



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Styrket indsats på kræftområdet

FAGLIGT OPLÆG TIL KRÆFTPLAN IV

2016





SUNDHEDSSTYRELSEN

# Styrket indsats på kræftområdet

Fagligt oplæg til Kræftplan IV

2016

# Styrket indsats på kræftområdet

## Fagligt oplæg til Kræftplan IV

© Sundhedsstyrelsen, 2016.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
sundhedsstyrelsen.dk

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1.0

**Versionsdato:** 04.07.2016

**Format:** pdf

**Grafisk tilrettelæggelse:**  
Rosendahls a/s

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juli 2016

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7104-781-3

# Indhold

<b>1.</b>	<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Baggrund</b>	<b>7</b>
2.1	Læsevejledning	8
<b>3.</b>	<b>Resumé</b>	<b>9</b>
3.1	Resume af anbefalinger	11
3.1.1	Forebyggelse	11
3.1.2	Øget kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering	13
3.1.3	Bedre sammenhæng og inddragelse	17
3.1.4	Fremtidssikring af indsatsen	18
<b>4.</b>	<b>Hidtidige indsatser på kræftområdet</b>	<b>20</b>
4.1	Forebyggelse	20
4.2	Screening	22
4.3	Tidlig opsporing	23
4.4	Diagnostik og udredning	24
4.5	Behandling	25
4.6	Rehabilitering	27
4.7	Palliation	28
4.8	Forskning	29
4.9	Data	30
4.10	Kvalitet	31
<b>5.</b>	<b>Status på kræftområdet i Danmark</b>	<b>33</b>
5.1	Nye tilfælde af kræft	33
5.2	Overlevelse	37
5.3	Flere lever med kræft	41
5.4	Kvalitet i behandlingen	42
5.5	Kvalitet i rehabiliteringstilbud og palliativ indsats	44
5.6	Patientens oplevelse af indsatsen	45
5.7	Sygehusaktivitet	46
5.7.1	Udredningsaktivitet	50
5.7.2	Behandlingsaktivitet	55
5.8	Fremskrivninger	56
<b>6.</b>	<b>Udfordringer og muligheder</b>	<b>62</b>

<b>7.</b>	<b>Forebyggelse</b>	<b>63</b>
7.1	Tobak	65
	7.1.1    Anbefalinger	65
7.2	Alkohol	68
	7.2.1    Anbefalinger	68
7.3	Overvægt	69
	7.3.1    Anbefalinger	69
7.4	HPV-infektion	70
	7.4.1    Anbefalinger	70
<b>8.</b>	<b>Øget kvalitet i udredning, behandling, rehabilitering og palliation</b>	<b>72</b>
8.1	Bedre screening	73
	8.1.1    Anbefalinger	73
8.2	Bedre udredning	75
	8.2.1    Anbefalinger	76
8.3	Bedre behandling	77
	8.3.1    Anbefalinger	79
8.4	Øgede kompetencer	81
	8.4.1    Anbefalinger	82
8.5	Bedre rehabilitering og palliation	83
	8.5.1    Anbefalinger	86
<b>9.</b>	<b>Bedre sammenhæng og inddragelse</b>	<b>88</b>
9.1	Større sammenhæng og patientansvarlig læge	89
	9.1.1    Anbefalinger	90
9.2	Fælles beslutningstagen	92
	9.2.1    Anbefalinger	93
<b>10.</b>	<b>Fremtidssikring af indsatsen</b>	<b>94</b>
10.1	Rammer for data, viden og ny teknologi	95
	10.1.1    Anbefalinger	96
10.2	Indførelse af nye behandlinger	97
	10.2.1    Anbefalinger	97
10.3	Fremtidig udvikling på kræftområdet	98
	10.3.1    Anbefalinger	98

# 1. Forord

De tidligere kræftplaner, en række andre målrettede indsatser og en løbende økonomisk prioritering af området har bevirket en markant forbedring på kræftområdet i Danmark.

Indsatser, som styrkede patientrettigheder, specialeplanlægning, forebyggelsespakker, kræftpakkeforløb, styrkelse af rehabilitering og øget fokus på den palliative indsats, har sammen med kræftplanerne bidraget til at reducere kræftrelateret risikoadfærd, forbedre overlevelse og livskvalitet, løfte kvaliteten i behandlingen, skabe mere sammenhængende forløb og nedbringe ventetiden for mennesker med kræft.

Selvom kræftbehandlingen er forbedret, har Danmark stadig indenfor visse kræftsygdomme en dårligere overlevelse end vores nabolande. Der er u hensigtsmæssige forskelle på tværs af landet i forhold til ventetid på og kvalitet af udredning, behandling, rehabilitering og palliation. Og mange mennesker med kræft oplever usammenhængende indsatser, hvor det ikke er klart, hvem der har ansvaret for deres samlede forløb, og hvor de ikke føler sig tilstrækkeligt inddraget i beslutninger.

Antallet af nye kræfttilfælde vil stige de kommende år, både fordi vi bliver flere ældre, men også fordi vi fortsat kæmper med at nedbringe faktorer, der øger menneskers risiko for kræft. Kræftbehandlingen lægger et betydeligt pres på det samlede sundhedsvæsen. Derfor er det nødvendigt, at vi har stadigt fokus på planlægning, rationel klinisk adfærd og optimal ressourceanvendelse.

Dette faglige oplæg peger på områder, hvor vi kan justere den nuværende indsats, så vi kan sikre en både bedre og mere bæredygtig indsats. Ligesom de tidligere kræftplaner sigter dette faglige oplæg på initiativer, der kan igangsættes og evalueres inden for en femårig tidshorisont.

De anbefalede indsatser skal samlet set bidrage til at:

- Færre mennesker oplever at blive ramt af en kræftsygdom
- Flere mennesker med kræft overlever
- Mennesker, der overlever kræft, lever bedre og længere
- Mennesker med kræft får øget livskvalitet og funktionsevne, både i forløbet og i den sidste tid
- Mennesker med kræft bliver bedre inddraget i beslutninger om de tilbud, de får fra sundhedsvæsenet
- Mennesker med kræft får gode, sammenhængende og veltilrettelagte forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Gennemgangen af tidligere indsatser og aktuel status på kræftområdet viser, at vi er kommet meget langt, men der afdækkes også en række overordnede udfordringer. Flere mennesker vil blive ramt af kræft, men risikoen kan nedsættes ved iværksættelse af forebyggelsesindsatser. Flere mennesker overlever kræft, men prognosen for en række kræftformer halter stadig bagefter i Danmark, formentlig bl.a. pga. generelt dårligere sundhedstilstand. Der er stadig udfordringer i forhold til at sikre ensartede tilbud af høj kvalitet på tværs af landet indenfor både udredning, behandling

og rehabilitering. Kræftpatienter oplever for ofte, at deres forløb ikke hænger sammen, og nogle patienter at de ikke er tilstrækkelig inddraget i deres forløb.

De anbefalede indsatser skal sikre, at vi når endnu længere på kræftområdet i Danmark. Vi skal kunne måle os med det bedste internationale niveau, samtidig med at vi tager os af de stadig flere danskere, der rammes af kræft. Anbefalingerne i dette faglige oplæg skal både komme patienterne til gavn og give mere sundhed for pengene.



Søren Brostrøm

Direktør

Sundhedsstyrelsen



## 2. Baggrund

Af regeringsgrundlaget<sup>1</sup> fremgår det, at regeringen vil fremlægge en Kræftplan IV, der skal sikre, at hele sundhedsvæsenet giver mennesker med kræft den bedst mulige behandling, ligesom det fremgår, at regeringen vil arbejde for, at patientansvarlige læger udbredes i sundhedsvæsenet.

Med økonomiaftalen for 2016 blev regeringen og Danske Regioner enige om at igangsætte et fagligt forarbejde til Kræftplan IV, forankret i Sundhedsstyrelsen og med afsæt i et kommissorium tiltrådt af regeringen, Danske Regioner og KL.

Det faglige forarbejde har haft til formål at kortlægge de nuværende udfordringer og afdække fremtidens behov på kræftområdet samt opstille faglige anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet.

Kommissoriet peger på at følgende elementer skal indgå i det faglige forarbejde:

- Beskrive hvor langt vi i Danmark er nået efter Kræftplan I, II og III, samt analysere hvorfor kræftoverlevelsen stadig er lavere i Danmark end i andre lande
- Komme med faglige anbefalinger til at opnå højere og mere ensartet kvalitet i indsatsen på kræftområdet på tværs af landet og mere sammenhængende patientforløb, herunder fx patientansvarlig læge
- Pege på tiltag, der fremadrettet kan understøtte en omkostningseffektiv og bæredygtig håndtering af de stadigt flere danskere, der rammes af kræft. Anbefalingerne kan vedrøre alle elementer i patientforløbet, fx tidlig opsporing, udrednings- og behandlingsforløb (herunder ved multisygdom), rehabilitering og palliation samt inddragelse af patienter og pårørende.

Oplæggets anbefalinger kan indgå som grundlag for en kommende Kræftplan IV. Nogle anbefalinger kan implementeres umiddelbart, mens andre evt. må implementeres trinvist. Der er også områder, hvor der mangler viden, og hvor der derfor anbefales eksempelvis pilotprojekter. En realisering af anbefalingerne vil samtidig forudsætte bred opbakning og støtte fra myndigheder, de faglige miljøer m.fl.

Sundhedsstyrelsen har i arbejdet med det faglige oplæg inddraget styrelsens Udvalg for Kræft og har fået gode bidrag fra en bred række af aktører på kræftområdet, herunder kommuner, regioner, faglige miljøer samt patientforeninger. I processen bidrog fem arbejdsgrupper med patienter og fagfolk med deres syn på udfordringer og løsninger på kræftområdet. Der har derudover været nedsat en følgegruppe i regi af Sundheds- og Ældreministeriet med deltagelse af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL og Finansministeriet.

<sup>1</sup> Sammen for fremtiden. Regeringsgrundlag for regeringen Lars Løkke Rasmussen II. København: Statsministeriet, juni 2015.

Det faglige oplæg bygger videre på tidligere nationale planer og initiativer på kræftområdet<sup>2,3,4,5,6,7</sup>. Til brug for det faglige oplæg til Kræftplan IV har Sundhedsstyrelsen fået udført en række data-analyser hos Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsdatastyrelsen<sup>8,9</sup>.

Dette faglige oplæg er afleveret til Sundheds- og Ældreministeren som bidrag til Regeringens overvejelser om en Kræftplan IV.

## 2.1 Læsevejledning

Kapitel 3 indeholder det faglige oplægs samlede anbefalinger.

Kapitel 4 beskriver de indsatser, der indtil nu har været på kræftområdet i form af opfølgning af de tre tidligere kræftplaner, specialeplan, patientrettigheder, røgfri miljøer m.v.

Kapitel 5 beskriver status på kræftområdet, herunder sundhedsvæsenets aktiviteter og resultater på kræftområdet. Kapitlet indeholder også tal for fremskrivningen af antal nye kræfttilfælde pr. år i Danmark i perioden 2029-2033 sammenlignet med perioden 2009-2013.

Kapitel 6 resumerer de overordnede udfordringer på kræftområdet i Danmark og beskriver fire hovedtemaer for den efterfølgende gennemgang af anbefalede indsatser.

Kapitel 7, 8, 9 og 10 indeholder gennemgang af baggrund for anbefalinger indenfor de fire fokusområder:

- forebyggelse
- øget kvalitet i udredning, behandling, rehabilitering og palliation
- bedre sammenhæng og inddragelse
- fremtidssikring af indsatsen.

Følgende bilag hører til dette faglige oplæg:

- Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, juni 2016
- Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016
- Kommissorium for fagligt forarbejde til Kræftplan IV. København: Sundhedsstyrelsen, 23. oktober 2015
- Oversigt pr. juni 2016 over medlemmer af Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft og de arbejdsgrupper som har bidraget med input til det faglige oplæg.

2 National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen, februar 2000.

3 Evaluering af kræftplanens gennemførelse – Status og fremtidig monitorering. København: Sundhedsstyrelsen, februar 2004.

4 Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, juni 2005.

5 Forbedring af kirurgisk kræftbehandling – de lægevidenskabelige selskabers anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, juni 2006.

6 Opfølgning på Kræftplan II. København: Sundhedsstyrelsen, september 2007.

7 Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen, juni 2010.

8 Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

9 Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016.

## 3. Resumé

De tidligere kræftplaner samt andre tiltag på sundhedsområdet har medvirket til en markant forbedring af kræftindsatsen i Danmark de sidste 15 år. Dette faglige oplæg bygger ovenpå de tidligere kræftplaner, og gennemgangen viser både, at vi er kommet rigtig langt, men peger også på hvor der er behov for justeringer og nye tiltag.

På forebyggelsesområdet er der bl.a. gennemført flere tiltag på tobaksområdet, herunder indførelse af lov om røgfri miljøer, hvilket har medvirket til nedgang i antallet af rygere. HPV-vaccine er indført som en del af børnevaccinationsprogrammet, og der er indført tre screeningsprogrammer for henholdsvis livmoderhalskræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft.

Kvaliteten af udredning og behandling af kræft er forbedret gennem bl.a. samling af behandlinger, udvikling af landsdækkende kliniske retningslinjer, organisering af udredning og behandlingen i pakkeforløb og gennem øget fokus på rehabilitering og palliation bl.a. i forløbsprogram og opfølgingsprogrammer. Resultatet er forbedret overlevelse og livskvalitet for en lang række kræftformer.

I 2014 blev der konstateret godt 39.000 nye kræfttilfælde blandt voksne i Danmark, lidt flere nye tilfælde hos mænd end hos kvinder. Samme år levede knap 290.000 danskere med en kræftsygdom, flere kvinder end mænd og nogle havde mere end én kræftsygdom. Antallet er steget fra ca. 210.000 i 2007. Antallet af kræftdødsfald i 2014 var omkring 15.300, og lidt højere blandt mænd end blandt kvinder. De dominerende kræftformer i 2014 var hos mænd kræft i prostata og hos kvinder brystkræft, for begge køn var kræft i tyk- og endetarm samt lungekræft de dominerende. Danmark har fortsat en dårligere overlevelse end de øvrige nordiske lande indenfor en række kræftformer, men forskellen er ikke så tydelig som tidligere.

En fremskrivning af antal nye tilfælde af kræft for perioden 2009-2033 viser, at der for de fleste kræftformer forventes en stigning i antallet af tilfælde af kræft i 2029-2033 sammenlignet med 2009-2013.

Trods de store fremskridt gennem årene viser analysen, at der er en række overordnede udfordringer på kræftområdet i Danmark, der vil være behov for at adressere: flere mennesker vil blive ramt af kræft, prognosen for en række kræftformer er stadig dårligere i Danmark end i de øvrige nordiske lande, og der er stadig udfordringer ift. at sikre ensartede tilbud af høj kvalitet på tværs af sektorer. Desuden oplever kræftpatienter ofte, at deres forløb ikke hænger sammen, og nogle oplever, at de ikke bliver tilstrækkelig inddraget i deres forløb.

Det faglige oplæg har anbefalinger indenfor fire fokusområder: Forebyggelse; øget kvalitet i udredning, behandling, rehabilitering og palliation; bedre sammenhæng og inddragelse samt fremtidssikring af indsatsen.

Op mod halvdelen af alle tilfælde af kræft kan forebygges, og der er behov for, at indsatsen for at forebygge kræft intensiveres. Kræfttilfælde kan tilskrives forskellige risikofaktorer, herunder tobaksrygning, uhensigtsmæssig kost, overvægt, alkohol, infektioner, fysisk inaktivitet samt

eksponering for radon og sol. Fælles for risikofaktorer som fysisk inaktivitet, radon- og soleksponering er, at deres bidrag til kræftsylgeligheden og -dødeligheden er begrænset, sammenlignet med tobak, alkohol og overvægt. Forebyggelsesindsatsen bør derfor primært have fokus på tobak, overvægt, alkohol og HPV-infektion.

Overlevelsen af kræftsygdom kan forbedres ved at finde kræft tidligt og ved udredning og behandling for kræft. Der er derfor behov for at sikre de bedst mulige nationale screeningsprogrammer, at flere får stillet en evt. kræftdiagnose tidligt, endnu bedre behandling af høj kvalitet samt at udvikle indsatsen ift. rehabilitering, palliation og behandling af senfølger.

Sundhedsvæsenets indsats bør tage udgangspunkt i det enkelte menneske med kræft. Derfor skal mennesket med kræft og de sundhedsprofessionelle fra første kontakt udveksle viden og holdninger, således at mennesket med kræft deler oplysninger om behov og præferencer, mens de sundhedsprofessionelle deler erfaring og faglig ekspertise. Med det som udgangspunkt kan man sammen tage vigtige og individuelt tilpassede beslutninger undervejs i behandlingsforløbet og ved afslutningen af livet. Der er behov for at forbedre mulighederne for deling af information mellem mennesker med kræft og de sundhedsprofessionelle og støtten til at tage fælles beslutninger.

Alt for ofte oplever mennesker med kræft eller deres pårørende, at de selv må tage ansvaret for, at deres behandlingsforløb er sammenhængende og koordineret. Sjældent har én af de sundhedsprofessionelle omkring mennesket med kræft et overordnet ansvar på tværs, både ift. behandling og den samlede koordinering. Det bør der fremadrettet fokuseres på, særligt af hensyn til patienterne, men også under hensyntagen til systemets samlede ressourcer.

En forudsætning for at kunne forbedre, udvikle og fremtidssikre indsatsen på kræftområdet i Danmark er, at der er fokus på at sikre rettidige, retvisende og relevante data. Samtidig er det nødvendigt med et fokus på struktur for forskningen på kræftområdet. En struktur, der skaber de rette betingelser for at drive klinisk forskning, herunder ressourcer, administration, drift m.v., og som endvidere sætter de rette rammer for afprøvning og indførelse af nye behandlinger på en systematisk måde.

I lyset af at flere danskere vil udvikle kræft og dermed vil have brug for en specialiseret behandlingsindsats og opfølgning, er der derfor behov for at sikre, at ressourcerne bruges hensigtsmæssigt, og at der ikke opstår flaskehalse. Samtidig er der behov for, at indsatserne i højere grad tager udgangspunkt i mennesket med kræft, og at den enkeltes situation, perspektiv og præferencer i højere grad inddrages. Der er behov for at stimulere til at nytænke indsatserne, således at de både er af høj kvalitet, inddrager patienten og sikrer en hensigtsmæssig ressourceanvendelse.

I det følgende afsnit er et samlet resume af anbefalingerne i dette faglige oplæg til Kræftplan IV.

## 3.1 Resume af anbefalinger

### 3.1.1 Forebyggelse

#### Tobak

##### **A1. Der bør arbejdes for en national målsætning for udfasning eller kraftig reduktion af tobak i Danmark**

Hvis ingen røg i Danmark, ville der hvert år kunne undgås mange tilfælde af kræft. En national målsætning om udfasning af tobak vil være et væsentligt bidrag til at reducere antallet af nye tilfælde af kræft. Fastsættelse af nationale mål på området vil samtidig være et vigtigt signal og en vigtig løftestang for forebyggelsesarbejdet, herunder kommunernes indsats på området. En national målsætning om udfasning eller kraftig reduktion af tobak kunne eksempelvis være, at ingen børn og unge og kun 5 % af voksne ryger i 2030.

##### **A2. Der bør overvejes tiltag, der kan begrænse tilgængeligheden af tobaksvarer, særligt for unge**

Der er evidens for, at håndhævelse af aldersgrænser medfører et fald i rygning hos unge. I 2014 blev der kun udstedt i alt seks bøder for salg af tobak til unge under 18 år. Den nuværende aldersgrænse håndhæves mange steder ikke systematisk, og har dermed ikke den ønskede effekt i forhold til at sikre, at unge ikke har adgang til at købe tobak. Over halvdelen af dem, der ryger, begyndte, inden de fyldte 18 år.

Effektiv håndhævelse af aldersgrænsen på 18 år for køb af tobak kan fx etableres via et frivilligt samarbejde med detailhandlen, hvor der tages et fælles ansvar for, at unge skal fremvise ID, når de ønsker at købe tobak, ligesom muligheden for at anmelde overtrædelser kan gøres lettere tilgængelig. Hvis frivillige partnerskaber er utilstrækkelige, kan det på sigt overvejes, at tilsynet med detailhandlen styrkes og bødestørrelsen hæves.

Der er god evidens for, at sandsynligheden for at begynde at ryge reduceres, når tobaksvarer gemmes, fx under disken, i detailhandlen. Det er især vigtigt i relation til børn og unge. Rygere, der prøver at holde op med at ryge, får endvidere rygetrang og større risiko for tilbagefald, når de udsættes for synlige tobaksvarer, mens de venter ved kassen.

Der er to måder at arbejde med at mindske synligheden af tobaksvarer på. Den ene mulighed er at arbejde gennem partnerskaber, hvor detailhandlen inviteres til at være med til at beslutte, hvordan det sikres, at unge og eks-rygere ikke eksponeres for tobak, når de handler. Alternativt kan der på sigt indføres lovgivning, som inden for en årrække sikrer, at der ikke er synlige tobaksvarer i detailhandlen.

Det er veldokumenteret, at øgede priser på tobak er en af de mest effektive måder at nedsætte børn og unges forbrug af tobak på. Højere pris på tobak medfører et fald i efterspørgslen på tobak og dermed et fald i andelen, der ryger. Denne sammenhæng er mest udtalt i de yngre aldersgrupper og blandt personer med lav indkomst. Jo højere afgiften på tobak er, des større effekt kan forventes i forhold til reduktion i andelen af rygere. Eventuelle prisstigninger bør

indføres for alle tobaksprodukter for at forebygge, at forbrugeren skifter fra ét tobaksprodukt til et andet. Samtidig bør udviklingen i salget af e-cigaretter følges i relation til tobaksforbruget.

### **A3. Røgfri skoletid bør indføres for alle skoletyper**

Fremme af røgfri miljøer er et centralt element i tobaksforebyggelsen. Røgfri miljøer reducerer tilskyndelse til rygning, er med til at skabe røgfri norm, styrker motivationen for rygestop og reducerer barrierer for rygestop. I dag er det forbudt at ryge på matriklen på gymnasier og grundskoler, men tilladt at ryge på fx erhvervsskoler, hvor der fortrinsvis er optag af unge, som er over 18 år. I dag ryger 12 % af gymnasieeleverne dagligt, mens det tilsvarende tal for eleverne på erhvervsuddannelser er 37 %.

Skoletiden - ikke kun matriklen - bør gøres røgfri på alle grundskoler, ungdomsuddannelser og produktionsskoler, som har optag af unge under 18 år. Ved at sikre, at rygning ikke er en del af de miljøer, hvor børn og unge færdes, sendes et stærkt signal til alle om, at børn og unge og cigaretter ikke hører sammen.

### **A4. Tilbud om hjælp til rygestop skal styrkes**

Der er evidens for, at en kombination af professionelt rygestoprådgivningsforløb og brug af rygestopmedicin er den mest effektive måde at opnå varigt rygestop på. Alligevel er der mange, der ikke benytter rygestopmedicin i forbindelse med deres rygestop. Det er veldokumenteret, at gratis rygestopmedicin øger andelen, der bruger rygestopmedicin i forbindelse med et rygestop. Det øger også andelen, der går i gang med et rygestop og andelen, der stopper med at ryge.

Tilskud til rygestopmedicin til storrygere bør gives under forudsætning af, at de samtidig følger et rygestoprådgivningsforløb. Der er gjort konkrete erfaringer i Danmark med tilskud til rygestopmedicin kombineret med rådgivningsforløb til storrygere i forbindelse med "Storrygerpuljen". Resultaterne fra midtvejsevalueringen viser, at 52 % fortsat er røgfri efter 6 mdr. mod 36 % på landsplan.

Målrettede, opsøgende tilbud om rygestop motiverer rygere, der ikke selv opsøger rygestoptilbud, til at benytte dem. Nyere forskning viser også, at langt flere kommer i gang med et varigt rygestop, når de bliver ringet op og fulgt af en rådgiver fra Stoplinien sammenlignet med dem, der selv skal gøre noget aktivt for at komme i gang. Stoplinien har allerede positive erfaringer med at lave opsøgende rekruttering for danske kommuner via telefonen. Borgerne er generelt positive, og ca. 20 % tilmelder sig et rygestopkursus eller modtager en rådgivningssamtale.

6 ud af 10 rygere vil gerne stoppe med at ryge, og ca. 40 % af disse vil gerne have hjælp og støtte til at gennemføre rygestoppet. Det største ønske om støtte til rygestop findes hos storrygere og borgere med lav socioøkonomisk status.

Stoplinien bør tilbyde kommuner at gennemføre systematisk og målrettet telefonisk proaktiv rekruttering til rygestop til særlige grupper af kommunernes borgere uden omkostninger for kommunerne samtidig med, at Stopliniens tilbud bør udvides til at inkludere tilbud om telefonisk rådgivningsforløb til alle borgere.

## Alkohol

### **B1. Tilgængeligheden af alkohol for unge bør begrænses**

Ligesom for tobak kan håndhævelse af aldersgrænser fremmes i partnerskaber med detailhandlen, hvor der tages et fælles ansvar for, at unge skal fremvise ID, når de ønsker at købe alkohol. Det vil bidrage positivt til implementeringen, hvis indsatsen kobles med håndhævelse af aldersgrænser for salg af tobak. Det kan overvejes at ensarte aldersgrænsen for køb af alle typer alkohol til 18 år, hvilket også vil lette håndhævelse af aldersgrænsen i detailhandlen.

## Overvægt

### **C1. Muligheder for reduceret tilgængelighed af sukkersødede drikkevarer bør undersøges**

Der bør arbejdes målrettet på at mindske tilgængeligheden af sukkersødede drikkevarer gennem strukturelle indsatser. Tilgængeligheden af sukkersødede drikkevarer kan reduceres ved eksempelvis at mindske synligheden for forbrugerne i detailhandlen og/eller ved at justere produktionen, således at indholdet af sukker reduceres. Indsatserne kan ske gennem partnerskaber og frivillighed i samarbejde med bl.a. producenter og detailhandel. Øgning af afgift på sukkerholdige drikkevarer er også et effektivt redskab.

## HPV-vaccination

### **D1. Oplysning om børnevaccinationsprogrammet bør styrkes**

Tilliden til børnevaccinationsprogrammet skal genskabes. I regi af Sundhedsstyrelsen og i dialog med andre aktører, herunder Lægemedelstyrelsen samt faglige og sygdomsbekæmpende organisationer, gennemføres en multifacetteret informationsindsats om sygdommen livmoderhalskræft og forebyggelsesmuligheder. Indsatsen skal tage udgangspunkt i afbalanceret information om fordele og ulemper ved HPV-vaccination rettet til både børneforældre, sundhedspersonale, piger og unge kvinder.

### **D2. Pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge mænd, der er tiltrukket af mænd, bør undersøges**

Unge mænd, der er tiltrukket af mænd, er ikke godt beskyttet mod HPV-infektion, og der kan være potentiale for forebyggelse af HPV-relaterede kræftformer i denne målgruppe. Med udgangspunkt i en gennemgang af viden på området og evt. udenlandske erfaringer vurderes mulighederne for pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge mænd, der er tiltrukket af mænd. Projektet skal afklare, i hvilket omfang det er muligt at nå en relevant målgruppe og derved opnå en væsentlig forebyggelsesgevinst.

### 3.1.2 [Øget kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering](#)

#### **Bedre screening**

### **E1. Der bør iværksættes initiativer til at øge tilslutningen til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft**

Mange kvinder bliver ikke screenet godt nok for livmoderhalskræft. Tilslutningen til screeningsprogrammet bør forbedres. Det bør være lettere for kvinden at få foretaget screeningsundersøgelsen, eksempelvis i form af forlænget åbningstid eller mobile tilbud. Det kan også undersøges, hvordan man kan styrke almen praksis' muligheder for aktiv opsøgning ved manglende deltagelse i screeningstilbud.

