande. I forhold til risikofaktorerne rygning, alkohol, overvægt og fysisk aktivitet ligger Danmark generelt omkring EU-gennemsnittet eller bedre, men ser man isoleret på rygning og alkohol ligger forbruget i Danmark højere end de øvrige nordiske lande. Selvom kræftoverlevelsen i Danmark ligger over EU gennemsnittet, er der i Danmark flere tabte leveår samlet set, på grund af den høje kræftincidens.

Sammenlignet med EU er der i Danmark høj deltagelse i screeningsprogrammer, der er god adgang til behandling af høj kvalitet, og udstyr som scannere, stråleaccelerator mv.

Sammenlignet med de andre nordiske lande, ses en betydelig social ulighed i sundhed i Danmark. Således er de største afvigelser i kræftoverlevelsen ikke relateret til de enkelte kræftformer, men er derimod associeret med social ulighed i sundhed (målt på uddannelse og indkomst).

#### **Aktivitet i sundhedsvæsenet**

##### *Behandlingsaktivitet*

I 2023 blev 24.537 personer behandlet for kræft med kirurgi, 16.281 med stråleterapi og 58.083 fik medicinsk behandling. Udviklingen i kræftpatienters behandlingsaktivitet viser, at antallet af personer behandlet for kræft har været stabilt de seneste 10 år for alle tre behandlingsformer (se mere i *Faktaanalyse, Sundhedsdatastyrelsen*).

##### *Virtuelle kontakter*

I 2023 havde 80.274 kræftpatienter virtuel kontakt med sundhedsvæsenet, og der var i alt 307.157 virtuelle kontakter for personer med en kræftdiagnose. Udviklingen har for disse kontakter været stabil de seneste 10 år (se mere i *Faktaanalyse, Sundhedsdatastyrelsen*).

### *Radiologiske undersøgelser*

Antallet af radiologiske undersøgelser (CT-scanninger, MR-scanninger og 'andre radiologiske undersøgelser'<sup>n</sup>) til patienter med kræft er samlet set steget over perioden 2020 til 2023. Den stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser udgøres hovedsageligt af en stigning i udførte MR-scanninger, som er steget fra 57.682 scanninger i 2020 til 68.483 scanninger i 2023, svarende til en stigning på omkring 19 pct. Antallet af CT-scanninger er steget 11 pct., mens antallet af 'andre radiologiske undersøgelser' er steget lige knap 3 pct. Antallet af personer, der har fået mindst en radiologisk undersøgelse, har ligeledes været stigende over perioden 2020 til 2023. Det stigende antal radiologiske undersøgelser kan ses i sammenhæng med, at flere kræftsygdomme potentielt kan opdages tidigt, men kan samtidig være unødigt bestråling uden samtidig sundhedsmæssig gevinst, der stemmer overens med aktivitetsniveauet.

### *Pakkeforløb for kræft*

Andelen af pakkeforløb for kræft, hvor begrundet mistanke om kræft bliver bekræftet, har været forholdsvis stabilt mellem 26 og 30pct. i perioden 2014 til 2023. Sammenligner man antallet af kræftpakkeforløb med antallet af bekræftede kræftsygdomme, viser billedet sig lidt anderledes. Det totale antal af kræftpakkeforløb har været stigende over årene, med det største antal i 2023 (160.137), hvilket er 38.891 flere forløb end i 2014, hvilket ikke svarer til udviklingen i antal bekræftede forløb, som har ligget relativt stabilt. Forskellige faktorer såsom variation i målgrupper, diagnostiske metoder, symptomer, henvisningspraksis og sygdomsforekomst gør det svært at sammenligne antallet og andelen af bekræftede tilfælde direkte på tværs af de forskellige pakkeforløb.

### *Genoptræningsplaner og patientrettet forebyggelse*

I perioden 2020-2023 ses der generelt en stigning i antallet af genoptræningsplaner (SUL §140) for kræftpatienter. I 2020 var det samlede antal genoptræningsplaner for personer i et kræftforløb på 4.895, mens det i 2023 var 7.928, hvilket svarer til en stigning på 62%. Når man holder antallet af genoptræningsplaner i 2023 op i mod antallet af nye kræfttilfælde ser det ud til, at det kun er omkring hver 4. nydiagnosticerede kræftpatient, der bliver henvist med en genoptræningsplan. Disse tal skal ses i lyset af, at mange kræftpatienter sandsynligvis bliver henvist til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (SUL § 119), hvilket ikke er muligt at trække data på i Landspatientregisteret. Når man kigger på kommuneniveau, ses der både fald og stigninger i antallet af genoptræningsplaner fra 2020 til 2023. Dette kunne tyde på en forskel i registreringspraksis, samt en forskel på henvisningspraksis for kræftpatienter til henholdsvis genoptræningsplaner (SUL § 140) og forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (SUL § 119).

Det er aktuelt ikke muligt opgøre aktivitet for rehabilitering og palliation. Kortlægning fra Videnscenter for Rehabilitering og Palliation viser stor variation i hvilke rehabiliterings- og palliative indsatser, der indgår i standardtilbud på henholdsvis sengeafdelinger, ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner (17).

### **Kræftpatienter med kroniske sygdomme**

Blandt personer med kræft er der en sammenhæng mellem alder og forekomsten af én eller flere kroniske sygdomme. Af figur 6 ses bl.a., at ud af personer på 75 år eller derover - med en incidens-dato i 2023 - har 43 pct. mindst én kronisk sygdom, mens 12 pct. har flere kroniske sygdomme.

<sup>n</sup> Omfatter røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer)

Figur 6. Andel (pct.) af kræftpatienter med kronisk sygdom (mindst én) eller flere kroniske sygdomme (to eller flere) i RUKS, fordelt på alder, 2012-2023

	Alder	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Mindst én kronisk sygdom</b>	0-44	10%	9%	10%	11%	10%	10%	10%	9%	9%	10%	9%	10%
	45-59	18%	17%	18%	17%	18%	19%	19%	20%	20%	20%	21%	20%
	60-74	29%	30%	30%	31%	31%	32%	33%	34%	34%	32%	34%	34%
	75+	41%	41%	41%	42%	42%	43%	43%	42%	43%	43%	43%	<b>43%</b>
<b>Flere kroniske sygdomme</b>	0-44	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	45-59	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
	60-74	8%	9%	8%	9%	9%	9%	9%	10%	9%	9%	9%	9%
	75+	13%	13%	13%	14%	13%	14%	14%	13%	14%	13%	13%	<b>12%</b>

Kilde: Register for udvalgte kroniske og svære psykiske lidelser (RUKS), 2024

Note: Følgende sygdomme og lidelser indgår i RUKS: astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), demens, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes, type 2-diabetes.

### 3.3 Forventet udvikling og udfordringer fremover

Danmark vil i de kommende år se en ændret demografi, hvor antallet af ældre forventes at stige yderligere. Befolkningsfremskrivninger viser, at i 2035 forventes befolkningsgruppen over 80 år at udgøre en langt større del af befolkningen sammenlignet med i dag. (18) Den demografiske udvikling medfører et ændret sygdomsmønster, idet flere vil leve med kroniske sygdomme og/eller følger af sygdomme. Da stigende alder er den mest betydende risikofaktor for kræft, vil stadigt flere mennesker få kræft og flere af dem vil også have andre samtidige sygdomme. Udviklingen betyder, at befolkningens samlede behov for behandling, rehabilitering med videre vil stige. Den erhvervsaktive del af befolkningen vil imidlertid ikke stige i samme takt som antallet af børn og ældre, hvilket begrænser arbejdsstyrken. Dermed står sundhedsvæsenet over for betydelige udfordringer nu og i de kommende årtier.

Disse ændringer i den demografiske udvikling og det stigende behandlingsbehov, kombineret med nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder samt social ulighed, betyder, at det er nødvendigt med nytænkning af det samlede sundhedsvæsen for også i de kommende tiår at kunne tilbyde befolkningen behandling af god kvalitet. Både af hensyn til at skabe et bæredygtigt sundhedsvæsen, der kan følge med efterspørgslen, og for at sikre den bedst mulige kvalitet for patienter og borgere.

Sundhedsstrukturkommissionen har i sin rapport fra juni 2024 beskrevet fremtidssceneriet for sundhedsvæsenet på baggrund af en større kortlægning og analyse. Der er identificeret nogle tendenser, som vil ændre forudsætningerne for opgaveløsningen i fremtiden, og de vedrører det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere samt befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet. Desuden vil sundhedsvæsenet stå overfor nogle betydelige udfordringer med usammenhængende forløb, ubalance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen samt geografisk og social ulighed i sundhed. Sundhedsstrukturkommissionen beskriver, at sundhedsvæsenet skal fremtidssikres ved at styrke det primære sundhedsvæsen. Stadigt flere patienter vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen fremfor i det specialiserede, da den optimale samlede behandlingsstrategi skal sammenvejes ud fra mange

hensyn, blandt andet en kombination af sygdomme og symptomer, bivirkninger til behandlingen, oplevet sygeliggørelse i hverdagen, livskvalitet og ønsker for livet. Sundhedsstrukturkommissionen beskriver også, at sundhedsvæsenet således kan forvente at skulle gennemgå en organisatorisk forandring med en anden tilrettelæggelse af både almene og specialiserede indsatser(19).

Robusthedskommissionen har i sin afrapportering fra 2023 ligeledes indgående beskrevet sundhedsvæsenets udfordringer og kommer med en række anbefalinger, der blandt andet går på, at uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering (anbefaling 2), at prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagning, differentierede tilbud og øget egenomsorg (anbefaling 3) og at der skal indføres et fælles princip om 'digitalt og teknologisk' først (anbefaling 6) (14). Dette i sammenhæng med et behov for at frigøre ressourcer til borgere, der har brug for tættere kontakt med sundhedsvæsenet, hvilket kan medvirke til at mindske ulighed i sundhed. I forbindelse med Robusthedskommissionen blev der desuden udarbejdet en række mekaniske fremskrivninger af det fremtidige behov for sundheds- og velfærdspersonale, der indikerer, at efterspørgslen på udvalgte uddannelsesgrupper på sundhedsområdet i 2035, målt i forhold til 2021, overstiger udbuddet, særligt hvad angår SOSU-assistenters og -hjælperes.<sup>o</sup>

Fremskrivninger af udviklingen på efterspørgsels- og personalesiden de kommende årtier viser desuden, at en fortsat specialisering med sygehusene som omdrejningspunkt ikke er mulig, fordi arbejdskraften ikke kan udvides svarende til befolkningens stigende levetid og sygelighed. Et stærkere primært sundhedsvæsen, som varetager flere patientforløb i eget regi, kan frigøre sygehusene fra almene opgaver forbundet med indlæggelser, undersøgelser og ambulante konsultationer. Patienterne skal således modtage deres behandling og opfølgning, hvor det giver mest kvalitet for dem. De almene opgaver, der kan håndteres i primærsektoren, skal håndteres dér, så sygehusene kan bruge deres kompetencer og tid bedre til opgaver, der kræver specialisering og som ikke kan løses andre steder (20).

Desuden muliggør den faglige udvikling med nye udrednings- og behandlingsmuligheder mere individuelle forløb og øger kompleksiteten, hvilket kan stille krav til mere specialiserede kompetencer hos personalet og nye måder at organisere forløb på. Nye måder at gøre tingene på kræver også omfordeling af ressourcer, fx mere opfølgning med Apps kræver IT kompetencer, personale til at følge og svare samt mindre læge ambulatorie-tid. Og opfølgning med ctDNA (liquid biospy) kræver mere klinisk biokemi og mindre radiologi. En del af de nye medicinske behandlinger vil endvidere være dyre, hvilket forudsætter, at der fortsat skal tages stilling til deres ibrugtagning og prioritering i al almindelighed.

Udviklingstendensen indenfor både kræftsygdom samt andre sygdomme giver således på nuværende tidspunkt en forventning om et væsentligt kapacitetspres i det samlede sundhedsvæsen. Alene den demografiske udvikling vil, hvis ikke der sker ændringer i tilrettelæggelsen af udredning, diagnosticering, behandling og opfølgning betyde et pres på sundhedsvæsenets kapacitet, hvilket ikke er fagligt bæredygtigt. Da den øgede incidens primært skyldes flere ældre, hvilket ikke kan forebygges, er det ikke muligt at opnå bæredygtighed uden også at ændre aktiviteten, så færre sundhedspersoner kan behandle flere patienter. Aktiviteten kan ændres dels ved at adressere organisering og tilrettelæggelse af forløb for mennesker med kræft og dels ved at adressere risikofaktorer for udvikling af kræft, da der er potentiale for at mindske antallet af kræfttilfælde i Danmark ved at reducere risikofaktorerne til et niveau som i de andre nordiske lande. Dog vil tidsforskydningen mellem reducere af risikofaktorer og kræftforekomst medføre, at det med

<sup>o</sup> [Finansministeriet, Økonomisk Analyse: Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden, 2023](#)

iværksættelse af forebyggelsesinitiativer ikke kan forventes, at der opnås samme niveau af kræftforekomst som i andre nordiske lande frem til 2035, men først på længere sigt.

## 4. #Tema: Individualisering og differentiering af indsatser i forløbene

### 4.1 Strukturel støtte til individuelt tilrettelagte forløb

#### *Pakkeforløb for kræft*

Mange menneskers forløb med en kræftsygdom er understøttet af og tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens pakkeforløb, der fastlægger en national faglig standard for indsatserne og i tillæg hertil anbefalede standardforløbstider for udvalgte elementer, fra mistanke om kræft til opfølgning efter kræft. Supplerende til pakkeforløbene er der i regi af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper udarbejdet kliniske retningslinjer, som nærmere fastlægger, hvad der er god faglig praksis for de enkelte sygdomsgrupper. De forskellige decentrale myndigheder og aktører operationaliserer og leverer indsatserne til de enkelte borgere inden for den faglige ramme og lovgivning. Pakkeforløb, retningslinjer og den praksisnære kontakt med patienterne udgør en fælles ramme, der hænger sammen og udvikles parallelt, og som har bidraget til at optimere kræftbehandlingen. Med denne ramme kan der skabes en forsat positiv udvikling generelt på kræftområdet, både i forhold at overleve en kræftsygdom og leve livet med og efter kræft.

Udover pakkeforløbenes anbefalede standardforløbstider gælder de maksimale ventetider, som er lovbundne tidsfrister for ventetid til udredning og behandling for kræft (23,24).

Det kommende tiårs hovedudfordringer og retning for udvikling, som pakkeforløbene kan være ramme for og drives med, er:

- Bedre funktionsevne og livskvalitet med og efter kræft - mere vidensbaseret prærehabilitering, rehabilitering, senfølgeindsats og palliation samt opfølgning efter behandling med udgangspunkt i borgerens samlede livssituation
- Bedre vurdering af individuelle behov, præferencer og borgerens samlede livssituation samt bedre involvering af patienter i beslutninger om deres forløb. Dette for i højere grad at kunne skræddersy forløbet til den enkelte borger, herunder tilpasset udredning og behandling med individuelt fastsatte og realistiske behandlingsmål
- Bedre overlevelse, funktionsniveau og livskvalitet før og med kræft - flere kræfttilfælde findes i tidlige stadier og bedre resultater opnås gennem viden om effektive kombinationer af behandlingsmuligheder
- Mere effektiv styring og administration af rammer for borgeres forløb via pakkeforløb - opdaterede pakkeforløb og retningslinjer samt fokuseret og sammenhængende opfølgning på gennemførte forløb qua pakkeforløb og lovgivning.



Endelig er der flere andre udfordringer og udviklingsmuligheder, adresseret i dette faglige oplæg, som vil skulle medtænkes i pakkeforløbene.

### Udfordringer

Fremadrettet vil der være en stigende mangfoldighed blandt mennesker med kræft med hensyn til helbredstilstand og funktionsevne samt præferencer og behandlingsmål, som skal tages med i betragtningen - blandt andet som følge af en stigende forekomst af kræft i større ældreårgange med samtidige kroniske sygdomme. Samtidig anvendes i stigende grad kombinationer af undersøgelser og multiple behandlinger, blandt andet baseret på molekylærbiologiske undersøgelser (25), samt teknologi der kan forbedre resultaterne til gavn for patienterne.

Det betyder, at kvaliteten i forløbene fremover i højere grad skal opnås via skræddersyede patientforløb, som snarere er differentierede fremfor 'one size fits all'. Det vil således være til gavn for patienterne med øget individualisering, hvor indsatserne i endnu højere grad rettes mod at give sundhedsmæssige gevinster. Det kan pakkeforløbene fortsat være en hensigtsmæssig ramme for. Større grad af individuelt tilrettelagte forløb forudsætter, at pakkeforløbene struktureres, så der gives plads til, at sundhedspersoner systematisk rådgiver patienter med information og vurdering af dennes helbreds- og behandlingsmæssige situation, forudsætninger, muligheder og konsekvenser, som grundlag for dialog med patienten om dennes præferencer og en fælles beslutningstagning i forhold til udredning såvel som behandling. Særligt kritiske tidspunkter, hvor patientens præferencer skal vurderes og inddrages, er før henvisning til udredning ved mistanke om kræft og i forbindelse med udredning og behandling, fx ved behov for præhabilitering/rehabilitering, samt i opfølgningen efter endt behandling eller langvarig behandling.

Det er vigtigt for langt de fleste mennesker at få hurtig afklaring af, om de har en kræftsygdom, hvis der er mistanke derom, så tiden med usikkerhed begrænses. Baseret på faglig viden vil nogle patienter have helbredsmæssig gavn af mere forberedelse af behandling og dermed helbredsmæssig gavn af at vente lidt længere på behandling end andre. Nogle patienter oplever et intensivt udrednings- og behandlingsforløb som belastende og kan derfor være uønsket - måske især, hvis der er andre problematiske helbredsmæssige, sociale eller mentale forhold til stede (26). Der er derfor brug for at individualisere behandlingen ud fra patientens helbredstilstand, situation, muligheder og præferencer, men stadig indenfor for rammerne af de lovbundne maksimale ventetider. Der er ligeledes brug for at individualisere opfølgingsforløbet, blandt andet da nogle senfølger er mere indgribende end andre, for at den enkelte kan få en god livskvalitet som muligt og stræbe efter at få andre ønsker til livet opfyldt. En øget individualisering af forløbende forudsætter igangsættelse af et fagligt udviklingsarbejde med analyse af, hvilke patientgrupper/forløb, der er særligt tidskritiske og hvilke der er det i mindre grad. Dett som en del af det faglige grundlag for at afklare, hvornår nogle patienters helbredsmæssige tilstand tilsiger, at de vil have gavn af et mere individualiseret forløb.

Andre faktorer har også betydning for at kunne indfri realistiske behandlingsmål og patienters ønsker, som ofte handler om at opnå den bedst mulige effekt af behandlingen. Det kan være præhabilitering før eller sideløbende med behandlingen, rehabilitering som en del for behandlingsforløbet, behandling af samtidige sygdomme, støtte til at møde op til behandling, palliative indsatser mv. For nogle vil den potentielle gevinst ved en given behandlingsrettet indsats ikke være stor eller stå på mål med ulemperne, og der kan derfor være brug for, at indsatsen undlades eller bringes til ophør, hvilket patienter og sundhedsprofessionelle skal kunne vurdere og beslutte sammen. Det er endvidere en vigtig faktor, at livskvaliteten hos mennesker med kræft



bliver så god som mulig. Visse bivirkninger og komplikationer til behandlingen eller kræftsygdommen viser sig tidligt, mens andre viser sig som senfølger - i nogle tilfælde lang tid efter det aktive behandlingsforløb.

Pakkeforløbene har bidraget til at tidsoptimere og skabe veltilrettelagte og sammenhængende forløb, hvilket aktører, sundhedspersoner og patienter er enige om er centrale formål med pakkeforløbene og fortsat skal være det fremover. Samtidig er der brug for at skabe mere fleksibilitet i forløbene til individuelle hensyn, herunder til individuelle tests o.l., der i nogle tilfælde tager tid, samt til at yde en individuel indsats på basis af det rette vidensgrundlag, jf. kliniske retningslinjer o.l., for henholdsvis udredning, prærehabilitering, behandling, rehabilitering, opfølgning på behandling og palliation.

Der henvises til kliniske retningslinjer udarbejdet af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper i pakkeforløbene, og retningslinjerne bidrager til ensartede tilbud af høj kvalitet. I retningslinjerne beskrives de indsatser i udredning, behandling og opfølgning, hvor der er evidens for gavnlig sundhedsmæssig effekt. På nogle områder, fx opfølgning efter nogle kræftformer, er der dog kun sparsom evidens for indsatserne, og retningslinjerne bygger i nogen grad på faglig tradition.