### **E2. Kvinder født før 1948 bør modtage et engangstilbud om HPV-test**

Mange kvinder født før 1948 har ikke fået optimal screening for livmoderhalskræft, og de bør tilbydes en HPV-test som engangstilbud. Såfremt kvinden er HPV-positiv, tilbydes opfølgning i kontrolprogram. På den måde beskyttes en gruppe af kvinder hos hvem en tredjedel af nye tilfælde og to tredjedele af dødsfaldene af livmoderhalskræft forekommer.

### **E3. Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for livmoderhalskræft bør opdateres**

Screeningsprogrammet for livmoderhalskræft skal følge med både den faglige og teknologiske udvikling, og med udviklingen i forekomsten af livmoderhalskræft og forstadier hertil. Sundhedsstyrelsens anbefalinger revideres og opdateres særligt med fokus på konsekvenser for programmet efter indførelse af HPV-vaccination. Evalueringer af anvendelsen af HPV-hjemmetest bør vurderes sammen hermed.

## **Bedre udredning**

### **F1. Anvendelsen af diagnostiske pakkeforløb bør gennemgås med sigte på den store regionale variation**

Patienter med alvorlige, men uspecifikke symptomer på kræft, bør udredes systematisk og hurtigt gennem det diagnostiske pakkeforløb. Analysen af regionernes brug af pakkeforløb har vist, at der er sket en udvikling i de seneste år, men at der fortsat er bemærkelsesværdige regionale forskelle. Samtidig har regionerne organiseret sig forskelligt vedr. organisering af den faglige indsats i de diagnostiske centre. Med udgangspunkt i en erfaringsopsamling og gennemgang af data for aktivitet og resultater på området, kan der i regi af Sundhedsstyrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet foretages en gennemgang af området med sigte på behovet for justeringer af det diagnostiske pakkeforløb. I gennemgangen kan organisering af indsatsen i de diagnostiske centre inddrages.

### **F2. Der bør følges systematisk op på de igangsatte initiativer vedr. udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser i almen praksis**

For mennesket, der rammes af kræft, er rettidig udredning væsentlig for mulighederne for at behandle og helbrede sygdommen, før den har spredt sig, og for mulighederne for at tilbyde skånsom behandling. Det er væsentligt, at erfaringerne fra de igangværende initiativer, der skal sikre tidlig diagnose, beskrives systematisk, herunder om der opnås den tilsigtede forbedring, om der har været u hensigtsmæssige konsekvenser samt om initiativernes konsekvenser for kapacitet m.v. Erfaringsopsamlingen kan ske i regi af regionerne og bør drøftes med Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft. På baggrund heraf, og med inddragelse af øvrig viden og erfaringer på området, kan der udarbejdes nationale anbefalinger for udredning af patienter med ukarakteristiske og tidlige symptomer på kræft.

## **Øget kvalitet i behandling**

### **G1. Udvalgte pakkeforløb bør gennemgås med fokus på bl.a. opdatering af det faglige indhold, anbefalinger for præferencefølsomme valg og præcisering af forhold vedr. MDT-konferencer**

Mennesker, der rammes af kræft, skal fortsat sikres hurtig udredning og behandling i veltilrettelagte pakkeforløb, hvor tiden i de enkelte dele af forløbet fastlægges ud fra faglige kriterier. Der er behov for, at udvalgte forløb justeres, således at de i endnu højere grad imødekommer behovet for gode forløb. Initialt revideres udvalgte pakkeforløb, eksempelvis prostatakræft og



brystkræft med fokus på opdatering af de faglige anbefalinger for de enkelte dele af patientforløbet, herunder, hvor relevant, en faglige differentiering af indgange og forløb, et øget fokus på håndtering af patienter med komorbiditet samt anbefalinger vedr. præferencefølsomme valg. Nyere viden og evidens bør inddrages, herunder, hvor relevant, evidens der kan underbygge tærskler for udredning og standarder for diagnostisk gevinst. Hvor relevant, præciseres kriterier og rammer for drøftelse af patientforløb ved MDT-konferencer og evt. behov for drøftelse af særligt udvalgte patientforløb ved national MDT-konference. Gennemgangen af pakkeforløbene skal samtidig have fokus på rationel klinisk adfærd. Erfaringerne fra implementering af opfølgingsprogrammer inddrages hvor relevant, fx med fokus på beskrivelse af anbefalinger til sikring af kontinuiteten ved patientens overgang fra sygehus til primær sektor, herunder patientens første besøg hos egen læge efter udskrivelse fra sygehus. På baggrund af erfaringer med revisionen af udvalgte pakkeforløb vurderes behovet for senere at gennemgå alle pakkeforløb.

## **G2. Kvaliteten af de landsdækkende kliniske retningslinjer for behandling af kræft bør udvikles og sikres**

Kræftpatienter skal kunne stole på, at de får en ensartet behandling af høj kvalitet på tværs af landet. Det er derfor væsentligt, at kliniske retningslinjer er opdaterede, relevante og baserede på bedste viden. I regi af DMCG bør der udvikles en model, der skal sikre, at retningslinjerne udarbejdes efter god praksis for håndtering af evidens, at de opdateres regelmæssigt og ved behov, og at de fremstår ensartet på tværs af sygdomsområder. Dette kan bl.a. ske ved at definere format for retningslinjerne, beskrive principper for evidensvurdering og faste intervaller for opdatering m.v.

## **G3. Analyser af data for udvalgte kræftsygdomme bør bruges mere systematisk til at sikre kvalitet og ensartet behandling**

Kræftpatienter skal kunne stole på, at der gøres en indsats for at løse kvalitetsproblemer og u hensigtsmæssige forskelle i behandlingstilbud på tværs af landet. For at sikre højest mulig kvalitet til gavn for patienterne bør der være et stabilt og vedvarende fokus på systematisk brug af data, og at der følges op på eventuelle kvalitetsmæssige problemer. Der findes i dag ikke et nationalt forum, der systematisk følger op på data fra kvalitetsdatabaser, landspatientregister og patienttilfredshedsundersøgelser. Dette giver udfordringer i forhold til at sikre rettidig justering af nationale kvalitetsproblemer og regionale forskelle. Det foreslås derfor, at der etableres et forum for fagfolk, regionale og nationale myndigheder med henblik på en løbende vurdering af tilgængelige data og opfølgning herpå. Internationale standarder bør inddrages hvor relevant. Der bør løbende afrapporteres til Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft og styrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

## **G4. Der bør sikres systematiske tilbud om hjælp til rygestop til alle kræftpatienter**

Patienter, der skal have behandling for en kræftsygdom, bør have hurtig hjælp til at holde op med at ryge, da det vil forbedre deres prognose. Der bør arbejdes målrettet for, at både henvissende læge i praksis og personalet på sygehuset sikrer, at alle kræftpatienter, der ryger, modtager et tilbud om hjælp til rygestop 6-8 uger inden operation for at mindske risikoen for komplikationer. Selve rygestopforløbet skal kunne igangsættes hurtigt og det kan med fordel ske i samarbejde med Stoplinien eller med patientens hjemkommune.

## Øgede kompetencer

### **H1. Der bør afprøves modeller for systematisk kompetenceudvikling af udvalgte speciallæger på ekspertniveau**

Kræftpatienter, der skal opereres, skal kunne stole på, at det kirurgiske personale har de nødvendige faglige kompetencer. Indenfor 2-3 kræftkirurgiske områder afprøves en model for systematisk og struktureret kompetenceudvikling, der beskrives i samarbejde mellem videnskabelige selskaber, sundhedsmyndigheder og regioner. Ekspertuddannelserne bør være på internationalt niveau. Som en del af modellen beskrives principper for dimensionering af disse ekspertuddannelsesforløb. Det er hensigten, at erfaringerne fra afprøvningen skal anvendes på de øvrige kirurgiske områder, men også at ekspertuddannelsesforløb skal udbredes indenfor øvrige lægefaglige specialer, der behandler patienter med kræft. Det bør, på baggrund af erfaringer, undersøges nærmere, hvilke muligheder og begrænsninger, der ligger i indførelse af en mere systematisk og omfattende fagområdeuddannelse, ligesom det bør drøftes nærmere, hvordan arbejdsdelingen mellem læger, sygehuse, regioner, videnskabelige selskaber, Sundhedsstyrelsen m.fl. i denne sammenhæng bør være.

## Bedre og mere systematiske rehabilitering og palliation

### **I1. Rehabilitering og palliative indsatser til mennesker med kræft bør styrkes ved at beskrive faglige rammer og standarder for organisering, behovsvurdering, henvisning og indsatser**

Mennesker med kræft bør sikres ensartede og fagligt gode tilbud om rehabilitering på tværs af landet og til alle målgrupper. Kommunerne er i gang med at opbygge basal rehabilitering med bl.a. fysisk træning, ernæringsindsats og psykosocial indsats. Med udgangspunkt i en opdatering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats og forløbsprogram for rehabilitering og palliation fra hhv. 2011 og 2012 beskrives principper for henvisning og opgavefordeling samt standarder for de forskellige indsatser, herunder krav til borgergrundlag, organisering og kompetencer, der skal være til stede for at yde forskellige rehabiliterende indsatser. Efterfølgende bør standarderne implementeres. Som led i arbejdet vurderes muligheden for at indføre et eller flere redskaber for behovsvurdering på nationalt niveau. I arbejdet bør der være et særligt fokus på udvikling af rehabiliteringsindsatser rettet mod patienter med betydelig morbiditet, komplekse problemstillinger og senfølger til kræftsygdom, herunder patienter med sjældne og komplekse senfølger, patienter med særlige diætetiske problemstillinger og tandproblemer hos patienter med hoved-hals-kræft.

### **I2. Der bør i relevant omfang sikres kompetenceløft for det personale, der skal vurdere behov for rehabilitering og palliation, og som skal varetage indsatserne på ikke-specialiseret niveau**

Flere mennesker med kræft bør tilbydes rehabilitering og palliativ indsats, men udfordringen er at identificere de rette mennesker og de rette indsatser. Der er behov for at styrke personalets kompetencer på tværs af sektorer, både i forhold til 'at tænke' rehabilitering og palliation ind som muligheder i forløbene og i forhold til selve indsatsernes indhold.

### **I3. Den basale palliative indsats bør styrkes**

De fleste mennesker med kræft, der har behov for en palliativ indsats, findes på det basale niveau på både sygehuse, kommuner og i praksis. Faglige færdigheder og kulturer bør udvikles, så behovet for palliative indsatser identificeres og drøftes, når det er relevant, ikke når det er for sent. Dette vil styrke patienters og pårørendes oplevelse af sammenhæng i forløbet. En overordnet organisering, der skaber rammer for denne kultur, med tilhørende kompetenceudvikling, bør ske i tæt samarbejde med det specialiserede palliative niveau.

#### 3.1.3 Bedre sammenhæng og inddragelse

##### **Større sammenhæng og patientansvarlig læge**

###### **J1. Rammerne for den patientansvarlige læge bør beskrives med baggrund i erfaringer fra igangværende projekter**

Patienter med kræft skal opleve sammenhæng og kontinuitet i deres forløb, så det er entydigt, hvem der har ansvaret for deres behandling. Der er således et behov for at definere og beskrive roller, opgaver og snitflader mellem den patientansvarlige læge og øvrige læger, der indgår med ansvar for udredning og behandling, mellem forskellige teams og koordinatore, ligesom der er behov for viden om, hvilke patienter der har hvilke behov for koordination, med henblik på at sikre en fornuftig brug af ressourcer. På baggrund af erfaringer fra de igangværende projekter og med inddragelse af relevante aktører, skal der udarbejdes nationale anbefalinger for den fremtidige organisering.

###### **J2. Patientens personlige forløbsplan bør inddrages i igangværende initiativer**

Patienter med kræft skal sikres indsigt og inddragelse i deres eget forløb, så indsatserne ikke opleves som fragmenterede og uvelkomne. En personlig forløbsplan kan samle forskellige informationer og planer, og dermed give patienten overblik. En samlet og visionær personlig forløbsplan kan kræve både nye teknologiske løsninger og fjernelse af eksisterende lovgivningsmæssige barrierer. Det anbefales derfor, at patientens personlige forløbsplan inddrages i det løbende arbejde med andre løsninger, herunder redskaber og planer for indsatser og udvikling af IT-platforme, som skal bidrage til øget sammenhæng for mennesket med kræft.

##### **Fælles beslutningstagen**

###### **K1. Der bør udvikles relevante beslutningsstøtteværktøjer på kræftområdet**

Patienten med kræft skal være med til at træffe beslutning om, hvad der er den rigtige behandling for ham eller hende. Der er behov for værktøjer, der kan understøtte en fælles beslutningsproces. Med udgangspunkt i internationale og nationale erfaringer og viden på området, udarbejdes en række beslutningsstøtteværktøjer for en række præferencefølsomme kliniske situationer. Når der er udviklet et antal beslutningsstøtteværktøjer, bør der på den baggrund etableres en model og rammer for systematisk implementering og udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer på kræftområdet, herunder til konkret implementering, i relevante pakker, forløbsprogrammer og opfølgingsprogrammer.

### 3.1.4 Fremtidssikring af indsatsen

#### Rammer for data, viden og ny teknologi

##### **L1. Anvendelse af data på kræftområdet bør styrkes**

Dataanvendelse på kræftområdet bør styrkes og udvikles med fokus på kvalitetssikring af anvendte begreber og standarder, med inddragelse af patientrapporterede oplysninger og med øget registrering og brug af data på tværs af sektorer og dele af patientforløbet. Der bør desuden skabes bedre muligheder for internationale sammenligninger. Et særligt fokusområde bør være at sikre udvikling, ensartethed og øget sammenhæng af nationale og landsdækkende kræftregistre med fokus på at sikre data, der tillader en vurdering af kræftbehandlingen i et bredere perspektiv, herunder kobling af data fra PRO-redskaber, kliniske og parakliniske oplysninger, data om risikofaktorer m.v. Udviklingen af de kliniske kvalitetsdatabaser bør fortsættes, med fokus på indførelse af fælles standarder og metoder for databearbejdning og fortolkning.

##### **L2. Rammerne for klinisk og translational forskning på kræftområdet bør styrkes**

Med udgangspunkt i en gennemgang af de hidtidige indsatser og aktuelle tiltag på området, herunder DMCC'erne, kliniske forskningsenheder, enheder for eksperimentel kræftbehandling samt diverse murstensløse samarbejder som CIRRO og NEXT, beskrives behovet for yderligere tiltag på området, herunder en evt. etablering af et dansk 'comprehensive cancer center'. Initiativet forankres i Danske Regioner, med inddragelse af relevante aktører, herunder universiteter, Styrelsen for Forskning og Innovation, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

##### **L3. Potentialet i bedre sygdomsforståelse, differentieret diagnostik og mere målrettet behandling ('personlig medicin') bør undersøges på kræftområdet**

Med udgangspunkt i den eksisterende nationale dialog om personlig medicin, og på baggrund af den kommende foranalyse, bør mulighederne for anvendelse af personlig medicin på kræftområdet undersøges. Øget anvendelse af personlig medicin i form af fx øget brug af molekylær-genetiske analyser som rutine bør være forsknings- og evidensbaseret.

#### Indførelse af nye behandlinger

##### **M1. Principper for ibrugtagning af nye behandlinger bør beskrives**

Når nye behandlinger indføres, bør det ske på grundlag af bedste viden og faglig standard på området. Det bør ske systematisk på tværs af landet, således at det kommer alle patienter til gode, og behandlingsprincipperne bør indføres med relevant erfarings- og vidensopsamling. Det er således vigtigt, at rammerne herfor er velbeskrevne. Med udgangspunkt i en revision af Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet' fra 1999, beskrives de lovgivningsmæssige rammer og faglige og organisatoriske principper for indførelse af nye behandlinger og behandlingsprincipper i sundhedsvæsenet.

##### **M2. Der bør etableres rammer for eksperimentel kirurgisk kræftbehandling**

I regi af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning bør der fastlægges rammer for afprøvning af særligt komplicerede eksperimentelle kirurgiske teknikker på kræftområdet, som bør etableres ved højst 1-2 centre i landet, og som bør være på højt internationalt niveau. Der etableres et koordinationsudvalg mellem styrelsen og centrene mhp. løbende opfølgning. Nye eksperimentelle kirurgiske teknikker skal evalueres i protokolleret regi. Patienter fra hele landet skal kunne henvises til dette/disse centre. Centrene skal have tilstrækkeligt patientvolumen, og der skal

sikres robust dataopsamling, således at der etableres solidt beslutningsgrundlag for en eventuel national udbredelse af nye behandlingsprincipper. Centrene skal samtidig sikre læring til landets øvrige kræftcentre ved udbredelsen af behandlingerne.

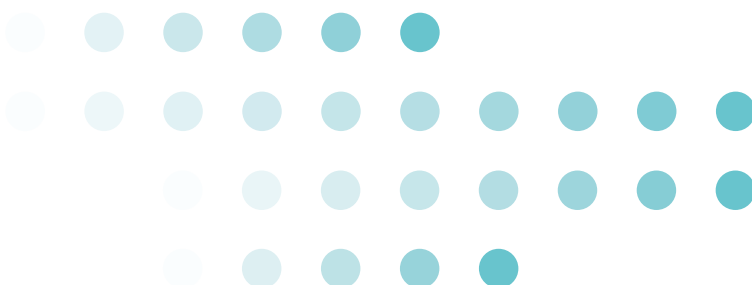
## **Fremtidig udvikling på kræftområdet**

### **N1. Udviklingen på kræftområdet bør følges tæt**

I fremtiden forventes flere tilfælde af kræft, men udviklingen kan påvirkes af bl.a. ændringer i befolkningens risikoadfærd og andre indsatser på forebyggelses- og sundhedsområdet. Sundhedsvæsenet kan blive presset af flere kræftpatienter, men presset vil afhænge af en lang række faktorer som fx den generelle udvikling i folkesundheden, og hvordan indsatsen tilrettelægges, herunder omstilling til ambulans behandling, produktivitetsudvikling, nye teknologiske muligheder m.v. Udviklingen på området bør følges tæt i dialog mellem Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, regioner, kommuner, faglige miljøer, sygdomsbekæmpende organisationer og andre aktører.

### **N2. Innovative metoder på kræftområdet bør udvikles**

Udviklingen af nye innovative metoder på kræftområdet bør udvikles, således at der tages afsæt i behov og præferencer hos mennesket med kræft på en måde, så muligheden for udredning, behandling og opfølgning i den enkeltes nærmiljø øges, og så en høj grad af involvering af den enkelte i indsatsen sikres. Nye innovative metoder bør inddrage international viden og erfaringer, og kan med fordel udvikles i samarbejder mellem civilsamfund, kommuner, praksis, sygehuse og andre aktører. Der bør sikres en systematisk evaluering af opnåede erfaring mhp. efterfølgende spredning.



## 4. Hittidige indsatser på kræftområdet

Sundhedsstyrelsens første to kræftplaner blev udsendt i 2000<sup>10</sup> og i 2005<sup>11</sup> og angav en række faglige anbefalinger som efterfølgende blev inddraget i politiske aftaler, der afsatte midler til initiativer til forbedringer på kræftområdet. Forud for den politiske aftale i 2010 om kræftplan III havde Sundhedsstyrelsen ligeledes udarbejdet et sundhedsfagligt oplæg med en række anbefalinger<sup>12</sup>. De tre tidligere kræftplaner har medvirket til en markant forbedring af kræftindsatsen i Danmark de sidste femten år.

Andre tiltag på sundhedsområdet har i perioden også haft stor indflydelse på forbedring af kræftindsatsen, herunder:

- indførelsen af maksimale ventetider for udredning og behandling af kræftsygdomme i 1999-2001
- etableringen af de Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) i 2004
- aftalen om akut behandling og klar besked i 2007<sup>13</sup>, der bl.a. betød angivelse af standardtider i kræftpakkeforløb og etablering af Task Force for kræftområdet
- strukturreformen i 2007, der etablerede nye regioner og større kommuner med større robusthed til at varetage specialiserede sundhedsopgaver
- styrkelse af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning med den nye sundhedslov i 2006, der skal sikre behandling af højeste kvalitet ved samling på bæredygtige enheder og samarbejde om funktioner, som er for specialiserede til at kunne udføres i alle regioner
- begrænsning af tobaksrygning i offentlige rum i 2007<sup>14</sup>

Nedenfor følger en beskrivelse af en række væsentlige initiativer på kræftområdet. Gennemgangen er ikke udtømmende.

### 4.1 Forebyggelse

En lang række initiativer har været gennemført med fokus på forebyggelse af kræft, med særligt fokus på sunde vaner ift. tobak, alkohol, kost, motion, soldyrkelse m.v.

Som følge af Kræftplan II blev der etableret et motions- og ernæringsråd, hvilket var en udbygning af det eksisterende ernæringsråd, der havde eksisteret siden 1992. Rådet udgav en lang række rapporter samt de otte kostråd, der ligger til grund for de danske myndigheders ernæringsanbefalinger. Rådet blev erstattet af Det Nationale Forebyggelsesråd, som eksisterede frem til 2012. Som følge af Kræftplan II blev der endvidere etableret sundhedscentre i 18 kommuner. Mange af dem eksisterer stadig, flere steder omformet til bredere sundhedshuse.

Med Kræftplan III kom der ligeledes fokus på sund livstil. Der blev bl.a. gennemført en informationskampagne målrettet erhvervsskolerne, som resulterede i kompetenceudvikling på skolerne i

<sup>10</sup> National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen, februar 2000.

<sup>11</sup> Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, juni 2005.

<sup>12</sup> Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen, juni 2010.

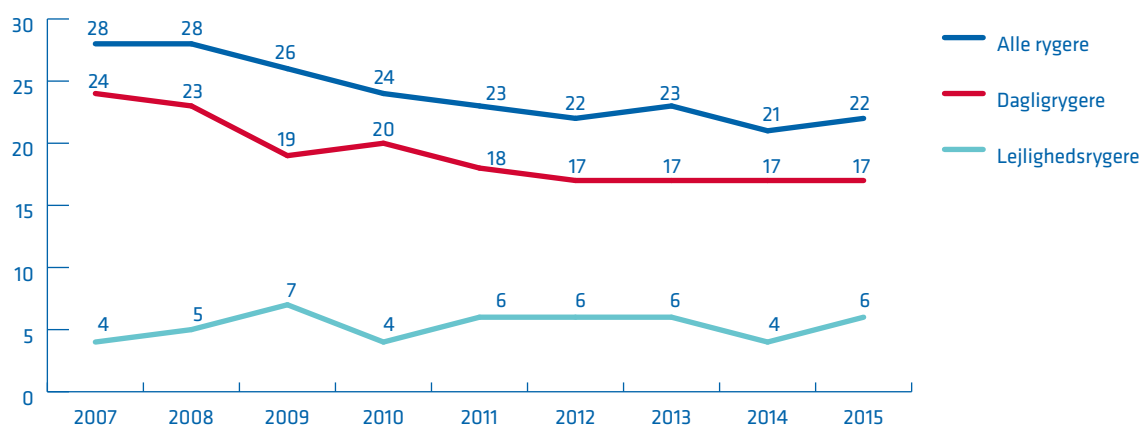
<sup>13</sup> Aftale om gennemførelse af målsætning om akut handling og klar besked til kræftpatienter. København: Regeringen og Danske Regioner, oktober 2007.

<sup>14</sup> Lov om røgfrie miljøer, lov nr. 512 af 6. juni 2007.

forhold til sunde vaner. Der blev desuden udarbejdet et inspirationskatalog<sup>15</sup> med idéer til, hvordan skolerne kunne arbejde med sundhed. Initiativerne fra indsatsen er videreført i KOSMOS, som er et nationalt videnscenter for kost og motion.

Tobak er den største risikofaktor ift. kræftsygdomme, og der er gjort flere forebyggelsestiltag på tobaksområdet gennem årene. En milepæl har været indførelse af lov om røgfri miljøer, som blev vedtaget i 2007 og senere revideret i 2012. Som følge af loven er det ikke tilladt at ryge på matrikler med skoler og ungdomsuddannelser. Uddannelsesinstitutioner, som fortrinsvist har optag af elever på 18 år og derover, er dog undtaget af disse regler.

**Figur 1. Udvikling i andel rygere i den danske befolkning, procent**



Kilde: Danskernes rygevaner – udvalgte resultater 2015 og historisk udvikling. København: Sundhedsstyrelsen, 6. januar 2016. Note: Deltagere fra 15 år eller ældre er medtaget i undersøgelsen

Med den politisk aftalte, der fulgte af Kræftplan II, blev der ydet finansiel og faglig støtte til flere kommunale projekter med fokus på rygestop, røgfri miljøer og forebyggelse af rygestart.

I forbindelse med udmøntningen af Kræftplan III blev rygestopkampagnen ”Hver eneste cigaret skader dig” fra 2009 gentaget i 2011 og 2012.

Telefonrådgivningen ”Stoplinien” blev etableret i 1999 og er bl.a. blevet markedsført i forbindelse med de nationale kampagner ”Hver eneste cigaret skader dig”. Stoplinien er et supplement til de kommunale rådgivningstilbud og er med til at sikre, at alle har let adgang til gratis rådgivnings- og rygestoptilbud. Som del af finanslovsaftalen i 2011 fik Stoplinien årligt 2,5 mio. kr. Disse midler skulle både sikre driften af Stoplinien samt bidrage til, at Stoplinien skulle udvikle sine aktiviteter, fx ved i højere grad at iværksætte opfølgende indsats.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 - 2014 forebyggelsespakker indenfor 11 centrale forebyggelsesområder, herunder tobak, alkohol og overvægt. Forebyggelsespakkerne indeholder faglige anbefalinger til en kommunal sundhedsfremmende og forebyggende indsats af høj kvalitet.

Siden 2009 har HPV-vaccine været en del af det gratis børnevaccinationsprogram. Vaccinationen beskytter mod to højrisikotyper af HPV-virus, der er årsag til ca. 70 % af tilfældene af livmoderhalskræft. Vaccination tilbydes piger, fra de er fyldt 12 år og skal være afsluttet, inden de fylder

<sup>15</sup> Sunde erhvervsskoler. København: Sundhedsstyrelsen 2012.

18 år. Dette generelle tilbud har været suppleret af forskellige catch-up programmer, som samlet betyder, at alle piger og kvinder født i 1985 eller senere får tilbud om gratis HPV-vaccination.

## 4.2 Screening

Der er indført tre nationale screeningsprogrammer for kræft.

**Screening for livmoderhalskræft**, som blev indført lokalt i 1962, blev systematiseret i 1980'erne, men først i 2006 havde alle amter etableret det anbefalede screeningstilbud for alle kvinder i alderen 23-59 år. Screeningsindsatsen har været en væsentlig medvirkende faktor til, at der er set en markant reduktion fra over 900 tilfælde årligt før screening til nu under 400 tilfælde årligt. Sundhedsstyrelsen udsendte i 2007 nationale anbefalinger for livmoderhalskræftscreening, som blev opdateret i januar 2012 bl.a. for at tage højde for den hastige udvikling indenfor området, herunder indførelse af væskebaseret cytologi (metode til at undersøge celleprøver) og nye metoder til test for human papillomvirus (HPV)<sup>16</sup>. Anbefalingerne fra 2012 beskrev samtidigt behovet for efterfølgende justeringer af screeningsprogrammet som følge af indførelsen af HPV-vaccination i børnevaccinationsprogrammet, som på sigt forventes at reducere forekomsten af svære celleforandringer og livmoderhalskræft.