Selvom pakkeforløbene generelt bidrager til veltilrettelagte, effektive forløb, kan nogle mennesker opleve, at mødet med sundhedsvæsenet giver ukoordinerede forløb samt uklar eller misvisende information. Typisk ved skift mellem de sundhedspersoner, som patienterne møder. Der er også nogle, som oplever, at de selv eller deres pårørende må påtage sig et uforholdsmæssigt stort ansvar for at skabe sammenhængende forløb; det være sig på sygehus(27), i kommune og almen praksis.(28) Dette er typisk forstærket for mennesker med multisygdom og omfattende skrøbelighed med flere mere eller mindre overlappende kontakter i forskellige sygehusafdelinger, hos praktiserende læger og i kommunen.(29) Eftersom koordination er en kritisk faktor, bør behovet for koordination begrænses. Patienterne bør så vidt muligt have gennemgående kontakter i forløbet, dvs. deres primære kontakter til så få forskellige sundhedspersoner som muligt.

Der er forskel på pakkeforløbenes standardforløbstider og patientrettigheden jf. reglerne om maksimale ventetider til udredning og behandling, og det har kunnet forekomme uklart for patienter og sundhedsfagligt personale, hvad der er hvad, og hvordan de følges. Andelen af forløb inden for forløbstiderne følges i dag via den nationale monitorering med henblik på videreudvikling af pakkeforløbene. Der er brug for, at pakkeforløbstiderne bringes i større overensstemmelse med de lovbundne maksimale ventetider, hvor der er et vidensbase-ret og fagligt grundlag for det i de forskellige dele af pakkeforløbene. Der lægges således ikke op til at ændre på de maksimale ventetider. Desuden at monitoreringen af forløbstiderne ajourføres med de justerede pakkeforløb, så opfølgningen er opdateret i forhold til den faglige udvikling og giver mest muligt kvalitet for patienterne, hvilket blandt andet kan gøres ved at prioritere det, der er mest kritisk for patienterne, samtidig med at processerne mellem aktørerne smidiggøres.

Der er 25 organspecifikke pakkeforløb, som dækker cirka 40 kræftformer, og ét diagnostisk pakkeforløb. De organspecifikke pakkeforløb anvendes, når patienten vurderes at have specifikke alarmsymptomer, der peger i retning af en bestemt kræftform. Det diagnostiske pakkeforløb anvendes, når patienten vurderes at have uspecifikke symptomer, som kan være tegn på kræft eller anden alvorlig sygdom, samt når der er tegn på spredning af kræft, men det er uvist, hvor kræften stammer fra. Langt de fleste patienter med kræft udredes og behandles i et pakkeforløb(30), og lidt over halvdelen henvises fra almen praksis eller praktiserende speciallæge, mens cirka en tredjedel henvises fra en sygehusafdeling.(31)

Siden 2012 har det været obligatorisk for regionerne at registrere specifikke punkter i kræftforløbene med henblik på monitorering af pakkeforløb for kræft. Fra januar 2024 overvåges de maksimale ventetider på kræftområdet gennem en ny indberetning. Regionerne indberetter nu alle patientforløb på kræftområdet, som er omfattet af reglerne.

### Ambition og mål

Ambitionen er, at pakkeforløbene også fremover skal medvirke til at skabe bedre og mere veltilrettelagte, effektive forløb med høj kvalitet for mennesker med kræft eller hvor der er mistanke om kræft. Pakkeforløbene skal støtte forløb baseret på patientinvolvering med vurdering af patientens situation, forudsætninger og præferencer samt gennem fælles beslutningstagen vedrørende behandlingsmuligheder ud fra et fagligt grundlag. Samtidig skal pakkeforløbene støtte dét i forløbene, der typisk er fælles for grupper af patienter med samme karakteristika. At nogle elementer i pakkerne bliver fælles på tværs af patientgrupper kommer ikke til at betyde, at nogle patienter ikke kan inkluderes i pakkeforløb, som de ellers ville kunne profitere af sundhedsmæssigt.

Opdateringen af pakkeforløb skal være fagligt funderet og målene for opdateringen er:

- Kvalitet for patienterne
- Hurtig afklaring ved mistanke om kræft
- Mere individuelt skræddersyede forløb
- Systematiske behovsvurderinger som minimum på kritiske tidspunkter i forløbet
- Henvisning til præ- og rehabilitering og palliative indsatser samt opfølgning, herunder senfølgeindsats, sker systematisk
- Bedre overlevelse, funktionsniveau og livskvalitet før og med kræft
- Mere effektiv styring og administration af rammer for patienters forløb.

**Anbefaling 1:** Sundhedsstyrelsen opdaterer pakkeforløb for kræft i overensstemmelse med formålet om at skabe veltilrettelagte forløb, med hurtig udredning og afklaring samt hurtig behandling og opfølgning efter kræftsygdom, der understøtter differentierede og sammenhængende forløb på tværs af sektorer, indenfor rammerne af de lovbundne maksimale ventetider. Opdateringen sker med inddragelse af faglige miljøer, patientrepræsentanter, ansvarlige myndigheder mv.

### Mulige initiativer og tidshorisont

På kort sigt:

- Sundhedsstyrelsen gennemfører et indledende fagligt arbejde med inddragelse af faglige miljøer, patientrepræsentanter, ansvarlige myndigheder mv. som afsæt for en efterfølgende opdatering, der skal forbedre pakkeforløbene for kræft:
  - Det fastlægges på et overordnet niveau, hvad der fremover skal være fælles for alle pakkeforløbsbeskrivelser med hensyn til indgang til pakkeforløb, præhabilitering, udredning, behandling, rehabilitering, palliation og senfølger samt opfølgning.
- Danske Multidisciplinære Cancer Grupper gennemfører et indledende fagligt udviklingsarbejde som en forudsætning for at kunne tilrettelægge individuelt skræddersyede forløb i højere grad, baseret på faglig viden om, hvilke patientgrupper, der kan have helbredsmæssigt gavn af differentierede forløb. Dette som afsæt for en efterfølgende opdatering af pakkeforløb for kræft:

- Grundlæggende stratificering af målgrupper med subpopulationers forskellige karakteristika, prognoser og behandlingspotentialer for at kunne differentiere på et fagligt grundlag

På mellemlangt sigt:

- Sundhedsstyrelsen opdaterer pakkeforløb for kræft i overensstemmelse med målene og med det forudgående indledende faglige arbejde som bidrag til det, der er fælles for alle pakkeforløb. Opdateringen vil nærmere bestemt omhandle:
  - Vurdering og præcisering af indgangen til pakkeforløbene, så der opnår størst mulig præcision, med fokus på både ikke-sygdomsspecifikke (fx tilgange til vurdering af skrøbelighed mv.) og organspecifikkespecifikke elementer (fx indgangskriterierne) i almen praksis mv. før henvisning
  - Flere kræfttilfælde findes i tidlige stadier og der opnås bedre resultater gennem bl.a. viden om effektive kombinationer af behandlingsmuligheder
  - Øget patientinvolvering fx i forbindelse med mistanke om kræft før henvisning til pakkeforløb i behandlingsforløbet med henblik på mere individuelt fastsatte og realistiske behandlingsmål
  - Mere vidensbaseret prærehabilitering, rehabilitering, senfølgeopfølgning og palliation samt opfølgning efter behandling med udgangspunkt i borgernes samlede livssituation.
- Danske Multidisciplinære Cancer Grupper opdaterer kliniske retningslinjer, bistået af Sundhedsstyrelsen, i forhold til kobling til pakkeforløbene generelt og den overordnede opfølgning, med følgende indhold:
  - Kliniske retningslinjer om udredning og behandling baseret på stratificeringen med tydelige muligheder for differentiering
  - Kliniske retningslinjer uden evidens for gavnlige sundhedsmæssige effekter, herunder retningslinjer for opfølgning. I den forbindelse arbejdes der med en ensartet tilgang for ændring af kliniske retningslinjer ved manglende evidens, herunder indsamling af data til monitorering af effekten og opbygning af evidens, fx via kvalitetsdatabaserne. Ved ophør af indsatser uden dokumenteret effekt bør patienters tryghed, mestring og egenomsorg understøttes på anden vis, fx gennem udbredelse af APPs til registrering af symptomer på tilbagefald og senfølger samt information og rådgivning (se også kapitel 5.5. og 6.2).
- Sundhedsstyrelsen udarbejder overordnede retningslinjer bistået af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper:
  - Retningslinjer om prærehabilitering, rehabilitering, palliation og senfølger - supplerer Danske Multidisciplinære Grupperes kliniske retningslinjer og konkretiserer samlet set pakkeforløbene
  - Retningslinjer for opfølgning på afsluttet eller langvarig behandling, hvor opfølgningen sker i regi af almen praksis med inddragelse af sygehus og andre praktiserende speciallæger til at levere nødvendige supplerende undersøgelser og faglig sparring.
- Regioner og andre ansvarlige myndigheder/aktører implementerer de opdaterede pakkeforløb og retningslinjer
- Sundhedsstyrelsen justerer den overordnede styring og administration af pakkeforløbene svarende til ændringerne i pakkeforløbene, herunder monitoreringen, prioriteret og aggregeret til kritiske punkter.

## 4.2 Vurdering af patientens situation, muligheder og præferencer

I et kræftforløb kan der opstå mange behov for indsatser og støtte undervejs. Dette kan for eksempel være rygestop, ernæringsindsats, fysisk aktivitet/træning, håndtering af smerter, forebyggende samtale om alkoholforbrug, støtte til opretholdelse af funktionsniveau, hjælp til kognitive vanskeligheder, mestring af træthed/fatigue. Det kan også være støtte til at navigere i sundhedsvæsnet, transport til og fra behandling, træning, indsats, afklaring af mål og niveau for behandling, afklaring af ønsker til den sidste tid, psykologisk støtte fx ved angst, støtte til- og inddragelse af børn og pårørende og meget andet.

### Udfordringer

#### *Manglende systematik i vurdering af patientens situation, muligheder og præferencer*

Der har været iværksat en række initiativer med henblik på at understøttesystematiske vurderinger af patienters situation, muligheder og præferencer hvilket er en forudsætning for at sikre det bedst mulige forløb og outcome af behandlingen. Vurdering af patientens situation, muligheder og præferencer er grundstenen for at kunne differentiere indsatser og tilbud igennem kræftforløbet (både ved udredning, behandling, præhabilitering, rehabilitering, hjælp til senfølger, palliation og opfølgning)(6,32). På trods af dette viser vidensafdækninger(17,27), at det fortsat ikke sker systematisk. Det er nødvendigt med en løbende vurdering, da situationen, muligheder og præferencer typisk ændrer sig før, under og efter behandlingsforløbet.

#### *Redskaber til vurdering af situation, muligheder og præferencer*

Der findes aktuelt mange tilgange og redskaber, der kan understøtte systematisk vurdering af patientens situation, muligheder og præferencer. Fx kan elementer fra redskaberne Geriatric 8 og Clinical Frailty Scale benyttes til vurdering af skrøbelighed hos ældre, hvilket er en central forudsætning for at kunne tilrettelægge forløb for ældre med kræft. Flere af disse redskaber er understøttet af teknologi.

Vurdering af patienternes situation, muligheder og præferencer kan også understøttes af patientrapporterede oplysninger (PRO), som er patienters egne vurderinger af eventuelle behov, som kan indgå i beslutningsprocessen vedrørende relevante indsatser. Der er brug for en mere systematisk rapportering og inddragelse af patientens egne oplysninger. Nogle patienter kan af forskellige årsager ikke selv mestre at rapportere oplysninger, enten digitalt eller i et fysisk skema, og kan derfor have behov for støtte til det. Der er udviklet både kommunale, regionale og nationale PRO-skemaer, men der er ikke en fælles national tilgang og ramme herfor, herunder en fælles national og landsdækkende implementering, som kan understøtte, at patienter kan få ensartede tilbud på tværs af landet om løbende vurdering af deres situation, muligheder og præferencer. Der er derfor brug for en fælles, national tilgang og koordinerende struktur for anvendelsen af PRO-skemaer, herunder på kræftområdet, og digital understøttelse heraf. En koordinerende struktur vil også kunne understøtte et arbejde med ensartede nationale spørgerammer med generiske kernespørgsmål, hvortil der kan suppleres med andre validerede redskaber målrettet specifikke problemstillinger, patientgrupper o.l.

#### *Understøttelse af patientinvolvering samt fælles beslutning vedrørende til- og fravalg*

Indledende og løbende vurdering af patienters situation, muligheder og præferencer giver mulighed for, at forløbet kan tilpasses den enkelte, herunder til- og fravalg af udredning eller behandling. Flere undersøgelser<sup>P</sup> viser imidlertid, at patienter ikke føler sig tilstrækkeligt involveret og mangler støtte til beslutninger omkring valg vedrørende deres forløb. Der er gennem de senere år udviklet tilgange, der understøtter, at de

<sup>P</sup> Se bl.a. Landsdækkende undersøgelser af patienter (LUP) og Kræftens bekæmpelses Barometerundersøgelse.

sundhedsprofessionelle og patienterne kan tage fælles beslutning om til- og fravalg i forløbet. Fælles Beslutningstagning er således en systematisk proces, hvor sundhedsprofessionel og patienten i dialog og ved deling af viden finder frem til det bedste valg for patienten. Der er potentiale for systematisk udbredelse af denne tilgang for at øge patientinvolveringen(33). Patienter har ofte større behov for rådgivning, information og betænkningstid ved valg mellem flere behandlingsmuligheder, herunder fravalg af udredning og behandling(27). Det er en udfordring, at der ikke altid indlægges tid til det i beslutningsprocessen.

#### *Udbredelse af digitale værktøjer til at understøtte triagering og egenomsorg*

Der er potentiale i at udvikle og udbrede muligheder for digital triagering, fx ved hjælp af digitale PRO-værktøjer, der guider patienten til relevante indsatser, baseret på en vurdering af symptomer, sociale forhold, ønsker mv. samt med visning af, hvilke aktører, der er ansvarlig for hvad. Hermed kan patienten hurtigt dirigeres til relevante indsatser i sundhedssystemet, hvilket også understøtter en mere effektiv anvendelse af ressourcer(33). I sådanne løsninger kan også indtænkes støtte til egenomsorg/hjælp-til-selvhjælp (fx e-læring eller træningsvideo) til patienter med milde symptomer. Patienter med moderate symptomer kan anvises et rehabiliteringstilbud i kommunen, en samtale med almen praksis mhp. afklaring af almen medicinske problematikker og behov, og patienter med svære eller komplekse symptomer og problematikker kan anvises en specialiseret indsats i hospitalsregi. Forudsætningen er, at der er udarbejdet en klinisk valideret model, der understøtter triagering af patienten<sup>9</sup>, og hvor parter på tværs af sektorer er inddraget i udviklingen og/eller kvalificering.

#### *Manglende overblik og videregivelse af oplysninger mellem sektorer*

Ved overgange mellem sektorer eller afdelinger i et kræftforløb videregives information om patienten i elektroniske patientjournaler, ofte med foruddefineret tekst eller afkrydsning, hvilket bevirker, at viden om patientens behov, fx vedr. sårbarhed eller særlige forhold ikke beskrives og videregives. Der mangler således overlevering af vigtigt patientinformation mellem sektorerne, hvorfor indsatserne ofte bliver sektoropdelte, u-koordinerede og u-differentierede.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er, at øge patientinvolveringen, så alle patienter systematisk dels får afdækket egne behov og præferencer hvad angår funktionsevne, skrøbelighed, sårbarhed og sociale forhold og dels får viden om muligheder for eksempelvis behandling og eventuelle senfølger. Dette skal være udgangspunkt for tilrettelæggelse af differentierede behandlingsforløb, herunder personlige behandlingsmål og -niveau for til- og fravalg af udredning og behandling, samt differentierede støttende indsatser. Dette skal ske systematisk gennem hele behandlingsforløbet, efter endt behandling og ved livslang behandling. Herunder at der sikres indsatser til støtte for et godt hverdagsliv og en god og værdig afslutning på livet.

Målet er, at afdækningen og vurderingen når muligt sker med afsæt i data fra patienten selv vha. digitale, patientrapporterede oplysninger suppleret med andre relevante redskaber (ex. spørgeskema, samtale og fysiske test) og at udbrede brug af redskaber til fælles beslutningstagning.

<sup>9</sup> Der er aktuelt udviklet sådanne løsninger indenfor bl.a. senfølgeområdet, som der kan skeles til.

Målet er desuden, at individuelt tilpassede forløb øger lighed i sundhed og samtidig kan frigive ressourcer og kapacitet, når flere borgere og patienter understøttes i egenomsorg til at kunne varetage dele af deres sygdom selv (33,14).

**Anbefaling 2:** Vurdering af patienters situation, muligheder og præferencer etableres som fast praksis og lægges til grund for fælles beslutningstagning om behandlingsmål og indsatsernes tilrettelæggelse i forløb. Det anvendes systematiske arbejdsgange samt faglige og brugerinddragende metoder.

### Mulige initiativer og tidshorisont

På kort sigt:

- Kommuner, almen praksis og sygehuse implementerer fast praksis for systematisk vurdering og involvering af patienter, hvilket skal ske på kritiske tidspunkter i et forløb, som minimum før henvisning til udredning ved mistanke om kræft, i forbindelse med udredning og behandling, fx i forhold til behov for præhabilitering/rehabilitering, samt i opfølgningen efter endt behandling eller ved langvarig behandling.
  - Arbejdsgange og procedurer tilrettelægges, så behovsvurdering sker systematisk med udgangspunkt i eksisterende/validerede redskaber målrettet patienternes specifikke situation og tilstand, såsom ældres skrøbelighed, patientens ressourcer bl.a. andet til identificering af sårbarhed, palliative behov eller andet. Desuden implementeres metoder til fælles beslutningstagning (34)<sup>r</sup>, og værktøjer til rapportering af patientoplysninger (PRO)<sup>s</sup> udbredes med henlik på at understøtte praksis for patientinvolvering. Det indebærer implementering af faste arbejdsgange, herunder for videregivelse/adgang til oplysninger på tværs af sektorer, fx understøttet digitalt (se anbefaling vedr. digital visning i afsnit 6.2 vedr. teknologi)
  - Det gøres til fast praksis at støtte sårbare/skrøbelige patienter, som har svært ved selv at udfylde PRO-skemaer o.l., fx ved psykisk sygdom, sprogbarrierer ved anden etnicitet end dansk mv. De kritiske tidspunkter i forløbet for vurdering og patientinvolvering, herunder ansvarsfordelingen:
  - Forud for henvisning til udredning for kræft, fx i kræftpakkeforløb: patienten vurderes systematisk i forhold til skrøbelighed<sup>t</sup>, sociale forhold, som del af en helhedsvurdering. Der anvendes metode til fælles beslutningstagning vedrørende patientens ønsker/præferencer til videre udredning mv. Oplysningerne sendes med henvisningen, hvilket forudsætter, at der bl.a. etableres forpligtende systematik/mulighed for information i henvisningsform.

<sup>r</sup> Fælles beslutningstagning betegner den måde, patient og kliniker i sammen træffer beslutning om udredning, behandling, pleje eller opfølgning på en måde og i et omfang, som patienten foretrækker. Der anvendes evidensbaseret viden om valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder til professionel rådgivning af patienten. Herved støttes patienten i at udforske egne værdier og præferencer, så den bedste mulighed vælges i forhold til patientens præferencer. (Sygehus lillebælt. Center for fælles beslutningstagen. Tilgængeligt 30. august. 2024. Link: <https://sygehuslillebaelt.dk/afdelinger/veile-sygehus/center-for-faelles-beslutningstagning>.)

<sup>s</sup> PRO-teknologier som grundlag for stratificering anvendes allerede i dag nogle steder i landet i forhold til identifikation og behandling af senfølger. Der kan ses på erfaringer herfra.

<sup>t</sup> Fx vurderet ved 'Clinical Frailty Scale (CFS).

- Vurdering af patientens behov, status, velbefindende, udvikling i symptombillede/symptomforværring mv. Det gøres før, under og ved endt behandling med henblik på at identificere behov for udredning/behandling, herunder behandlingsniveau, præhabilitering, rehabilitering, senfølgeindsats, palliation osv. Den/de lokale enheder, der varetager de nævnte tilbud, orienteres, så de får kendskab til borgere, der udredes/behandles for kræft, og kan henvise dem til afklarende samtale ved behov. Almen praksis orienteres ligeledes, blandt andet ved akut opstået sygdom, hvor borgeren ikke har været i kontakt med almen praksis forinden, samt undervejs behandlingsforløbet (se også afsnit 4.3 )
- Når opfølgningen overgår til almen praksis videregives fylldig skriftlig information i epikrisen, herunder om mulige senfølger, der kan opstå samt kontaktmulighed for sparring med sygehuset ved behov. I den opfølgende samtale identificeres behov for opfølgende støtte, fx til egenomsorg, senfølger, rehabilitering, lindrende indsats mv.
- BVurdering af behov hos borgere, der er henvist til afklarende samtale. Der tager ligeledes kontakt til de borgere, der ikke er blevet henvist til afklarende samtale eller har udvist behov for støtte, med henblik på at kunne følge op og vurdere behov for afklaring.

På mellemlangt sigt:

- Koordinering af ensartet tilgang, videndeling og videreudvikling af værktøjer til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO) og digitale værktøjer forankres i en national struktur i regi af Sundhedsdatastyrelsen (se yderligere afsnit 6.2).