Screening for livmoderhalskræft tilbydes i dag kvinder i alderen 23-64 år. Programmet blev landsdækkende i 2006 og blev i 2012 suppleret med en såkaldt "check-out" test, hvor kvinder, der er mellem 60 og 64 år, bliver tilbudt en HPV-undersøgelse.

Livmoderhalskræft rammer hvert år ca. 375 kvinder, hvoraf halvdelen er under 45 år. Hvert år dør ca. 100 kvinder af sygdommen. Herudover bliver ca. 6.000 kvinder årligt opereret for forstadier til livmoderhalskræft (keglesnitsoperation).

Danmark har generelt haft et meget højt HPV-smittetryk, og det antages, at forekomsten af livmoderhalskræft i Danmark ville have været stigende over de seneste årtier, såfremt der ikke havde været et screeningsprogram for livmoderhalskræft. Dette understøttes af, at der ses en stigning i andre HPV-relaterede kræftformer, der ikke kan screenes for, herunder visse typer af halskræft samt kræft i endetarmsåbningen, hos kvinder.

Der har ikke været en tilfredsstillende deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, ligesom en del ældre kvinder ikke har været optimalt screenet, fordi programmet først blev landsdækkende i 2006, og fordi tilbuddet om en "check-out" HPV-test for kvinder over 60 år først blev etableret i 2012. Deltagelsen i screeningsprogrammet var i perioden fra 2013-2014 på 64 % på landsplan, hvilket er væsentligt lavere end den fastsatte nationale standard på mindst 75%<sup>17</sup>.

Et landsdækkende **screeningsprogram for brystkræft** blev indført i 2007-2009. Tilbuddet gives i form af en røntgenundersøgelse af brystet (mammografi) hvert andet år i alderen 50-69 år. Indtil

<sup>16</sup> Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

<sup>17</sup> Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening. Årsrapport 2014. Århus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), juni 2015.



da havde der fra 1990'erne bl.a. været mammografiscreeningstilbud i København, på Frederiksberg, Fyn, Bornholm og i Vestsjælland.

Screeningsprogrammet for brystkræft tilbydes kvinder i aldersgruppen 50-69 år. Der er god tilslutning til programmet med over 80 % deltagelse blandt de kvinder, der har været inviteret til mammografiscreeningsundersøgelse<sup>18</sup>.

Et nationalt **screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft** blev indført som følge af Kræftplan III bl.a. på baggrund af resultater fra gennemførlighedsundersøgelser af tarmkræftscreening i de daværende Københavns og Vejle amter. Screeningstilbuddet består af en undersøgelse for usynligt blod i afføringen.

Screeningsprogrammet for tarmkræft tilbydes både mænd og kvinder i alderen 50-74 år.

Sundhedsstyrelsen har udsendt nationale anbefalinger for screening for tyk- og endetarmskræft i 2012<sup>19</sup>. Programmet blev startet i marts 2014 og bliver kørt ind over en 4-årig periode. Herefter tilbydes målgruppen screening hvert 2. år. Deltagelse i tarmkræftscreeningsprogrammet har været tilfredsstillende, med en deltagelse på over 62 %.

I 2014 opdaterede Sundhedsstyrelsen sine nationale anbefalinger for screeningsprogrammer<sup>20</sup>. Anbefalingerne beskriver de elementer, der skal indgå i den samlede vurdering af et screeningsprogram, elementer der omfatter udviklingen inden for den pågældende tilstand, i hvilket omfang sygdommen kan diagnosticeres i et asymptomatisk stadie og at overlevelsen øges ved tidlig behandling, om den anvendte screeningstest er valid og acceptabel, samt de etiske, psykologiske, økonomiske og organisatoriske aspekter, der er i forhold til en eventuel indførelse af et screeningsprogram.

### 4.3 Tidlig opsporing

Med Kræftplan II blev der 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. Forskning i patientadfærd ved symptomer og i årsager til kræftpatienters forsinkede henvendelse til læge har siden kastet yderligere lys på udfordringerne.

Som følge af Kræftplan III gennemførte Sundhedsstyrelsen i 2013 en informationskampagne 'Rigtige mænd går også til lægen', der skulle øge viden om symptomer på kræft i befolkningen, med særligt fokus på udsatte mænd. Evalueringen af kampagnen var meget positiv og viste bl.a., at man havde nået målgruppen med kampagneindsatsen. Udgangspunktet for kampagnen var bl.a. resultater fra studier af barrierer for lægesøgning, gennemført i regi af International Cancer Bench-

<sup>18</sup> Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Årsrapport 2015. Første halvdel af fjerde nationale screeningsrunde. Århus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), november 2015.

<sup>19</sup> Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft. København: Sundhedsstyrelsen, august 2012.

<sup>20</sup> Anbefalinger vedr. nationale screeningsprogrammer. København: Sundhedsstyrelsen, november 2014.

marking Project (ICBP), som Danmark har deltaget i via et samarbejde mellem bl.a. Sundhedsstyrelsen, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus samt Kræftens Bekæmpelse.

Med finansloven for 2015 blev der afsat midler til efteruddannelse af praktiserende læger med henblik på at blive bedre til at opfange alarmsymptomer hurtigere samt midler til at sikre lettere adgang for de praktiserende læger til at henvise direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehuse uden indlæggelse og journal. I forlængelse af finansloven for 2015 og aftalen om regionernes økonomi for 2016 er der afsat i alt 1,1 mia. kr. over fire år til bl.a. styrkelse af almen praksis' muligheder for tidlig opsporing og til udvidelse af sygehusenes kapacitet til udredning og behandling.

#### 4.4 Diagnostik og udredning

Kræftplan I fremsatte en række anbefalinger vedr. udbygning af skannerkapacitet, der medførte en markant politisk prioritering af ressourcer mhp. en opgradering og udvidelse af disse faciliteter.

Kræftplan II havde overordnet fokus på hurtig og korrekt diagnose. Som følge af kræftplanen blev der udarbejdet retningslinjer for udredning i primærsektoren. For at understøtte den diagnostiske kvalitet blev samarbejdet mellem relevante specialer og billeddiagnostiske afdelinger styrket. I 2006 blev anbefalinger for PET-scanninger opdateret<sup>21</sup>.

En betydningsfuld milepæl på kræftområdet var indførelsen af pakkeforløb for kræft. I opfølgning på Kræftplan II vurderede Sundhedsstyrelsen, at der var behov for øget fokus på udbredelsen af pakkeforløb. Blandt andet med afsæt heri indgik regeringen og Danske Regioner i 2007 en aftale om akut handling og klar besked for kræftpatienter. I 2008 blev Sundhedsstyrelsens Task Force for patientforløb på kræft- og hjerteområdet nedsat, og den havde i starten et stort fokus på udbredelsen af pakkeforløb på kræftområdet. I 2008-2009 blev de første udgaver af pakkeforløb for kræft udarbejdet og implementeret.

Pakkeforløbene omfatter hele patientens forløb på sygehuset, fra udredning ved begrundet mistanke om kræft til opfølgning efter endt behandling for kræft.

Med Kræftplan III blev 'Diagnostisk pakkeforløb for uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft' udarbejdet. Pakkeforløbet blev udarbejdet mhp. at sikre en hurtigere udredning og diagnostik af de kræftpatienter, som henvender sig med uspecifikke symptomer ved første kontakt i almen praksis, og som på henvendelsestidspunktet ikke kan henvises til et organspecifikt pakkeforløb.

Sundhedsstyrelsen reviderede alle pakkeforløb for kræft i 2011. Udover en generel faglig opdatering af forløbsbeskrivelserne havde revisionen også sigte på at beskrive anbefalinger for forløbskoordination, specifik sygepleje, rehabilitering, palliation og kommunikation.

<sup>21</sup> Anbefalinger for udbygning af PET og FDG (flourodeoxyglukose) produktion. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.

Der blev desuden udarbejdet oversigter over kriterier for henvisning til pakkeforløb, målrettet almen praksis. Et andet konkret initiativ i Kræftplan III var fokuseret efteruddannelse af almen praksis i anvendelse af de reviderede pakkeforløb og det nye diagnostiske pakkeforløb.

De nye kræftpakkeforløb blev implementeret i 2012, og der er efterfølgende foretaget løbende mindre revisioner i pakkeforløbsbeskrivelserne, ligesom der er tilføjet enkelte nye pakkeforløb for mindre kræftsygdomme.

## 4.5 Behandling

Som følge af Kræftplan I blev der sikret et markant økonomisk løft til understøttelse af kræftbehandling, eksempelvis til opgradering og udvidelse af kapacitet til strålebehandling. Der blev endvidere tilført ressourcer til løbende efteruddannelse inden for den kirurgiske kræftbehandling, og der blev afsat midler til at forbedre forskning på kræftområdet ved blandt andet at styrke udviklingen af de kliniske kvalitetsdatabaser og forbedre kvaliteten i det nationale Cancerregister.

Indførelsen af pakkeforløb for kræft fra 2008 har også for behandlingsindsatsen været en milepæl til sikring af hurtige og ensartede behandlingsforløb af høj kvalitet. Pakkeforløb blev beskrevet i Kræftplan II og i opfølgningen i 2007, hvor der samtidig blev angivet en anbefaling om brug af multidisciplinære teamkonferencer (MDT) som et væsentligt element i tilrettelæggelse og gennemførelse af det enkelte patientforløb. Med baggrund i de løbende erfaringer og med sigte på yderligere kvalitetssikring af MDT, herunder præciseringer af deltagerkreds, planlægning, opfølgning, infrastruktur, beslutningsproces og uddannelse, blev der i regi af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) i 2016 udsendt en national vejledning for MDT-konferencen<sup>22</sup>.

I Kræftplan II blev det anbefalet at sikre et forbedret grundlag for implementering af medicinske standardbehandlinger bl.a. ved at færdigudvikle og implementere en MTV-baseret model for vurdering af lægemidler, der forventes anvendt i standardbehandlingen af kræftsygdomme. I 2008 blev Sundhedsstyrelsens Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler (UVKL) nedsat. UVKL blev nedlagt som led i besparelser i Sundhedsstyrelsen i 2012, men opgaverne blev videreført af regionerne i det nyoprettede Koordinerede Råd for Ibrugtagning af Sygehusmedicin (KRIS).

Økonomiaftalen for 2010<sup>23</sup> medførte forpligtigende rammer på klinisk niveau for anvendelse af sygehusmedicin mhp. ensretning af medicinanvendelsen på tværs af regionerne. I regi af Danske Regioner etableredes Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), som har til opgave at sikre national konsensus om rekommandationslister og behandlingsvejledninger, som lægges til grund for regionernes fælles indkøb af sygehusmedicin.

Kræftplan II omfattede endvidere anbefalinger vedr. styrkelse af kræftkirurgien bl.a. via specialeplanlægningen, samt vedr. effektivisering af arbejdstilrettelæggelsen bl.a. via produktivitetspulje. Det blev også anbefalet at udarbejde og implementere nationale kliniske retningslinjer for standardbehandlingerne, at foretage løbende registrering af effekt og bivirkninger af behandlingerne

<sup>22</sup> Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen. København: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), 15. februar 2016.

<sup>23</sup> Aftale om regionernes økonomi for 2010. København: Regeringen og Danske Regioner, 2009.

og at denne dokumentation løbende skulle fremlægges og anvendes i justeringen af behandlingspraksis.

Som opfølgning på Kræftplan II skete der en yderligere målrettet indsats for bedre tilbud om strålebehandling. En Task Force vedr. strålebehandling samt en særskilt meraktivitetspulje på stråleområdet blev oprettet. Der blev desuden afsat midler til kræftmedicin og eksperimentel behandling samt indført en låneramme til sygehusenes investeringer i apparatur til kræftbehandling.

Sundhedsstyrelsens opfølgning på Kræftplan II pegede på, at det var en barriere for behandlingskvaliteten, at der ikke var etableret efteruddannelsesprogrammer for alle speciallæger, der varetog kirurgisk behandling af kræft.

I forlængelse af finansloven for 2015 og økonomiaftalen for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner har Sundhedsstyrelsen udarbejdet et fagligt oplæg med fokus på at fremme skånsom kirurgi. Oplægget peger bl.a. på behovet for systematisk og struktureret kompetenceudvikling af kommende og eksisterende speciallæger og andet personale, der varetager kirurgisk behandling af kræft, herunder beskrivelse af ansvaret for kompetenceudviklingen. Med økonomiaftalen for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner blev der afsat midler til området.

Med finansloven for 2014 blev der afsat midler til opbygning af et dansk center for partikelterapi i Århus. Byggeriet fik samtidig medfinansiering fra A.P. Møller Fonden. Centeret, som er etableret i 2016, er under opbygning og forventes at modtage første patient til behandling i 2018. Indtil da visiteres danske patienter til behandling med partikelterapi i udlandet, herunder på det svenske partikelterapicenter i Uppsala, der behandlede sin første patient i sommeren 2015.

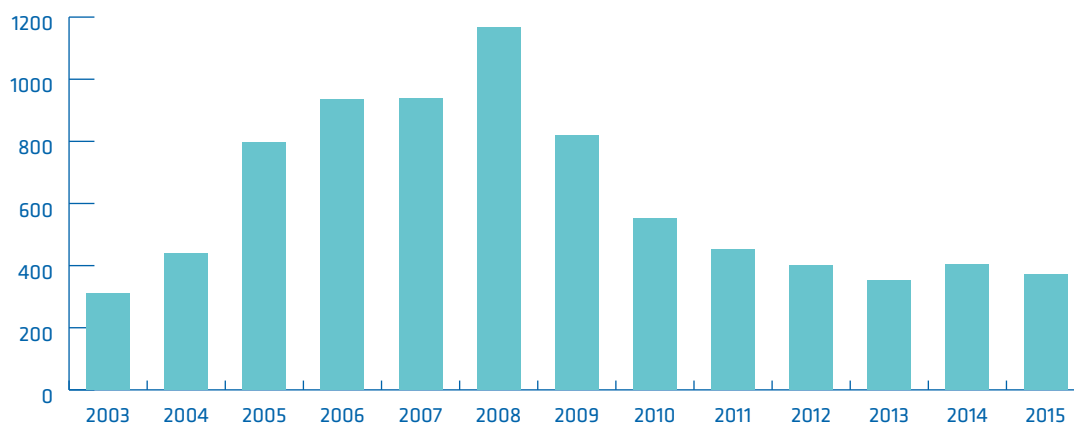
Omkring årtusindeskiftet var der betydelig offentlig og politisk fokus på, at det danske sundhedsvæsen var for tilbageholdende med at tage nye behandlingsmetoder i brug, herunder eksperimentelle behandlinger, hvis effekt ikke var tilstrækkeligt dokumenteret efter de behandlingsnormer, der almindeligvis gælder. Mange kræftpatienter havde selv søgt behandling i udlandet for egen regning. I regeringsgrundlaget fra november 2001 indgik, at regeringen ville udvide adgangen til behandling i udlandet, når videre behandling ikke kunne ydes på et dansk sygehus. På finanslov 2002 blev der afsat 10 mio. kr. til eksperimentel behandling, som fra 2004 blev gjort permanent.

Efterfølgende blev der etableret enheder for eksperimentel kræftbehandling, herunder fase 1 forsøg, i tilknytning til landets største onkologiske afdelinger. Det nationale koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling (NKU) blev nedsat af Sundhedsstyrelsen i sommeren 2004 med deltagelse af de seks kræftafdelinger. NKU skulle sikre samarbejdet mellem afdelinger, herunder at der udarbejdes behandlingsprotokoller for kræftsygdomme, hvor der ikke foreligger dokumenterede kræftbehandlinger. Enhederne har længe været veletablerede med et godt samarbejde, hvorfor Sundhedsstyrelsen nedlagde NKU i 2014.

Som følge af det øgede fokus på eksperimentel behandling etablerede man en national model for rådgivning i konkrete patientforløb om mulighed for eksperimentel behandling. Sundhedsstyre-

sen fik ansvaret for at administrere ordningen og nedsætte et rådgivende ekspertpanel. Ordningen blev etableret den 1. januar 2003<sup>24</sup>.

**Figur 2. Udviklingen i antallet af nye sager vurderet per år i Sundhedsstyrelsens ordning vedr. rådgivning om eksperimentel behandling.**



Kilde: Årsrapport 2015: Rådgivning om eksperimentel behandling for mennesker med livstruende sygdom. København: Sundhedsstyrelsen, juni 2016. Note: Kun sager modtaget fra de henvisende afdelinger mellem 1. januar og 31. december pågældende år er medtaget.

Sundhedsstyrelsen har siden 2003 udgivet årsrapporter om ordningen, som viser, at ekspertpanelet i perioden 2003-2015 behandlede 7.938 nye sager vedrørende patienter med kræft. Fra 2008 har antallet af sager været faldende og har siden 2013 ligget på nogenlunde samme niveau som i ordningens første år, bl.a. fordi flere eksperimentelle behandlinger er overgået til standardbehandling, og fordi regionerne eksperimentelle kræftenheder er blevet veletablerede, hvorfor der ikke i samme omfang som tidligere er behov for ekspertpanelets rådgivning.

På baggrund af Rigsrevisionens gennemgang af ordningen<sup>25</sup> har Sundhedsstyrelsen i 2015 revideret sit informationsmateriale om ordningen, med inddragelse af patientvejledere og patientforeninger. Der blev ligeledes udarbejdet en vejledning til hospitalslæger om brug af ordningen og afholdt et bredt informationsmøde omkring ordningen til patienter, patientvejledere, læger m.v.

## 4.6 Rehabilitering

De tre tidligere kræftplaner har alle haft fokus på styrkelse af rehabilitering af kræftpatienter.

Som følge af Kræftplan II blev der etableret ordninger med rehabiliteringskoordinatorer for at sikre sammenhæng på tværs af sektorer, og forsknings- og udviklingsenheder for rehabilitering i alle regioner. Kommunale kræftrehabiliteringsprojekter blev igangsat og evalueret i 2007 – 2009, og der blev afsat midler til rekonstruktion af tænder hos strålebehandlede.

Som en del af kræftplan III udsendte Sundhedsstyrelsen i 2012 et forløbsprogram for rehabilitering og palliation til sikring af sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Parallelt hermed forsøgte en arbejdsgruppe, nedsat af Sundhedsstyrelsen, forgæves at blive enige om ét fælles redskab til behovsvurdering. I stedet blev der peget på en række eksisterende redskaber, og siden har flere

<sup>24</sup> Bekendtgørelse nr. 1162 af 16. december 2002.

<sup>25</sup> Beretning til Statsrevisorerne om second opinion-ordningen. København: Rigsrevisionen, december 2014.

regioner og kommuner udviklet egne redskaber og skemaer. Som en del af regeringens sundhedspolitiske udspil i 2013<sup>26</sup> blev der afsat midler til at styrke rehabilitering i kommunerne. I forlængelse af Kræftplan III blev der i 2015 udarbejdet opfølgingsprogrammer med nytænkning af opfølgning efter endt behandling, med fokus på individuelt tilrettelagte opfølgingsplaner, som, alt efter patientens behov, kan indeholde indsatser vedr. opsporing af recidiv, rehabiliterende og palliative indsatser, behandling af senfølger m.v. Opfølgingsprogrammerne erstatter de tidligere kontrolforløb i pakkeforløbene og er fortsat under implementering.

## 4.7 Palliation

Palliation har ligeledes været et gennemgående tema i alle tre kræftplaner, men fik et særligt fokus med Kræftplan III.

Kræftplan II anbefalede bl.a. at understøtte implementering af kliniske retningslinjer for den palliative indsats i primærsektoren gennem fælles kurser for hjemmesygeplejersker og praktiserende læger samt at støtte speciallægers, sygeplejerskers og andre sundhedsfaglige gruppers uddannelse i palliativ indsats.

Som følge af Kræftplan II blev der etableret en national database for den specialiserede palliative indsats, og der blev oprettet et videns- og forskningscenter for palliation (nu Videncenter for Rehabilitering og Palliation, REHPA, tidligere PAVI).

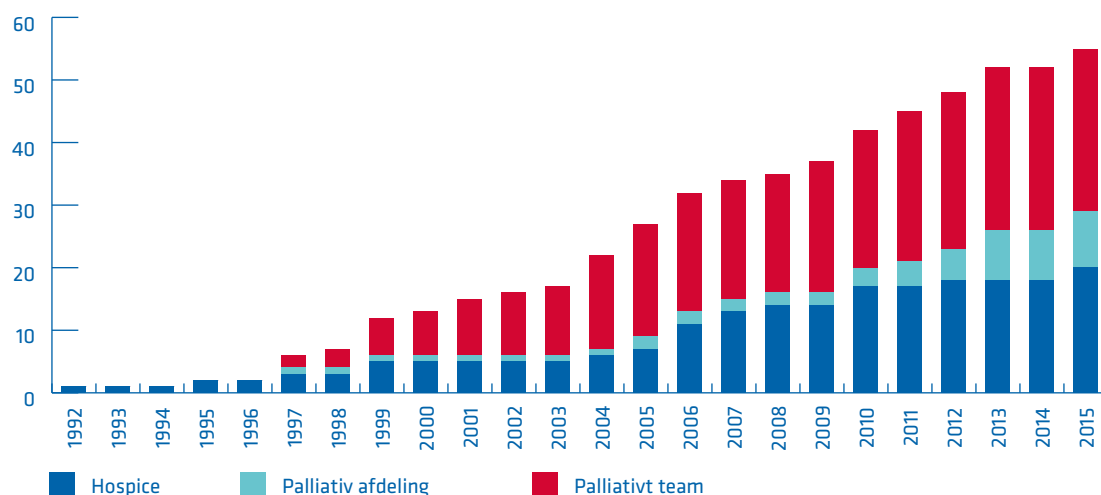
Kræftplan III havde stort fokus på palliation. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats fra 1999 blev revideret i 2012, og der blev samtidig udsendt et idékatalog over basale palliative indsatser. Der blev udarbejdet et forløbsprogram for rehabilitering og palliation samt sikret øget adgang til specialiseret palliativ rådgivning og behandling via palliative teams. Det specialiserede palliative niveau fik samtidig til opgave at bidrage til styrkelse af det basale niveau gennem kompetenceudvikling og undervisning. Med henblik på at øge kapaciteten på området blev der oprettet 42 nye hospicepladser i perioden 2011-2014. I 2012 blev der udarbejdet nationale anbefalinger for sundhedspersonalets møde, som blev fulgt op med en informationsindsats i 2016.

Specifik palliation i forhold til den enkelte kræftform blev til dels indarbejdet i pakkeforløbene i 2011. Alle regioner har etableret specialiserede palliative behandlingstilbud og særligt den specialiserede palliative indsats er blevet udbygget, bl.a. via puljer til hospicepladser, herunder til børnehospice og til modelkommuneprojekter vedr. palliation via projektet "En værdig død".

---

26 Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen. København: Regeringen, maj 2013.

**Figur 3. Udvikling i antal specialiserede palliative enheder fordelt på enhedstype.**



Kilde: Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Årsrapport 2014. København: Videncenter for Rehabilitering og Palliation, 2015. Note: Opførelsen giver et lidt forenklet billede af enhedstyper idet definitionen af palliative enheder er udfordret af at flere enheder kan definere sig selv som en afdeling. REHPA har valgt at betragte en afdeling som flere enheder hvis der er flere fysiske adresser, forskellig visitation og forskelligt personale.

## 4.8 Forskning

Kræftplan I pegede på behovet for at analysere af den sundhedsvidenskabelige kræftforskning med særligt fokus på nødvendige forskningsressourcer til at sikre gennemførelse af de i kræftplanen foreslåede aktiviteter. Sundhedsstyrelsen opfordrede på den baggrund det daværende Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd (SSVF) til at nedsætte et udvalg, der kunne formulere satsningsområder, med det formål at koordinere og styrke kvaliteten af den samlede nationale indsats på det kliniske kræftforskningsområde. Udvalget vedrørende Kræftplan og Forskning (KOF-udvalget) udsendte i 2004 sine anbefalinger <sup>27</sup>.

KOF-rapporten havde særligt fokus på at styrke rammebetingelserne for den kliniske kræftforskning i Danmark og fandt, at en vigtig barriere for løbende at få omsat kræftforskningens resultater til daglig klinisk praksis er infrastrukturen for den kliniske kræftforskning. KOF-rapporten pegede på tre konkrete tiltag:

- en styrkelse af de landsdækkende sygdomsspecifikke grupper ved oprettelse af danske multidisciplinære cancergrupper (DMCG) til at indsamle ny viden og omsætte den til resultater. DMCG skulle baseres på de eksisterende sygdoms- og/eller organspecifikke grupper på en måde, så de i relevant omfang tilsammen kunne dække alle kræftformer
- en udbygning af regionale kliniske kræftforskningsenheder til at styrke den kliniske kræftforskning og den sundhedstjenesterelaterede kræftforskning
- etablering af et råd for dansk klinisk kræftforskning, som organisatorisk skulle indplaceres under SSVF.

Som følge af Kræftplan II blev der bl.a. etableret en følgegruppe for klinisk kræftforskning i regi af Sundhedsstyrelsen, og i regi af Sundhedsministeriet blev der udmøntet en pulje til styrkelse af

<sup>27</sup> Klinisk kræftforskning i Danmark – Konkrete tiltag til understøttelse af kræftbehandlingsplanen. København: Forskningsstyrelsen, 2004.

klinisk kræftforskning med særligt fokus på etablering af kliniske kræftforskningsenheder og styrkelse af arbejdet i DMCG'erne. DMCG-miljøet modtog i alt ca. 30 millioner fra Sundhedsministeriets pulje i perioden 2007-2009, som bl.a. blev brugt til etablering og udvikling af kliniske kvalitetsdatabaser, udarbejdelse af kliniske retningslinjer, vidensdeling og øvrige opgaver som anbefalet i Kræftplan II.

Med økonomaftalen for 2009<sup>28</sup> blev der afsat 20 mio. kr. årligt til sikring af infrastrukturen for klinisk kræftforskning, således at området overgik til regionerne til videreførelse. Herefter blev der prioriteret midler til sikring af videreførelsen af DMCG'erne og til etablering af en national cancerbiobank. DMCG består i dag af 24 multidisciplinære cancergrupper, som løbende opdaterer kliniske retningslinjer og udvikler kliniske kvalitets- og forskningsdatabaser samt sikrer vidensdeling i form af møder, konferencer m.v. Dansk CancerBiobank er i dag etableret i regi af Danske Regioner som et murstensløst nationalt samarbejde mellem afdelinger, der håndterer blod- og vævsprøver fra kræftpatienter.

Danish Center for Interventional Research in Radiation Oncology (CIRRO) er et eksempel på et murstensløst forskningssamarbejde indenfor stråleterapi og strålebiologi, med deltagelse af stråleterapienhederne i Århus, Ålborg, Odense, Vejle, Herlev og på Rigshospitalet samt stråleforskningen ved DTU Nutech.

National Experimental Therapeutic partnership (NEXT) er et andet eksempel på et murstensløst samarbejde indenfor kræftforskning. Projektet har et budget på 124 mio. kr., hvoraf Innovationsfonden har bevilliget 15 mio. kr. til kræftområdet. NEXT skal over fem år teste ny medicin, som endnu ikke er på markedet og er et samarbejde mellem offentlige hospitaler, universiteter og lægemiddelindustrien.

Der drøftes aktuelt et forslag om etablering af Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) som et murstensløst landsdækkende initiativ til sikring af translational forskning og målrettet behandling ('personlig medicin') i et samarbejde mellem regioner, universiteter, DMCG og Kræftens Bekæmpelse. Inspirationen er hentet fra tilsvarende nationale kræftinstitutter i Finland, Østrig og Holland, og det foreslås, at DCCC søger akkreditering igennem den internationale sammenslutning Organisation of European Cancer Institutes (OECI).

Danske Regioner, universiteterne og Danske Patienter har i 2015 udsendt rapporten 'Personlig Medicin og Individualiseret Behandling'<sup>29</sup> samt en handlingsplan for området. På finansloven for 2016 er der afsat 5 mio. kr. til en foranalyse af de faglige, tekniske, etiske og økonomiske implikationer af et eventuelt større dansk program på området. Foranalysen udarbejdes i regi af Sundheds- og Ældreministeriet.

## 4.9 Data

Det Danske Cancerregister (DCR) blev etableret i 1942 af Johannes Clemmensen, som verdens første nationale kræftregister. Registeret er struktureret efter WHO's ICD10-klassifikation og baseret på indberetninger fra udredende og behandlende læger med en fremragende dækningsgrad. DCR

<sup>28</sup> Aftale om regionernes økonomi for 2009. København: Regeringen og Danske Regioner, juni 2008.

<sup>29</sup> Personlig medicin og individualiseret behandling. Oplæg til en samlet dansk indsats. København: Danske Regioner, 22. juni 2015.



har været grundlag for betydelig forskningsaktivitet og har bidraget til et mangeårigt nordisk samarbejde om en fælles sammenlignende kræftstatistikdatabase (NORDCAN), som indeholder oplysninger om incidens (antal nye tilfælde), dødelighed, prævalens (antal personer, der lever med en kræftdiagnose) samt overlevelse for 50 store kræftformer i de nordiske lande.

Fra 1987 blev der indført anmeldelsespligt til DCR, som også blev suppleret med kobling til Landspatientregisteret (LPR). I 1997 blev Cancerregisteret flyttet fra Kræftens Bekæmpelse til Sundhedsstyrelsen, og det drives i dag af Sundhedsdatastyrelsen. Cancerregisteret gennemgik 2004-2008 en omfattende modernisering, som bl.a. betød omlægning fra indberetning på papirblanket til en elektronisk indberetning via LPR og Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI).

DCR indeholder data om alle nydiagnosticerede kræfttilfælde i Danmark. På baggrund af data fra registeret offentliggør Sundhedsdatastyrelsen forskellige tal om blandt andet nye kræfttilfælde og kræftoverlevelse.

I 2012 blev der indført en ny registrerings- og monitoreringsmodel på kræftområdet. Der er etableret et kodehierarki til registrering af relevante monitoreringspunkter i pakkeforløbene på kræftområdet, og data opgøres kvartalsvist fordelt på sygehusregioner. De kvartalsvise opgørelser anvendes af Sundhedsstyrelsen til at følge området, og særlige udfordringer og behov for forbedringer drøftes i regi af styrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet. Udover de kvartalsvise offentliggørelser leverer Sundhedsdatastyrelsen desuden, via den lukkede del af eSundhed.dk, data til regionerne på individniveau til lokal anvendelse.

I regi af Sundhedsdatastyrelsen er der i 2016 iværksat et udredningsarbejde med fokus på afdækning af forskelle mellem Cancerregisteret og de kliniske kvalitetsdatabaser fsv. angår patientpopulationer, overlevelsesestimater m.v.

## 4.10 Kvalitet

En enkelt af de kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet strækker sig mere end 40 år tilbage. Andre er ganske nye. Formålet med de kliniske kvalitetsdatabaser er primært at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle, men databaserne anvendes i varierende omfang også til forskning. I de senere år er kvalitetsdatabaserne på kræftområdet blevet bragt ind i en fast struktur med krav til registrering, afrapportering m.v., og kvaliteten af basale data er forbedret med generelt god dækningsgrad på de fleste områder.

Amterne havde allerede i 2002 afsat en pulje til støtte af kliniske databaser. Rammerne om de kliniske kvalitetsdatabaser blev forbedret med etableringen af DMCC'erne i 2004 og med finansieringsgrundlaget fra 2007 og frem. Med etableringen i 2007 af tre regionale kompetencecentre for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser blev de faglige rammer styrket ved, at centrene blev forpligtet til at levere epidemiologisk ekspertise, IT-opbakning, biostatistiske analyser og hjælp til formidling af klinisk forskning samt ved at sikre mere ensartet, sammenlignelig udnyttelse af databaserne. Med dannelsen af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) i 2010, blev der etableret en fælles tværregional organisatorisk ramme for arbejdet med de kliniske kvali-

tetsdatabaser. Regionerne har i juni 2016 besluttet en yderligere styrkelse af området ved etablering af en regelret enhedsorganisation.

Regeringen, Danske Regioner og KL indgik i april 2016 en aftale<sup>30</sup> om otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som indeholder såvel kvalitetsmål som mål for sundhedsvæsenets udvikling. Heri indgår bl.a. mål om forbedret overlevelse, øget patientinddragelse, behandling af høj kvalitet og mere sammenhængende patientforløb. De nationale mål skal ses i sammenhæng med de øvrige initiativer i det nationale kvalitetsprogram, herunder fokus på patientinddragelse, systematisk brug af tidstro data, åbenhed om resultater og styrket ledelsesfokus på kvalitet og forbedringsarbejde.

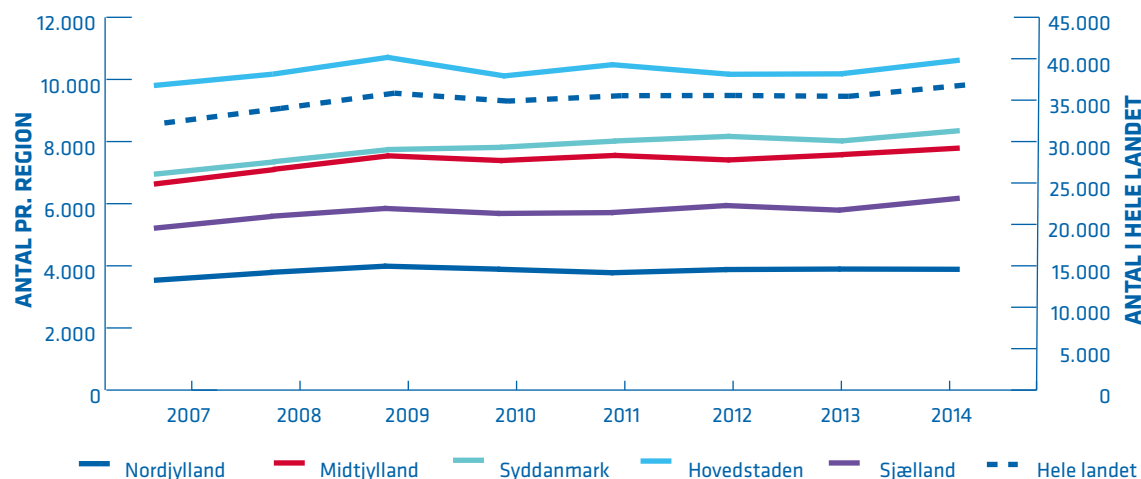
<sup>30</sup> Aftale om nationale mål for sundhedsvæsenet – 2016. København: Regeringen, Danske Regioner og KL, 29. april 2016.

## 5. Status på kræftområdet i Danmark

### 5.1 Nye tilfælde af kræft

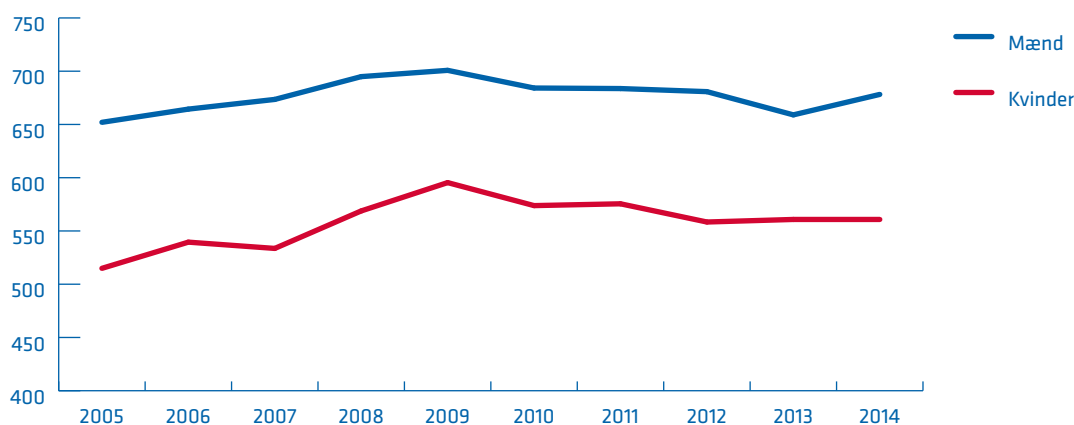
Antallet af nye tilfælde af kræft i Danmark (incidente kræfttilfælde) hos mennesker, som er 15 år eller ældre, viser en stigende tendens over perioden 2007 til 2014, fra omkring 33.800 nye tilfælde i 2007 til 39.100 nye tilfælde i 2014<sup>31</sup>. Af de godt 39.000 nye tilfælde af kræft i Danmark i 2014 var godt 20.000 hos mænd og knap 19.000 hos kvinder<sup>32</sup>. Figur 4 og 5 viser udviklingen i antal incidente kræfttilfælde og aldersstandardiserede incidensrater. Over perioden ses en svag stigning i antallet af incidente kræfttilfælde, hvilket bl.a. kan være udtryk for implementering af nationale screeningsprogrammer for brystkræft og for tyk- og endetarmskræft i perioden.

Figur 4. Udviklingen i nye tilfælde af kræft i Danmark fordelt på regioner.



Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Incidente kræfttilfælde angiver antallet af førstegangsdagnosticerede kræfttilfælde.

Figur 5. Udviklingen i aldersstandardiserede incidensrater for kræft i Danmark fordelt på køn.



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

Note: Aldersstandardiseret incidens af kræft pr. 100.000 personer. Der er ikke medtaget basalcelle hudkræft og carcinoma in situ i bryst.

<sup>31</sup> Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016.

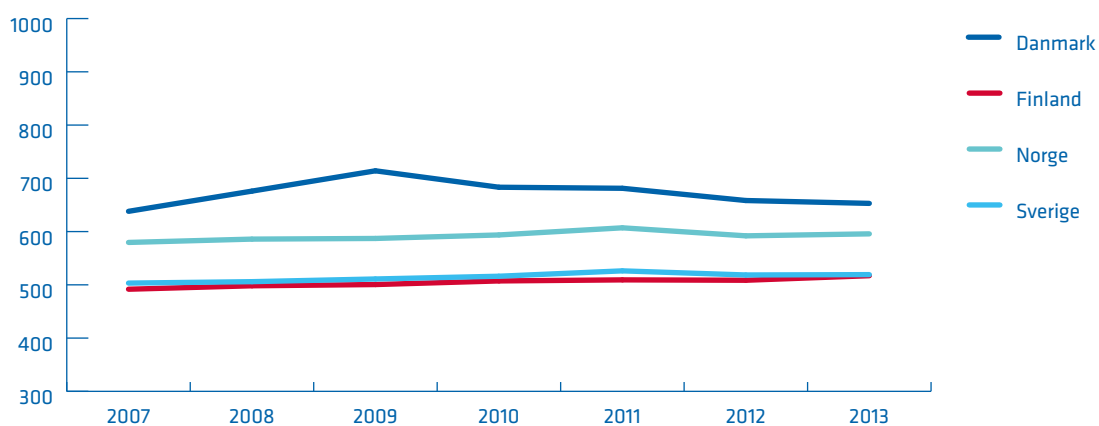
<sup>32</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

Den køns- og aldersstandardiserede incidensrate<sup>33</sup> i 2014 var 609 pr. 100.000 personer, hvilket var en stigning fra 2013, hvor raten var 600. I 2014 var den aldersstandardiserede incidensrate for mænd 678 og for kvinder 561 (se figur 5), hvilket svarer til, at hyppigheden af kræft er ca. 21 % større hos mænd sammenlignet med kvinder. Stigningen i den samlede incidensrate skyldes overvejende en markant stigning hos begge køn i nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft som følge af, at der blev indført et nationalt screeningsprogram i marts 2014<sup>34</sup>.

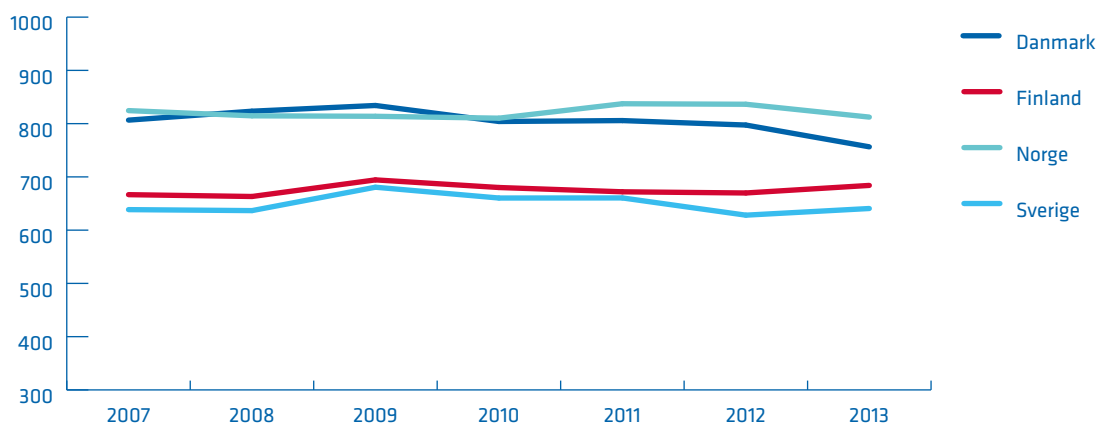
Danske kvinder har fortsat den højeste incidens af kræft sammenlignet med de øvrige nordiske lande, mens incidensen for danske mænd har været faldende, således at norske mænd nu ligger højest i nordisk sammenhæng (sammenligning se figur 6 og 7).

### Figur 6 og 7. Udviklingen i aldersstandardiserede incidensrater for kræft i de nordiske lande

Alle kræftformer undtaget anden kræft i huden (kvinder)



Alle kræftformer undtaget anden kræft i huden (mænd)



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Incidens per 100.000 (aldersstandardiseret rate). Alder 15+. Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

Tidlig opsporing og nye diagnostiske muligheder, herunder indførelsen af screeningsprogrammer, kan medføre en ofte forbigående stigning i antallet af nye tilfælde, især tilfælde der diagnosti-

<sup>33</sup> Incidensraten er antallet af nye tilfælde pr. 100.000 (mænd eller kvinder) som er aldersstandardiseret til den danske befolkningssammensætning i 2000, således at der tages hensyn til befolkningens aldersmæssige udvikling ved sammenligning af nye diagnosticerede tilfælde over årene.

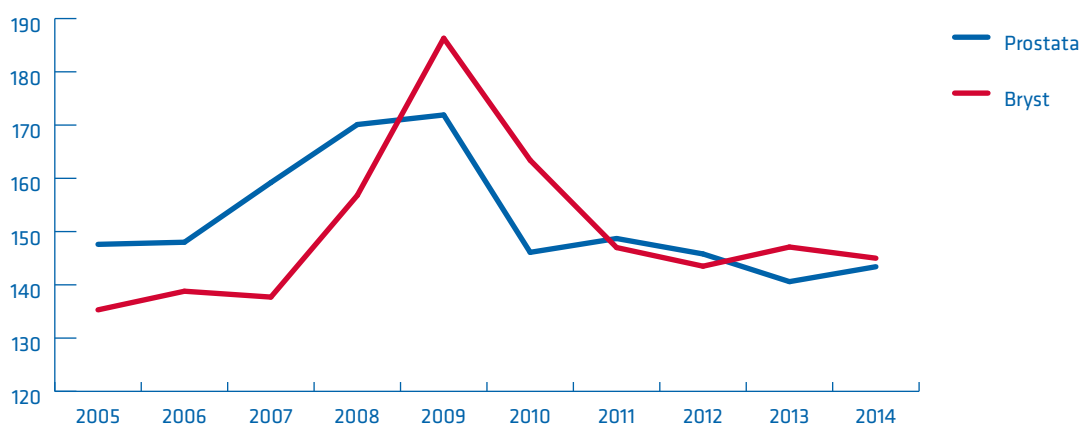
<sup>34</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

ceres i tidlige stadier med bedre overlevelse. Der kan dog også være tilfælde af kræft, som ville være forblevet udiagnosticerede uden screening, hvorfor antallet af nye tilfælde efter den initiale screeningsindsats måske ikke vil falde til niveauet før screening<sup>35</sup>.

Figur 8 viser incidensen for henholdsvis brystkræft og prostatakæft.

Landsdækkende tilbud om screening for brystkræft blev først indført i 2007-2009. Fra årtusindeskiftet har der været en øget anvendelse af PSA-testning<sup>36</sup> hos mænd med nedre urinvejssymptomer. Stigningen i incidensrater fra 2007 og det tilsvarende fald efter 2009 kan således i høj grad forklares med ændringer i incidensraten for bryst- og prostatakæft i perioden, ligesom indførelsen af tarmkræftscreeningsprogrammet forklarer stigningen fra 2013 til 2014<sup>37</sup>.

**Figur 8. Udviklingen i aldersstandardiserede incidensrater for prostata- og brystkræft**



Kilde: Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015. Note: Aldersstandardiseret incidens af kræft pr. 100.000.

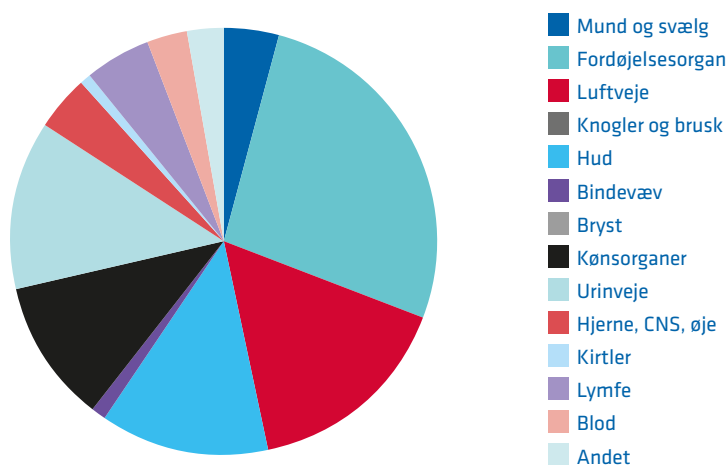
<sup>35</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

<sup>36</sup> Prostata specifikt antigen (PSA) udskilles af prostatakirtlen hos mænd og kan måles i blodet. PSA kan være forhøjet hos mænd med prostatakæft, men er en usikker markør for sygdommen. PSA måling frarådes hos raske mænd, fordi det giver risiko for overdiagnosticering og overbehandling.

<sup>37</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

Figur 9 og figur 10 viser nye tilfælde af kræft for henholdsvis mænd og kvinder.

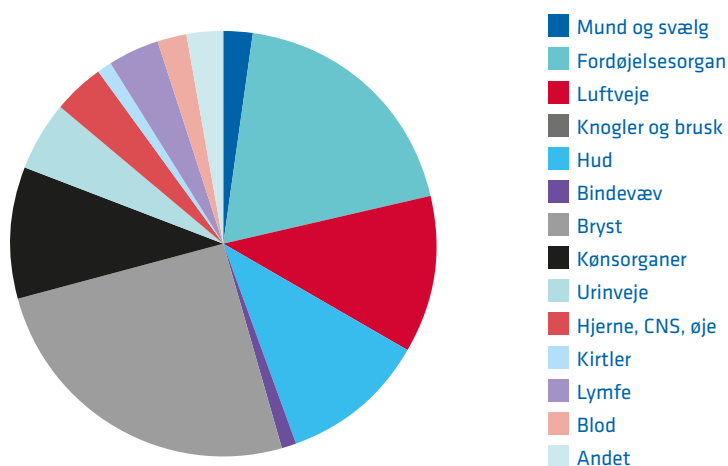
**Figur 9. Nye tilfælde af kræft hos mænd i 2014 fordelt på hovedgrupper efter ICD10**



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

For mænd er de fem største hovedgrupper af nye tilfælde af kræft indenfor kønsorganer, fordøjelsesorganer, luftveje, hud og urinveje. For kvinder er de fem største hovedgrupper: bryst, fordøjelsesorganer, luftveje, hud og kønsorganer<sup>38</sup>.

**Figur 10. Nye tilfælde af kræft hos kvinder i 2014 fordelt på hovedgrupper efter ICD10**



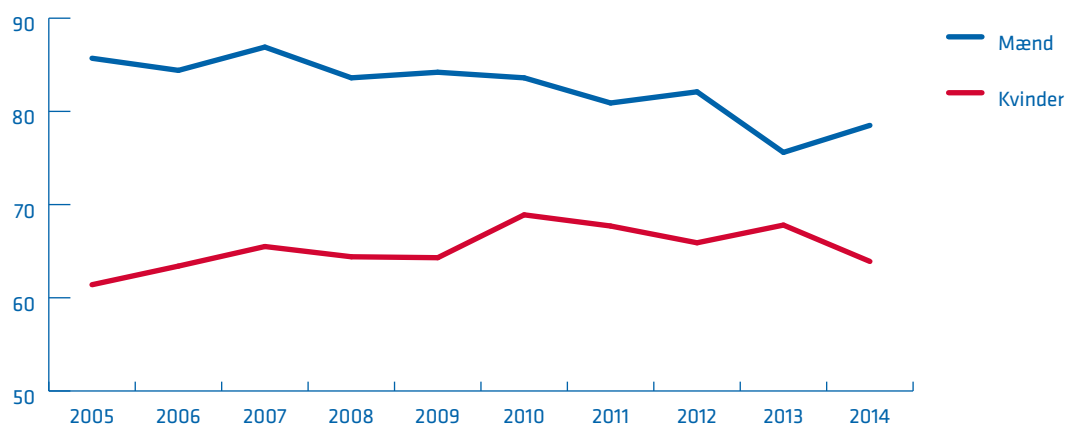
Kilde: Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

Hos begge køn er lungekræft den næsthøypigste kræftsygdom målt i antallet af nye tilfælde. Figur 11 viser udviklingen fra 2005 til 2014. Nye tilfælde af lungekræft har over perioden været faldende hos mænd, mens der er sket en stigning hos kvinder. Dette skyldes formentlig i høj grad at mænd og kvinders rygevaner har nærmet sig hinanden de seneste årtier<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

<sup>39</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, december 2015.

**Figur 11. Udvikling i aldersstandardiserede incidensrater for lungekræft fordelt på køn**



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

Note: Aldersstandardiseret incidens af kræft pr. 100.000 mænd eller kvinder.

En række kræftsygdomme kan forebygges, hvilket beskrives nærmere i kapitel 7. For en række indsatser vil man først kunne se effekten efter en længere årrække, da kræftsygdomme udvikles langsomt over tid. Det betyder også, at de forebyggelsesindsatser, man har arbejdet med de sidste 10-15 år, endnu ikke kan ses i de nuværende opgørelser af antallet af nye kræfttilfælde.

## 5.2 Overlevelse

I de nordiske lande er 1 og 5-års relativ overlevelse for alle kræftformer forbedret over de seneste fire årtier<sup>40</sup>. Generelt har forbedringerne været mest tydelige for 1-års relativ overlevelse, dog med variation mellem kræftformerne.

Danmark har i hele perioden 1964-2013 ligget lavest i 1 og 5-års relativ overlevelse i forhold til de øvrige nordiske lande, men gabet indsnævres for mange kræftsygdomme, og det skal særligt bemærkes, at 1-års relativ overlevelse for danske mænd nærmer sig de øvrige lande.

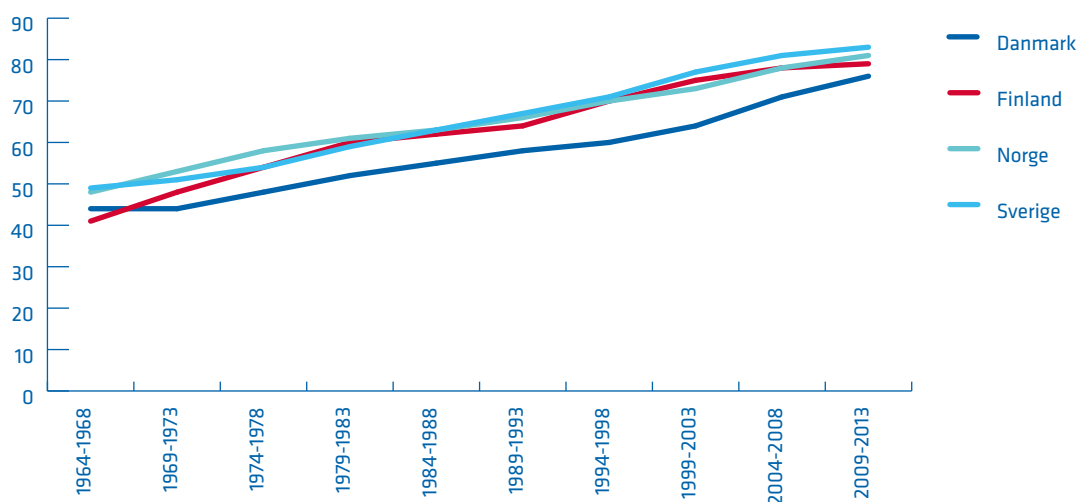
I figur 12 og figur 13 ses 1-års relativ overlevelse for henholdsvis mænd og kvinder opgjort i femårssperioden fra 1964 til 2013<sup>41</sup>. For patienter diagnosticeret i 2012-2014 var 1-års relativ overlevelse på 78 % for danske mænd og på 79 % for danske kvinder, og det bemærkes samtidig, at danske mænd siden årtusindeskiftet næsten har indhentet et betydeligt efterslæb på mere end 5 procentpoint<sup>42</sup>. En tilsvarende udvikling ses for 5-års relativ overlevelse.

40 Relativ overlevelse betegner den andel, som er i live 1 eller 5 år efter en kræftdiagnose divideret med den tilsvarende andel fra en gruppe i den pågældende befolkning med samme aldersfordeling og køn som kræftpatienterne.

41 Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

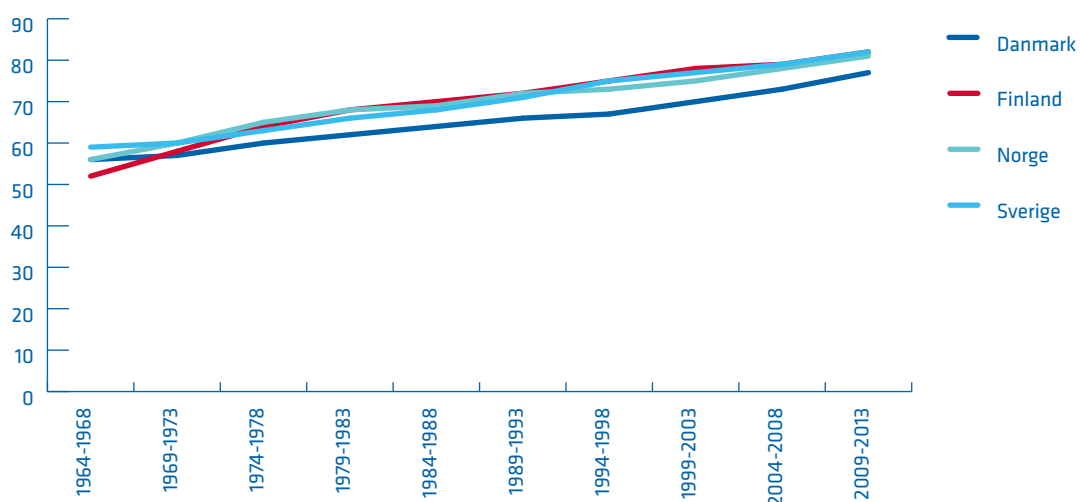
42 Kræftoverlevelse i Danmark. Cancerregisteret. 2000-2014. København: Sundhedsdatastyrelsen, maj 2016.