Initiativernes endelige placering vil afhænge af udfaldet af regeringens sundhedsreform.

### 4.3 Forankring af indsatser og systematisk opfølgning i almen praksis

#### Udfordringer

Vores sundhedsvæsen bygger på en reaktiv tilgang, hvor størstedelen af konsultationer og udredning baserer sig på, at patienten selv henvender sig på baggrund af oplevede symptomer. Sårbare patienter kan have svært ved at henvende sig til almen praksis, og rammerne for konsultationer imødekommer ikke altid sårbare patienter og patienter med komorbiditet. Dette betyder, at der er risiko for at symptomer på kræft overses eller at sygdommen først findes i et senere stadie.

I et kræftforløb står almen praksis oftest for at henvise til pakkeforløb, mens udredning og behandling er specialiseret og foregår på sygehus. Under kræftforløbet er almen praksis fortsat patientens første indgang til sundhedsvæsenet ved evt. nye symptomer, ligesom almen praksis ofte står for opfølgning af evt. samtidige kroniske sygdomme.

Patientens egen læge i almen praksis er ofte den sundhedsfaglige person, som kender patienten bedst, særligt de sårbare patienter. Ved henvisning fra almen praksis til sygehus videregives information om patienten elektronisk med en kombination af foruddefineret tekst, afkrydsning og fritekstfelter. Vigtige informationer om sårbarhed, skrøbelighed, behov og præferencer skrives i fritekstfelter, som ikke vises systematisk i patientjournalen på sygehus og dermed nemt kan overses. Samtidig modtager patienter og pårørende ofte ikke information fra hverken sygehus eller almen praksis om almen praksis' rolle i deres kræftforløb, og almen



praksis kan opleve, at deres kontakt til patienter med kræft er reaktiv og ustruktureret. (35) Både kommuner og almen praksis giver udtryk for at informationen fra sygehuset i henvisninger og epikriser er utilstrækkelig. (36)

En øget involvering af almen praksis i kræftforløb kan bidrage til større sammenhæng i forløb og til at patientens ønsker og behov i højere grad afdækkes før henvisning og indgår i planlægningen af forløbet på sygehus. En rapport fra Syddansk Universitet beskriver viden og redskaber, som almen praksis kan tage i brug i hele forløbet, fx en mere proaktiv tilgang og en aktiv rolle med at oversætte og fortolke diagnose, behandlingsmuligheder og konsekvenser(35) ligesom Dansk selskab for Almen Medicin har udarbejdet en vejledning for kræftopfølgning i almen praksis (37) . Der findes således viden og afprøvede redskaber til at øge involveringen og styrke kvaliteten af almen praksis indsats i kræftforløb. Det er endvidere muligt, at almen praksis kan overtage noget opfølgning efter endt behandling for kræft fra sygehusene, idet en del opfølgning ikke kræver specialiserede kompetencer. Læger i almen praksis er eksperter i at vurdere patientens samlede helbreds- og livssituation og kan derfor varetage patientens forløb efter kræft, hvor flere forhold skal afvejes, herunder senfølger, symptomer på tilbagefald og sammenhængende med evt. samtidige kroniske sygdomme.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er, at forankring af indsatser i almen praksis for mennesker hvor kræft mistænkes eller som har en kræftsygdom medvirker til et mere helhedsorienteret forløb, som tilrettelægges under hensyn til patientens situation, muligheder og præferencer.

Målet er, at en stærkere forankring i almen praksis for mennesker, hvor kræft mistænkes eller som har en kræftsygdom, medvirker til indledende og løbende afklaring med henblik på tilrettelæggelse af forløbet, herunder at mindske ulighed i sundhed ved muligheder for en proaktiv indsats.. Målet med opfølgning efter kræft i almen praksis er højere kvalitet for patienten med mere opmærksomhed på behov for rehabiliterende indsatser, senfølger samt bedre sammenhæng med håndteringen af evt. kroniske sygdomme.

**Anbefaling 3:** Ansvar og opgaver for almen praksis tydeliggøres for henvisning til udredning ved mistanke om kræft, blandt andet via pakkeforløb, proaktiv indsats under behandling og opfølgning efter behandling, herunder særlig støtte til sårbare patienter.

#### **Mulige initiativer og tidshorisont**

På kort sigt:

- Almen praksis identificerer systematisk patienternes situation, muligheder og præferencer før henvisning til udredning ved mistanke om kræft, med henblik på differentiering af det videre forløb (se også afsnit 4.2). På baggrund af denne vurdering skal almen praksis gøre en mere proaktiv indsats undervejs i behandlingsforløbet, særligt med henblik på støtte til sårbare patienter, herunder mennesker med psykiske lidelser og multisygdom samt patienter med sproglige udfordringer, herunder patienter med anden etnicitet end dansk i forhold til fastholdelse i behandlingsforløbet.

På mellemlangt sigt:



- Opfølgning efter endt behandling eller ved langvarig behandling på sygehus, som ikke kræver særlige fagspecifikke eller flerfaglige kompetencer samme sted eller særligt udstyr (20), forankres i almen praksis, som overtager behandlingsansvaret og indkalder patienten systematisk til opfølgende samtale med henblik på relevante indsatser. Der lægges en plan for den videre opfølgning efter behov, herunder evt. henvisning til indsats andet sted, fx rehabilitering ved senfølger i kommunen. Der laves en plan for fremtidig kontakt, fx hvis nye senfølger eller symptomer på tilbagefald opstår på et senere tidspunkt. Opfølgning i almen praksis forudsætter, at der er opdaterede kliniske retningslinjer for opfølgning (se 4.1), og at kapaciteten i almen praksis styrkes som led i den planlagte sundhedsreform.
- Kommunikationsveje forbedres, så sygehuse, kommuner og almen praksis kan have dialog med hinanden ved behov - særligt ved fx komplekse forløb og sårbare patienter mv. Det skal sikre løbende information mellem sektorerne ved hjælp af fyldestgørende henvisninger med struktureret information om situation, muligheder og præferencer samt epikriser med tydelige angivelser af mulige bivirkninger til behandling, risiko for senfølger, og andre særlige opmærksomhedspunkter i forhold til opfølgning mv. Der etableres faste aftaler om specialistsparring i forhold til problematikker om opfølgning, behandling mv. for både hyppige og mere sjældne kræftformer samt mulighed for afholdelse af tværsektorielle konferencer, etablering af hotlines o.l.

## 5. #Tema: Tilrettelæggelse af indsatser i forløbene

### *Indsatser før kræft*

#### 5.1 Screening

Der er i Danmark tre nationale kræftscreeningsprogrammer for hhv. brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft. Screening for brystkræft tilbydes personer mellem 50 og 69 år med kvindeligt brystvæv (siden 2009), screening for livmoderhalskræft tilbydes personer mellem 23 og 64 år med en bevaret livmoderhals (siden 2006), mens screening for kræft i tyk- og endetarmen tilbydes borgere mellem 50 og 74 år (siden 2014). I perioden 2024-2026 kører desuden et pilotstudie vedrørende screening for lungekræft, hvor målgruppen identificeres ud fra risikofaktorer (risikobaseret screening). Bl.a. på baggrund af pilotstudiet tages der stilling til, om det skal anbefales at indføre lungekræftscreening som et nationalt screeningsprogram i Danmark.

I Danmark er der generelt høj tilslutning til de nationale screeningsprogrammer, men med variation indenfor de enkelte programmer samt lavere tilslutning for nogle grupper af borgere (22).

Retten til screening er beskrevet i Sundhedsloven<sup>4</sup>. Specifikt for screening for brystkræft fremgår det, at der er ret til brystundersøgelse hvert andet år i bopælsregionen. For hhv. screening for tarmkræft og livmoderhalskræft er i loven anført rettigheden, men ikke hvor tit, at screeningen skal tilbydes.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 faglige anbefalinger for screening for tarmkræft og i 2018 for livmoderhalskræft. Anbefalingerne er ikke opdateret siden. Derudover udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2014 nogle overordnede anbefalinger for nationale screeningsprogrammer, hvori der bl.a. præsenteres 10 kriterier et screeningsprogram skal leve op til(38). For brystkræftscreening er der ikke udarbejdet anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen har i en rapport fra 2022 samlet erfaringer med de tre screeningsprogrammer på kræftområdet. Det er første gang, der er gjort samlet status på programmernes indhold og effekt i Danmark.

### Udfordringer

#### *Manglende evaluering og revidering af screeningsprogrammerne*

Der er både fordele og ulemper forbundet med at screene for kræft - også kaldet gavnlige og skadelige virkninger.

De gavnlige virkninger af at indføre et kræftscreeningsprogram er væsentligst, at man ved at screene en given population systematisk kan finde kræften tidligere og behandle den med et bedre resultat til følge. Færre vil dø af den pågældende kræftsygdom og operationen vil ofte være mere skånsom.

De skadelige virkninger ved at screene for kræft er væsentligst, at screeningstesten kan påvise tegn på kræft, som ved efterfølgende undersøgelser afkræftes, såkaldte falsk positive resultater. Det kan lede til bekymring og angst hos den screenede. Screeningstesten kan i sjældne tilfælde også overse kræft, falsk negative resultater, hvilket i værste fald kan føre til, at den testede ikke går til lægen på trods af symptomer. Endelig kan screeningstesten finde tilfælde af kræft, der udvikler sig så langsomt, at patienten ikke vil opleve symptomer på kræften i sin levetid og vil dø af andre årsager (overdiagnostik). En konsekvens af overdiagnostikken er, at man vil kunne komme til at sende en borger gennem udrednings- og behandlingsforløb for kræftsygdom, der ikke gavner borgeren, men blot bliver en belastning. Ligesom det er en u hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsnets ressourcer.

Udfordringen er, når man tilrettelægger kræftscreeningsprogrammerne, at sikre, at fordelene ved screeningsprogrammerne øges og ulemperne reduceres. Man kan i tilrettelæggelsen af programmerne skrue på forskellige parametre for sikre at balancen tipper i favør af fordelene.

Tilrettelæggelsen af de nuværende nationale screeningsprogrammer har ikke ændret sig væsentligt siden de blev indført og har ikke, eller kun i begrænset omfang, været revideret. I 2022 udarbejdede

<sup>4</sup> Screening for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft er beskrevet i Sundhedsloven. I kapitel 18. *Særlige sygehusydelse m.v.* bekendtgøres, at personer mellem 50 og 69 år med kvindeligt brystvæv, har ret til brystundersøgelse hvert andet år i bopælsregionen, at undersøgelsen omfatter røntgenundersøgelse (mammografi) og at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tilbuddet om brystundersøgelse (§ 85). Personer med en livmoderhals har fra det 23. år ret til screening for livmoderhalskræft i bopælsregionen og Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tilbuddet om screening for livmoderhalskræft (§ 85 a). Personer mellem 50 og 74 år har ret til screening for tyk- og endetarmskræft i bopælsregionen og Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tilbuddet om screening for tyk- og endetarmskræft (§ 85 b).

Sundhedsstyrelsen en statusrapport for screeningsområdet, der gjorde status på programmernes indhold og effekt og foreslog relevante indsatser til forbedring af programmerne, som blandt andet vedrørte mulig revision af screeningsalder, -metoder samt -kadence samt tiltag til at øge deltagelsen i screeningsprogrammerne. Der udestår dog en systematisk opfølgning på flere af disse indsatser.

#### *Screeningstilbud ikke tilpasset borgernes risikoprofil*

Alle borgere screenes i dag med samme interval i brystkræftscreenings- og tarmscreeningsprogrammet og med forskellige intervaller i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet afhængig af alder. Tilbud om screening i de nationale screeningsprogrammer på kræftområdet er således ikke tilrettelagt specifikt i forhold til den enkelte borgers risikoprofil (med undtagelse af de nye pilotstudier vedr. lungekræftscreening samt aldersdifferentiering i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft) Dette betyder, at nogle borgere får tilbudt flere screeningsundersøgelser end nødvendigt, mens andre i stedet kunne have gavn af flere screeningsundersøgelser.

Der er dog igangsat flere projekter, hvor det forventes at kunne høste erfaringer i forhold til muligheder for øget differentiering(39). Pilotstudiet vedr. lungekræftscreening forventes afsluttet i 2026 hvorefter det evalueres. Derudover er der bl.a. igangsat forskningsprojektet PRSONAL i forhold til differentieret screeningsindsats på brystkræftområdet, hvor det nuværende brystkræftscreeningsprogram sammenlignes med et program, der er tilpasset den enkelte kvindes risikoprofil. Risikoprofilen beregnes på baggrund af genetiske data fra blodprøve, data om familiehistorik vedr. brystkræft, livsstil/hormonelle faktorer og brystvævet tæthed(40). Den første del af forskningsprojektet forventes afsluttet i 2026. Der foregår også studier for tilpasning af screeningsindsatsen ud fra borgerens risikoprofil relateret til genetiske data fra blodprøver mv.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er at optimere de nationale screeningsprogrammer, herunder bl.a. tilpasse screeningstilbud til den enkeltes risikoprofil og alder. Der skal sikres systematisk, løbende revidering af eksisterende screeningsprogrammer.

Målet er, at screeningsprogrammerne opnår en bedre balance mellem fordele og ulemper til fordel for de berørte mennesker. Det vil samtidig kunne effektivisere sundhedsvæsenets brug af ressourcer.

**Anbefaling 4:** Sundhedsstyrelsen evaluerer og tilpasser de nationale screeningsprogrammer med sigte på mere risikobaseret screening. Dette med inddragelse af faglige miljøer, patientrepræsentanter, ansvarlige myndigheder mv.

#### **Mulige initiativer og tidshorisont**

På kort sigt:

- Sundhedsstyrelsen igangsætter en systematisk vurdering/gennemgang af screeningsprogrammernes tilrettelæggelse, indhold og resultater

- Dette gøres blandt andet med inddragelse af tidligere identificerede behov for tiltag til optimering af screeningsprogrammer<sup>v</sup>. Dette i prioriteret rækkefølge: livmoderhalskræft-screening, brystkræftscreening, tarmkræftscreening.
- Der investeres i forskning og brug af kunstig intelligens (AI) til både risikostratificering samt til vurdering af billeder/prøvesvar som beslutningsstøtte til diagnostik.
- Tiltag iværksættes og afprøves med henblik på at øge deltagelsesprocenten og mindske uligheden, herunder fokus på differentieret indkaldelse til screeningsundersøgelser og målrettet borgerkommunikation. Tiltagene udbredes nationalt ved effekt.

På mellemlangt sigt:

- En tilpasning af de nationale screeningsprogrammer effektueres på baggrund af den systematiske vurdering/gennemgang af screeningsprogrammer samt gennem ændring af retningslinjer, anbefalinger mv. ved behov.
  - Screeningsprogrammerne tilrettelægges, så de i videre udstrækning tilgodeser grupper i størst risiko, og derfor skal øget brug af risikostratificering undersøges og udbredes.

På langt sigt:

- En løbende tilpasning af screeningsprogrammer understøttes ved hjælp af AI.

## 5.2 Rettidig udredning og diagnostik

Rettidig udredning og diagnostik er væsentligt for at finde kræft i tidligt stadium med bedst mulige prognose til følge. Der er flere måder at understøtte almen praksis i identifikation af patienter, som bør udredes for kræft.

### Udfordringer

#### *Identifikation af de rette patienter*

Lægens mulighed for valg af udredning knytter sig enten til vurdering af symptomer - herunder også kendskab til historik og egen erfaring - og/eller til reelle diagnostiske valgmuligheder<sup>w</sup>. For patienter med specifikke eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, er der også en række andre faktorer, der kan være med til at understøtte lægen i fx almen praksis i valg af udredningsvej. Studier peger fx på, at der kan være ændringer i patientens kontaktmønster til lægen eller ændring i medicinbrug forud for en

<sup>v</sup> Allerede identificerede behov for tiltag for at optimere eksisterende screeningsprogrammer: A. igangsættelse af tiltag til at øge deltagelsesprocenten og mindske uligheden, som afprøves og udbredes nationalt, ved effekt. Herunder også fokus på differentieret indkaldelse og målrettet borgerkommunikation (Bryst-, tarm- og liv-moderhalskræftscreening). B. Undersøgelse af optimal aldersgruppe for screeningstilbud (Bryst- og livmoder-halskræftscreening). C. Igangsættelse af undersøgelse af grundlag for at ændre screeningstilbud/kadence for HPV-vaccinerede (livmoderhalskræftscreening)

<sup>w</sup> VIVE 2021. Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb - Fordele, ulemper og forbedringspotentialer i nuværende organiserings- og samarbejdsformer.

kræftdiagnose. <sup>x</sup> <sup>y</sup> Aktuelt pågår fx et forskningsprojekt på sygehus Lillebælt, hvor digitale algoritmer bruges til at understøtte sundhedsfagligt personale i valg af rette udredningsvej ved inklusion af bl.a. blodprøver og andre data<sup>z</sup> <sup>ae</sup>. Til støtte i vurdering af patientens risikoprofil og valg af udredning og diagnostik kan ligeledes trækkes på en lang række data herunder fx alder, lægemiddelforbrug, sygdomshistorik, social situation, inklusion af Fælles Sprog 3 data<sup>o</sup>, familiær historik oa. Ligesom der kan inkluderes forhold som patientens sårbarhed, kompleksitet i forløbet mv. med henblik på vurdering af individuelle hensyn, der skal tages i forhold til det videre udrednings- og/eller behandlingsforløb, herunder behovet for individuel støtte.

I relation til alder, viser et andet studie, at der hos ældre personer oftere stilles en diagnose i forbindelse med et akut og ikke planlagt forløb end det er tilfældet for yngre personer <sup>å</sup>.

#### *Ulighed i lægesøgning og diagnostiske forløb*

Der er social ulighed både i forhold til, hvem der går til lægen, hvornår de går til lægen, hvordan de præsenterer deres symptomer og hvordan lægen tolker disse. Dette fører også til forskel på, hvor mange undersøgelser der bliver foretaget<sup>aa</sup><sup>bb</sup>.

Socialt udsatte borgere har større risiko for forlængede udredningsforløb, eller for helt at falde ud af et forløb. Generelt set har patienter med lavere sundhedskompetencer<sup>cc</sup> et længere diagnostisk forløb, og det er særligt udtalt for patienter med uspecifikke symptomer.<sup>dd</sup> Sundhedskompetencer kan både relatere sig til enkelte menneskes kompetencer og ressourcer til at forstå og tage beslutninger om egen sundhed. Det kan også relateres sig til, hvordan man organiserer og indretter sundhedstilbud. Således skal sundhedskompetence ses som en socialt betinget risikofaktor for usund adfærd og dårligt helbred og tiltag, der forbedrer menneskers sundhedskompetence eller reducerer betydningen af begrænset sundhedskompetence, kan dermed bidrage til at reducere social ulighed i sundhed<sup>ee</sup>.

#### *Kvalitetsudvikling vedr. rettidig udredning og diagnostik*

En stor gruppe patienter henvises til diagnostiske undersøgelser og/eller diagnostisk pakkeforløb på baggrund af uspecifikke symptomer, der kan være kræft. Men der mangler viden og data om udredning og diagnostik for denne patientgruppe, hvordan de håndteres og hvilke diagnoser de ender ud med efter endt udredningsforløb. Der er ligeledes variation i de praktiserende lægers direkte adgang til diagnostiske undersøgelser. Det varierer i forhold til, hvilke undersøgelser, der er adgang til, og hvor lange ventetiderne er. Omtrent 30 % af alle

<sup>x</sup> Ny undersøgelse har vist, at der forud for lægesøgning, vil der være minimal stigning i antal ekstra kontakter (1-2, 4-6 måneder før diagnose). Mest udtalte tegn ses hos ældre patienter, hvor der halvt år før diagnose kan ses markant stigende forbrug af analgetika samt lægemidler mod mavesår/refluks, antibiotika samt diuretika. Dog er det fortsat nødvendigt at få mere viden om kræftudredning for ældre (ref. Ugeskriftet, forskningsenhed for almen praksis - indsæt)

<sup>y</sup> VIVE 2021. Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb - Fordele, ulemper og forbedringspotentialer i nuværende organiserings- og samarbejdsformer

<sup>z</sup> Se eksempelvis projekt Dessert. [Akutpatienter kan hurtigere få den rette behandling \(sygehuslillebaelt.dk\)](#)

<sup>ae</sup> Projekt DESERT, Sygehus Lillebælt. Læs mere her: [Stort projekt med kunstig intelligens når vigtig milepæl](#). Der er aktuelt udgivet en artikel: [Machine learning in diagnostic support in medical emergency departments | Scientific Reports](#)

<sup>o</sup> FS3 data om fx fald i funktionsniveau eller andet. Obs også muligheder på sigt for inklusion af kommunale data (se SDS faktaanalyse, perspektivering)

<sup>å</sup> Ugeskrift for læger 186/2, 22. jan 2024, s. 132

<sup>aa</sup> Sundhedsstyrelsen 2022. Sundhedskompetencer i det danske sundhedsvæsen.