**Figur 12. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos mænd i de nordiske lande**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret. Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

**Figur 13. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos kvinder i de nordiske lande**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret. Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

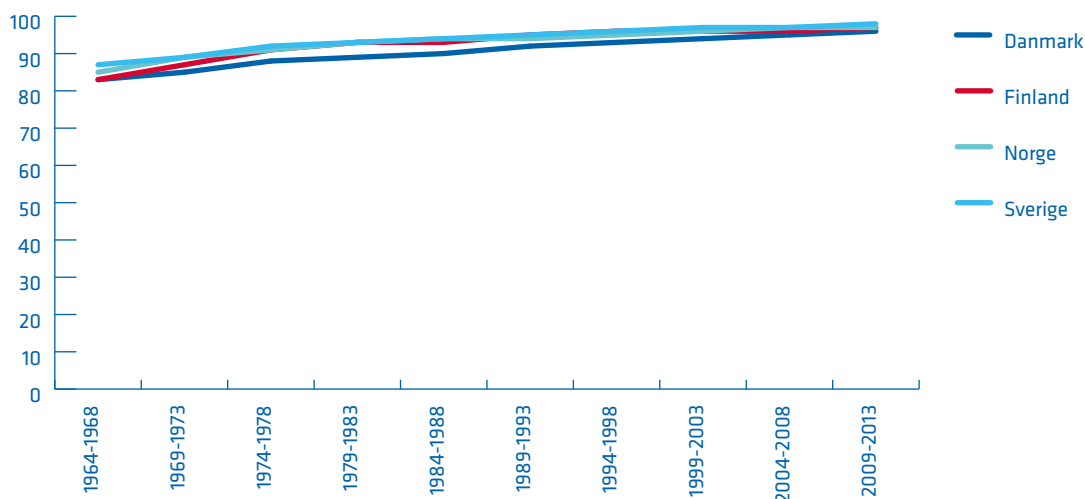
I de senere år er både 1 og 5-års relativ overlevelse for danske kræftpatienter på en række områder kommet på niveau med de øvrige nordiske lande. Områder hvor den relative overlevelse er forbedret er fx brystkræft hos kvinder, leukæmi, kræft i spiserør, prostatakæft, kræft i hjerne og cen-



tralnervesystem samt lungekræft. Et eksempel herpå er vist i figur 13 og 14, med 1 og 5-års relativ overlevelse for brystkræft opgjort i femårsperioder fra 1964 til 2013<sup>43</sup>.

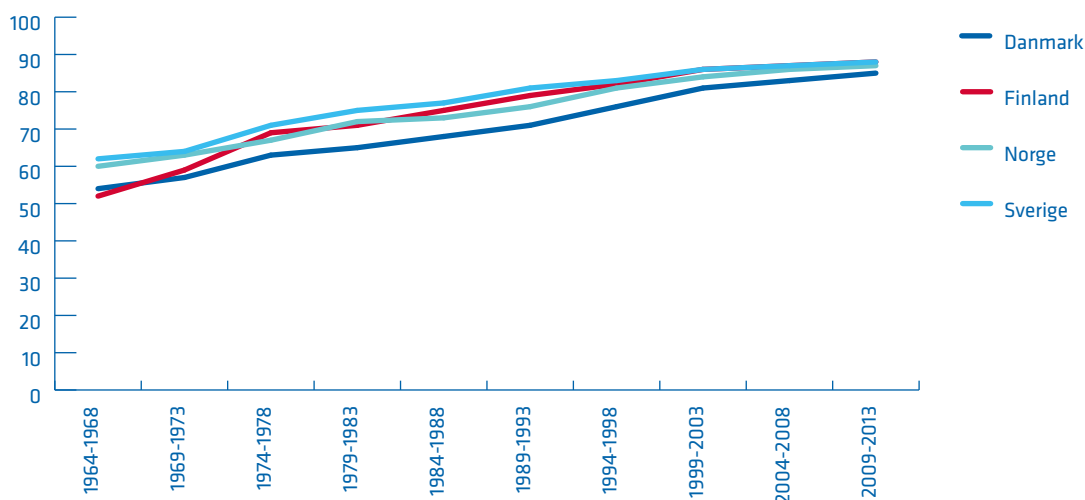
For en række kræftformer som eksempelvis livmoderkræft, livmoderhalskræft, modermærkekræft og testikelkræft har Danmark i alle årtier ligget på eller over niveau med de øvrige nordiske lande<sup>44</sup>.

**Figur 14. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for brystkræft hos kvinder i de nordiske lande**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret.

**Figur 15. Udvikling i 5-års relativ overlevelse for brystkræft hos kvinder i de nordiske lande**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 5-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret.

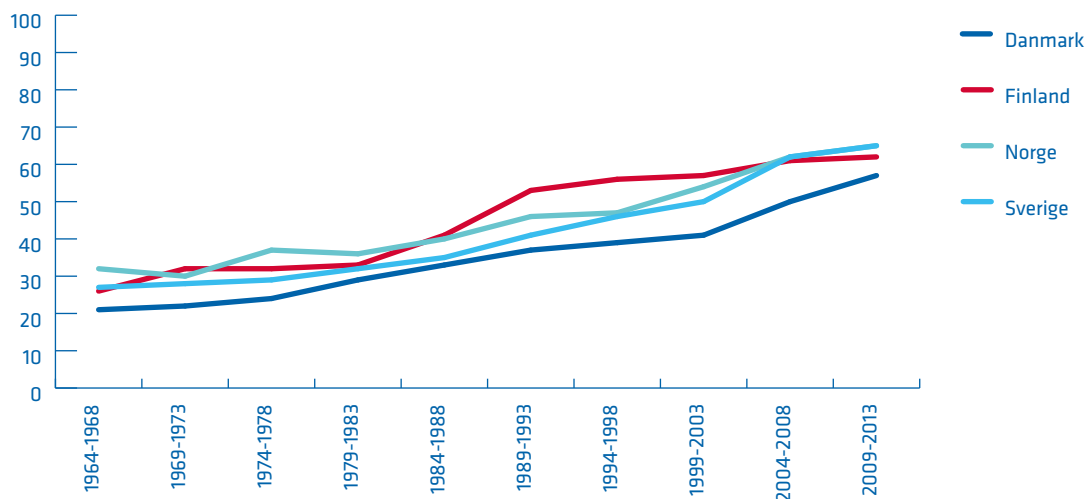
For enkelte kræftsygdomme som tyk- og endetarmskræft, nyrekræft, kræft i æggestok samt kræft i læbe, mund og svælg er den relative overlevelse for danske kræftpatienter dog stadig dårligere

<sup>43</sup> Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

<sup>44</sup> Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

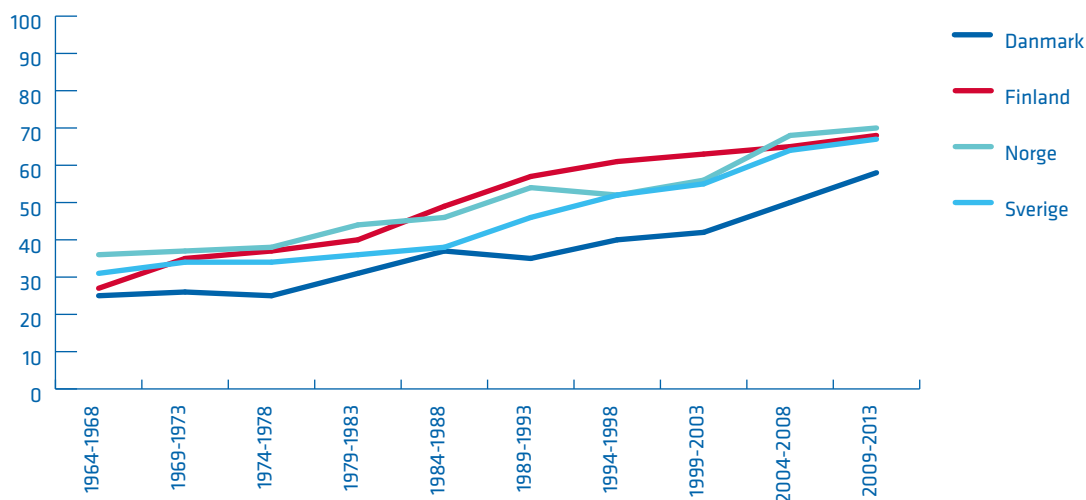
end i de øvrige nordiske lande. Et eksempel herpå er vist i figur 16 og 17 med 5-års overlevelseskurver for nyrekraft hos begge køn.

**Figur 16. Udvikling i 5-års relativ overlevelse for nyrekraft hos mænd i de nordiske lande**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 5-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret.

**Figur 17. Udvikling i 5-års relativ overlevelse for nyrekraft hos kvinder i de nordiske lande**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 5-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret.

Sammenligning af overlevelsesdata mellem de nordiske lande sker med data fra NORDCAN<sup>45</sup>. Fra lægefaglig side har man advaret mod ukritisk anvendelse af NORDCAN-data til vurdering af udviklingen på kræftområdet i Danmark. Man har peget på, at de observerede forskelle mellem de nordiske lande formentlig i et vist omfang skyldes forskelle i datagrundlaget, idet danske data generelt har en høj kvalitet, validitet og komplementaritet, som ikke findes i samme grad i alle nordiske

45 NORDCAN er en database, der samler oplysninger om incidens (antal nye tilfælde), dødelighed, prævalens (antal personer, der lever med en kræftdiagnose) og overlevelse for 50 store kræftformer i de nordiske lande.

og europæiske registre. Derfor kan der være en tendens til at overestimere den dårlige danske placering.

Med udgangspunkt i analyser af data fra fire danske kliniske kvalitetsdatabaser med høj datakomplethed og robuste data, bl.a. baseret på histologiverificerede diagnoser, har DMCG præsenteret danske overlevelsestal for brystkræft, lungekræft, tyk- og endetarmskræft samt æggestokkræft<sup>46</sup>.

Rapporten peger på, at prognosen for alle fire kræftsygdomme i Danmark er forbedret i perioden, og at de præsenterede overlevelsesestimater for danske patienter synes at være en smule højere end i internationale sammenlignende opgørelser foretaget med udgangspunkt i tal fra Cancerregisteret. I rapporten fremhæves eksempelvis tyk- og endetarmskræft, hvor de danske databasetal viser en relativ 5-års overlevelse, der er 7,9 procentpoint højere end tilsvarende danske tal i den seneste OECD-opgørelse.

Data fra de kliniske databaser kan imidlertid ikke sammenlignes direkte med hverken det danske cancerregister eller tilsvarende internationale populationsbaserede registre, da mange patienter uden behandling mangler.

I det omfang Danmark stadig halter bagefter, peger DMCG-rapporten på, at det i høj grad formentlig skyldes fortsat generel dårlig helbredstilstand blandt danske patienter<sup>47</sup>. Der er dog samtidig noget, der tyder på, at Danmark trods store forbedringer med hurtigere udredning i pakkeforløb m.v., fortsat har plads til forbedring ift. tidligere udredning. Således tyder en nyere sammenlignende opgørelse af data fra danske og svenske cancerregistre for TNM- eller Duke-stadiefordelingen for kræft i tyktarm, endetarm, lunge og bryst på, at Danmark særligt i de seneste år er halet kraftigt ind på Sverige, således at større andele diagnosticeres i tidligere stadier, men at Danmark fortsat for flere kræftsygdomme har større andele i sene stadier.

### 5.3 Flere lever med kræft

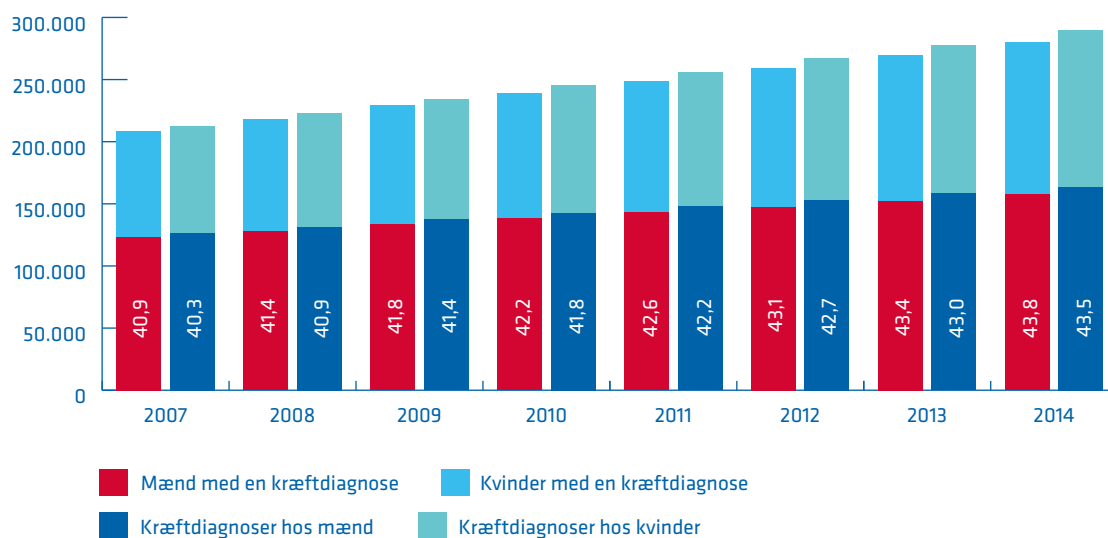
Ved udgangen af 2014 var der godt 280.000 mennesker i Danmark, som på et tidspunkt i livet havde fået stillet en kræftdiagnose, og som fortsat var i live. Antallet er steget fra ca. 210.000 i 2007, og andelen af mænd er steget fra 40,9 % til 43,8 %<sup>48</sup>.

46 DMCG.dk Benchmarking Consortium. Rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2012. Århus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2014.

47 DMCG.dk Benchmarking Consortium. Rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2012. Århus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2014.

48 Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016.

**Figur 18. Udviklingen i antallet af mennesker i Danmark med en kræftdiagnose, og i det samlede antal af kræftdiagnoser**



Kilde: Faktaanalyse - Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Borgere, der i sit liv har haft mindst én kræftdiagnose og er i live ved det pågældende års udgang. En borger kan være diagnosticeret med mere end en kræftsygdom. Tallet i søjlerne afspejler den procentvise andel af det samlede antal af henholdsvis mennesker med kræftdiagnoser og det samlede antal kræftdiagnoser.

Antallet af kræftdiagnoser hos mennesker, der stadig var i live ved udgangen af 2014, var på knap 290.000, da den enkelte borger kan have fået flere kræftdiagnoser i sit liv. Samtidig ses over årene næsten en fordobling af andelen af borgere, der har fået mere end én kræftdiagnose, idet forskellen mellem antal kræfttramte og antal kræfttilfælde er øget fra ca. 3.600 ved udgangen af 2007 til ca. 9.000 ved udgangen af 2014<sup>49</sup>.

## 5.4 Kvalitet i behandlingen

Over de seneste årtier er der inden for en række områder sket en væsentlig forbedring af kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark.

For æggestokskræft viste en opgørelse i 1990 således, at den kirurgiske behandling af æggestokskræft var spredt på 58 afdelinger<sup>50</sup>. En senere opgørelse for perioden 2002-2003 viste, at behandlingen var spredt på 52 afdelinger, hvoraf de 32 varetog kirurgisk behandling af fremskreden sygdom<sup>51</sup>. Yderligere viste opgørelsen en betydelig variation i kvaliteten af behandlingstilbudet. Eksempelvis fik 49 % af patienterne med fremskreden sygdom (stadie III) optimalt kirurgisk behandling på afdelinger med høj volumen, mod 29 % på små afdelinger<sup>52</sup>. En analyse for perioden 2005-2008, med anvendelse af tal fra den kliniske kvalitetsdatabase, viste for første gang en signifikant effekt ved samling og specialisering, med en overlevelsesgevinst på ca. 5 %<sup>53</sup>. I de senere år er observeret en forbedret overlevelse<sup>54</sup> hos ældre kvinder med æggestokskræft, formentlig

49 Faktaanalyse - Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016.

50 Bertelsen. Tumor reduction surgery and long-term survival in advanced ovarian cancer: a DACOVA study. *Gynecol Oncol* 1990; 38: 203-209.

51 Marx. *Ugeskr Laeger* 2006;168: 1537-40.

52 Marx. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86: 1496-1502.

53 Fagø-Olsen. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90: 273-279.

54 DMCG.dk Benchmarking Consortium. Rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2012. Århus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2014.

fordi der har der været fokus på at tilbyde aktiv behandling til kvinder ældre end 70-75 år, hvor man tidligere var meget tilbageholdende med at tilbyde både kirurgi og kemoterapi.

For lungekræft har der været en tilsvarende udvikling. I 1992 var der mere end 90 afdelinger, der udredte patienter med lungekræft. Men i dag er det reduceret til 13 afdelinger og disse afdelinger anvender ensartede udredningsforløb og moderne teknikker som PET-CT-scanning, endoskopisk ultralydsundersøgelse m.v.<sup>55</sup>. I dag tilbydes en større andel kirurgisk behandling og i ca. 60 % af tilfældene sker det med kikkertkirurgi. Over 80 % af patienterne får operation med fjernelse af en lungelap i stedet for hele lungen.

For tyk- og endetarmskræft blev der i 2001 foretaget planlagt operation for tyk- og endetarmskræft på hhv. 50 og 47 sygehuse, hvilket er reduceret til hhv. 19 og 15 i 2014<sup>56</sup>. I perioden er behandlingen blevet væsentligt forbedret, både ved indførelse af nye operationsteknikker, men også ved bedre brug af multidisciplinære teamkonferencer (MDT) til fastlæggelse af behandlingstilbud, herunder præoperativ kemoterapi til patienter med særlige risikofaktorer. Den tidligere ganske høje postoperative dødelighed efter planlagt kirurgi er faldet fra 7,3 % i 2001-2002 til 1,8 % i 2013. I Danmark tilbydes omkring 60 % af patienter med tyk- og endetarmskræft operation med kikkertkirurgi, hvilket er meget højt. Der er dog fortsat en udfordring med at opnå gode resultater for patienter med tyk- og endetarmskræft, der bliver akut opererede.

For brystkræft er der ligeledes sket store forbedringer i behandlingen de seneste årtier. Således får mere end 70 % af kvinder med brystkræft nu tilbudt brystbevarende kirurgi, mod ca. 30 % i 1995<sup>57</sup>. Fra årtusindeskiftet er 'sentinel node'-teknikken blevet rutine, og en større andel af patienter bliver tilbudt kemoterapi. Indikatorer fra de kliniske kvalitetsdatabaser tyder på en væsentlig forbedring som følge af samling og specialisering, eksempelvis har forekomsten af lokalrecidiv efter brystbevarende operation i Danmark i de senere år været under 2 %, hvilket er bemærkelsesværdigt lavt i international sammenhæng. Det er dog stadigvæk en udfordring at opnå gode behandlingsresultater, særligt for ældre kvinder og kvinder med anden samtidig sygdom (komorbiditet).

For en række kræftsygdomme er der dog fortsat udfordringer.

For nyrekræft fremgik det af den kliniske kvalitetsdatabase for 2012-2013<sup>58</sup>, at der var underrapportering til databasen, at de kirurgiske indgreb for nyrekræft var fordelt på 11 sygehusmatrikler, og at de patologiske undersøgelser var fordelt på et tilsvarende antal matrikler, hvilket betød et lille volumen fordelt på mange afdelinger. Fem ud af de 11 afdelinger havde mindre end 40 årlige operationer, og der var forholdsvis stor spredning i, hvor mange operationer de enkelte afdelinger havde, varierende fra 4 til 85 operationer pr. år. Derudover var der stor variation mellem afdelingerne i valg af operationstype, fx både i valget mellem fjernelse af hele nyren eller nyrebeparende kirurgi, samt i valget af åben kirurgi eller kikkertkirurgi. På den baggrund bad Sundhedsstyrelsen i 2015 regionerne om at samle behandlingen, og den seneste årsrapport viser en større datakomplethed,

55 DMCG.dk Benchmarking Consortium. Rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2012. Århus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2014.

56 DMCG.dk Benchmarking Consortium. Rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2012. Århus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2014.

57 DMCG.dk Benchmarking Consortium. Rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2012. Århus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2014.

58 DaRenCaData. Dansk Renal Cancer database. Dansk Urologisk Cancer gruppe. National årsrapport. Århus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2013.

større anvendelse af nyrebevarende behandling og kikkertkirurgi, men med fortsat stor variation og plads til forbedring.

For blærekræft viser den seneste årsrapport fra den kliniske database en uacceptabel stor variation fra 40 % til 68 % mellem sygehusene ift. hvor stor en andel af patienter med blærekræft, der i tilslutningen til radikal operation fik såkaldt neoadjuverende kemoterapi<sup>59</sup>.

Ovenstående gennemgang skal ses som en illustration af fremskridt og fortsatte udfordringer med kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark og er ikke tænkt som en systematisk beskrivelse af området.

## 5.5 Kvalitet i rehabiliteringstilbud og palliativ indsats

Alle kommuner har i dag rehabiliteringstilbud målrettet kræftpatienter. En opgørelse fra KL har vist, at mere end 90 % af kommunerne har et rehabiliteringstilbud, der omfatter træning og kostindsats, og knap 90 % har tilbud med psykosociale indsatser. 22 % af kommunerne angiver, at de samarbejder med andre kommuner om kræftindsatser.

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke systematiske data fra kommunerne vedr. antallet af henviste kræftpatienter, baggrundsdata om køn, alder, kræfttype og socioøkonomi, hvorvidt patienterne har afsluttet eller er i behandling, deltagelsesprocent, frafald samt potentielle effekter.

Patienter skal ved udskrivelse fra sygehus modtage en genoptræningsplan, men noget tyder på, at sygehusene ikke systematisk vurderer patienternes rehabiliteringsbehov ved udskrivelse, og at ikke alle kræftpatienter med behov for genoptræning får en genoptræningsplan. Således viste Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse fra 2013, at 41 % af kræftpatienterne angav at have haft et behov for genoptræning, men kun 19 % at de havde modtaget en genoptræningsplan<sup>60</sup>. For 2014 har Kræftens Bekæmpelse opgjort, at 18 % på landsplan angav at havde modtaget en genoptræningsplan, med regionale forskelle: Region Midtjylland 20 %, Region Sjælland 21 %, Region Syddanmark 20 %, Region Hovedstaden 16 % og Region Nordjylland 16 %.

Der findes ikke data for hvor stor en andel af kræftpatienter, der henvises til rehabilitering eller hvilke rehabiliteringstilbud, der specifikt findes både i forhold til tilbuddets art og målgruppe. Da kommunerne varierer meget, både i størrelse og geografisk placering, er de kommunale rehabiliteringstilbud også baseret på meget forskellige vilkår.

Vedr. den specialiserede palliative indsats viser opgørelser fra den landsdækkende database, at en betydelig andel af patienterne henvises meget sent i forløbet, selvom andelen af patienter, der henvises (og modtages) er stigende<sup>61</sup>. Generelt er der fortsat store forskelle regionalt og mellem institutioner. Mange steder vurderes der at være behov for at øge tværfagligheden i den specialiserede palliative indsats, hvilket dels kræver udvidelse af antallet af faggrupper (fx socialrådgivere, psykologer, fysioterapeuter og præster) og dels en mere systematisk afholdelse af tværfaglige

59 DaBlaCa-Data. Årsrapport 2015. Århus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), 2016.

60 Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013 - Temarapport om genoptræning. København: Kræftens Bekæmpelse 2013.

61 Dansk Palliativ Database: Årsrapport 2014. København: DMCG-PAL, 2015.

konferencer de steder, der allerede har et tværfagligt personale. Andelen af patienter, der afholdes tværfaglig konference om, er imidlertid stigende.

I en undersøgelse fra 2014 af kommunale palliative tilbud angav 34 af 92 besvarende kommuner at have en eller flere institutioner med særlige palliative tilbud<sup>62</sup>. Tilbuddene var fordelt på i alt 40 institutioner i alle regioner. Institutionerne med særlige palliative tilbud havde meget forskellig størrelse, men de fleste var mindre institutioner med op til 15 sengepladser. De fleste institutioner angav at have enestuer med plads til overnattende pårørende. Kun ganske få institutioner havde imidlertid faste læger tilknyttet, og mange havde ikke sygeplejefaglig døgnvagt dækning.

En nyere interviewundersøgelse af læger og sygeplejersker på sygehuse viser en række udfordringer med anvendelse af åbne indlæggelser, herunder at de ikke tilbydes til alle patienter, der har brug for en<sup>63</sup>. Der er også eksempler på, at patienter får tildelt en åben indlæggelse, uden at de selv eller deres praktiserende læge er klar over det. Undersøgelsen peger i det hele taget på, at sundhedspersonalet kan være tilbageholdende med at tale med patienterne om døden.

## 5.6 Patientens oplevelse af indsatsen

Patienters oplevelse og vurdering af indsatsen er væsentlig i forhold til at tilrettelægge patientforløb af høj kvalitet, der skaber værdi for den enkelte. Størstedelen af kræftpatienterne oplever det samlede forløb positivt, men indenfor en lang række områder er der plads til forbedringer<sup>64</sup>. Kræftsygdomme er forskellige, mennesker er forskellige, og indsatsen skal derfor tage udgangspunkt i individuelle behov og præferencer.

Det er langt fra alle patienter, der føler sig inddraget og hørt i forløbet. Hver tredje patient oplever, at lægerne ikke lytter til deres bekymringer, ligesom hver tredje patient oplever ikke at blive tilstrækkeligt involveret i beslutninger vedrørende behandling<sup>65</sup>.

Det er væsentligt for patienten, at forløbet i sundhedsvæsenet er sammenhængende og velkoordineret. I Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse fra 2013 oplevede 43 %, at der ikke var en bestemt læge, der havde ansvaret for behandlingen.

I forhold til den samlede indsats vurderes selve behandlingsforløbet på sygehuset bedst, hvorimod udredningsforløbet og efterforløbet vurderes dårligst. Således var der kun 38 %, der oplevede, at deres behov for fysisk genoptræning var blevet opfyldt, og kun 19 % modtog en skriftlig genoptræningsplan fra hospitalet. I forhold til at få tilstrækkelig hjælp og støtte efter forløbet oplevede kun 19 % af få tilstrækkelig hjælp til seksuelle problemer, 20 % til følelsesmæssige reaktioner og 19 % hjælp til livsstilsændringer såsom rygestop og vægttab<sup>66</sup>.

62 Kortlægning af kommunale institutioner med særlige palliative tilbud. København: Videncenter for rehabilitering og palliation (PAVI), november 2014.

63 Patientsikkerhed ved åbne indlæggelser af kræftpatienter med palliative behov - udfordringer set med sundhedsprofessionelles øjne. København: Kræftens Bekæmpelse, marts 2016.

64 Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling, Barometerundersøgelse. København: Kræftens Bekæmpelse 2011.