<sup>bb</sup> Jarbøl, D. Den danske symptomkohorte. [Symptomer - SDU](#)

<sup>cc</sup> Sundhedsstyrelsen 2022. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - en vej til mere lighed.

<sup>dd</sup> VIVE 2023. Input til den kommende Kræftplan V. Seks vigtige udviklingsområder for den danske kræftindsats.

<sup>ee</sup> Sundhedsstyrelsen 2022. Sundhedskompetence

kræfttilfælde findes i denne type diagnostisk praksis.<sup>ff</sup> I vision for almen praksis 2030<sup>gg</sup> fremhæves også, at almen praksis skal have nem og ensartet adgang til diagnostiske undersøgelser.

Der bør derfor arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling og dataindsamling i forhold til patienter med uspecifikke symptomer med henblik på at forbedre tidlig opsporing, rettidig diagnostik herunder have det rette datagrundlag for forbedringsarbejdet.

Aktuelt arbejdes flere steder lokalt og regionalt med etablering af forskellige typer databaser, netværk for sundhedsfagligt personale samt kliniske retningslinjer vedr. patienter med uspecifikke symptomer, der kan være kræft, som er henvist til Diagnostisk Pakkeforløb og udredes i Diagnostiske Centre. Ligesom der tidligere har været lavet forskningsprojekter for patienter, der henvender sig i almen praksis med uspecifikke symptomer. Men der er ikke nogen national ramme for arbejdet.

#### Ambition og mål

Ambitionen er at diagnosticere kræft i så tidligt stadie som muligt med bedst mulige chance for helbredelse til følge.

Målet er, at styrke almen praksis i at identificere personer i højere risiko for kræft, herunder personer, der ikke selv opsøger læge eller ikke præsenterer sig med klassiske symptomer på kræft. Samt styrke at lægen henviser de rette patienter til videre udredning.

**Anbefaling 5:** Der arbejdes systematisk med at udvikle kvaliteten i arbejdet med rettidig diagnostik og udredning. Herunder øget brug af risikostratificering og muligheder for at kvalificere beslutningsgrundlaget i almen praksis og diagnostiske centre.

#### Mulige initiativer og tidshorisont

På kort sigt:

- Det afdækkes, hvordan der kan etableres en national database for patienter henvist til diagnostiske centre/diagnostisk pakkeforløb (indeholdende eksempelvis fund/outcome, stadie, symptommanifestation, komorbiditet, igangsatte og afledte undersøgelser, blodprøver, forløbsmarkører mv). Til afdækning/etablering kan der fx tages afsæt i erfaringer med den allerede etablerede MAS-database<sup>hh</sup> knyttet til Diagnostisk Center Svendborg
- Der etableres et formelt nationalt netværk for diagnostiske centre. Netværket skal sikre udarbejdelse af kliniske retningslinjer og opsamling og deling af data. Dette med relevant inddragelse af almen praksis og kommunale repræsentanter
- Der arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling i almen praksis vedr. tidlig diagnostik og udredning af uspecifikke symptomer. Samt udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og

<sup>ff</sup> VIVE 2021. Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb.

<sup>gg</sup> PLO og Danske Regioner 2020. Vision for almen praksis.

<sup>hh</sup> MAS står for 'Mistanke om Alvorlig Sygdom'. Databasen indeholder data fra de patienter der henvises til diagnostisk pakkeforløb i Diagnostisk Center Svendborg.

diagnostiske centre. Dette eksempelvis ved etablering af klyngepakker i regi af KiAP<sup>ii</sup> eller de regionale klyngepakker<sup>jjkk</sup>, med fokus på samarbejde med diagnostiske centre, symptomtolkning og håndtering, social ulighed mv. Repræsentanter fra diagnostiske centre, almen praksis og kommuner samt andre relevante parter<sup>ll</sup> inddrages i arbejdet mhp. at understøtte samarbejdet og det fælles patientansvar.

- Der afprøves og udbredes prædiktionsmodeller, evt. ved brug af AI-teknologier, der kan understøtte øget brug af risikostratificering og beslutningsstøtte til valg af diagnostiske undersøgelser på baggrund af fx blodprøver, familiehistorik, komorbiditet, adfærdsændring mv.
- Afdækning af tidligere forskning vedr. patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, og igangsættelse om nødvendigt af nye forskningsprojekter med henblik på at øge viden om eksempelvis symptompræsentation og håndtering, forløb forud for diagnose mv.

### 5.3 Rehabilitering

Behov for rehabilitering kan opstå på forskellige tidspunkter i patientforløbet fra diagnosetidspunkt, under og efter behandling. Rehabilitering er en samarbejdsproces med patienten i centrum, mellem både professionelle og pårørende. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet (51). Rehabilitering dækker over mange forskelligartede indsatser, både målrettet fysisk, psykisk, social og kognitiv funktionsevne, og vil være relevant på forskellige tidspunkter i patientforløbet. Nogle af de typiske kræftrehabiliteringsindsatser er genoptræning og fysisk træning, indsats i forhold til kognitive vanskeligheder, indsatser i forhold til hverdagsaktiviteter, hjælpemidler, rygestop, indsats i forhold til alkohol(32). Særligt rygestop er en afgørende indsats gennem hele forløbet, både i forhold til præbilitering, behandling og rehabilitering.

Alle kommuner er forpligtet til at have indsatser rettet mod fysisk aktivitet, ernæringsindsats, sygdomsmestring, rygestop og forebyggende samtale om alkoholforbrug, jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder(7). Herudover har kommunerne supplerende indsatser til rehabilitering, for eksempel genoptræning, hjælpemidler med videre.

Der er flere faktorer for kvalitet i kræftrehabilitering, der er udover udbuddet, koordineringen af og sammenhængen mellem indsatser og den faglige kvalitet i indholdet af disse. Herudover er det et patientnært mål for rehabiliteringsindsatsen og patientens oplevelse af effekt af rehabiliteringen. Patienten sættes i centrum og eget mål og hverdagsliv bliver styrende for rehabiliteringsindsatsen, som rettes mod patientpræferencer og behov, hvilket forventeligt vil øge både tilslutning, fastholdelse og egenmestring.

<sup>ii</sup> Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) har til formål at fremme og understøtte etableringen af klynger som omdrejningspunkt for kvalitetsudvikling i almen praksis. iAP er etableret i 2018 som led i overenskomstaftalen mellem PLO og RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) og samarbejder tæt med bl.a. PLO-E (Praktiserende Lægers Organisation-Efteruddannelse) og de regionale kvalitetsenheder. KiAP er desuden i dialog med Kommunernes Landsforening omkring samarbejdsmuligheder mellem klyngerne og kommunerne på baggrund af data.

<sup>jj</sup> Regioner har også regionale klyngepakker, herunder en for kræftudredning i almen praksis/Audit i praksis (Region Midt/Odense. APO-metode kan være med til at give feedback til praktikerne på baggrund af indberettet data.)

<sup>kk</sup> Se også VIVE. Beskrivelse af klyngerne, kræft og kvalitetsarbejde.

<sup>ll</sup> Der kan fx samarbejdes med Forskningsenheder for almen praksis, netværk for viden og kompetencer i almen praksis (VID) m.fl.



Egenmestring af den aktuelle situation er et kerneelement i kræftrehabiliteringen, hvor ikke alle problematikker nødvendigvis kan afhjælpes, men borgeren lærer at leve livet med eventuelle vedvarende funktions- evnenedsættelser.

## Udfordringer

### *Kapacitet og nye patientforløb*

Med den demografiske udvikling med flere ældre borgere, øget forekomst af multisygdom og med en samtidig stigende overlevelse med og efter kræftsygdom, vil der fremadrettet forventeligt ske en forøgelse i andelen af patienter med behov for rehabilitering i forbindelse med kræft, hvorfor kapaciteten løbende bør tilpasses. Dette skal også ses i relation til, at patienter med kræft får tiltagende mere cykliske og individuelt tilpassede forløb med behov for samtidige, gentagne forudsætningskabende indsatser. Dette i modsætning de hidtidige mere lineære forløb, hvor rehabiliteringen har været anset som en indsats, der primært følger efter endt behandling. Nye digitale muligheder for indsatser med for eksempel virtuel rehabilitering kan række længere ud og medføre, at rehabilitering bliver tilgængeligt for en række sårbare grupper. Rehabiliteringsbehov kan både opstå tidligt i forløbet og/eller opstå lang tid efter endt kræftforløb, men der er aktuelt ikke lige og ensartet adgang til tilbud om rehabilitering. Der er derfor behov for at styrke en tilgang til rehabilitering som en integreret del af patientforløbet, herunder præhabilitering før- og rehabilitering sideløbende med og efter behandlingen.

### *Manglende henvisning og brug af tilbud*

Nogle borgerne med behov for rehabilitering bliver ikke henvist til en indsats(32). Der er social ulighed i kræftrehabilitering hvor flere borgere har uopfyldte rehabiliteringsbehov, men henvises til og deltager i mindre grad i rehabilitering(8). Der er derudover store forskelle på andelen der henvises til rehabilitering indenfor de forskellige kræftsygdomme. Henvisningspraksis fra henholdsvis sygehuse og almen praksis er uensartet og det giver mennesker med kræft eller følger efter kræft uensartede tilbud.

Dette kan blandt andet skyldes manglende kendskab på sygehuse og i almen praksis til de forskellige henvisningsmuligheder, henholdsvis via sundhedslovens §119, hvor der henvises til afklarende samtale om forebyggelses- og rehabiliteringstilbud og via sundhedslovens §140 ved behov for genoptræning. Ligesom der kan være manglende kendskab til indholdet i de forskellige tilbud og forskelligartet national forvaltning. Nogle borgere kan desuden få behov for at være tilknyttet et rehabiliteringstilbud i en længere periode med varierende intensitet i indsatserne. Andre borgere kan få behov for flere rehabiliteringsforløb i forbindelse med deres kræftsygdom nogle gange med års mellemrum, for eksempel ved senfølger der opstår år efter, at behandlingsforløbet er afsluttet. Det er imidlertid en udfordring, at tilbuddene nogle steder er tilrettelagt på en sådan måde, at borgerne kun kan henvises til rehabilitering en enkelt gang og ofte i tidsbegrænsede forløb.

### *Præhabilitering*

Præhabilitering er en proces, der tidsmæssigt finder sted mellem kræftdiagnose og begyndelse af behandling med henblik på at muliggøre et givent niveau af behandling ved optimering af patientens almene tilstand forud for behandlingen. Præhabilitering bør ske, hvis der på baggrund af en vurdering af borgerens fysiske og psykiske funktionsevne er identificeret et behov, og bør bestå af forskellige, samtidige indsatser, der fremmer borgerens helbred og funktionsevne for således at forebygge og/eller reducere sværhedsgraden af



fremtidig svækkelse (52,53). Målgruppen for præhabilitering er dermed ikke alle mennesker med kræft. Dog forventes målgruppen at være stigende i takt med den demografiske udvikling samt udviklingen med mennesker der har multisygdom. Udover at præhabilitering kan muliggøre behandling, kan en præhabiliterende indsats tilmed nedsætte risikoen for komplikationer efter for eksempel et kirurgisk indgreb (51) og kan for nogle patienter bedre behandlingsresultatet samt mindske behovet for genindlæggelser, genoptræning og rehabilitering efterfølgende (52). Behovet for præhabilitering vurderes på sygehus såvel som i almen praksis, der med baggrund i kendskabet til patientens situation, kan være medvirkende til at sikre indsatsen i samarbejde med den behandlende afdeling, da viden om behovet for præhabilitering ved specifikke indgreb, særligt er til stede på de behandlende afdelinger. Henvisning til præhabilitering kan dermed ske fra både almen praksis og sygehuset.

En præhabiliterende indsats tilrettelægges ud fra individuelle behov, og kan for nogle udelukkende bestå af vejledning om, hvad patienter selv kan gøre, for at stille sig bedst før en behandling (hjælp-til-selvhjælp). Indsatsen kan for andre kan bestå af fysisk træning, ernæringsoptimering, farmakologisk optimering, rygestop og reduktion af alkoholforbrug og/eller behandling af symptomer. Præhabilitering består derfor som regel af gængse og til dels veletablerede rehabiliterende indsatser. Præhabilitering er dog, til forskel fra almindelig rehabilitering, tidskritiske indsatser, hvor en hurtig opstart er væsentlig. Der kan ligeledes være tale om kortere og mere intensive forløb. Den farmakologiske optimering varetages i almen praksis eller sygehuset. Præhabilitering kan dermed have en positiv effekt med en forventet højere livskvalitet for borgeren i form af hurtigere tilbagevenden til hverdagslivet, hvilket tilmed kan være en samfundsøkonomisk fordel.

Aktuelt er der kun et begrænset antal patienter, der får mulighed for en tidlig præhabiliterende indsats før operation eller anden behandling, både fordi der mangler tilbud men også fordi de nuværende rammer i kræftpakkerne kan opleves som en barriere for differentierede indsatser baseret på patientens behov og vilkår. Præhabilitering er således et område med stort potentiale og præhabiliterende indsatser bør integreres i forløbet, gradvist voksende begyndende med de målgrupper og indsatser, hvor der er faglig viden og evidens for effekten. Dertil er der behov for mere forskning på området, herunder nærmere afgrænsning af målgruppen.

#### *Hjælp-til-selvhjælp*

Der vil i fremtiden blive behov for at styrke indsatser som støtte til egenomsorg og hjælp-til-selvhjælp, der kan bestå af information, forskellige typer af redskaber, undervisning, e-læring med videre. I Kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er det et krav, at der tilbydes sygdomsmedstring til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen. Dette gælder også for kræftpatienter, hvor nogle vil kunne leve livet med og efter kræft godt gennem tilstrækkelig støtte til egenomsorg. Det kan for eksempel være ved hjælp af træningsvideoer og -apps, der muliggør, at genoptræning og rehabilitering kan gennemføres i eget hjem, eller værktøjer til hjemmemonitorering, der understøtter at forværring af sygdomstilstand opspores og eventuelt kan tages i opløbet med en mindre intensiv indsats, at indlæggelser forebygges med videre(20). Denne type indsatser er ligeledes oplagte til de borgere, der af forskellige årsager elles vil være udfordret i regelmæssigt fremmøde til et fysisk tilbud.

### Ambition og mål

Ambitionen er at robustgøre rehabiliteringstilbud, så mennesker med kræft og efter kræft kan henvises til og bliver tilbudt indsatser, som understøtter at leve et godt og aktivt liv med det bedst mulige funktionsniveau.

Målet er at styrke rehabiliteringen og tilrettelæggelsen af forløbene, så alle med kræft får imødekommet deres behov for præhabilitering/rehabilitering. Herudover at indsatserne i højere grad integreres som en del af kræftforløbet både før, under og efter behandlingen med systematisk kontakt med og kendskab til borgerne på tværs af sektorer. Samtidig skal de borgere, der har ressourcer til det, have støtte til egenomsorg, sygdomsmestring og så videre.

**Anbefaling 6:** I alle patientforløb for kræft tilrettelægges rehabilitering som en integreret del, så der tages stilling til patienter/borgeres rehabiliteringsbehov før, under og/eller efter endt behandling. Der skal være ensartede indsatser landet over for at fremme borgernes funktionsevne og livskvalitet. Der anvendes systematiske arbejdsgange samt faglige og brugerinddragende metoder.

### Mulige initiativer og tidshorisont

På kort sigt:

- På kort sigt etableres ensartede rehabiliteringstilbud og mulighed for tilrettelæggelse af individualiserede forløb for mennesker med og efter kræft. Dette kan eventuelt løses gennem tværkommunalt samarbejde. Der skabes særligt mulighed for, at støtte til sygdomsmestring og hjælp-til-selvhjælp samt tilbud om præhabilitering og rehabilitering til senfølger kan ydes i det primære sundhedsvæsen. Der bør således være mulighed for, at borgeren kan henvises til et tilbud mere end én gang ved forskellige behov og tidspunkter i forløbet.
- Arbejdsgange på sygehuse styrkes med henblik på, at det primære sundhedsvæsen får systematisk kendskab til patienterne tidligt i forløbet, fx ved etablering af procedurer for systematisk elektronisk overlevering af information om patienten (fx samme kommunikationsvej som ved en GOP og med patientens samtykke). Dette så der ved behov tidligt kan opstartes et rehabiliteringsforløb, når det er fagligt relevant og borgeren er klar til for eksempel regelmæssigt fremmøde. Sygehuset orienterer kommunen, uanset, om sygehuset har identificeret et rehabiliteringsbehov hos en patient, der er i et kræftforløb. Dette så kommunen får kendskab til og kan følge op på borgeren på et senere tidspunkt i forhold til eventuelle behov for rehabilitering

På mellemlangt sigt:

- På mellemlangt sigt identificerer almen praksis eventuelle behov for præhabilitering samt henviser til en indsats. Almen praksis kan varetage relevante elementer af den præhabiliterende indsats, for eksempel støtte til sygdomsmestring, medicinsk optimering, eller andet i samarbejde med den behandlende afdeling, som særligt har viden om behov for præhabilitering ved specifikke indgreb
- På mellemlangt sigt udføres en informationsindsats med henblik på at styrke henvisninger til rehabilitering, herunder fokus på at øge sygehusenes kendskab til anvendelse af henvisningsmulighederne. Registrering af henvisning fra forskellige aktører til afklarende samtale med henblik på forebyggelsestilbud (SULS119), på lige fod med registrering af henvisning til genoptræning

(SULS140), kan desuden bidrage til mere ensartet national og fast praksis for anvendelse af henvisningsmuligheder og dialog i den forbindelse.

Initiativernes endelige placering vil afhænge af udfaldet af regeringens sundhedsreform.

## 5.4 Senfølger efter kræft og kræftbehandling

Senfølger defineres er fysiske og/eller psykiske helbredsproblemer, som opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter afsluttet behandling<sup>mm</sup>; op til 60 procent af tidligere kræftpatienter oplever én eller flere senfølger.

Groft taget kan senfølger inddeles i tre typer/grupper: Generelle, komplekse (generelle) og specifikke senfølger (54)<sup>nn</sup>. Håndtering af senfølgerne vil afhænge af type, sværhedsgrad og kompleksitet.

*Generelle senfølger* er langt de hyppigste og forekommer for flere forskellige kræftformer og behandlinger. Estimerer viser, at mellem 50-70 procent af patienterne med senfølger oplever generelle senfølger. Generelle senfølger omfatter træthed (fatigue), søvnproblemer, depression, angst/frygt for tilbagefald, kognitive vanskeligheder samt generelle smertetilstande. Mange af disse senfølger vil kunne håndteres af patienten selv eller via patientens egen læge. Egen læge kan enten selv kan bistå med håndtering af senfølgerne eller henvise til andre relevante tilbud ved behov.

De generelle senfølger kan nogle gange optræde samtidig og også være gensidigt forstærkende. I disse tilfælde kan de betegnes som *komplekse (generelle) senfølger*, og der vil typisk være behov af hjælp fra flere fagligheder. For mellem 5-10 procent af patienter med senfølger, er der tale om komplekse senfølger.

*Specifikke senfølger* knytter sig til den specifikke kræftform (fx tarmkræft) eller den specifikke behandlingsform (fx kemoterapi eller strålebehandling). Mennesker med specifikke senfølger vil ofte kunne få bedst hjælp fra det respektive lægelige speciale. For mellem 10-20 procent af patienter med senfølger til kræft, er der tale om specifikke senfølger.

### Udfordringer

#### *Flere borgere kan få gavn af hjælp til håndtering af senfølger*

En stor del af kræftpatienter har senfølger efter sygdommen og behandlingen, men ikke alle får den hjælp, som de kunne have brug for. Både hos de sundhedsprofessionelle og patienterne mangler der viden om, hvilke symptomer og problematikker, der kan hænge sammen med kræftsygdommen, og hvor den rette hjælp kan fås. Senfølger efter kræft kan optræde på meget forskellig vis, og indsatsen til håndtering af senfølger afhænger af typen af senfølgen. Generelle biopsykosociale senfølger efter forskellige kræfttyper og -behandlinger, kan, såvel som efter mange andre sygdomme, langt hen ad vejen afhjælpes med rehabiliterende indsatser. Mens komplekse eller specifikke senfølger kan kræve en anden og mere specialiseret indsats. Derudover er borgernes evne til sygdomsmestring meget forskellig. Nogle borgere kan selv håndtere få og milde senfølger,

<sup>mm</sup> Sundhedsstyrelsens 2017. forløbsprogram for palliation og senfølger [indsæt i ref]

<sup>nn</sup> Zachariae 2024: Stepped care/matched care model. + andre artikler

men der kan være behov for, at de støttes til selvhjælp/egenomsorg gennem information, uddannelse, redskaber mv. Andre borgere har brug for et mere vidtrækkende tilbud.

Den manglende organisatoriske tydelighed og ensartethed i forhold til senfølgeindsatsen, samt at der nogle steder slet ikke er relevante tilbud, medfører bl.a., at ikke alle med senfølger efter kræft får rettidig og tilstrækkelig hjælp og støtte.