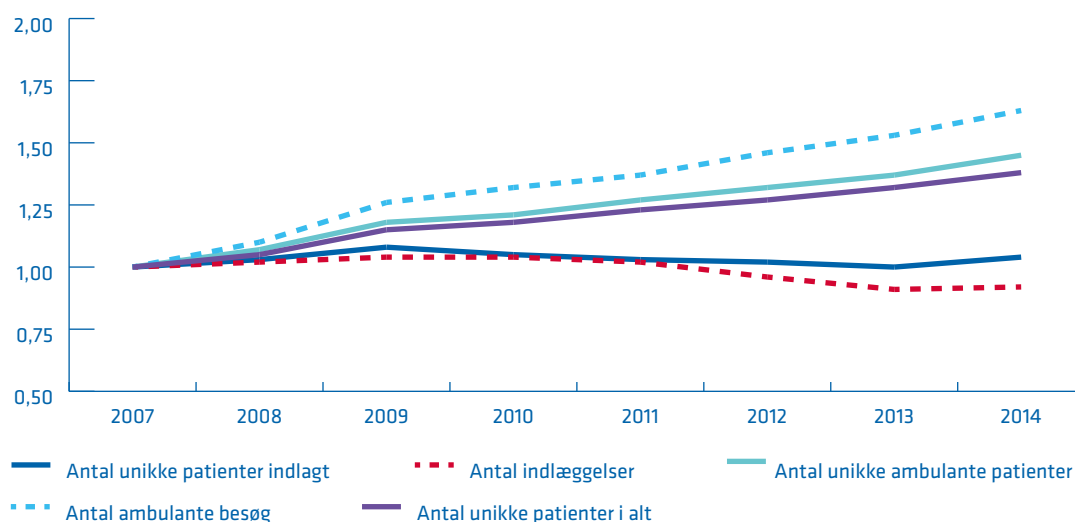
65 Kræftframtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterløbet, Barometerundersøgelse. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.

66 Kræftframtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterløbet, Barometerundersøgelse. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.

## 5.7 Sygehusaktivitet

Mennesker med kræft har et stigende antal kontakter til sygehuset, og der er i stigende grad tale om ambulante kontakter. Samtidigt har den enkelte kræftpatient flere ambulante kontakter på et år, mens der omvendt bliver færre indlæggelser pr. kræftpatient. Det samlede antal sygehusindlæggelser for kræft har været konstant i perioden 2007-2014, men antallet af ambulante besøg er steget i takt med, at antallet af kræftpatienter er steget<sup>67</sup>.

**Figur 19. Indekseret udvikling i aktivitet for kræftpatienter på somatisk sygehus i hele landet**



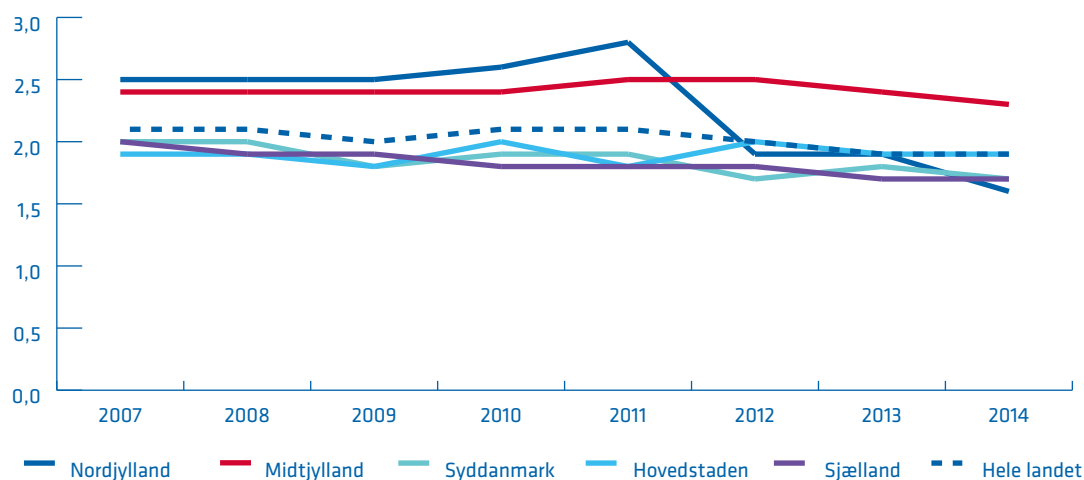
Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Indekseret udvikling i aktivitet på somatisk sygehus for patienter fra og med 15 år samt antal unikke patienter i alt. Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

Der ses en regional variation, idet Region Midtjylland har flere, men kortere indlæggelser per kræftpatient end de øvrige fire regioner, mens Region Nordjylland omkring 2012 har ændret sit niveau.

<sup>67</sup> Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

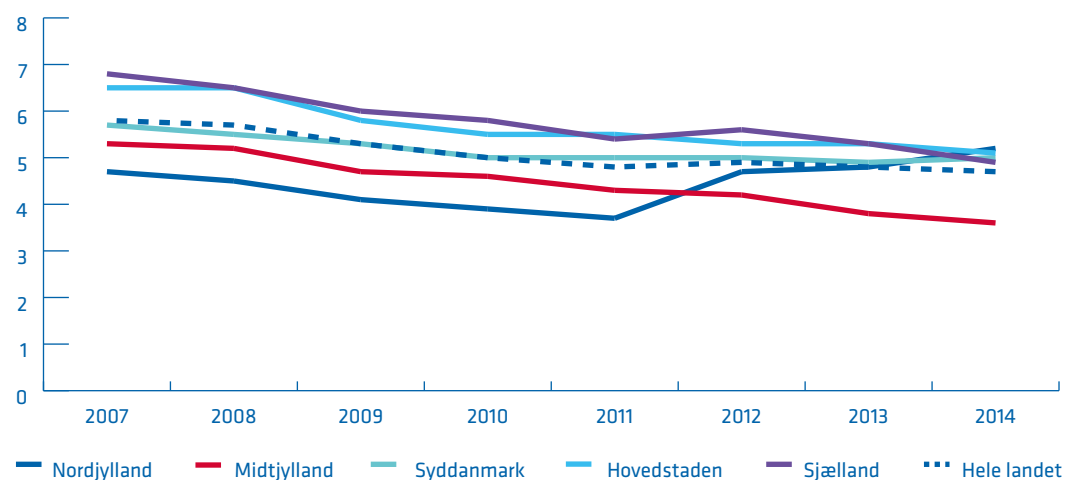


**Figur 20. Udvikling i det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient med kræft fordelt på bopælsregion**



Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Data fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts efterfølgende år. Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtaget anden kræft i hud hos mennesker 15 år og ældre.

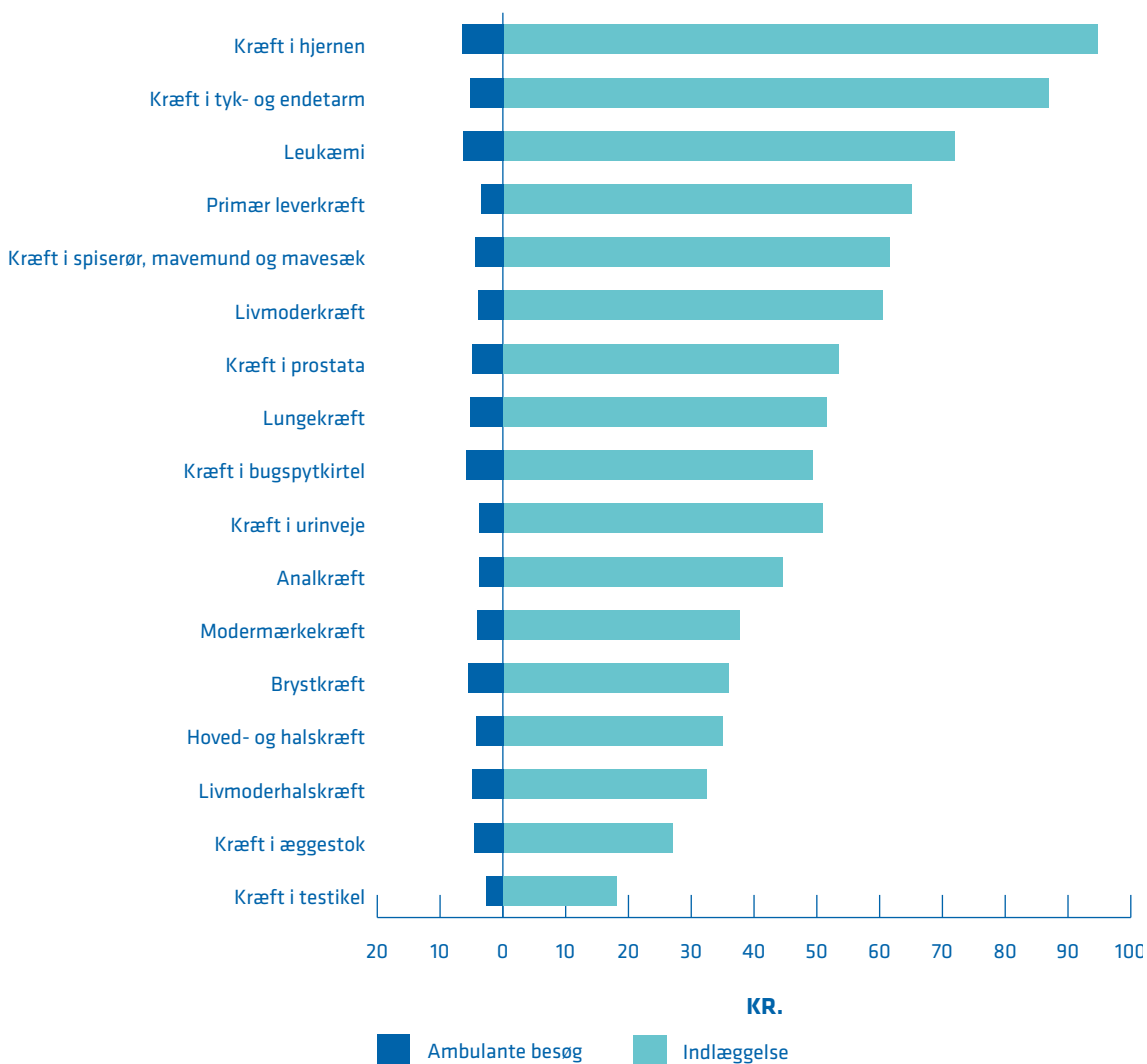
**Figur 21. Udvikling i det gennemsnitlige antal dage pr. indlæggelse for patienter med kræft fordelt på bopælsregion**



Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts efterfølgende år. Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Der vil som et minimum være en sengedag pr. indlæggelse. Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtaget anden kræft i hud hos mennesker 15 år og ældre.

Der er stor forskel mellem kræftformerne ift. hvor store omkostningerne er pr. patient.

**Figur 22. Gennemsnitlig omkostning (1.000 kr.) per patient fordelt på kræftformer**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Gennemsnitlig omkostning (1.000 kr.) per patient fra og med 15 år per indlæggelse og ambulante besøg. Opdelt på organspecifik kræftform. Hele landet. 2014.

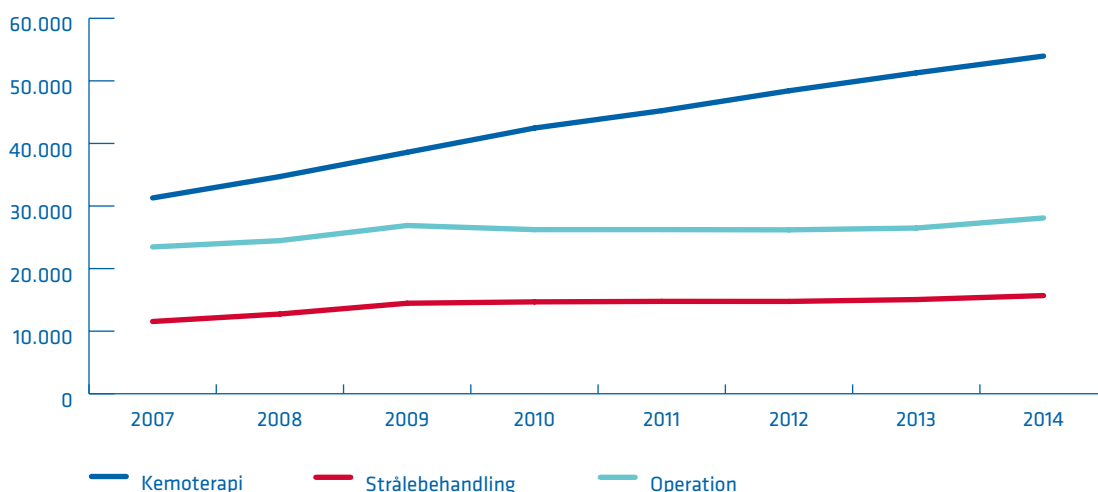
Figur 22 giver et overordnet billede af de forskellige kræftområders aktivitetstygnde i sygehusvæsenet. For perioden 2007-2014 ses en generel udvikling i antallet af patienter med kræft, der behandles med operation, strålebehandling eller kemoterapi (se figur 23). Udviklingen er særligt bemærkelsesværdig for ambulante kemoterapi (se figur 24), mens det samtidig bemærkes, at indlæggelserne generelt er blevet dyrere, mens det ikke i samme grad er gældende for ambulante besøg.

Figur 25 og 26 viser samtidigt, at sygehusindlæggelser over perioden er blevet dyrere, særligt ved indlæggelser af kræftpatienter. For ambulante besøg er udviklingen mere beskeden. For kræftområdet skal udviklingen ses i lyset af, at antallet af ambulante besøg stiger vedvarende over hele perioden, ligesom anvendelsen af radiologiske undersøgelser er steget, specifikt antallet af

CT-scanninger og MR-scanninger. Dertil foretages der flere behandlinger til det stigende antal patienter med kræft.

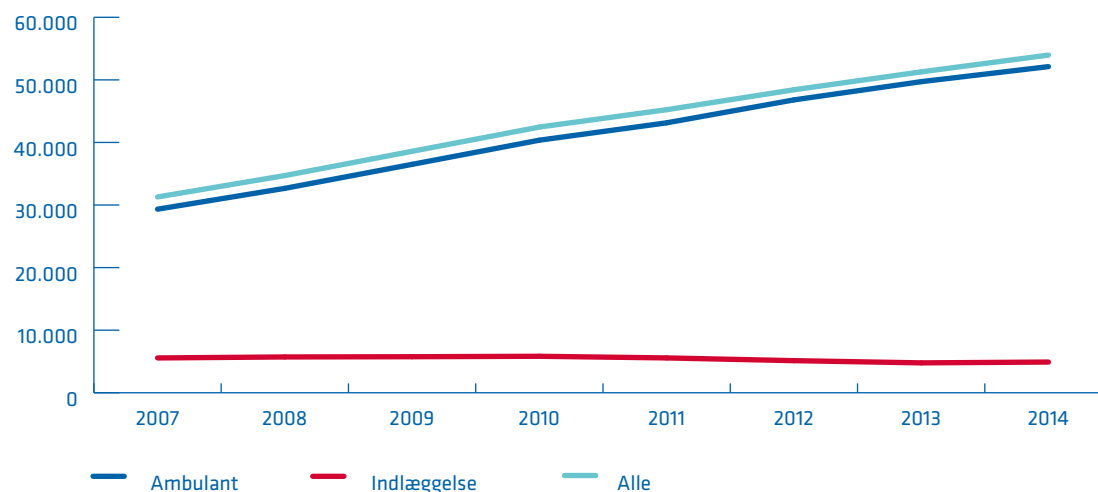
Til brug for de aktuelle faglige anbefalinger er der ikke foretaget nærmere analyser af aktiviteten i sundhedsvæsenet, herunder analyser af udviklingen i kræftområdets samlede andel af aktivitet og analyser af udgiftsudviklingen fordelt på patienttilgang, antal behandlinger og behandlingernes prisudvikling.

**Figur 23. Udvikling i antal patienter med kræft, der behandles med operation, strålebehandling og kemoterapi, hele landet**



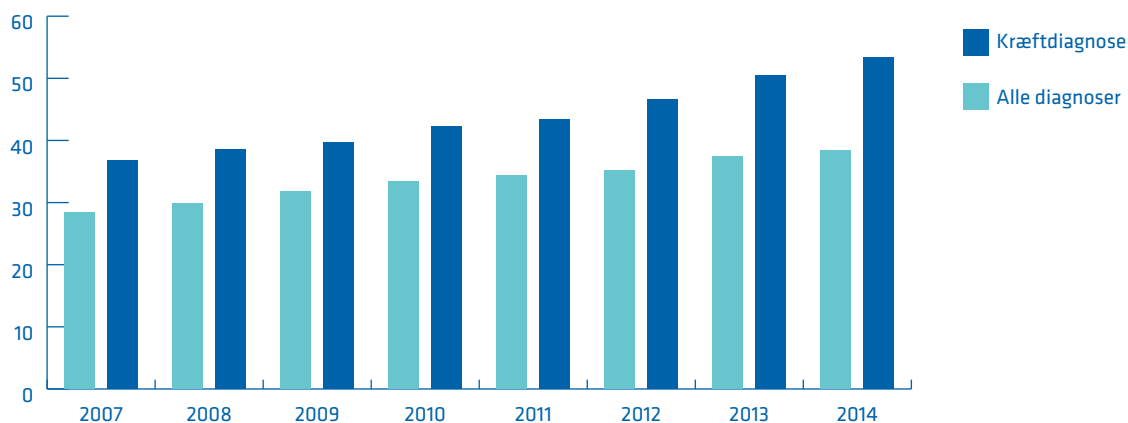
Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Data fra Landspatientregisteret. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Alder opgøres på udskrivningstidspunktet henholdsvis det enkelte besøg. Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Mennesker 15 år og ældre.

**Figur 24. Udvikling i antal patienter med kræft, der modtager kemoterapi under indlæggelse og i ambulanseregion, hele landet.**



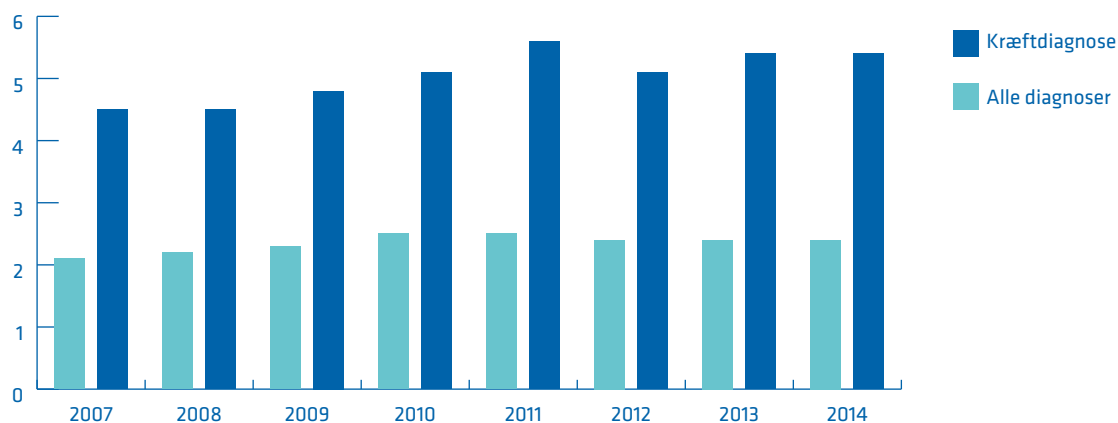
Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Data fra Landspatientregisteret. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Kemoterapi defineres som BOHJ, BWHA, BWHB, BWHC, BOHE, BJCZ01, BJHE11, BJHE12. Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Mennesker 15 år og ældre.

**Figur 25. Udvikling i gennemsnitlige udgifter (1.000 kr) pr. indlæggelse pr. patient, hele landet.**



Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Data fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. indlæggelse pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Mennesker 15 år og ældre.

**Figur 26. Udvikling i gennemsnitlige udgifter (1.000 kr) pr. ambulans besøg pr. patient, hele landet**



Kilde: Faktaanalyse – Kræftområdet 2007-2014, København: Sundhedsdatastyrelsen, juli 2016. Note: Data fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. ambulans besøg pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Mennesker 15 år og ældre.

### 5.7.1 Udredningsaktivitet

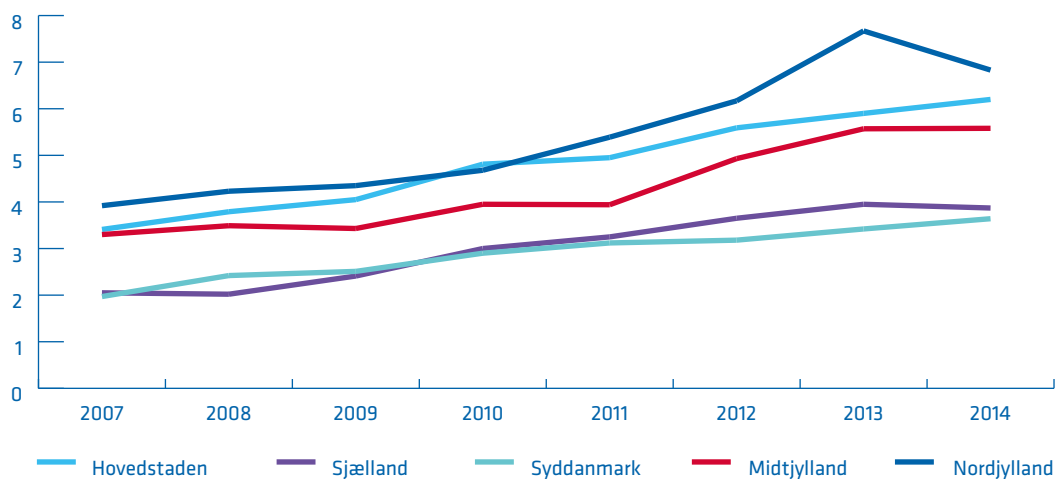
I perioden 2007-2014 ses på kræftområdet en stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser, herunder MR-scanninger, CT-scanninger og PET-CT-scanninger. Undersøgelserne anvendes både som en del af udredningen for kræftsygdom, for at kontrollere effekten af en given behandling samt for at følge udviklingen af kræftsygdommen.

Antallet af radiologiske undersøgelser til kræftpatienter er støt stigende over perioden, fra knap 312.000 i 2007 til knap 454.000 i 2014, hvilket er en stigning på ca. 46 %. I samme periode er antallet af borgere, der lever med kræft, steget fra ca. 210.000 til 280.000, hvilket svarer til en stigning på ca. 33 %. Stigningen i udredningsaktiviteten kan bl.a. skyldes et øget fokus på hurtig udredning af patienter med begrundet mistanke om kræft, idet sygehusene implementerede pakkeforløb for

kræft i løbet af 2008, hvor fokus bl.a. er hurtig udredning og tidlig diagnosticering. Øget brug af diagnostiske undersøgelser i opfølgningen efter kræftbehandling kan også have betydning.

Generelt viser analysen en stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser i alle regioner. Der var i 2014 regionale variationer i antallet af henholdsvis MR-scanninger, CT-scanninger og andre radiologiske undersøgelser udført på patienter med kræft per incidente kræftpatient i regionen<sup>68</sup>.

**Figur 27. Udvikling i antal CT-scanninger per nydiagnosticeret kræftpatient, fordelt på regioner**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Antal CT-scanninger per incidente kræftpatient fra og med 15 år i regionen. Alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Opdelt på bopælsregion. 2007-2014.

Antallet af henvisninger til et kræftpakkeforløb per 1.000 borgere varierede en smule mellem regionerne (se figur 28).

<sup>68</sup> Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

**Figur 28. Udvikling i antal henvisninger til pakkeforløb på kræftområdet per 1.000 borgere, fordelt på regioner**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: henvisninger til pakkeforløb på kræftområdet per 1.000 borgere i regionen fra og med 15 år. Alle henvisningstyper. Opdelt på bopælsregion. 2014.

Efter implementeringen af pakkeforløb for kræft i 2009 blev det klart, at der var behov for en målrettet indsats for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, herunder kræft, men som ikke kunne henvises til et sygdomsspecifikt pakkeforløb, da der ikke er begrundet mistanke om en bestemt sygdom i et bestemt organ.

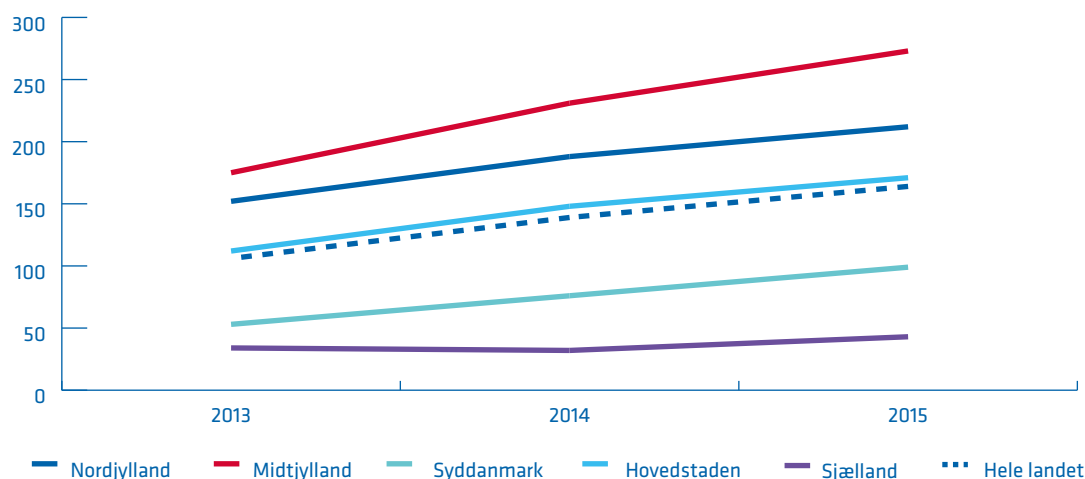
Sundhedsstyrelsen beskrev på den baggrund rammerne for et diagnostisk pakkeforløb i 2012<sup>69</sup>. Sideløbende har regionerne styrket kapacitet og rammer for udredning af patienter med uspecifikke symptomer, bl.a. ved opbygning af diagnostiske centre i varierende modeller.

Sundhedsdatastyrelsen har for Sundhedsstyrelsen udarbejdet en opgørelse over regionernes anvendelse af de diagnostiske pakkeforløb<sup>70</sup>. Opgørelsen viser bl.a., at antallet af diagnostiske pakkeforløb steg fra ca. 6.000 i 2013 til ca. 9.300 i 2015, med nogen regional variation i både stigningstakt og niveau (se figur 29). Et stigende antal forløb gennemføres indenfor den anbefalede standardforløbstid på 22 dage, men også her ses en regional variation (se figur 30).

69 Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

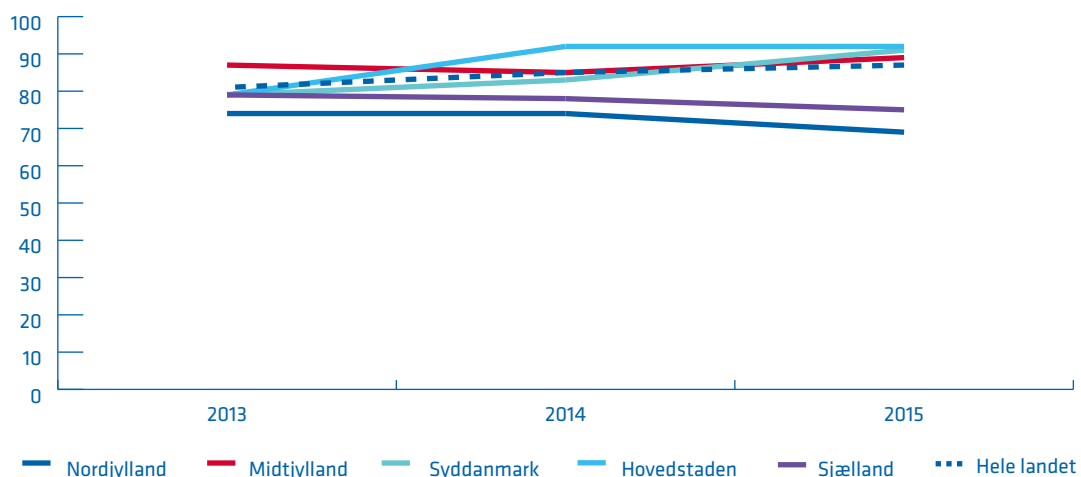
70 Diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom. I hvilken udstrækning anvendes diagnostiske pakkeforløb og hvordan diagnostiske pakkeforløb følges op i sygehusregi 2013-2105. København: Sundhedsdatastyrelsen, juni 2016.

**Figur 29. Udvikling i antal diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 borgere, fordelt på regioner.**



Kilde: Diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom. I hvilken udstrækning anvendes diagnostiske pakkeforløb og hvordan diagnostiske pakkeforløb følges op i sygehusregi 2013-2015. København: Sundhedsdatastyrelsen, juni 2016. Note: Opgørelsen medtager forløb i det offentlige sygehusvæsen samt kontakter i det private sygehusvæsen. Gennemførte diagnostiske pakkeforløb i sygehusregi er opgjørt efter indikator DF3, der angiver tid fra 'henvisning til pakkeforløb start' til 'pakkeforløb slut, klinisk beslutning'.

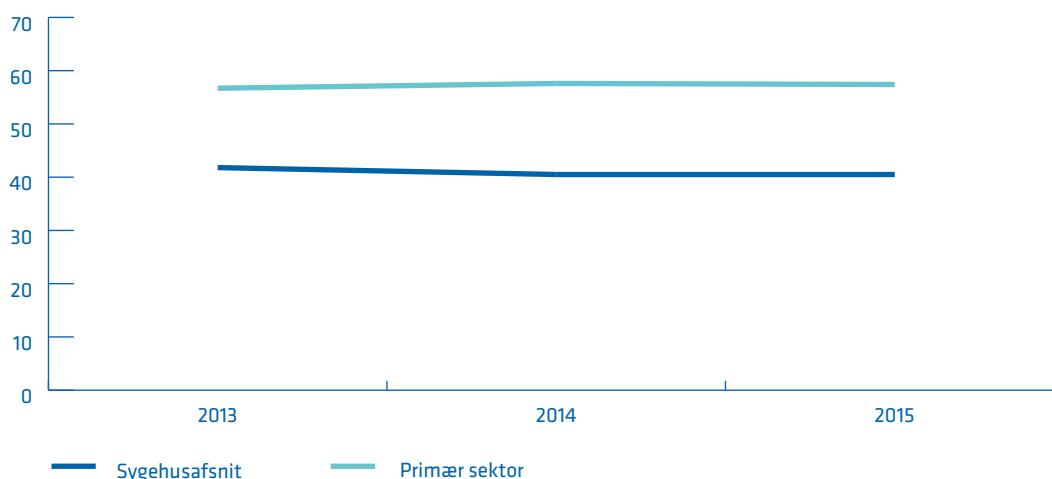
**Figur 30. Udvikling i andel diagnostiske pakkeforløb gennemført indenfor 22 dage, fordelt på regioner.**



Kilde: Diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom. I hvilken udstrækning anvendes diagnostiske pakkeforløb og hvordan diagnostiske pakkeforløb følges op i sygehusregi 2013-2015. København: Sundhedsdatastyrelsen, juni 2016. Note: Opgørelsen medtager forløb i det offentlige sygehusvæsen samt kontakter i det private sygehusvæsen. Gennemførte diagnostiske pakkeforløb i sygehusregi er opgjørt efter indikator DF3, der angiver tid fra 'henvisning til pakkeforløb start' til 'pakkeforløb slut, klinisk beslutning'.

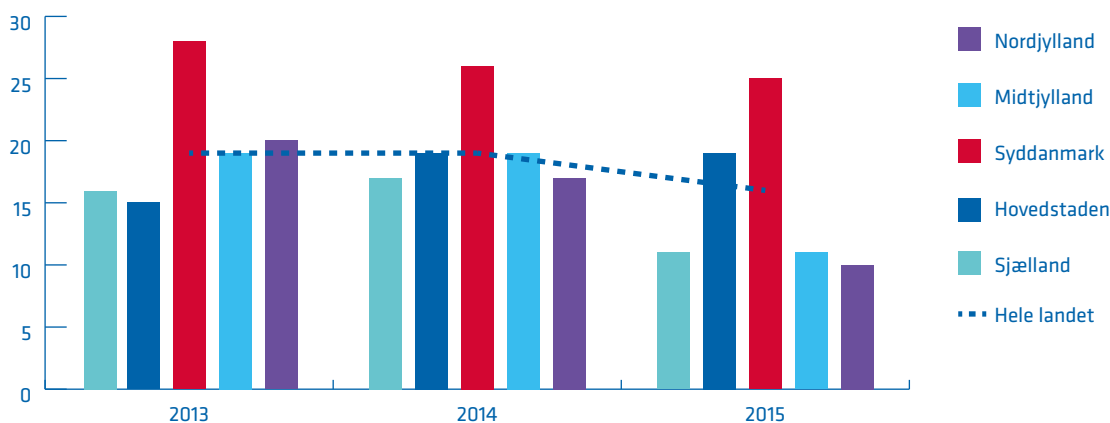
Ca. 55 % af de diagnostiske pakkeforløb afsluttes med henvisning af patienten til egen læge, og ca. 40 % med henvisning til videre udredning og behandling i sygehusregi (se figur 31). Af de patienter, der overgår til videre indsats i sygehusregi, gik ca. 90 % videre til forløb for anden sygdom end kræft, mens 15-20 % gik videre i organspecifikke kræftpakkeforløb, idet det bemærkes, at en patient kan indgå i flere forskellige evt. overlappende forløb. Der var en bemærkelsesværdig udvikling over årene og regional variation i andelen af organspecifikt kræftpakkeforløb i forhold til afsluttede diagnostiske forløb (se figur 32).

**Figur 31. Udvikling i andel diagnostiske pakkeforløb, fordelt efter afslutningsmåde, hele landet.**



Kilde: Diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom. I hvilken udstrækning anvendes diagnostiske pakkeforløb og hvordan diagnostiske pakkeforløb følges op i sygehusregi 2013-2105. København: Sundhedsdatastyrelsen, juni 2016. Note: Opgørelsen medtager forløb i det offentlige sygehusvæsen samt kontakter i det private sygehusvæsen. Gennemførte diagnostiske pakkeforløb i sygehusregi er opgjort efter indikator DF3, der angiver tid fra 'henvisning til pakkeforløb start' til 'pakkeforløb slut, klinisk beslutning'.

**Figur 32. Udvikling i andel forløb, der fortsætter i organspecifikke kræftpakker i forhold til forløb i diagnostisk kræftpakke med afslutningsmåde 'sygehusafsnit', fordelt på regioner.**



Kilde: Diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom. I hvilken udstrækning anvendes diagnostiske pakkeforløb og hvordan diagnostiske pakkeforløb følges op i sygehusregi 2013-2105. København: Sundhedsdatastyrelsen, 8. juni 2016. Note: Opgørelsen medtager forløb i det offentlige sygehusvæsen samt kontakter i det private sygehusvæsen. Gennemførte diagnostiske pakkeforløb i sygehusregi er opgjort efter indikator DF3, der angiver tid fra 'henvisning til pakkeforløb start' til 'pakkeforløb slut, klinisk beslutning'.

Fra 2012 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen løbende overvåget gennemførelstiderne for patienter i organspecifikke pakkeforløb. Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstiderne fokuserer på forløbstider fra "henvisning er modtaget til "start på behandling", med sammenligning mellem de enkelte pakkeforløb og regioner. I 2015 blev 79 % af de registrerede forløb gennemført indenfor standardforløbstiden, og der har løbende været forbedringer i forløbstiderne, siden monitoreringen blev indledt. Den positive udvikling skal ses i relation til, at regionerne har haft flere patienter igennem pakkeforløb i 2015. Nedenfor ses udviklingen i andelen af forløb, som har været gennemført inden for standardforløbstiden i årene 2013-2015.



**Table 1. Andel forløb gennemført inden for de angivne standardforløbstider for samlet tid til behandling uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype i årene 2013-2015**

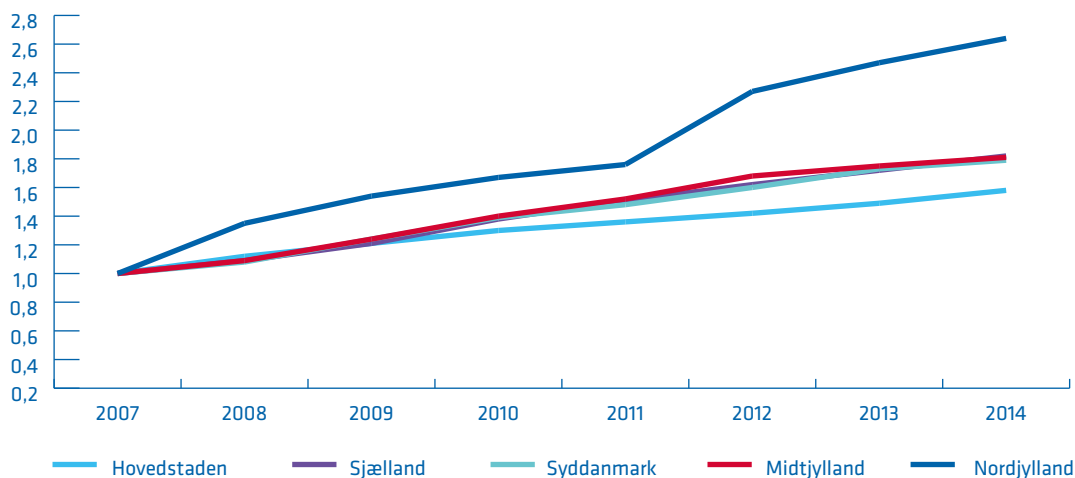
Tidsperiode	1. kvartal 2015	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	Hele 2015
Andel forløb (%)	78	77	81	80	79
Antal forløb i alt	6.117	5.637	5.444	5.382	22.580
Tidsperiode	1. kvartal 2014	2. kvartal 2014	3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	Hele 2014
Andel forløb (%)	78	73	79	77	77
Antal forløb i alt	5.878	5.546	5.235	5.438	22.097
Tidsperiode	1. kvartal 2013	2. kvartal 2013	3. kvartal 2013	4. kvartal 2013	Hele 2013
Andel forløb (%)	70	68	75	76	72
Antal forløb i alt	4.965	5.675	5.229	5.047	20.916

Kilde: Årsopgørelserne over monitoreringen af forløbstider på kræftområdet for årene 2013, 2014 og 2015. Data for er opgjort fra Landpatientregisteret hhv. den 12. april 2014, 11. april 2015 og 11. april 2016. Note: Årsopgørelserne medtager data for de forløb, der med henvisningen er startet i aktuelle år og hvor den initiale behandling er registreret til og med opgørelsestidspunktet for årsrapporterne. Forløb, som er startet i det respektive år, men som ikke er afsluttet inden det angivne opgørelsestidspunkt i april efterfølgende år er derfor ikke medtaget. Data kan således ikke sammenlignes med den løbende kvartalsvise monitorering af forløbstiderne.

### 5.7.2 Behandlingsaktivitet

Antallet af patienter med kræft, der behandles, er stigende i hele landet. Det stigende antal kan skyldes både det stigende antal kræftpatienter og en stigende tendens til at tilbyde behandling. Generelt ses en stigende tendens i antallet af patienter, der opereres, og i antallet af patienter, der strålebehandles indtil 2009 med efterfølgende stagnering. Antallet af patienter i behandling for kemoterapi har været vedvarende stigende over hele perioden, og særligt har andelen af kemobehandling, der modtages i ambulant regi været stigende.

**Figur 33. Indekseret udvikling i antal patienter, der modtager ambulante kemobehandling, fordelt på bopælsregion.**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Indekseret udvikling i antal unikke patienter, der modtager kemobehandling i ambulante regi for patienter fra og med 15 år. Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud. Opdelt på bopælsregion. 2007-2014.

Antallet af patienter, der bliver opereret, er steget med knap 20 % i perioden 2007-2014. Ligeledes er antallet af patienter, der har modtaget strålebehandling, steget med ca. 36 %, og antallet er forøget med 70 % ved kemoterapeutisk behandling.

Antallet af operationer under indlæggelse har samlet set for alle kræftformer ligget relativt stabilt i alle fem regioner i perioden 2007-2014. For de fem kræftformer med flest antal nye tilfælde i 2014 (kræft i tyk- og endetarm, brystkræft, lungekræft, kræft i prostata og kræft i urinveje) er der dog regionale forskelle i udviklingen i antallet af operationer under indlæggelse<sup>71</sup>.

## 5.8 Fremskrivninger

I dette afsnit søges antallet af nye kræfttilfælde estimeret ved anvendelse af en statistisk model<sup>72</sup>. Tilvæksten af kræfttilfælde kan opdeles i én del, der kan tilskrives ændringer i befolkningsstørrelse og alderssammensætning (demografi), og i en anden del, der tager udgangspunkt i risikoen for udvikling af kræft. Det er svært at påvirke den tilvækst, der kan tilskrives ændringer i demografien, ved strukturelle tiltag. Men den del af tilvæksten, som skyldes en ændring i sygdomsrisikoen vil potentielt kunne ændres på langt sigt fx ved iværksættelse af forebyggelsesindsatser m.v.

Det bemærkes, at den anvendte model for fremskrivning er baseret på en række forudsætninger, som kan være forbundet med usikkerhed. Udviklingen inden for de enkelte kræftformer kan således, specielt på langt sigt, påvirkes (i både positiv og negativ retning) af fx udvikling i befolkningens risikoadfærd (fx rygning) og deltagelse i vaccinations- og screeningsprogrammer. På kort og mellemlang sigt kan allerede indtrådte ændringer i risikofaktorer, som modellen ikke i tilstrækkelig grad kan tage højde for, være en usikkerhedsfaktor. Som alle andre prognoser skal fremskrivningen

<sup>71</sup> Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

<sup>72</sup> Fremskrivningerne er beregnet med NORDPRED-programmet som er udviklet i regi af det norske Kreftregister. Metoden baserer sig på data fra mindst 15 forløbende kalenderår og mindst 100 kræfttilfælde pr. 5-årsperiode. For prostatakæft og modermærkekæft er fremskrivningerne dog beregnet ved at bruge konstante rater baseret på 5-årsperioden forud for 'sidste' år, for at tage højde for effekten af at tage højde for effekten af PSA-prøver og ændrede solvaner.

derfor ses med forbehold for denne usikkerhed, særligt i forhold til det længere perspektiv frem mod 2025-2033.

Fremskrivninger ved brug af modellen af forventede antal nye kræfttilfælde frem mod 2033 viser, at de hyppigste kræftformer blandt mænd i hele perioden forventes at være kræft i prostata, kræft i tyk- og endetarm samt kræft i urinveje. For kvinder drejer det sig om brystkræft, kræft i tyk- og endetarm samt lungekræft.

Nedenfor angives en fremskrivning af tilvæksten i antal nye kræfttilfælde for 5-års perioder frem mod 2033 i forhold til det gennemsnitlige årlige antal nye kræfttilfælde i 2009-2013<sup>73</sup>. For de fleste kræftformer forventes der for både mænd og kvinder at ske en øgning i antallet af tilfælde i 2029-2033 sammenlignet med 2009-2013. Sammenlignet med det aktuelle niveau betyder det, at vi om 15 år kan forvente, at ca. 5.000 flere mænd og ca. 3.500 flere kvinder årligt bliver ramt af kræft.

---

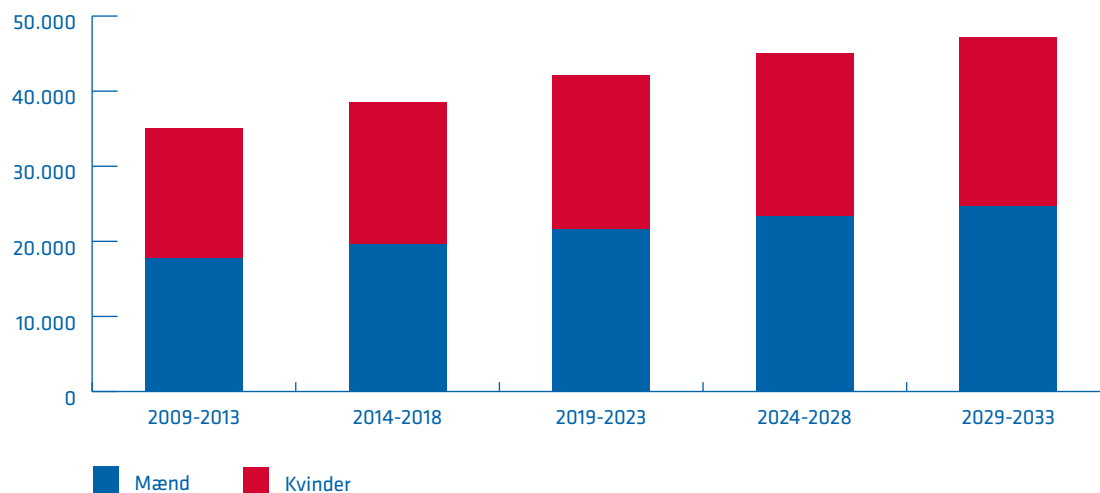
73 Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

**Tabel 2. Fremskrivning af gennemsnitligt årligt antal nye kræfttilfælde 2009-2033. Alle aldre.**

	Mænd					Kvinder				
	2009-2013	2014-2018	2019-2023	2024-2028	2029-2033	2009-2013	2014-2018	2019-2023	2024-2028	2029-2033
Brystkræft	-	-	-	-	-	4.897	5.500	6.028	6.434	6.674
Hoved- og halskræft*	893	975	1.041	1.085	1.102	371	416	458	493	517
Leukæmi m.m.	1.202	1.347	1.496	1.615	1.693	896	977	1.068	1.141	1.188
Kræft i bugspytkirtlen	490	561	629	683	721	480	527	576	618	654
Kræft i spiserør	368	481	587	668	706	125	127	132	137	143
Kræft i mave	357	362	384	418	459	180	180	186	199	219
Leverkræft	258	349	446	537	605	112	119	127	137	145
Kræft i tyk- og endetarm **	2.344	2.668	3.017	3.331	3.581	2.130	2.316	2.527	2.731	2.888
Kræft i urinveje	1.901	2.110	2.339	2.545	2.715	762	805	855	899	940
Kræft i prostata***	4.385	4.911	5.419	5.851	6.203	-	-	-	-	-
Testikelkræft	289	290	294	298	302	-	-	-	-	-
Livmoderkræft	-	-	-	-	-	769	871	963	1.031	1.066
Kræft i æggestok, æggeleder mv.	-	-	-	-	-	570	559	554	551	549
Livmoderhalskræft	-	-	-	-	-	372	358	358	367	385
Kræft i hjerne og centralnervesystem	704	830	937	1.006	1.025	830	965	1.079	1.161	1.203
Modermærkekræft***	941	1.010	1.077	1.139	1.190	1.071	1.107	1.143	1.179	1.211
Lungekræft	2.290	2.399	2.507	2.575	2.609	2.195	2.453	2.629	2.684	2.633
Øvrige kræftformer****	1.323	1.407	1.519	1.633	1.736	1.573	1.630	1.774	1.935	2.089
Alle kræftformer undtagen anden kræft i hud	17.745	19.700	21.692	23.384	24.647	17.333	18.910	20.457	21.697	22.504

Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Data fra NORDCAN 2016. Kræftformerne svarer til definitioner i NORDCAN. Alle aldre er inkluderet. \*Pga. for få observationer er det for kvinder for kræft i næse og bihuler, som her indgår i definitioner af hoved- og halskræft, ikke muligt at anvende NORDPRED-modellen. I stedet er for denne kræftform anvendt fremskrivning med konstante rater. \*\*Fremskrivningen for kræft i tyk- og endetarm er beregnet ud fra en sammenlægning af fremskrivninger for henholdsvis kræft i tyktarm og kræft i endetarm og anus. \*\*\*Konstante rater. \*\*\*\*Øvrige kræftformer henviser til de kræftformer, som ikke er en del af et pakkeforløb på kræftområdet.

**Figur 34. Fremskrivning af nye tilfælde af kræft (gennemsnitligt årligt antal), fordelt på køn og femårsperioder**

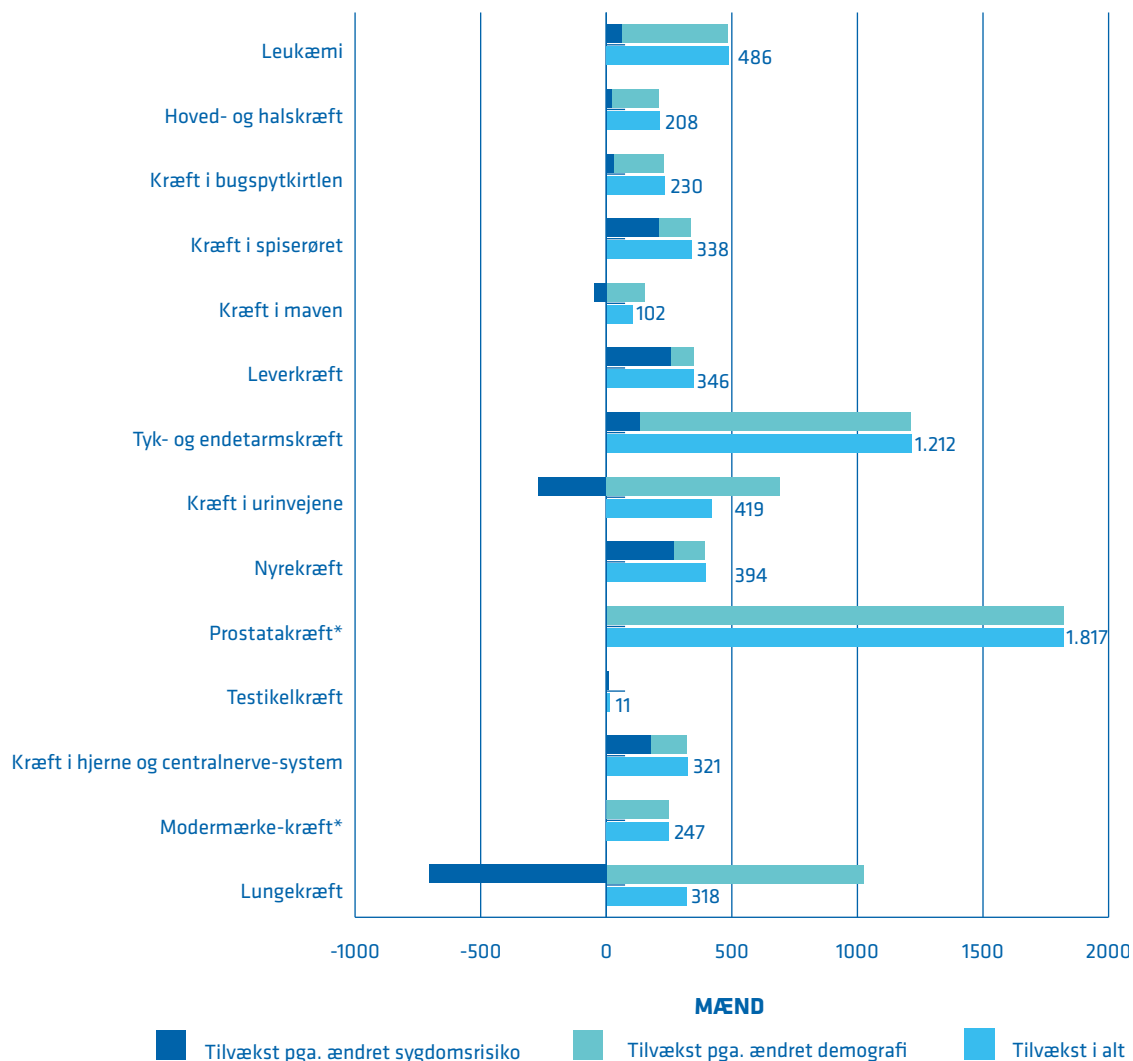


Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

Modelberegningerne viser, at blandt mænd forventes den største tilvækst i antallet af nye tilfælde i 2029-2033 for kræft i prostata samt kræft i tyk- og endetarm, og størstedelen af tilvæksten kan forklares ud fra en ændret demografi. For lungekræft, kræft i urinveje og kræft i maven forventes et fald i antallet af nye tilfælde som følge af en ændret sygdomsrisiko. Faldet forventes dog at modsvares af en stigning i antallet som følge af den demografiske udvikling, sådan at der samlet set vil være tale om en stigning<sup>74</sup>.

<sup>74</sup> Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016.

**Figur 35. Fremskrivning af det årlige antal nye kræfttilfælde hos mænd, der kan tilskrives henholdsvis en ændret sygdomsrisiko og en ændret demografi.**

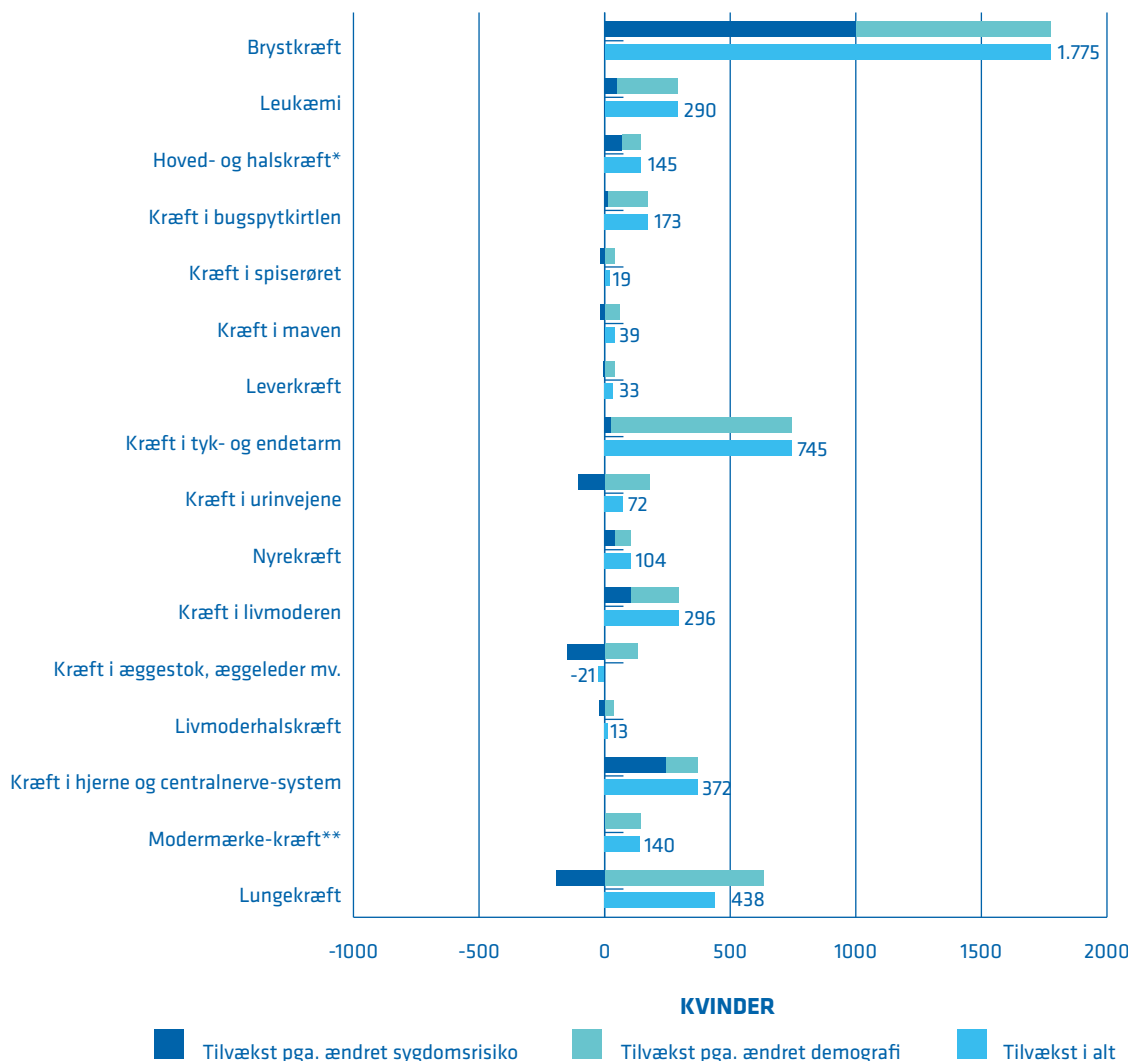


Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Fremskrevne, årlige antal nye kræfttilfælde, der kan tilskrives hhv. sygdomsmæssige og demografiske faktorer. Alle aldre. Mænd. 2029-2033 i forhold til det gennemsnitlige antal nye kræfttilfælde i 2009-2013. \* Konstant rate.