#### *Ulighed i tilbud og utydelighed i, hvor patienterne kan få hjælp*

Der ses patienter med senfølger til kræft både i almen praksis, i kommunale rehabiliteringstilbud og i sygehusregi. Flere steder i landet findes tilbud målrettet mennesker med senfølger efter kræft, men ikke alle steder er der etablerede tilbud eller tilbuddene er ikke tilgængelige for alle patientgrupper. De tilbud der er, dækker heller ikke alle typer af senfølger. Ligeledes er der betydelig ulighed i, hvilke grupper af patienter, der henvises til de enkelte tilbud.

Gennem de senere år, er tilbuddene knopskudt som lokale initiativer, og ikke etableret ensartet på tværs af landet. Dette både i kommunalt regi, i sygehusregi og noget der håndteres i almen praksis. Der er således stor forskel på, hvad den enkelte region og kommune kan tilbyde af både udredning, behandling og indsatser til senfølger, og i hvilken grad der samarbejdes om disse på tværs af landet og sektorer. Nogle regioner og kommuner tilbyder kun udvalgte indsatser til specifikke problemstillinger, hvilket forårsager, at nogle borgere må rejse langt for at få det rette tilbud eller at nogle slet ikke kan få de relevante tilbud, de kunne have gavn af. Der er også overlap mellem flere regionale og kommunale tilbud, fx mellem de regionale senfølgeklinikker for generelle senfølger og nogle kommuners rehabiliterings- og senfølgetilbud. Det har medført, at nogle kommuner og regioner tilbyder de samme rehabiliterende indsatser, hvilket både giver uklarhed om ansvars- og opgaveplacering. Ligesom der er indsatser rettet mod generelle senfølger, der nogle steder varetages i regionalt regi, selvom de kunne have været håndteret i det primære sundhedsvæsen, hvilket giver uensartet brug af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. De mange aktører på området og uens tilbud på rehabiliteringsområdet på tværs af landet gør det uklart, hvem der kan og bør løfte hvilke opgaver (55).

#### *Inddragelse af almen praksis og information fra sygehuset*

For at kunne varetage en proaktiv kræftopfølgning (se også afsnit 4.3 Forankring af indsatser i almen praksis), herunder håndtering af eventuelle senfølger til kræft, forudsætter det, at almen praksis får fyldestgørende information fra sygehuset om patienten, herunder ved påbegyndt og afsluttet kræftbehandling samt undervejs i forløbet, hvilket ikke sker i tilstrækkelig grad alle steder. Det er også afgørende, at almen praksis fremadrettet får de rette rammer, herunder kapacitet og den rette information om patientens forløb, for at kunne bistå med håndtering af senfølger til kræft og i det hele taget tage større del i kræftopfølgningen.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er, at alle mennesker med senfølger efter kræft og kræftbehandling, skal kunne få tilbudt virkssomme indsatser, som kan bedre funktionsevnen og livskvaliteten, uanset hvor de bor.

Målet er at skabe et en ensartet national organisering af senfølgeområdet, hvor alle borgere med senfølger efter kræft får lige mulighed for hjælp til håndtering af senfølger. Dette med en tydelighed og nærhed i forhold til ansvars- og opgaveplacering i hhv. det primære og sekundære sundhedsvæsen. Ansvars- og opgaveplacering skal tage udgangspunkt i, at nogle borgere med milde symptomer og gode sundhedskompetencer fx selv kan håndtere visse symptomer med den rette støtte til egenomsorg, og andre borgere vil have brug for mere

støtte. Indsætterne skal varetages på rette niveau, så størstedelen af de generelle senfølger håndteres i primær sektor mens den mindre del af patienterne med enten komplekse eller specifikke senfølger, der ikke kan håndteres i primær sektor, får hjælp i regionalt regi, fordi symptomerne kræver tilstedeværelse af særlige fagspecifikke eller flerfaglige kompetencer samme sted, eller at der kræves særlig udstyr (20).

**Anbefaling 7:** I alle kræftpatienters forløb vurderes behovet for at tilbyde indsatser rettet mod potentielle senfølger. Indsætterne skal have samme høje kvalitet landet over, og skal være kendte for både patienter og sundhedsprofessionelle.

### Mulige initiativer og tidshorisont

På kort sigt:

- Kommunerne varetager rehabiliteringsindsatser til afhjælpning og håndtering af *generelle senfølger* som tilbydes ensartet og med lige adgang i hele landet. Det bør være mulighed for, at rehabiliterende indsatser til generelle senfølger kan organiseres på tværs af diagnoser (kræft og ikke-kræft), idet nogle typer af generelle senfølger efter kræft også opleves efter andre sygdomme<sup>oo</sup>.
- I alle regioner etableres der tværfaglige senfølgetilbud (regionale senfølgetilbud) til håndtering af patienter med *komplekse (generelle) senfølger efter kræft*, som ikke kan afhjælpes tilstrækkeligt på anden vis. Der bør der være mulighed for, at organiseringen af disse tilbud kan samtænkes med eksisterende tilbud til mennesker med senfølger efter andre sygdomme. Senfølgetilbuddene skal også have en rådgivende funktion for det primære sundhedsvæsen. Regionale senfølgetilbud kan hensigtsmæssigt have ansvar for undervisning i senfølger, udvikling af e-læring/hjælp-til-selvhjælp, forskning, kliniske retningslinjer, overblik over tilbud og indsatser andre steder og samarbejder på tværs, udvikling og opsamling af PRO om senfølger mv.
- Det respektive lægelige speciale håndterer fortsat specifikke senfølger. Dette understøttes af kliniske retningslinjer for sygdoms- og behandlingsspecifikke senfølger, som udarbejdes i DMCG-regi
- Almen praksis yder støtte til egenomsorg med henblik på forebyggelse og/eller håndtering af senfølger, som en del af den opfølgende samtale i almen praksis efter endt eller ved langvarig behandling, samt henviser til andre relevante tilbud ved behov
- Sundhedsstyrelsen udarbejder krav og anbefalinger for varetagelse af senfølgeindsatsen i det primære sundhedsvæsen, herunder den kommunale senfølgerehabilitering sammentænkt med senfølger efter øvrige diagnoser samt ansvarsfordelingen på tværs af sektorer.

Initiativernes endelige placering vil afhænge af udfaldet af regeringens sundhedsreform.

<sup>oo</sup> Eksempelvis fatigue, kognitive vanskeligheder, søvnproblemer mv.

## 5.5 Palliativ indsats

De seneste årtier har der været en faglig udvikling på palliationsområdet, hvor formålet med palliativ indsats nu er at lindre patientens symptomer og give støtte til patienter og pårørende gennem hele sygdomsforløbet både sideløbende med den aktive behandling og når patienten er uafvendeligt døende.

Palliation er opdelt i basal og specialiseret palliation. Basal palliation er målrettet mennesker med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder, der kan vedrøre fysiske og psykiske symptomer samt sociale og eksistentielle/åndelige forhold. Indsatsen kan indgå integreret i den anden pleje og behandling, der tilbydes. Specialiseret palliation tilbydes patienter med palliative behov af høj sværhedsgrad inden for de enkelte problemområder og med flere sammenhængende problemområder (se definitioner i ordlisten bilag x).

### Udfordringer

#### *Systematisk vurdering af behov og planlægning af fremtidig pleje og behandling*

Behov for palliation vil variere gennem hele sygdomsforløbet fra diagnosetidspunktet. Derfor er det nødvendigt med en løbende identificering og vurdering af de palliative behov<sup>PP</sup>, ligesom det er tilfældet med andre behov fx rehabilitering, indsats til senfølger mv. (beskrevet i kapitel 4.2). I tillæg hertil er der behov for styrkelse af palliative indsatser, særligt, men ikke kun, på basalt niveau. I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til den palliative indsats' (2017) har palliative indsatser sideløbende med den aktive behandling fokus på, at patienten kan mestre sin livssituation bedst muligt, hvilket understøttes med indsatser, der også har et rehabiliterende indhold.

For at identificere patienternes ønsker for fremtidig pleje og behandling, herunder hvornår den aktive behandling ønskes stoppet og ønsker til opholdssted i den sidste tid, er det nødvendigt at have en dialog med patienterne som udgangspunkt for, at det palliative forløb kan planlægges. Patienterne er som regel ikke parate til samtaler om den sidste tid på et tidspunkt, hvor der stadig er mulighed for helbredelse, og hvor både patient, pårørende og personalet kan have forventninger om, at håbet om helbredelse ikke må opgives. På et senere tidspunkt er der derimod større parathed til samtaler om behov for indsatser målrettet bedst mulige mestring af livssituationen.

Der er udviklet flere forskellige redskaber og modeller, som kan anvendes, for eksempel 'Samtaler om Liv og Behandling', 'Beslutningshjælper til samtalen omkring den sidste del af patientens liv' og den veldokumenterede model Advanced Care Planning (ACP), som er blevet oversat til et dansk 'Ønsker for fremtidig pleje og behandling (FPB)' (56). En undersøgelse har vist, at samtaler om fremtidig pleje og behandling øger sandsynligheden for, at patienter tilbringer den sidste tid i eget hjem, når det er ønsket (57). Selvom mange har ønske derom, dør borgere med kræft i højere grad på hospital/hospice, end hvis dødsårsagen er en neurologisk eller psykisk lidelse (58). Nogle steder arbejdes der med implementering af sådanne samtaler, fx understøttet af anbefalingerne 'Klar til samtalen' udarbejdet i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, men det er ikke udbredt tilstrækkeligt nationalt (59). Systematiske samtaler om fremtidig pleje og behandling kræver kompetencer og tid, blandt andet til opbygning af relation mellem patient/pårørende og sundhedsprofessionelle. Der er derfor behov for at styrke implementering af sådanne samtaler, så de afholdes systematisk med alle patienter med livstruende sygdom, hvor det er relevant i sygdomsforløbet med anvendelse af dokumenterede redskaber

<sup>PP</sup> Konkrete redskaber til vurdering af palliative behov er eksempelvis EORTC (i den specialiserede palliative indsats) og PRO-PAL (i den basale palliative indsats).

og metoder. Besluttet ophør af behandling er det en forudsætning, at de nødvendige palliative tilbud er til stede.

#### *Basal palliation*

Patienter med alvorlig eller livstruende sygdom, herunder kræft, kan få behov for palliative indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet, alt efter om der stadig er mulighed for helbredelse eller om behandlingsmulighederne er udtømte. Hovedparten af patienterne bør kunne få opfyldt deres palliative behov på det basale niveau i det primære sundhedsvæsen eller på sygehusafdelinger, som ikke har palliation som hovedopgave, men kapaciteten på det palliative område er generelt udfordret. Basal palliation ydes ikke i tilstrækkelig grad, hvilket skyldes manglende kompetencer, tid og opmærksomhed på opgaven i det primære sundhedsvæsen og på hospitalsafdelinger, der ikke har palliation som hovedopgave. Det fører til for mange og for sene henvisninger til specialiseret palliation, hvor kapaciteten ligeledes er udfordret. Der er derfor behov for ressourcer til en rettidig indsats dér, hvor borgerne er, og som efter behov skal kunne trække på særlige kompetencer til afgrænsede indsatser.

Der registreres aktuelt ikke data vedrørende basale palliative indsatser og vidensgrundlaget for den basale palliative indsats er dermed begrænset. For den specialiserede palliative indsats er der etableret Dansk Palliativ Database (DPD), som modtager patientrelaterede indberetninger fra det specialiserede palliative niveau og som præsenteres i DPDs årsrapporter.

#### *Kompetencer og rådgivning*

For at patienterne kan få dækket deres basale palliative behov i den sidste tid, fx i eget hjem og på plejehjem, er der brug for, at personalet i det primære sundhedsvæsen har de rette kompetencer. Personalet i de dele af sundhedsvæsenet, der yder basal palliation, er afhængige af at kunne indhente rådgivning hos andre fagpersoner, når der opstår behov for at kunne yde palliation. Det kan fx være hjemmesygeplejersker, der om natten har behov for faglig sparring med en vagtlæge med viden om palliation i tilspidsede situationer eller egen læge der ved behov kan få rådgivning fra en specialist på sygehuset, når der skal lægges en plan for patienten. En ny undersøgelse viser, at der ikke er tilstrækkelig udbredt adgang til forskellige typer af rådgivning fra aktører med særlige kompetencer (59).

Der mangler muligheder, ressourcer til kompetenceudvikling og efteruddannelse af de forskellige uddannede faggrupper. Der er etableret en dansk fagområdeuddannelse i palliativ medicin for læger, men der er ikke tilsvarende specialuddannelse for sygeplejersker og visse andre faggrupper. Der er brug for at styrke og understøtte de almene kompetencer hos alle faggrupper, der varetager palliation på det basale niveau, samt mulighederne for kommunikation mellem aktørerne på de forskellige niveauer.

At personalet kan trække på sygeplejersker og egen læge, fx ved udgående funktioner eller let adgang til telefonisk rådgivning o.l. kan medvirke til, at palliative indsatser ydes gennem hele sygdomsforløbet ved behov, herunder støtte patienten til en værdig død i eget hjem ved ønske derom. Det basale niveau kan imidlertid have brug for anden rådgivning end den, som det specialiserede niveau på sygehuse kan give. Patientgrupper, der varetages på henholdsvis basalt niveau og specialiseret niveau er forskellige. Patienter der ses på specialiseret niveau er i udbredt grad patienter med kræft og ofte sent i forløbet med behov for flere samtidige indsatser, der ligger ud over basal palliation. Basal palliativ indsats ydes efter behov i hele forløbet, og patienterne har ofte andre sygdomme end kræft, eksempelvis multisygdom og demens. Der kan derfor være brug for



at afdække, hvilken type af rådgivning, personalet har brug for i de forskellige situationer, idet det basale niveau kan have brug for adgang til forskellige typer af rådgivning udover fra det specialiserede niveau.

#### *Samarbejde og rammer for henvisning*

Et godt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, herunder muligheder for kommunikation ved hjælp af fyldestgørende epikriser og muligheder for sparring, har betydning for gode overgange fra en sektor eller afdeling til en anden og særligt i forbindelse med overgang til en værdig død i eget hjem. Der er udviklet og afprøvet samarbejdsmodeller for det tværsektorielle samarbejde, som kan udbredes, og dertil er der brug for at indtænke samarbejdet om de særligt sårbare og multisyge mhp. at mindske den sociale ulighed i palliationen også. Det kan fx være samarbejdet med socialsygeplejersker og psykiatrien. Desuden er der brug for godt samarbejde om og tydelige rammer for rettidig henvisning af den mindre del af patienter med komplekse problemstillinger, som har brug for en specialiseret palliativ indsats i den sidste tid. Retningslinjer, med tydelige visitationskriterier til specialiseret palliation, kan bidrage til, at de rette patienter henvises og modtager en rettidig indsats. Dette gælder for alle patienter med livstruende sygdom, der har behov for palliation, og ikke kun kræftpatienter, jf. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats (2017).

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er, at mennesker med en livstruende sygdom med behov for palliation gennem hele forløbet oplever, at deres behov imødekommes med høj kvalitet i indsatsen. Desuden skal patienterne opleve, at deres ønsker for den sidste tid, fx en værdig død i eget hjem, imødekommes. Dette gøres ved at inddrage patienter og pårørende tidligt i forløbet med henblik på forventningsafstemning og afklaring af effekt af en given behandling, livskvalitet og overvejelser om den sidste tid.

Målet er at styrke rammerne for palliative indsatser gennem hele sygdomsforløbet, så indsatsen i højere grad kan varetages af kompetent personale i det primære sundhedsvæsen og på ikke-specialiserede hospitalsafdelinger. Blandt andet gennem styrkede kompetencer til at afholde samtaler om fremtidig pleje og behandling, herunder dialog om hvordan en palliativ indsats kan give en bedre livskvalitet i den sidste tid frem for at fortsætte den aktive kræftbehandling i nogle tilfælde samt hvordan en palliativ indsats kan styrke muligheden for imødekomme patienters ønske om en værdig død i eget hjem. Fremtidig pleje og behandling kan besluttes som en del af processen for fælles beslutningstagning. Desuden er målet at skabe større klarhed om, hvornår der er brug for en specialiseret indsats.

**Anbefaling 8:** I patientforløbene tages der stilling til palliative indsatser i sammenhæng med behandlingsmål i øvrigt. Palliative indsatser skal have samme høje kvalitet landet over. Mennesker med livstruende sygdom lindres gennem forløbet ved behov og med mulighed for en værdig død i eget hjem. Regionernes, kommunernes og almen praksis' ansvar og opgaver i relation til de respektive målgrupper og indsatser kendes og anvendes i tæt samarbejde.

#### **Mulige initiativer og tidshorisont**

På kort sigt:

- Kapaciteten i det primære sundhedsvæsen styrkes i forhold til den palliative hovedopgave i det primære sundhedsvæsen med ensartede tilbud på landsplan. Der etableres fast praksis i det primære sundhedsvæsen - med rette redskaber (PRO-PAL, ACP, Klar til samtalen o.l.) og tid - til at kunne

vurdere, om patienter har palliative behov, afholde samtaler med patienter og pårørende om ønsker til fremtidig behandling og pleje samt varetage palliative indsatser gennem hele forløbet

- Der etableres ensartede rådgivningsmuligheder på tværs af landet med henblik på at styrke de palliative kompetencer hos personalet på basalt niveau, som ved behov skal have mulighed for at kunne trække på aktører med særlige kompetencer, der kan bidrage med afgrænsede indsatser. Det betyder, at der etableres let og geografisk lige adgang til specialiseret rådgivning i regioner o.l., fx til tværsektoriel vurdering af relevant behandlingsniveau og tilpasning af behandlingsplaner (fremfor at borgeren flyttes og eventuelt indlægges på sygehus), rådgivning vedrørende samtaler med patienterne mv.
- Der indledes et udviklingsprojekt med henblik på at afdække muligheder for at styrke registrering og monitorering af både den basale og specialiserede palliation, herunder kvaliteten af data.

På mellemlangt sigt:

- Sundhedsstyrelsen udarbejder krav og anbefalinger for at højne varetagelsen af den basale palliation, herunder tydeliggørelse af, hvordan og hvornår de basale palliative behov imødekommes i forløbet, samt hvilke kompetencer og tilbud, der som minimum bør være til stede
- Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde mellem basalt og specialiseret palliativt niveau, også udenfor dagarbejdstid. Samarbejdet ved overgange styrkes særligt fra aktiv til palliativ behandling med inddragelse af egen læge/det primære sundhedsvæsen, så patienterne oplever overgangen som smidig og sikker, samt ved fokus på systematisk og tidligere involvering af borgere i sygdoms-/alderdomsforløb i forhold til fravalg af genoplivning, livsforlængende behandling, overbehandling mv.
- Sundhedsstyrelsen reviderer de tværregionale visitationskriterier til specialiserede palliative enheder (60) med henblik på at styrke rammerne for henvisning og samarbejde ved sektorovergange.

## 6. #Tema: Udvikling af kvalitet i indsatsen

Indsatser i sundhedsvæsenet for patienter med kræft skal være af høj kvalitet, forstået sådan, at der er høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet. Det indebærer at indsatser skal være evidensbaserede og ensartede på tværs af landet, så patienter med sammenlignelige tilstande også får sammenlignelige tilbud om behandling.

En fremtid med flere ældre og mennesker med kronisk sygdom og færre sundhedsprofessionelle indebærer en betydelig risiko for kapacitetsproblemer, hvis ikke indsatserne i sundhedsvæsenet er ressourceeffektive. Der er behov for at forskning, kvalitetsudvikling og teknologi bidrager til dette.

Der er behov for at forskning, kvalitetsudvikling og teknologi bidrager til dette.

Med udviklingen mod flere ældre og flere der får kræft og lever med kræft, er der behov for effektive indsatser af høj kvalitet i det primære sundhedsvæsen. Det vil sige indsatser til opsporing og henvisning, rehabilitering, opfølgning, palliation og håndtering af senfølger. Der er derfor behov for mere viden om indsatsernes effekt, både for den enkelte patient og på populationsniveau.

## 6.1 Forskning, kvalitetsudvikling og data

### Udfordringer

#### *Kvalitetsudvikling og forskning i det primære sundhedsvæsen*

Kvalitetsudvikling og forskning foregår ikke ensartet eller med samme intensitet på tværs af sundhedsvæsenet, og der foregår betydelig mindre kvalitetsudvikling og forskning i indsatser i det primære sundhedsvæsen, i overgange mellem sektorer og i det tværfaglige samarbejde, end i sygehusvæsenet. Dette skyldes blandt andet forskelle i forskningsforpligtelser mellem regioner og kommuner samt forskellig tradition og organisering af arbejdet med forskning og kvalitetsudvikling. For sygehusvæsenet er kræftområdet stærkt organiseret med de Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG'erne). Der er ikke tilsvarende faste strukturer eller samarbejder om forskning og kvalitetsudvikling for den del af kræftområdet, der foregår i det primære sundhedsvæsen. Der er ikke stor tradition for forskning og struktureret videnskabelse i kommunerne, og desuden er der kun nogle steder personale til at varetage kvalitetsudvikling. Aktuelt arbejdes dog flere steder for at styrke dataunderstøttet kvalitetsudvikling. Bl.a. gennem Kvalitetsudvikling i Kommunerne (KIK)<sup>99</sup>. Effekten af indsatserne i det primære sundhedsvæsen er derfor heller ikke ligeså veldokumenteret, som for indsatserne i sygehusvæsenet, og det reducerer muligheden for at målrette og prioritere effektive indsatser til mennesker med og efter kræft.

Tilgangen fra de stærke forskningsmiljøer på sygehusene kan dog ikke nødvendigvis overføres til en kommunal kontekst, hvis resultaterne skal kunne omsættes til praksis. Kommunerne arbejder ikke efter specifikke diagnoser, men har en mere helhedsorienteret tilgang. Fokus er på det almene og helhed fremfor det specialiserede, og på borgernes mestring, ressourcer, deltagelse m.m. (61). Det samme gælder til dels almen praksis, hvor fokus er på den brede almen medicinske tilgang, fremfor specialisering i de specifikke sygdomsområder. Der er dog en stærkere forskningstradition og organisering, med forskningsenheder for almen medicin på universiteterne, Fonden for almen praksis m.fl. (50), end der er i kommunerne.

Sundhedsstyrelsen har afdækket udfordringer i udgivelsen 'Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen' (2022)(62). Her fremgår det, at der er udfordringer med tildeling af forskningsmidler, generel mangel på forskningstradition og kompetencer blandt medarbejdere og ledelse i kommunerne, ressourcer til at prioritere forskning ved siden af den daglige drift samt mangel på forskningsstøttefunktioner. Udgivelsen peger på, at stærke partnerskaber og reelt samarbejde om forskningen mellem forskningsinstitutioner, kommuner og praksissektoren, samt inddragelse af målgrupper, er en forudsætning for at sikre forskningens

<sup>99</sup> KIK er en indsats, der har til formål at understøtte kommunerne i aktivt at anvende data til kvalitetsudvikling samt at styrke datakvaliteten på sundheds- og ældreområdet. Læs mere her: [Kvalitet i kommunerne - KIK](#)

relevans og muliggøre potentiel anvendelighed af forskningens resultater til udvikling af det primære sundhedsvæsen (62).

#### *Kliniske retningslinjer og kvalitetsdatabaser*

Kvalitetsudvikling på kræftområdet, særligt den del der foregår på sygehusene, er organiseret i en løbende proces, hvor ny viden fører til ændrede kliniske retningslinjer, som implementeres i ny praksis og følges med indikatorer i kliniske kvalitetsdatabaser, hvorefter processen starter forfra.

Arbejdet med kliniske retningslinjer sker i regi af DMCG'erne, med støtte fra RKKP retningslinjeseekretariat.

De kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet følger løbende indikatorer for kvalitet på de enkelte afdelinger følges og de formidles løbende til de regionale kvalitetsafdelinger, som understøtter kvalitetsarbejdet på sygehusene, og offentliggøres i årsrapporter. På nogle områder mangler endvidere kobling mellem kliniske retningslinjer og opfølgning med indikatorer i kvalitetsdatabasen. Det mangler således en systematik for evaluering af indsatser, særligt på områder hvor der er begrænset ny viden fra videnskabelige studier. På sigt kan der desuden, med en større differentiering i indsatser, være behov for at gentænke indikatorer for klinisk kvalitet, da variation ikke nødvendigvis kan tolkes som forskel i kvalitet. Desuden bør der indtænkes indikatorer for det samlede patientforløb.

På nogle områder mangler der mangler viden og forskning, som grundlag for udarbejdelse af kliniske retningslinjer, og nogle steder indsamles ikke data i kvalitetsdatabaser, hvilket udfordrer arbejdet med kvalitetsudvikling. Det gælder særligt for indsatser i det primære sundhedsvæsen, fx rehabilitering (herunder præhabilitering) og basal palliation, men også indsatser på sygehusene - fx udredning og behandling af sygdomsspecifikke senfølger.

#### *Sundhedsdata til forskning og kvalitetsudvikling*

Kliniske data fra patienter behandlet i sundhedsvæsen har et stort potentiale til brug i forskning og kvalitetsudvikling, blandt andet til at følge og evaluere effekten af nye standardbehandlinger, samt som datagrundlag for udvikling af AI-algoritmer. Mange kliniske data på kræftområdet er tilgængelige i nationale registre. Anvendelse af sundhedsdata til forskning og kvalitetsudvikling kan dog opleve at bruge unødigt tid på administration og ventetid på godkendelser for at få adgang til data. Således anvendes mange ressourcer på at genere, få adgang til og sammenstille relevante patientdata. Dataindsamlingen og administrationen heraf håndteres typisk parallelt til forskellige anvendelsesformål, fx kliniske forsøg, kvalitetsudviklingsprojekter og kliniske kvalitetsdatabaser.

På nogle områder er sundhedsdata ikke tilgængelige for forskning og kvalitetsudvikling, fordi de ikke registreres ensartet og systematisk. I kommunerne er aktiviteterne hidtil ofte registreret forskelligt på tværs af kommunerne, ligesom registreringssystemerne ikke er lavet med indsamling af forskningsdata for øje.<sup>17</sup>(32,62) Dette ændres i nogen grad med kommunernes implementering af Fælles Sprog III, som en fælleskommunal datastandard med ensartede begreber og klassifikationer, fx tilstande og indsatser, hvilket i højere grad systematiserer data og muliggør national indsamling. Data om kommunale kræftrehabiliteringsindsatser vil således snart være tilgængelige, men Fælles Sprog III har også begrænsninger, fx i forhold til basal palliation, som

<sup>17</sup> En undersøgelse om kræftrehabilitering i Danmark viser blandt andet, at 38% af de 88 kommuner der i undersøgelsen angiver at dokumentere og/eller evaluere deres rehabiliteringsindsatser, anvender data i kvalitetsarbejde, som evaluering af indsatserne samt i forhold til at sikre eller højne kvaliteten af indsatserne fremadrettet.

ikke er en selvstændig registreringsmulighed.

Data fra almen praksis og speciallægepraksis forventes i tiltagende grad at blive tilgængelige via igangværende projekter i regi af Sundhedsdatastyrelsen, men det er fortsat kun de data som er registreret systematisk.

#### *Patientrapporterede oplysninger til kvalitetsudvikling og forskning*

Patient-rapporterede oplysninger (PRO) bruges i tiltagende grad, og data indsamlet fra digitale PRO-løsninger indeholder værdifuld information for både hele behandlingsforløbet men også forskning og kvalitetsudvikling. Hvis dette skal ske i højere grad, er der behov for en national standardisering og koordineret udbredelse af digitale PRO-teknologier, så data registreres systematisk og ensartet på tværs af landet. National standardisering udelukker ikke, at der kan laves lokalt tilpassede og sygdoms- eller specialespecifikke tilføjelser til spørgeskemaerne. Det vil også være hensigtsmæssigt, at indsamling af data indtænkes ved ibrugtagning af nye digitale sundhedsteknologier, således at data indsamles nationalt og gøres tilgængelige.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er, at indsatserne på kræftområdet i højere grad kan bygge på forskningsbaseret viden om effekt, og at indsatserne følges og evalueres, så relevant aktivitet er dokumenteret effektivt og til gavn for patienterne, herunder at gøre kliniske data tilgængelige for forskning og kvalitetsudvikling, samt udvikling af AI-algoritmer.

Målet er, at skabe bedre rammer for forskning, som bidrager til mere viden om effektive indsatser for borgernes mestring, livskvalitet, funktionsevne og deltagelse for borgere med eller efter kræft i det primære sundhedsvæsen og i relation til sektorovergange.

Målet er desuden, at styrke kvalitetsudvikling med kliniske retningslinjer og kvalitetsdatabaser der bidrager til at sundhedsvæsenet tilbyder evidensbaserede og effektive indsatser af høj og ensartet kvalitet på tværs af sektorer i hele landet til de kræftpatienter, som vil have gavn af indsatsen.

**Anbefaling 9:** Forskning, kvalitetsudvikling og anvendelse af sundhedsdata skal bidrage til differentierede og effektive indsatser af høj kvalitet for borgere med og efter kræft, i hele sundhedsvæsenet.

#### **Mulige initiativer og tidshorisont**

På kort sigt:

- Der foretages ændringer i organiseringen af kompetencer til godkendelse af ansøgninger, og styrkelse af den autoritative vejledning vedr. sundhedslovgivningen.
- Understøtte afdækning af, hvad der findes af eksisterende data på tværs af sundhedsvæsenet, og hvordan disse kan bruges systematisk til at skabe real world evidens for igangsatte behandlinger (med fokus på bl.a. hurtige ibrugtagning af ny kræftmedicin og bedre viden om effekt, bedre grundlag for individuel behandling, styrket grundlag for fælles beslutningstagning). I arbejdet bør også indtænkes data fra nye digitale sundhedsteknologier, herunder digitale PRO-teknologier.

- Der etableres et samarbejde med henblik på at understøtte tværfaglige forskningsaktiviteter mellem etablerede forskningsmiljøer i regioner, eller på universiteter og lokalt forankrede forskningsmiljøer i kommuner og i praksissektoren. Der bør som en integreret del af samarbejdet eller med tilknytning dertil, etableres støttefunktioner målrettet kommuner og praksissektoren, som understøtter lokal forskning gennem drøftelse af forskningsemner og -design, betydning for praksis og borgerne, dataindsamling, forskningsadministration, finansiering mv. Samarbejdet kan opbygges med, med deltagelse af blandt andet kommuner, almen praksis, universiteter og professionshøjskoler.

## 6.2 Teknologi og AI

Digitale sundhedsteknologier dækker over teknologier - herunder kunstig intelligens (AI), der kan anvendes til forebyggelse, diagnosticering, behandling og opfølgning. Der er både tale om teknologier, der kan bruges direkte af borgeren selv, og teknologi, der anvendes af personale i den kliniske praksis. Digitale sundhedsteknologier bruges i stor udstrækning allerede i det danske sundhedsvæsen, også indenfor kræftområdet. Området er i hastig udvikling, og der kommer hele tiden nye muligheder og erfaringer til. Der er forventninger om, at AI og teknologi har væsentlige potentialer til at opnå højere kvalitet og mere ressourceeffektive arbejdsgange. Dette med øje for, at det kan kræve betydelige ressourcer til testning, evaluering og implementering, ligesom det kræver kompetenceudvikling af personale, der håndterer det og løbende opdatering af kliniske retningslinjer med henblik på understøttelse af, hvad der bør være førstevalg.

Som en del af regeringens nye life science-strategi har regeringen besluttet at etablere et nationalt center for sundhedsinnovation til at udvikle, skalere og implementere løsninger.

### Udfordringer

#### *Brug af eksisterende erfaringer med AI fra ind- og udland*

I klinisk praksis er digitale sundhedsteknologier med AI til billedgenkendelse de senere år udviklet og taget i brug til eksempelvis indtegnning af organer forud for strålebehandling af kræftpatienter og i radiologien til vurdering af røntgenbilleder ved mammografiscreening. De foreløbige erfaringer med AI viser, at det kan bidrage til at øge kvaliteten af behandlingen, samtidig med at det kan være med til at frigøre ressourcer (64). Der er desuden et stort potentiale for at øge kvaliteten i diagnostikken og frigøre ressourcer i patologien ved brug af AI til vurdering af vævsprøver. Dette kræver dog, at patologi-billederne er digitaliserede, hvilket endnu ikke er gennemført på landsplan. Der er udfordringer med kapacitet og mangel på både radiologer og patologer i hele landet, og det vil derfor være hensigtsmæssigt at tage teknologi i brug, der kan frigøre ressourcer. Det er aktuelt ikke alle regioner, der har taget AI i brug til vurdering af røntgenbilleder i mammografiscreeningen. Det kræver tid og ressourcer at implementere AI-løsninger. Det skal sikres, at teknologierne kan indarbejdes i den aktuelle organisering og arbejdsgang, og der skal være fokus på, hvordan AI-løsningen kvalitetssikres, om der skal ny it-infrastruktur til at understøtte brugen mv.

Det gælder generelt for digitale sundhedsteknologier, både med og uden brug af AI, at der opstartes mange projekter til udvikling af nye løsninger, uden at det er vurderet, om der kunne være gjort brugt af allerede eksisterende teknologier eller tilpasning heraf. Det gælder også for indkøb af teknologier udviklet i udlandet. Der kan være barrierer for ibrugtagning i lovgivning, vejledninger og anbefalinger på sundhedsområdet, der er lavet med udgangspunkt i ikke-teknologisk understøttede procedurer og arbejdsgange i sundhedsvæsenet. Der er behov for at understøtte, at der sker en koordineret national udbredelse af effektive teknologier, så gode erfaringer bliver delt til gavn for andre og at der sker en systematisk vidensopsamling og evaluering af

kvaliteten og effekten af teknologierne. Der skal tilsvarende være arbejds gange for, hvordan man stopper brug af en teknologi, der ikke fungerer som forventet.

#### *Lovgivning og godkendelse*

For sundhedsteknologi med brug af AI, er der nogle særlige udfordringer, idet området befinder sig i en overgangsfase, hvor lovgivningen vanskeligt rummer den kliniknære forskning og innovation, der aktuelt er på området. En AI-drevet teknologi vil med overvejende sandsynlighed skulle betegnes som medicinsk udstyr og skal dermed CE-mærkes, før det kommer på markedet, som dokumentation for, at det opfylder den gældende EU-lovgivning. Lægemiddelstyrelsen sætter, ud fra EU-forordningen om medicinsk udstyr, rammerne for udviklingen og markedsføringen af medicinsk udstyr.. En ny EU-forordning, der skal regulere brugen af AI, blev godkendt af de 27 EU-lande i december 2023 og der lægges op til en trinvis implementering fra 2024-2026 (64). Forordningen begrænser aktuelt udbredelsen af AI.

Der er derfor også behov for en optimeret proces for godkendelser af AI-udstyr. Indtil implementering af den nye EU-forordning kan man nationalt forholde sig til den lovgivningsmæssige overgangsfase med anvisninger til, hvordan de regulatoriske barrierer kan krydses, så AI-relateret forskning kan anvendes i klinisk praksis. Dette kræver en transparent dansk praksis med en tydelig rammesætning af mulighederne for løbende at forbedre ydeevnen for selvlærende AI-udstyr med henblik på at understøtte en hurtigere omsætning af forskningens resultater til en fælles national klinisk praksis på området..

#### *Sammenhæng og overblik i patientforløbet med teknologi*

Udfordringerne med koordination og sammenhæng i mødet med sundhedsvæsenet kan være forstærket for mennesker med multisygdom, som ofte har behov for flere parallelle indsatser på tværs af afdelinger, sektorer og faggrupper (29). Det samme gælder for mennesker med lav sundhedskompetence og skrøbelige ældre, og der er ofte et stort overlap mellem disse grupper. Manglende sammenhæng kan derved medvirke til at skabe ulighed i sundhed. På nogle sygdomsområder er der udviklet, afprøvet og implementeret digitale visninger af oplysninger om behandling, behandlingsmål, kontakter og sygdomshistorie fra de forskellige sektorer, som kan give behandlere i alle sektorer - og på sigt patienter - det samme overblik over en patients forløb. Derved kan informationen deles på tværs af sektorer og afdelinger, der således har bedre mulighed for at differentiere indsatserne og skabe sammenhængende forløb, herunder imødekomme nogle patienters særlige behov for støtte og koordinering. Der er eksempelvis udviklet en sådan digital visning på diabetesområdet (65), og en lignende visning vedrørende multisygdom er under udvikling. Der findes aktuelt ikke lignende mulighed for digital visning af information om kræftpatienter.

#### *Digital understøttelse af rettidig indsats*

Der kan arbejdes med muligheder for brug af digital risikostraficering (evt. AI-understøttet) af patienterne, på baggrund af fx data fra blodprøver og patientens sårbarhed, kompleksitet af forløb. Her kan både arbejdes med mulighed for støtte til almen praksis forud for henvisning til udredning for kræft, så rette henvisning af patienterne støttes digitalt eller grundlag for at identificere patienter, der er i øget risiko eller har brug for ekstra støtte i forløbet.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er, at robustgøre kræftområdet og bidrage til en fortsat høj kvalitet gennem udvikling og koordineret implementering af nye sundhedsteknologier.



Målet er at implementere eksisterende sundhedsteknologier, som kan bidrage til at give bedre patientforløb for kræft, højne kvaliteten samt lette arbejdsgange på områder med kapacitetsudfordringer. Det er også et mål at skabe bedre rammer for udvikling og ibrugtagning af nye sundhedsteknologier, herunder AI løsninger, der kan bidrage til høj kvalitet i patientforløbet.

**Anbefaling 10:** Modne AI-teknologier og andre sundhedsteknologier udbredes og anvendes på kræftområdet landet over. Innovation, udvikling og ibrugtagning understøttes.

#### Mulige initiativer og tidshorisont

På kort sigt:

- Iværksættes koordineret, national udbredelse og implementering af eksisterende godkendte og effektive AI-løsninger til fx billedgenkendelse fx i et innovationsprogram forankret i det nationale center for sundhedsinnovation
- Iværksættes en national digitalisering af patologien, med tilpasning og implementering af eksisterende teknologi, blandt andet som forudsætning for øget brug af AI-teknologier indenfor patologien.
- Der udvikles et redskab til digital visning af i oplysninger (rutinedata) om kræftpatienters behandling, behandlingsmål, kontakter og sygdomshistorie samt evt. PRO-oplysninger fra de forskellige sektorer, som kan give sundhedsprofessionelle på tværs af regioner, kommuner og almen praksis samme overblik over patientens forløb og status. Der tages afsæt i erfaringer fra andre sygdomsområder fx er en løsning afprøvet for diabetespatienter. Oplysninger om eventuel sårbarhed og særlige behov bør indtænkes.
- Koordinering af ensartet tilgang, videndeling og videreudvikling af værktøjer til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO) og digitale værktøjer forankres i en national struktur i regi af Sundhedsdatastyrelsen
- Etableres et nationalt samarbejde på tværs af sektorer og nationale sundhedsmyndigheder om koordineret udbredelse af sundhedsteknologier med og uden AI-løsninger på kræftområdet og bredt i sundhedsvæsenet, som bør tænkes sammen med Center for Sundhedsinnovation. Der er behov for, at nationale sundhedsmyndigheder bidrager med tolkning af lovgivning og egne anbefalinger og vejledninger samt revision af anbefalinger og vejledninger, hvis der er uhensigtsmæssige barrierer for ibrugtagning af effektive teknologier. Som led i samarbejdet understøttes vidensdeling og lokal udvikling af sundhedsteknologier, herunder modeller til validering og vurdering af effekt samt lokal kompetenceudvikling af sundhedspersonale.

## 6.3 Robust kapacitet

### Udfordringer

Fremskrivninger viser en betydelig stigning i antallet af kræfttilfælde og kroniske sygdomme de kommende år, og udviklingen giver på nuværende tidspunkt forventning om et væsentligt kapacitetspres i det samlede sundhedsvæsen.

Allerede nu ses en øget aktivitet på kræftområdet, særligt en stigning i antallet af kræftpakkeforløb, hvilket udfordrer sygehusenes kapacitet. Den stigende aktivitet skyldes også den faglige udvikling med nye udrednings- og behandlingsmuligheder, som øger kompleksiteten og behovet for specialiserede kompetencer, samt den stigende overlevelse med flere patienter i opfølgings og rehabiliteringsforløb.

Manglende kapacitet kan medføre forringet kvalitet i form af ventetid på undersøgelser og behandling, hvilket kan forringe patientens prognose. Samtidig kan patienten opleve ringere kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet, som fx færre og kortere samtaler i forløbet eller mindre overskud hos sundhedspersonale.

Sundhedsstyrelsens faglige gennemgang af kræftområdet i 2023, som en del af Regeringens 'Genopretning af kræftområdet' (9), viste, at behandlingen af en række kræftformer igennem lang tid har været udfordret af skrøbelig kapacitet. Det drejer sig om brystkræft, flere urologiske kræftformer, mave-tarmkræft, lungekræft og i et mindre omfang flere gynækologiske kræftformer. Udfordringerne, særligt indenfor det urologiske område, er udbredte på tværs af landet. Flere af de nationale screeningsprogrammer har været også været påvirket af kapacitetsudfordringer. For screeningsprogrammet for brystkræft har den primære udfordring være mangel på de mamma-radiologer, der skal tolke røntgenbillederne. Screening for tarmkræft har i perioder været påvirket, særligt på mangel af koloskopikapacitet. Screening for livmoderhalskræft har desuden været udfordret på svartid på patologien.

Den primære udfordring for kapaciteten er, generelt på tværs af kræftformer og sygehusafdelinger, en knaphed på specialiseret personale, særligt i de tværgående specialer radiologi og patologi. Udfordringen med manglende personale er ikke isoleret til kræftbehandling, men en realitet i hele sundhedsvæsenet på mange sygehuse og afdelinger, der behandler både kræftsygdomme og andre sygdomme. Regionerne melder om udfordringer med at besætte stillinger med kvalificeret personale, særligt udenfor universitetshospitalerne, og derudover er der en generel mangel på operationskapacitet.

De særlige patientrettigheder på kræftområdet, med regler om maksimale ventetider til udredning og behandling bevirker at kapacitet prioriteres til kræftområdet, kan have betydning for kapaciteten til behandling af benigne sygdomme, hvis den samlede kapacitet er utilstrækkelig.

Det forventede kapacitetspres er ikke isoleret til sygehusene, selvom det aktuelt er mest synligt der. Således er der blandt andet også nogle steder manglende kapacitet til basal palliation og den kommunale rehabilitering, hvor, at det kan være vanskeligt at opretholde serviceniveauet og kvaliteten af indsatserne, jf. de nationale kvalitetskrav. (7)(Se afsnit 4.3, 5.3, 5.4 og 5.5 for yderligere om kapacitet i det primære sundhedsvæsen).

Der er igangsat indsatser til at imødekomme det forventede kapacitetspres generelt i sundhedsvæsenet. En ny struktur i sundhedsvæsenet skal blandt andet styrke det primære sundhedsvæsen, så en del ikke-

specialiserede opgaver kan flyttes til kommuner og almen praksis. Revision af den lægelige videreuddannelse skal bidrage til, at der i fremtiden er de nødvendige generalist- og specialistkompetencer blandt læger.

Fra 2024 er der indført ny overvågning af overholdelsen af de maksimale ventetider på kræftområdet. Desuden har regionerne i begyndelsen af 2024 etableret en ny specialenhed for samarbejde om behandling af livstruende sygdomme. Enheden skal være med til at styrke samarbejdet mellem regionerne.

Samtidig er der, blandt andet med anbefalingerne i dette faglige oplæg til Kræftplan V, fokus på aktivitetsreducerende tiltag med stop for unødvendig aktivitet, der ikke er til sundhedsmæssig gavn for patienterne, og en øget differentiering af indsatserne. Alle disse tiltag forventes dog ikke at have effekt på kort sigt. Der er også igangsat tiltag for at styrke kapaciteten på kræftområdet på kort sigt. Med regeringens sundhedspakke fra maj 2023 blev der afsat økonomiske midler til en styrkelse af kræftområdet i 2023-24, og i aftalen om regionernes økonomi for 2025 er der afsat midler til regionernes behandlingsskapacitet på kræftområdet fra den økonomiske ramme for Kræftplan V. På tværs af regionerne er midlerne fra sundhedspakken særligt anvendt hvor der var mest behov for at styrke kapaciteten, fx indenfor brystkræft, urologi og mave- og tarmkræft samt radiologien og patologien. Regionerne har anvendt midlerne til blandt andet personale og investeringer i nyt udstyr og teknologi, ligesom der er investeret i løsninger med langsigtede gevinster. Nogle kapacitetsudfordringer er dog ikke mulige at ændre på kort sigt med tilførsel af midler, fx tager det tid at opbygge personalekompetencer inden for de meget specialiserede områder.

Selvom der er igangsat indsatser, og flere igangsættes som en del af en Kræftplan V, til at imødekomme udfordringerne, kan der i en overgangsfase være behov for at styrke kapaciteten på kræftområdet.

#### **Ambition og mål**

Ambitionen er en robust kapacitet på kræftområdet, som understøttes af overvågning og med hensyntagen til, at det ikke sker på bekostning af andre sygdomsområder.

Målet er at robustgøre kapaciteten til det stigende antal kræftpatienter.

**Anbefaling 11:** Robust udrednings- og behandlingsskapacitet til at tage hånd om det stigende antal kræftpatienter.

#### **Muligt initiativ og tidshorisont**

På kort sigt:

- Tilføres der midler til regionerne i en overgangsperiode, hvorefter behovet vurderes igen. Midlerne afsættes til aktivitet, der har betydning for kapacitet på kræftområdet, herunder radiologi, patologi og operationskapacitet.

# Litteraturliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V. Sundhedsstyrelsen, 2023.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet, Fagligt oplæg til Kræftplan IV. 2016.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017 - 2020) . Primære Sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen, 2017.
- (4) Sundheds- og Ældreministeriet. Status på udmøntning af Kræftplan IV -2020. 2021.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2017.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2018.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom, kvalitetsstandarder. Sundhedsstyrelsen, 2024.
- (8) Kræftens Bekæmpelse. Hvidbog om Social ulighed i kræft i Danmark. 2. udgave.2023.
- (9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Minister vil sikre kræftpatienter rettidig behandling med ny genopretningsplan.Senest tilgået 25. oktober. 2024. Link: <https://www.ism.dk/nyheder/2023/marts/minister-vil-sikre-kræftpatienter-rettidig-behandling-med-ny-genopretningsplan->
- (10) International agency for Research on Cancer. NORDCAN.10. september. 2024. Link: [https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/predictions\\_tables?sexes=0&pred\\_method=constant&mode=cancer&populations=208&multiple\\_populations=0&multiple\\_cancers=1&cancers=990](https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/predictions_tables?sexes=0&pred_method=constant&mode=cancer&populations=208&multiple_populations=0&multiple_cancers=1&cancers=990).
- (11) Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen, 2021.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Stråling - en del af din hverdag. 2024.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Solbeskyttelse. 2018.
- (14) Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionens anbefalinger . Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023.
- (15) Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. 2022.
- (16) OECD. EU Country Cancer Profile: Denmark. 2023.
- (17) Mikkelsen T.B & Vind A.B. Kommunal Kræftrehabilitering i Danmark 2021. Kommunale indsatser fordelt pr. region. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, 2022.

- (18) Danmarks Statistik. 59 pct. flere over 80 år i 2030.10. september. 2024. Link: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674>.
- (19) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsstrukturkommissionen . 2024.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Kap. 2. Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen. Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen. In: Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport2024.
- (21) Palshof FK, Mørch LS, Køster B, Engholm G, Storm HH, Andersson TM, et al. Non-preventable cases of breast, prostate, lung, and colorectal cancer in 2050 in an elimination scenario of modifiable risk factors. Sci Rep 2024;14(8577):8577.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Statusrapport for De nationale screeningsprogrammer for kræft. Sundhedsstyrelsen, 2022.
- (23) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme. BEK nr. 584. 28/04/2015.
- (24) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme. VEJ nr 9185. 10/04/2024.
- (25) National Genom Center. Genetisk analyse i ti trin.Senest tilgået 28. oktober. 2024. Link: <https://www.ngc.dk/patienter/genetisk-analyse-i-ti-trin>.
- (26) VIVE, Klausen M. B., Johansen M. B. & Madsen M. H. Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb . VIVE, Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, 2021.
- (27) Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 - del 1. Kræftens Bekæmpelse, 2023.
- (28) Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 - del 2. 2023.
- (29) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. 2023.
- (30) Sundhedsdatastyrelsen. Analyse - Nye kræfttilfælde i pakkeforløb 2013-2018. 2019.
- (31) Sundhedsdatastyrelsen. Analyse - Hvilke aktører henviser til pakkeforløb for kræftområdet? Og bliver forløbene gennemført inden for forløbstiderne. 2013-2016. 2018.
- (32) Elnegaard. C., Mikkelsen T. B, Guldin. M-B.&nbsp;og Thuesen. JR. Kræftrehabilitering i Danmark. Status og udvikling fra 2017 til 2021. 2022.

- (33) Sundhedsstyrelsen. Kap. 3. Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning. Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Sundhedsstyrelsen. In: Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport2024. p. 74-105.
- (34) Sygehus lillebælt. Center for fælles beslutningstagen. Tilgået 30. august. 2024. Link: <https://sygehuslillebaelt.dk/afdelinger/vejle-sygehus/center-for-faelles-beslutningstagning>.
- (35) Nicolaisen A, Lauridsen G. B & Jarbøl D. E. Kvalitet i almen praksis - viden og værktøjer til at styrke kvaliteten af kræftforløb i almen praksis. Syddansk Universitet, 2021.
- (36) Kræftens Bekæmpelse. Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb. Overgange i kræftforløb - Et indblik i behovsvurderinger og den individuelle opfølgingsplan. Kræftens Bekæmpelse, 2023.
- (37) DSAM. Kræftopfølgning i almen praksis. 2019.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer. 2014.
- (39) Sundhedsstyrelsen. Pilotstudie vedrørende screening for lungekræft. Opdateret: 2024. Link: <https://www.sst.dk/da/puljer/Pilotstudie-vedroerende-screening-for-lungekraeft>.
- (40) Bojesen S. E. Personalized Breast Cancer Screening (PRSONAL). Opdateret: 2024.
- (41) ugeskrift for læger. 2024 detaljer udestår.
- (42) Sygehus Lillebælt. Akutpatienter kan hurtigere få den rette behandling . Opdateret: 2021. Link: <https://sygehuslillebaelt.dk/nyheder/akutpatienter-kan-hurtigere-fa-den-rette-behandling>.
- (43) Sygehus Lillebælt. Stort projekt med kunstig intelligens når vigtig milepæl. Opdateret: 2024.
- (44) Brasen CL, Andersen ES, Madsen JB, Hastrup J, Christensen H, Andersen DP, et al. Machine learning in diagnostic support in medical emergency departments. Sci Rep 2024;14(1):17889-10.
- (45) Udestår. Kræftramte ældre kræver særlig diagnostik og behandling. Ugeskrift for læger 2024;186(2).
- (46) Danske Regioner & Praktiserende Lægers Organisation. Vision for almen praksis i 2030. 2020.
- (47) Sundhedsstyrelsen & Institut for Folkesundhed AU. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. 2022.
- (48) Jarbøl D. E., Søndergaard J., Rasmussen, S., Balasubramaniam K., Haastrup P., Lauridsen G. B., Raasthøj I. P., Sætre L. M. S. & Eilerskov N. Den Danske Symptomkohorte (DaSK). senest tilgået 28. oktober. 2024. Link: <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/projects/den-danske-symptomkohorte-dask>.
- (49) VIVE, Hauge A. M., Aarhus R., Scholten O. H., Madsen M. H. & Kjellberg J. Input til den kommende Kræftplan V. VIVE, Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, 2023.

- (50) VID. Netværk for viden og kompetencer i almen praksis. senest tilgået 28. oktober. 2024. Link: <https://www.vidap.dk/>.
- (51) Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB (Red.). Hvidbog om rehabilitering. 2022.
- (52) Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2013;8:715-727.
- (53) Scheede-Bergdahl C, Minnella EM, Carli F. Multi-modal prehabilitation: addressing the why, when, what, how, who and where next? *Anaesthesia* 2019;74(51):20-26.
- (54) Zachariae R, Christiansen P, Amidi A, Wu L, Ventzel L, Tauber N, et al. The time has come for national clinical practice guidelines for managing late effects after cancer and cancer treatment. *Acta oncologica* 2024;63(1):491-493.
- (55) Kræftens Bekæmpelse. Kræft i Danmark 2022. Kræftens Bekæmpelse, 2022.
- (56) Neergaard MA, Helledie E, Jørgensen B. Danish consensus and definition for Advance Care Planning (ACP). Deleted Journal 2024.
- (57) Pedersen T, Raunkjær M, Graven V. Barriers and facilitators for place of death: A scoping review. *England : Palliative and supportive care*, 2024. 1-14.
- (58) Jarlbæk L, Mikkelsen T.B, Hansen R.S & Vind A.B. Dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark - i perioden 2012-2020. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, 2024.
- (59) Bergenholtz H, Benthien KS, Refer IF, Egholm CL, Róin T, Mikkelsen TB, et al. Kortlægning af den basale palliative indsats på sygehuse i Danmark REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, 2024.
- (60) Regionerne. Nationale visitationskriterie til specialiserede palliative enheder. Lærings- og Kvalitetsteams, regioner, 2017.
- (61) KL. Ny kvalitetsplan som motor for omstilling af sundhedsvæsenet. 2024.
- (62) Sundhedsstyrelsen. Forskning til styrkelse af indsatser i det primære sundhedsvæsen. 2022.
- (63) Danish Life Science Cluster. Regulatoriske rammer for brug af sundhedsdata til udvikling og afprøvning af innovative løsninger baseret på datadrevne teknologier. 2022.
- (64) DCCC. Klinisk anvendelse af kunstig intelligens på kræftområdet. 2024.
- (65) Steno Diabetes Center Aarhus. SAMBLIK: Samme patientoverblik på tværs af sektorer. 10. september. 2024. Link: <https://www.stenoaarhus.dk/tvarsektoriel-forskning/organisering-og-ledelse/samblik/>.



## Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V
- Bilag 2:** Kommissorium for følgegruppe vedrørende fagligt oplæg til Kræftplan V
- Bilag 3:** Følgegruppen
- Bilag 4:** Oversigt over videnspersoner inddraget i arbejdet
- Bilag 5:** Ordliste
- Bilag 6:** Opsummering af udviklingen på kræftområdet

Supplerende materiale til det faglige oplæg til Kræftplan V: Sundhedsdatastyrelsens faktaanalyse på kræftområdet.

# Bilag 1: Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V

Over de seneste tyve år er der sket markante forbedringer af kræftområdet i Danmark. Det skyldes blandt andet de vedvarende og gennemgribende tiltag, der er blevet gennemført med de tidligere fire nationale kræftplaner. Samtidig har der på tværs af myndigheder, faggrupper, organisationer og patientforeninger været fokus på organiseringen af kræftforløbet, opsporing af kræft, strukturelle forebyggelsestiltag, indførelse af nye behandlingsmetoder mv. Det har bedret den samlede kræftdødelighed i Danmark, som er faldet med næsten 2% per år mellem 2011-2020 og bliver ved med at falde. Kræftdødeligheden falder blandt andet, fordi overlevelsen er forbedret for næsten alle kræfttyper, og der er faldende incidens for nogle kræfttyper.

Det er dog ikke ensbetydende med, at der ikke er udfordringer i dag eller vil komme nye til fremover.

Der er fortsat potentiale for at styrke indsatsen på kræftområdet i Danmark. Det gælder for eksempel tidlig opsporing, diagnostik og opfølgning efter kræftbehandling samt ift. ulighed i kræft. Dertil kommer, at den demografiske udvikling med flere ældre medfører en stigning i antallet af nye kræfttilfælde og et øget behov for behandling og pleje. Fremover vil flere mennesker med kræft have flere samtidige kroniske sygdomme, hvilket får betydning for deres behandlingsforløb, og hvordan de skal mødes af sundhedsvæsenet. Og i takt med at flere mennesker overlever kræft, så vil flere også opleve at få senfølger efter sygdommen. Det stiller krav til relevante tilbud, fx styrket koordinering og organisering af senfølgeindsatsen. Der forventes ligeledes færre personer i den erhvervsaktive alder i forhold til antallet af ældre borgere, hvilket vil præge medarbejderressourcerne i sundhedsvæsenet og hermed også få betydning for kræftområdet. Disse problemstillinger er allerede aktuelle.

Samtidig ses en teknologisk udvikling med betydning for, hvordan der kan gennemføres diagnostik, behandling og opfølgning på en effektiv måde og med høj kvalitet. Det muliggør, at patientforløb i endnu højere grad kan tilpasses den enkelte ud fra viden og præferencer, og samtidig muliggøres mere effektiv ressourceanvendelse, herunder også på kræftområdet.

Regeringen har med *Ny sundhedspakke* af maj 2023 afsat en ramme fra 2025 og frem til en ekstraordinær kræftindsats og en Kræftplan V. Det fremgår af 'Ny Sundhedspakke', at:

*"Sundhedsstyrelsen skal, med bistand fra andre relevante styrelser, udarbejde et fagligt oplæg til Kræftplan V, som forelægges for regeringen i slutningen af 2024. Det faglige oplæg skal bl.a. kortlægge indsatsområder og mulige tiltag med fokus på tidlig opsporing og diagnostik, så kræft opdages tidligere. Ligeledes skal oplægget have fokus på tiden efter kræftbehandling i form af senfølger, rehabilitering og smertelindring, ligesom oplægget skal have fokus på ulighed i kræft".*

---

<sup>1</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/afdaekning-af-smerteomraadet>

## Rammer og indhold

Sundhedsstyrelsens anbefalinger med det faglige oplæg til Kræftplan V, hvis konkrete opdrag jf. *Ny Sundhedspakke* er gengivet ovenfor, vil tage udgangspunkt i en række generelle udviklingstendenser:

- Udvikling generelt i befolkningen, blandt andet flere ældre og ændrede sygdomsmønstre
- Udvikling i sundhedsvæsenet med hensyn til kapacitet og struktur
- Udvikling af ny viden, nye teknologier mv.
- Udvikling i de væsentligste risikofaktorer for udviklingen af kræft
- Udvikling på kræftområdet, herunder kvalitet og effekt af indsatser og organisering af tilbuddene

Det faglige oplæg vil blandt andet afdække mulige anbefalinger relateret til forbedring af patientforløb og styrkelse af tværgående områder.

Patientforløb, herunder:

- Tidlig opsporing, herunder screening og diagnostik
- Behandling (fx behandling af samtidige sygdomme, over-/underbehandling, præhabilitering, multidisciplinære teamkonferencer mv.)
- Opfølgning og tiden efter kræftbehandling, herunder bl.a.:
  - opsporing af recidiv (tilbagefald)
  - senfølgeindsatsen
  - rehabilitering og palliation

Tværgående områder, herunder:

- Kapacitet i det samlede sundhedsvæsen
- Ulighed i kræft, herunder bl.a. geografisk og social ulighed
- Inddragelse og systematisk vurdering af behov samt differentiering af indsatser
- Organisering af ansvar for forløb, herunder specialiseringsgrad samt digital og teknologisk understøttelse
- Kvalitet og forskning

I det faglige oplæg inddrages den nyeste viden og internationale erfaringer.

En ny kræftplan skal bygge videre på de tidligere kræftplaner, og derfor vil der i det faglige oplæg til Kræftplan V blive gjort status på initiativerne i Kræftplan IV.

Ligeledes inddrages viden og resultater fra indenrigs- og sundhedsministerens plan *Genopretning af kræftområdet* af februar 2023 samt anbefalinger fra Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet og Sundhedsstrukturkommissionen.

Kræftplan V vil desuden kunne bidrage med indsigter, der er relevante for tilgrænsende sygdomsområder.

Anbefalingerne i det faglige oplæg skal, i det omfang det er muligt, tage højde for omkostningseffektivitet ift. midler og personaleressourcer. Hermed skal det faglige oplæg tage hensyn til, at en styrkelse af kræftområdet ikke sker på bekostning af andre sygdomsområder.

## Organisering

Det faglige oplæg til Kræftplan V udarbejdes af Sundhedsstyrelsen. Hertil indhentes rådgivning og bidrag fra en bred kreds af aktører, herunder regioner, kommuner, fagfolk og civilsamfundsaktører.

Dette organiseres i relevante fora og med mulighed for yderligere specifik inddragelse af rådgivning og bidrag efter behov.

I forbindelse med udarbejdelsen af det faglige oplæg kan Sundhedsstyrelsens eksisterende fora desuden indtages, som fx Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet, Udvalg for Kræft og Rådgivende Udvalg for Nationale Screeningsprogrammer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement følger arbejdet løbende.

## Økonomi og tidsplan

Regeringen har fra og med 2025 afsat en samlet ramme på 600 mio. kr. årligt til Kræftplan V. Heraf afsættes midler til et pilotstudie af et nationalt screeningsprogram for lungekræft, til en ny patientrådgivning for patienter med livstruende sygdomme og en specialenhed for behandling af livstruende sygdomme samt 100 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til at udvide sundhedslovens §166-ordning, så flere kræftpatienter og andre patientgrupper med betydelige tandproblemer kan få tilskud til deres tandbehandling.

Regeringen vil i forbindelse med udmøntningen af midlerne til Kræftplan V også tage stilling til den aktuelle kapacitetssituation på kræftområdet. I lyset af de ekstraordinære afsatte kapacitetsmidler til kræftområdet i 2023 og 2024 vil der heri også indgå drøftelser om behovet for varige kapacitetsmidler fra 2025. Anbefalingerne skal udarbejdes under hensyn til den samlede ramme, herunder eventuelt behov for varige kapacitetsmidler.

Sundhedsstyrelsen indleder arbejdet i efteråret 2023 og afleverer det faglige oplæg til Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement i efteråret 2024 mhp. forelæggelse for regeringen i slutningen af 2024.

# Bilag 2: Kommissorium for følgegruppe vedrørende fagligt oplæg til Kræftplan V

## Følgegruppens formål og opgaver

For at styrke indsatsen på kræftområdet afsatte regeringen med *Ny sundhedspakke* i maj 2023 en økonomisk ramme fra 2025 og frem til en ekstraordinær kræftindsats og Kræftplan V.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at udarbejde et fagligt oplæg, som skal være grundlag for en politisk besluttet Kræftplan V.

Rammer og indhold for det faglige oplæg til Kræftplan V er beskrevet i [Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V](#).

Det faglige oplæg vil blandt andet afdække mulige anbefalinger relateret til forbedring af patientforløb og styrkelse af tværgående områder:

Patientforløb, herunder:

- Tidlig opsporing, herunder screening og diagnostik
- Behandling (fx behandling af samtidige sygdomme, over-/underbehandling, præhabilitering, multidisciplinære teamkonferencer mv.)
- Opfølgning og tiden efter kræftbehandling, herunder bl.a.:
  - opsporing af recidiv (tilbagefald)
  - senfølgeindsatsen
  - rehabilitering og palliation

Tværgående temaer, herunder:

- Kapacitet i det samlede sundhedsvæsen
- Ulighed i kræft, herunder bl.a. geografisk og social ulighed
- Inddragelse og systematisk vurdering af behov samt differentiering af indsatser
- Organisering af ansvar for forløb, herunder specialiseringsgrad samt digital og teknologisk understøttelse
- Kvalitet og forskning.

Til at kvalificere arbejdet med det faglige oplæg indhenter Sundhedsstyrelsen faglig viden og rådgivning via møderækker, arbejdsgrupper o.l. samt nedsætter en følgegruppe.

Følgegruppen skal løbende rådgive og kvalificere:

- skriftlige udkast og oplæg
- om udfordringsbilledet, vidensgrundlaget samt forudsætningerne for og konsekvenserne af mulige virksomme initiativer - i et sundhedsvæsen i forandring de kommende år
- på baggrund af viden om sundhedsfaglige og organisatoriske forhold mv., herunder om forskning, ledelse, kvalitetsudvikling, målstyring o.l., hvor der anlægges samfunds- og patientperspektiver.

Desuden kan Sundhedsstyrelsen inddrage eksisterende fora som fx Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet, Udvalg for Kræft og Rådgivende Udvalg for Nationale Screeningsprogrammer.

Følgegruppens inddragelse følger processen, der tilrettelægges i disse faser i 2023-2024:

- *Fase 1. Fastlæggelse af undersøgelsesområdet og udfordringsbilledet (december-januar 2024)*  
Sundhedsstyrelsen opstiller undersøgelsesspørgsmål ud fra identificerede udfordringer. Der afholdes et møde med følgegruppen med henblik på at kvalificere undersøgelsesområdet og udfordringsbilledet
- *Fase 2. Etablering af vidensgrundlag og mulige initiativer (februar-maj)*  
Sundhedsstyrelsen beskriver vidensgrundlaget i forhold til udfordringsbilledet gennem vidensafdækning, møderække/workshops o. lign. På den baggrund udarbejder Sundhedsstyrelsen forslag til mulige initiativer, der kan imødegå de væsentlige udfordringer. Der afholdes to møder med følgegruppen med henblik på at kvalificere vidensgrundlaget og de mulige initiativer
- *Fase 3. Udarbejdelse af samlet fagligt oplæg (maj-oktober)*  
Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg, der beskriver sammenhængen imellem undersøgelsesområdet, udfordringsbilledet, vidensgrundlaget og anbefalingerne. Der afholdes et møde med følgegruppen med henblik på at kvalificere udkastet til det samlede faglige oplæg.

Dette leder frem til, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en konkluderende rapport á 30-50 sider eksklusiv bilag, med motiverede anbefalinger målrettet de væsentligste udfordringer på kræftområdet, til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen sammensættes som følger:

Organisation	Udpegning
Sundhedsstyrelsen	1 repræsentant
Regioner	6 repræsentanter (heraf 5 regionale, udpeges via Danske Regioner)
Kommuner	6 repræsentanter (heraf 5 kommunale, udpeges via KL)
DMCG	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant (udpeges via LVS)
Dansk Selskab Klinisk Onkologi	1 repræsentant (udpeges via LVS)
Dansk Radiologisk Selskab	1 repræsentant (udpeges via LVS)
Dansk Kirurgisk Selskab	1 repræsentant (udpeges via LVS)
Videncenter for rehabilitering og palliation	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Dansk Selskab for Ergoterapi	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Danske Patienter	2 repræsentanter (heraf 1 fra patientforening, udpeges via Danske Patienter)
Sundhedsdatastyrelsen	1 repræsentant
Indenrigs- og Sundhedsministeriet	1 repræsentant

Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for følgegruppen.

Sundhedsstyrelsen vil inddrage supplerende ekspertise efter behov.



## Tidsplan

Sundhedsstyrelsen indleder arbejdet i efteråret 2023 og afleverer det faglige oplæg til Indenrigs- og Sundhedsministeriet i efteråret 2024 (oktober) med henblik på politisk opfølgning.

Der forventes afholdt fire møder i følgegruppen placeret undervejs i relation til de tre faser.

De foreløbige mødetidspunkter i 2024 er:

1. møde	30. januar kl. 12.30-15.30
2. møde	3. april kl. 11-14
3. møde	6. juni kl. 12-15
4. møde	28. august kl. 11-14

Møderne afholdes hos Sundhedsstyrelsen og som udgangspunkt med fysisk fremmøde. Der kan suppleres med ekstra møder eller skriftlig kommentering, hvis det viser sig relevant.

## Bilag 3: Følgegruppens medlemmer

Følgegruppen har bestået af nedenstående personer:

Steen Dalsgård Jespersen Vicedirektør (Forperson)	Sundhedsstyrelsen
Anne Louise Nyegaard Hellen Kontorchef	Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sygehuspolitik
Helene Probst, Lægefaglig direktør	Danske Regioner
Anne Bukh, Koncerndirektør	Region Nordjylland
Kurt Espersen, Koncerndirektør	Region Syddanmark
Mads Ellegaard Christensen, Direktør for Sundhedsstrategisk Planlægning	Region Sjælland
Thomas Larsen, Lægefaglig koncerndirektør	Region Midtjylland
Charlotte Hosbond, Direktør for Center for Sundhed	Region Hovedstaden
Hanne Agerbak, Kontorchef	KL
Charlotte Færch, Områdeleder	Hjørring Kommune
Thomas du Plessis de Richelieu, Direktør	Lolland Kommune
Dorthe Krogh Rokkedal, Områdeleder	Horsens Kommune
Dorte Hofland, Centerchef, Center for Kræft og Sundhed	Københavns Kommune
Jytte Platz, Konsulent	Aabenraa Kommune, Social og Sundhed
Michael Metzsch	Aabenraa Kommune
Mette Kjærgaard Nielsen, Speciallæge i Almen Medicin, ph.d.	Dansk Selskab for Almen Medicin (via LVS)

Malene Støckel Frank, Overlæge, Klinisk Forskningslektor	Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (via LVS)
Jens Hillingsø, Cheflæge	Dansk Kirurgisk Selskab (via LVS)
Martin Lundsgaard Hansen, Cheflæge, Afdeling for Røntgen og Skanning, Rigshospitalet	Dansk Radiologisk Selskab (via LVS)
Michael Borre, Overlæge, professor, dr.med., Ph.d.	Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Tenna Askjær, Fysioterapeut, Cand.scient i fysioterapi, Specialist i onkologisk fysioterapi	Dansk Selskab for Fysioterapi
Line Lindahl- Jacobsen, Docent - Ph.d.	Dansk Selskab for Ergoterapi, Ergoterapifagligt Selskab for Kræft og Palliation
Helle Mathiasson, Sygeplejerske, Stråleterapeut, Formand i Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker under Dansk Sygeplejeråd	Dansk Sygepleje Selskab
Pernille Slebsager, Afdelingschef for Patientstøtte og Frivillig Indsats i Kræftens Bekæmpelse	Danske Patienter
Johanne Kure, Chefkonsulent	Danske Patienter
Ane Bonnerup Vind, Videncenterchef	Videncenter for rehabilitering og palliation - REHPA
Marie Frankov Nissen, Sektionsleder	Sundhedsdatastyrelsen
Dorte Vesterholm Lind	Sundhedsdatastyrelsen
Anne Kjærsgaard	Sundhedsdatastyrelsen

**Sundhedsstyrelsen har sekretariatetsbetjent følgegruppen:**

Tanja Popp	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Hanne Bramaholm Hager (fra april 2024)	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Louise Bredal Mørk Lauridsen (til februar 2024)	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Cecilie Iuul	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen

Nanna C. Læssøe	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Naja Vyberg	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Linnea Waldorff Lund	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Mathilde Overgaard (til juni 2024)	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen
Tina Birch	Sundhedsstyrelsen, Primære Sundhedsvæsen

## Bilag 4: Oversigt over involvering af videnspersoner

Nedenfor indsat oversigt over organisationer hvorfra Sundhedsstyrelsen har inddraget en eller flere videnspersoner i arbejdet med udarbejdelsen af det faglige oplæg til Kræftplan V (foruden repræsentanterne i følgegruppen - se bilag 2)

Danske Regioner	Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Videncenter for rehabilitering og palliation	Dansk selskab for fysioterapi
Center for kræft og sundhed, Københavns Kommune	Sundhedsdatastyrelsen
FOA	Dansk Selskab for Almen Medicin
DCCC	
Kræftens Bekæmpelse	COMPAS, Dansk Forskningscenter for Lighed i Kræft
Dansk Selskab for Palliativ Medicin	Dansk Selskab for Ergoterapi
Dansk sygeplejeselskab	KL
KiAP (Kvalitet i Almen Praksis)	Health Tech Hub Copenhagen
Dansk Sygeplejeselskab (DASYS)	Center for Fælles Beslutningstagning, Sygehus Lillebælt
Dignostisk Center, Svendborg Sygehus	Nationalt Center for Senfølger hos Kræftoverlevende (CASTLE)

Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL)	Nationalt Forskningscenter for Senfølger til Kræft i Bækkenbundsorganerne
Klinik for Senfølger efter Kræft, Region Sjælland	Patientrepræsentanter, Kræftens Bekæmpelse
Regional styregruppe/Rådgivende udvalg for nationale screeningsprogrammer	Videnspersoner vedr. AI fra hhv. Herlev/Gentofte Hospitaler, Region Nordjylland, New Generation Technologies, Centre for Clinical Artificial Intelligence SDU, Sjællands Universitetshospital Center for Surgical Science, Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt

## Bilag 5: Ordliste

### Rehabilitering

- Indsatser, der kan sætte den enkelte person i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (WHO)
- Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbase-rede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation (Hvidbog om rehabilitering)

### Præhabilitering

- Interventioner til opbygning af modstandsdygtighed før behandling via konditionering og medicinsk optimering, som tidsmæssigt finder sted i perioden mellem diagnose og opstart af behandling (Hvidbog om rehabilitering, herunder kilde 23)

### Almen praksis

- En organisatorisk enhed, som rummer en eller flere speciallæger i almen medicin samt praksispersonale

### Palliation

- Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for 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 (ref. WHO).

### Basal palliation

- Den basale palliative indsats er målrettet mennesker med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder. Indsatsen kan indgå integreret i den anden pleje og behandling, der tilbydes. Basal palliativ indsats ydes af fagpersoner i de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave. Basal palliativ indsats ydes på de fleste kliniske sygehusafdelinger, i

kommunerne (fx i hjemmesygeplejen, i hjemmeplejen og i plejeboliger) samt i almen praksis og den øvrige praksissektor (fx hos psykologer og fysioterapeuter) (Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats 2017).

#### Specialiseret palliation

- Den specialiserede palliative indsats er målrettet mennesker med palliative behov af en høj sværhedsgrad inden for de enkelte problemområder og med flere sammenhængende problemområder. Den specialiserede palliative indsats ydes af fagpersoner i de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgave fx palliative teams, palliative afdelinger på sygehuse og hospices. Den specialiserede indsats kan foregå under indlæggelse (fx palliative afdelinger og hospice), ambulant, i patientens hjem/plejebolig eller på en sygehusafdeling (via palliativt team) (Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats 2017).

#### Senfølger

- Senfølger defineres som fysiske og/eller psykiske helbredsproblemer, som opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter afsluttet behandling<sup>55</sup>;

## Bilag 6: Opsummering af udviklingen på kræftområdet

### Indsatser på kræftområdet med tidligere kræftplaner

Kræftområdet er blevet styrket med mange initiativer og investeringer gennem årene blandt andet som en del af kræftplanerne og andre politiske aftaler.

#### Kræftplan I-IV:

Kræftplan I fra 2000 havde især fokus på afdækning af epidemiologien af kræftsygdomme i Danmark og fokuserede blandt andet på at afdække de problemstillinger, der kunne ligge til grund for en ringere overlevelse for danske kræftpatienter sammenlignet med de øvrige nordiske lande. Derudover var der et behov for at øge kapaciteten i forhold til både stråle-, medicinsk og kirurgisk behandling. Udgangspunktet for Kræftplan I var et helhedsperspektiv på kræftsygdomme, således at man ud over kravene til behandling og pleje også beskrev muligheder og behov for indsats i relation til forebyggelse, rehabilitering og palliation. Med udgangspunkt i planens anbefalinger skete der efterfølgende en udbygning af alle dele af sundhedsvæsenets indsatser mod kræftsygdomme.

Kræftplan II fra 2005 havde fokus på bedre sammenhæng i og organisering af patientforløbet, hvilket resulterede i den senere udarbejdelse af pakkeforløb for kræft. Derudover var der fokus på tobaksforebyggelse og

<sup>55</sup> Sundhedsstyrelsens 2017. forløbsprogram for palliation og senfølger [indsæt i ref]

styrkelse af kræftkirurgien. I 2007 fulgte Sundhedsstyrelsens opfølgning på Kræftplan II i form af en faglig gennemgang, som bl.a. pegede på behov for en forstærket indsats inden for pakkeforløb, kræftkirurgi, kliniske retningslinjer, monitorering, sammenhæng i patientforløb og tobaksforebyggelse.

Kræftplan III fra 2010 havde fokus på at forbedre og udbygge de dele af patientforløbet, der ligger før og efter udredning og behandling i sygehusregi, herunder tidlig opsporing, rehabilitering og palliation. Desuden blev pakkeforløbene for kræft revideret, ligesom man supplerede pakkeforløbene med sygdomsspecifikke opfølgingsprogrammer med beskrivelser af rammerne for opfølgning af kræftpatienter.

Kræftplan IV fra 2016, også kaldet "patienternes kræftplan", byggede videre på de tidligere kræftplaner. Ambitionen bag kræftplan IV var at styrke forebyggelsen, så færre oplever at få en kræftsygdom, at forbedre udredning og behandling, så flere overlever kræft, samt at alle oplever, at deres forløb er veltilrettelagte, og at patienterne bliver inddraget undervejs. Udmøntningen af kræftplan IV blev afsluttet ved udgangen af 2020.

**Følgende oversigt indeholder en række af de væsentligste tiltag på kræftområdet de seneste årtier:**

Forebyggelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En lang række initiativer er gennemført med fokus på forebyggelse af kræft, med særligt fokus på sunde vaner ift. tobak, alkohol, kost, motion, soldyrkelse m.v., herunder:</li> <li>• Udvikling af forebyggelsespakker indenfor centrale forebyggelsesområder, herunder tobak, alkohol og overvægt</li> <li>• Begrænsning af tobaksrygning via lovgivning, rygestopkampagner og -tilbud samt etablering af den rådgivende 'Stoplinjen'</li> <li>• Tilbud om HPV-vacciner som en del af børnevaccinationsprogrammer for piger på 12-17 år og drenge født efter 1. juli 2007 eller senere</li> </ul>
Screening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er indført nationale screeningsprogrammer for kræft:</li> <li>• Screening for livmoderhalskræft</li> <li>• Screeningsprogram for brystkræft</li> <li>• Screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft</li> <li>• Derudover pilotafprøves screening for lungekræft.</li> </ul>
Tidlig opsporing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er sat fokus på betydningen af patienters sene lægesøgning for sygdomsstadiet på diagnosetidspunktet samt betydningen af information til patienter om de specifikke symptomer, der bør medføre henvendelse til almen praksis, fx ved:</li> <li>• Efteruddannelse af praktiserende læger for at blive bedre til at opfange og reagere på alarmsymptomer</li> <li>• Informationskampagner med henblik på at øge viden om symptomer på kræft i befolkningen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er over en årrække allokeret ressourcer til styrkelse af almen praksis' muligheder for tidlig opsporing, herunder adgang til at henvise direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehusene.</li> <li>• Sygehusenes kapacitet til diagnostiske undersøgelser er blevet udbygget, herunder scannerkapaciteten.</li> </ul>
Udredning og behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er sket en markant udvikling af udrednings- og behandlingsindsatsen med henblik på at understøtte hurtige og ensartede behandlingsforløb af høj kvalitet bl.a.:</li> <li>• Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning med samling af behandling i bæredygtige enheder og samarbejde om specialiserede funktioner</li> <li>• Indførelsen af maksimale ventetider for udredning og behandling af kræftsygdomme</li> <li>• Aftalen om akut behandling og klar besked med udvikling af kræftpakkeforløb, herunder angivelse af standardforløbstider, samt etablering af Task Force for patientforløb på kræft- og hjerteområdet. Pakkeforløbene omfatter hele patientens forløb på sygehuset, fra udredning ved begrundet mistanke om kræft til opfølgning efter endt behandling for kræft. Pakkeforløbene er siden revideret ad flere omgange</li> <li>• Med pakkeforløbene blev multidisciplinære teamkonferencer (MDT) indført og på enkelte kræftområder en national MDT</li> <li>• Etableringen af de Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG)</li> <li>• 'Diagnostisk pakkeforløb for uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft' er udviklet og senere revideret</li> <li>• Systematisk og struktureret kompetenceudvikling af</li> <li>• speciallæger og andet personale, der varetager kirurgisk behandling af kræft</li> <li>• Opbygning af et dansk center for partikelterapi.</li> </ul>
Opfølgning efter kræft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opfølgningsprogrammer er udviklet og efterfølgende integreret i pakkeforløb for kræft</li> <li>• I den forbindelse blev kontrol efter kræft nytænkt med fokus på individuelt tilrettelagte og differentierede opfølgingsforløb samt indførelse af begrebet <i>opfølgning</i> i stedet for <i>kontrol</i> som en bred betegnelse for en bredere vifte af indsatser, herunder opsporing af recidiv, rehabilitering, palliation og senfølgeindsats</li> </ul>
Rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I alle tidligere kræftplaner har der været fokus på styrkelse af rehabilitering af kræftpatienter:</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er etableret ordninger med rehabiliteringskoordinatorer for at understøtte sammenhæng på tværs af sektorer samt forsknings- og udviklingsenheder for rehabilitering i regionerne</li> <li>• Der er udviklet et forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, som efterfølgende er blevet revideret</li> <li>• Der er løbene blevet allokeret ressourcer til den kommunale kræftrehabilitering.</li> </ul>
Palliation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliation har været et gennemgående tema i tidligere kræftplaner, med særligt fokus i Kræftplan III-IV:</li> <li>• Udarbejdelse af anbefalinger for den palliative indsats, som senere er blevet revideret</li> <li>• Udarbejdelse af anbefalinger for den palliative indsats til børn, unge og deres familier</li> <li>• Oprettelse af hospicepladser på voksenområdet</li> <li>• Oprettelse af to børnehospicer</li> <li>• Etablering af regionale palliative teams, både på voksen- og børneområdet.</li> </ul>
Senfølgeindsats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senfølgeområdet har fået stigende fokus de senere år med:</li> <li>• Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne</li> <li>• Fremhævelse af opsporing af senfølger og den rehabiliterende senfølgeindsats i det reviderede forløbsprogram og i pakkeforløbene</li> <li>• Regionale senfølgeklinikker for sygdomsspecifikke og generelle senfølger er etableret</li> <li>• Nogle kommuner har etableret senfølgeforløb</li> <li>• Der er udarbejdet enkelte kliniske retningslinjer for sygdomsspecifikke senfølger og en retningslinje vedr. generelle senfølger er undervejs</li> </ul>
Forskning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den kliniske forskning er gennem årene blevet styrket ved:</li> <li>• Etablering af en national cancerbiobank</li> <li>• Understøttelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning</li> <li>• Etablering af Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) som et murstensløst landsdækkende initiativ til sikring af translational forskning og målrettet behandling</li> </ul>
Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der findes mange brugbare data på kræftområdet, hvor nogle indsamles og monitoreres på nationalt plan:</li> <li>• Etablering af Dansk Cancer Register med indførelse af anmeldelsespligt og kobling til Landspatientregisteret (LPR)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der er indført en national registrerings- og monitoreringsmodel på kræftområdet med etablering af et kodehierarki til registrering af relevante monitoreringspunkter i pakkeforløbene og data opgøres kvartalsvist fordelt på sygehuse og regioner</li></ul>
Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvalitet i behandlingen af kræft er løbende blevet understøttet bl.a. ved:</li><li>• Dannelsen af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) som en fælles tværregional organisatorisk ramme for arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser</li><li>• Dannelsen af Sekretariat for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet, som understøtter det faglige arbejde med udvikling og vedligehold af landsdækkende kliniske retningslinjer i DMCG'erne</li></ul>

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●