Estimeret ud fra modellen forventes blandt kvinder den største tilvækst i antallet af nye kræfttilfælde i 2029-2033 for brystkræft samt kræft i tyk- og endetarm, og hovedsagligt forklaret ud fra en ændret demografi.

Det afledte pres på sundhedsvæsenet som følge af flere kræftpatienter vil afhænge af en lang række faktorer, som fx den generelle udvikling i folkesundheden og hvordan indsatsen tilrettelægges, herunder omstilling til ambulante behandling, produktivitetsudvikling, nye teknologiske muligheder m.v.

**Figur 36. Fremskrivning af det årlige antal nye kræfttilfælde hos kvinder, der kan tilskrives henholdsvis en ændret sygdomsrisiko og en ændret demografi.**



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: Fremskrevne, årlige antal nye kræfttilfælde, der kan tilskrives hhv. sygdomsmæssige og demografiske faktorer. Alle aldre. Kvinder. 2029-2033 i forhold til det gennemsnitlige antal nye kræfttilfælde i 2009-2013. \*Konstant rate. \*\*For kræft i næse og bihuler, som her indgår i definitionen af hoved- og halskræft, er det pga. for få observationer ikke muligt at anvende NORD-PRED-modellen. I stedet er for denne kræftform anvendt fremskrivning med konstant rate.

## 6. Udfordringer og muligheder

Gennemgangen af de tidligere indsatser på kræftområdet og den aktuelle status på området viser, at der er sket en markant forbedring med en forbedret overlevelse efter kræftsygdom. Der er igangsat og implementeret en række strategier og initiativer, der har løftet kvaliteten i alle dele af patientforløbet. Samtidig viser gennemgangen, at der er sket en udvikling mod mere ambulante behandling, og at aktiviteten på kræftområdet er øget markant, således at flere patienter undersøges og behandles for kræft.

Analysen peger på en række udfordringer på kræftområdet som bør adresseres:

- Flere mennesker vil blive ramt af kræft, men sygdomsrisikoen kan påvirkes ved iværksættelse af forebyggelsesindsatser
- Overlevelsen efter kræft er bedre, men nogle patienter udredes stadig for sent, og prognosen for en række kræftformer halter stadig bagefter i Danmark
- Der er stadig udfordringer ift. at sikre ensartede tilbud af høj kvalitet, på tværs af landet, indenfor både udredning, behandling, rehabilitering og palliation
- Kræftpatienter oplever ofte, at deres forløb ikke hænger sammen, og nogle oplever, at de ikke bliver tilstrækkelig inddraget i deres forløb.

Det er væsentligt, at løsningen af disse udfordringer tager sit udgangspunkt i den forbedrede indsats, der er bygget op over en årrække, samtidig med de anbefalede indsatser fremadrettet kan understøtte en omkostningseffektiv og bæredygtig håndtering af de stadigt flere danskere, der rammes af kræft.

Ud fra den overordnede målsætning om, at Kræftplan IV skal sikre, at færre bliver ramt af kræft, at flere overlever og lever bedre samt at mennesker med kræft bliver inddraget og oplever sammenhængende forløb på tværs af sundhedsvæsenet, vil de anbefalede indsatser i det følgende blive behandlet under fire hovedtemaer:

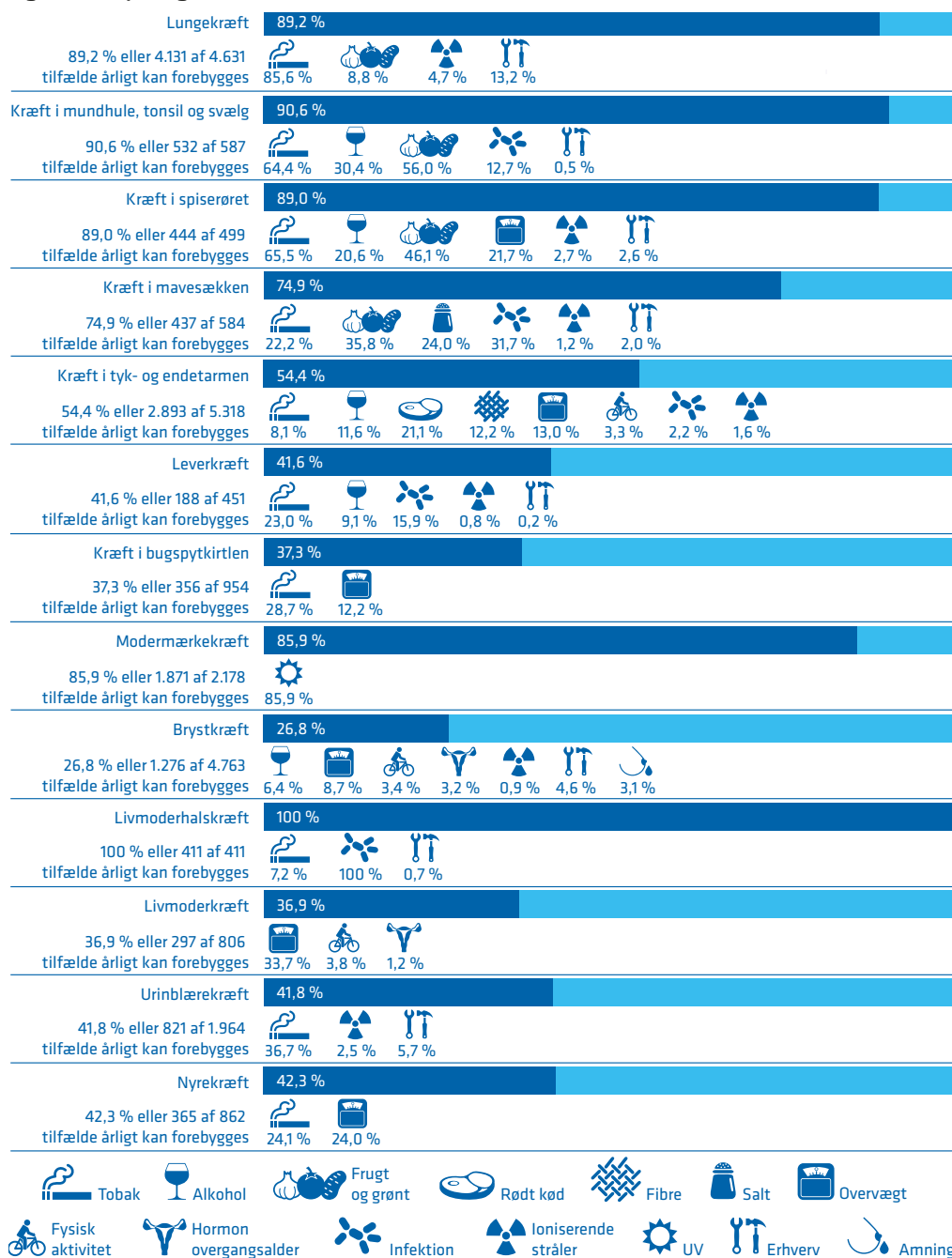
- **Forebyggelse** – anbefalinger der kan reducere antallet af nye kræfttilfælde og forbedre prognosen for dem, der rammes
- **Øget kvalitet i udredning, behandling, rehabilitering og palliation** – anbefalinger, der kan sikre højere kvalitet og dermed bedre overlevelse og livskvalitet
- **Bedre sammenhæng og inddragelse** – anbefalinger, der giver større fokus på behovet hos det enkelte menneske, der rammes af kræft og dennes pårørende
- **Fremtidssikring af indsatsen** – anbefalinger, der kan medvirke til, at indsatsen i Danmark vedbliver med at være af høj kvalitet og omkostningseffektiv.



## 7. Forebyggelse

Op mod halvdelen af alle tilfælde af kræft kan forebygges<sup>75</sup>, hvilket betyder, at op imod 20.000 kræfttilfælde årligt er potentielt forebyggelige. Af figur 37 fremgår andele af kræfttilfælde, som kan tilskrives forskellige risikofaktorer for en række hyppigt forekommende kræftsygdomme.

**Figur 37. Betydningen af risikofaktorer**



Kilder: Parkin. Br J Cancer 2011; 105: S77 – S81. Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, maj 2016. Nye kræfttilfælde i Danmark, Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen. Note: Egne beregninger ud fra angivne kilder. Andel af kræfttilfælde som kan tilskrives forskellige risikofaktorer. Flere risikofaktorer mulige.

<sup>75</sup> Schüz. European Code against Cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. Cancer Epidemiol 2015; 39 Suppl 1: S1-S10.

Tobaksrygning er langt den væsentligste risikofaktor og er ansvarlig for op imod hvert femte nye kræfttilfælde, hvilket svarer til 7.-8.000 tilfælde. Andre betydende risikofaktorer udgøres af kost, overvægt, alkohol og infektioner (herunder HPV), som anslås at være ansvarlige for henholdsvis ca. 9 %, 6 %, 4 % og 3 % af kræfttilfældene i Danmark. Andre risikofaktorer omfatter fysisk inaktivitet, eksponering for radon og solesponering.

Uhensigtsmæssig kost (lavt indtag af frugt, grøntsager og fibre, højt indtag af rødt kød og salt) estimeres at være årsag til ca. 9 % af alle former for kræft og er dermed også en af de betydende risikofaktorer for kræft. Uhensigtsmæssig kost øger særligt risikoen for kræft i hals, mave og tarm. Der er god evidens for, at sunde madvaner spiller en vigtig rolle i forebyggelsen af kræft og for borgernes sundhed og trivsel generelt. Der er imidlertid mindre solid viden om, hvilke indsatser der er effektive til at fremme og fastholde sunde madvaner<sup>76</sup>.

Ioniserende stråling fra radon øger risikoen for at udvikle lungekræft. Radon er en naturligt forekommende radioaktiv luftart, som kan sive ind i bygninger fra undergrunden. Radon i boliger estimeres at være medvirkende årsag til omkring 300 tilfælde af lungekræft i Danmark pr. år, og risikoen ved radonudsættelse er ca. 25 gange større for rygere end for personer, som aldrig har røget. Tobaksrygning er dog den altdominerende risikofaktor i udviklingen af lungekræft.

Solesponering estimeres at være årsag til ca. 86 % af tilfældene af modernærkekræft, mens solesponering samlet set estimeres at bidrage til under 4 % af den samlede kræftforekomst. Prævalensen af modernærkekræft estimeres at stige frem til 2033, men på grund af ændrede solvaner i befolkningen er estimeret behæftet med betydelig usikkerhed. Fx er andelen, der benytter solarie, faldet fra 26 % i 2007 til 11 % i 2015<sup>77</sup>. Dertil kommer, at Kræftens Bekæmpelse og TrykFonden siden 2007 har kørt kampagnen "Skru ned for solen", og de foreløbige resultater indikerer, at danskerne for hvert år bliver stadig bedre til at omgås den danske sommervarm sol med omtanke.

Fælles for risikofaktorer som fysisk inaktivitet, radon og solesponering er, at deres bidrag til kræftsygeligheden og -dødeligheden i Danmark er begrænset, sammenlignet med tobak, alkohol og overvægt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at indsatsen for at forebygge kræft intensiveres, og at indsatsen primært har fokus på tobak, overvægt og alkohol samt på HPV.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at forebyggelse med fokus på disse livsstilsfaktorer, særligt en styrkelse af tobaksforebyggelsen, er afgørende for at reducere andelen af danskere, der får kræft. Det er veldokumenteret, at vaner og sundhedsadfærd grundlægges tidligt i livet. Sundhedsstyrelsen vurderer på den baggrund samtidig, at indsatsen bør fokusere på virkemidler, der har vist sig at have særlig effekt på børn og unge.

De følgende anbefalinger er således rettet mod tobak, overvægt, alkohol og HPV-vaccination og har fokus på børn og unge.

<sup>76</sup> Forebyggelsesplan - Mad og måltider. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

<sup>77</sup> Behrens. Danskernes solarievaner 2015 - en kortlægning. Solkampagnen. København: Kræftens Bekæmpelse og TrykFonden 2016.

## 7.1 Tobak

Tobak er stærkt afhængighedsskabende, og rygning er den livsstilsfaktor, der er skyld i flest kræfttilfælde<sup>78</sup>. Risikoen for at udvikle lungekræft hos mennesker, der ryger eller tidligere har røget i mange år, er op til 20 gange større end hos personer, der aldrig har røget. Risikoen aftager ved rygestop, men den når ikke ned på samme risikoniveau, som hos personer, der aldrig har røget.

Hvert år bliver ca. 4.500 mænd og kvinder diagnosticeret med lungekræft, og 3.716 døde af lungekræft i 2014. Mange af de tilfælde af lungekræft, som behandles i sundhedsvæsenet i dag skyldes den høje rygeprævalens i Danmark i 1980'erne og 1990'erne.

I 1950'erne røg knap 60 % af befolkningen dagligt. Fra midten af 1990'erne og frem til 2011 er der sket et fald på ca. et procentpoint pr. år i andelen af dagligrygere. Hvis faldet var fortsat, ville Danmark være tæt på at være røgfrit i 2030, men andelen af dagligrygere har været stagnerende siden 2011. Den seneste opgørelse viser, at ca. 22 % af den voksne befolkning i Danmark ryger, og at ca. 17 % ryger dagligt. Et fald i rygeprævalens over tid betyder, at andelen af tilfælde af lungekræft, som skyldes rygning, vil falde i de følgende år. Til gængæld stiger antallet af ældre i befolkningen. Tilsammen betyder det, at der forventes at være ca. 750 flere tilfælde af lungekræft hvert år i perioden 2029-2033 sammenlignet med det gennemsnitlige antal tilfælde i 2009-2013.

Ud over lungekræft er rygning også den primære risikofaktor for kræft i strubehovedet (84 %), ligesom 20–50 % af alle tilfælde af kræft i mundhule, spiserør, mavesæk, bugspytkirtel og blæren kan tilskrives tobaksrygning.

### 7.1.1 anbefalinger

Flere lande har sat mål for en egentlig udfasning eller kraftig reduktion af tobak inden for de næste årtier, herunder Finland, Sverige, New Zealand, Skotland og Irland. Der er god viden om, at ambitiøse nationale målsætninger for tobaksforebyggelsen er vigtige, hvis man vil reducere tobaksforbruget<sup>79</sup>.

Fælles for landenes strategier er, at de lægger sig op ad WHO's anbefalinger og benytter en række forskellige tiltag for at nå målet. For at forebygge, at børn og unge begynder at ryge og for at mindske forbruget, er der fokus på, at *tilgængeligheden af tobak mindskes*. Det kan blandt andet ske gennem højere priser på tobak; sikring af, at tobaksprodukter placeres under disken i detailhandlen, så de ikke er synlige for kunderne; krav om licens for at kunne sælge tobak; håndhævelse af aldersgrænser for køb af tobak; kampagner; indførelse af tobakspakker uden logo og med store advarselsbilleder og advarselstekster (neutrale pakker). Neutrale cigaretpakker er indført i Australien, og der er truffet beslutning om at indføre det i en række europæiske lande, herunder Irland,

<sup>78</sup> Leon. European Code against Cancer, 4th Edition: Tobacco and cancer. Cancer Epidemiol 2015; 39 Suppl 1: S20-S33.

<sup>79</sup> Mendez. The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. Tob Control 2013; 22: 46-51.

Frankrig og Storbritannien. Forskning på området viser blandt andet, at tobak i neutrale pakker opleves som mindre tiltrækkende, samt at effekten af sundhedsadvarslerne stiger.

En anden del af de strategier, der anvendes internationalt, er *udbredelse af røgfri miljøer*, der bidrager til både at forebygge, at børn og unge begynder at ryge, beskytter mod passiv røg, fremmer rygestop og forebygger tilbagefald hos eks-rygere gennem mindre synlighed og denormalisering af rygning.

Endelig er *fremme af rygestop* et vigtigt gennemgående tema i strategierne. Det har direkte relevans for unge rygere, og samtidig virker det gennem forældres rygestop, fordi forældre er vigtige rollemodeller for deres børn. Fremme af rygestop sker blandt andet gennem sikring af, at rygestoptilbud af høj kvalitet er tilgængelige for alle, forbedrede succesrater ved rygestop gennem tilbud om gratis (eller tilskud til) rygestopmedicin, øgning af rekrutteringen til rygestoptilbuddene gennem kampagner m.v.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

#### **A1. Der bør arbejdes for en national målsætning for udfasning eller kraftig reduktion af tobak i Danmark**

Hvis ingen røg i Danmark, ville der hvert år kunne undgås mange tilfælde af kræft. En national målsætning om udfasning af tobak vil være et væsentligt bidrag til at reducere antallet af nye tilfælde af kræft. Fastsættelse af nationale mål på området vil samtidig være et vigtigt signal og en vigtig løftestang for forebyggelsesarbejdet, herunder kommunernes indsats på området. En national målsætning om udfasning eller kraftig reduktion af tobak kunne eksempelvis være, at ingen børn og unge og kun 5 % af voksne ryger i 2030.

#### **A2. Der bør overvejes tiltag, der kan begrænse tilgængeligheden af tobaksvarer, særligt for unge**

Der er evidens for, at håndhævelse af aldersgrænser medfører et fald i rygning hos unge<sup>80</sup>. I 2014 blev der kun udstedt i alt seks bøder for salg af tobak til unge under 18 år. Den nuværende aldersgrænse håndhæves mange steder ikke systematisk, og har dermed ikke den ønskede effekt i forhold til at sikre, at unge ikke har adgang til at købe tobak. Over halvdelen af dem, der ryger, begyndte, inden de fyldte 18 år.

Effektiv håndhævelse af aldersgrænsen på 18 år for køb af tobak kan fx etableres via et frivilligt samarbejde med detailhandlen, hvor der tages et fælles ansvar for, at unge skal fremvise ID, når de ønsker at købe tobak, ligesom muligheden for at anmelde overtrædelser kan gøres lettere tilgængelig. Hvis frivillige partnerskaber er utilstrækkelige, kan det på sigt overvejes, at tilsynet med detailhandlen styrkes og bødestørrelsen hæves.

Der er god evidens for, at sandsynligheden for at begynde at ryge reduceres, når tobaksvarer gemmes, fx under disken, i detailhandlen<sup>81</sup>. Det er især vigtigt i relation til børn og unge. Rygere, der prøver at holde op med at ryge, får endvidere rygetrang og større risiko for tilbagefald, når de udsættes for synlige tobaksvarer, mens de venter ved kassen.

80 Stead. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database Syst Rev 2005; CD001497.

81 Robertson. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. Tob Control 2016; Jan 4.

Der er to måder at arbejde med at mindske synligheden af tobaksvarer på. Den ene mulighed er at arbejde gennem partnerskaber, hvor detailhandlen inviteres til at være med til at beslutte, hvordan det sikres, at unge og eks-rygere ikke eksponeres for tobak, når de handler. Alternativt kan der på sigt indføres lovgivning, som inden for en årrække sikrer, at der ikke er synlige tobaksvarer i detailhandlen.

Det er veldokumenteret, at øgede priser på tobak er en af de mest effektive måder at nedsætte børn og unges forbrug af tobak på<sup>82</sup>. Højere pris på tobak medfører et fald i efterspørgslen på tobak og dermed et fald i andelen, der ryger. Denne sammenhæng er mest udtalt i de yngre aldersgrupper og blandt personer med lav indkomst. Jo højere afgiften på tobak er, des større effekt kan forventes i forhold til reduktion i andelen af rygere. Eventuelle prisstigninger bør indføres for alle tobaksprodukter for at forebygge, at forbrugeren skifter fra ét tobaksprodukt til et andet. Samtidig bør udviklingen i salget af e-cigaretter følges i relation til tobaksforbruget.

### **A3. Røgfri skoletid bør indføres for alle skoletyper**

Fremme af røgfri miljøer er et centralt element i tobaksforebyggelsen. Røgfri miljøer reducerer tilskyndelse til rygning, er med til at skabe røgfri norm, styrker motivationen for rygestop og reducerer barrierer for rygestop. I dag er det forbudt at ryge på matriklen på gymnasier og grundskoler, men tilladt at ryge på fx erhvervsskoler, hvor der fortrinsvis er optag af unge, som er over 18 år. I dag ryger 12 % af gymnasieeleverne dagligt, mens det tilsvarende tal for eleverne på erhvervsuddannelser er 37 %.

Skoletiden - ikke kun matriklen - bør gøres røgfri på alle grundskoler, ungdomsuddannelser og produktionsskoler, som har optag af unge under 18 år. Ved at sikre at rygning ikke er en del af de miljøer, hvor børn og unge færdes, sendes et stærkt signal til alle om, at børn og unge og cigaretter ikke hører sammen.

### **A4. Tilbud om hjælp til rygestop skal styrkes**

Der er evidens for, at en kombination af professionelt rygestoprådgivningsforløb og brug af rygestopmedicin er den mest effektive måde at opnå varigt rygestop på<sup>83</sup>. Alligevel er der mange, der ikke benytter rygestopmedicin i forbindelse med deres rygestop. Det er veldokumenteret, at gratis rygestopmedicin øger andelen, der bruger rygestopmedicin i forbindelse med et rygestop. Det øger også andelen, der går i gang med et rygestop og andelen, der stopper med at ryge.

Tilskud til rygestopmedicin til storrygere bør gives under forudsætning af, at de samtidig følger et rygestoprådgivningsforløb. Der er gjort konkrete erfaringer i Danmark med tilskud til rygestopmedicin kombineret med rådgivningsforløb til storrygere i forbindelse med "Storrygerpuljen". Resultaterne fra midtvejsevalueringen viser, at 52 % fortsat er røgfri efter 6 mdr. mod 36 % på landsplan.

82 Townsend. Curbing tobacco smoking, Chapter Four. In: WHO/Europe | European Observatory on Health Systems and Policies - Promoting Health, Preventing Disease: The economic case. Open University Press 2015.

83 Behandling af tobaksafhængighed - Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

Målrættede, opsøgende tilbud om rygestop motiverer rygere, der ikke selv opsøger rygestoptilbud, til at benytte dem. Nyere forskning viser også, at langt flere kommer i gang med et varigt rygestop, når de bliver ringet op og fulgt af en rådgiver fra Stoplinien, sammenlignet med dem, der selv skal gøre noget aktivt for at komme i gang. Stoplinien har allerede positive erfaringer med at lave opsøgende rekruttering for danske kommuner via telefonen. Borgerne er generelt positive, og ca. 20 % tilmelder sig et rygestopkursus eller modtager en rådgivningsamtale.

6 ud af 10 rygere vil gerne stoppe med at ryge, og ca. 40 % af disse vil gerne have hjælp og støtte til at gennemføre rygestoppet. Det største ønske om støtte til rygestop findes hos storrygere og borgere med lav socioøkonomisk status.

Stoplinien bør tilbyde kommuner at gennemføre systematisk og målrettet telefonisk proaktiv rekruttering til rygestop til særlige grupper af kommunernes borgere uden omkostninger for kommunerne samtidig med, at Stopliniens tilbud bør udvides til at inkludere tilbud om telefonisk rådgivningsforløb til alle borgere.

## 7.2 Alkohol

Alkohol øger risikoen for at få kræft og antages at være medvirkende årsag i ca. 4 % af alle tilfælde af kræft<sup>84</sup>. Risikoen for kræft stiger med stigende indtag, og særligt ved kræft i mund, svælg og spiserør er alkohol en betydende risikofaktor. I kombination med tobak forstærkes risikoen som eksempelvis ved kræft i svælget, hvor risikoen for at udvikle kræft er 14 gange større for personer, der både er storrygere, og som dagligt drikker 4 eller flere genstande alkohol.

Alkoholforbruget er faldet de seneste år, og de unge er generelt ældre, når de begynder at drikke. Men sammenlignet med andre EU-lande drikker danske unge stadig meget og ofte, og begynder at eksperimentere med alkohol i en tidlig alder. Fx har 37 % af de danske 15-16-årige været fulde inden for de sidste 30 dage<sup>85</sup>. Unge, der i teenageårene har et stort forbrug af alkohol, har en større risiko for senere i livet at drikke mere end andre voksne, og en tidlig alkoholdebut øger risikoen for alkoholafhængighed senere i livet. Der er desuden en stærk sammenhæng mellem rygevaner og forbruget af alkohol blandt unge, idet det er de samme unge, der ryger til hverdag og fest, som hyppigst drikker alkohol.

### 7.2.1 Anbefalinger

En af de mest effektive interventioner for at reducere forbrug og skader som følge af alkohol er at begrænse tilgængeligheden af alkohol. Ligesom for tobak håndhæves aldersgrænserne for salg af alkohol ikke systematisk. I 2014 blev der kun udstedt fem bøder for salg af alkohol til unge under 16 år.

84 Scoccianti. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. Cancer Epidemiol 2015; 39 Suppl 1: S67-S74.

85 Rasmussen. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed; Syddansk Universitet; 2015.

I dag kan man købe produkter med et alkoholindhold under 16,5 %, når man er fyldt 16 år, mens man skal være 18 år for at købe produkter med et højere indhold af alkohol. Denne opdeling er imidlertid ikke understøttet af sundhedsfaglig evidens.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

#### **B1. Tilgængeligheden af alkohol for unge bør begrænses**

Ligesom for tobak kan håndhævelse af aldersgrænser fremmes i partnerskaber med detailhandlen, hvor der tages et fælles ansvar for, at unge skal fremvise ID, når de ønsker at købe alkohol. Det vil bidrage positivt til implementeringen, hvis indsatsen kobles med håndhævelse af aldersgrænser for salg af tobak. Det kan overvejes at ensarte aldersgrænsen for køb af alle typer alkohol til 18 år, hvilket også vil lette håndhævelse af aldersgrænsen i detailhandlen.

### 7.3 Overvægt

Overvægt og svær overvægt øger risikoen for at udvikle flere af de mest almindelige kræftformer<sup>86</sup>, herunder brystkræft, kræft i urinvejene, bugspytkirtlen, prostata, spiserør og mavetarm, kræft i livmoderen, endetarmskræft og æggestokkene. Overvægt er medvirkende årsag ved ca. 5,5 % af alle tilfælde af kræft.

Knap halvdelen af den voksne befolkning i Danmark er overvægtige (BMI  $\geq$  25) eller svært overvægtige (BMI  $\geq$  30), og det forventes, at forekomsten fortsat vil stige de næste år. Blandt børn og unge er der set en vækst i andelen med overvægt og 70 % af dem, der er overvægtige som børn, bliver også overvægtige som voksne. For at forebygge kræft som følge af overvægt er det væsentligste at forebygge, at børn og unge udvikler overvægt. Overvægt er resultatet af længere tids større energiindtag end energiforbrug.

#### 7.3.1 Anbefalinger

Strukturelle tiltag, der understøtter sund adfærd i forhold til overvægt ved at fokusere på tilgængelighed, er relevante og effektive, hvis flere børn og unge skal have mulighed for at leve et sundere liv med reduceret risiko for at udvikle kræft som følge af overvægt senere i livet.

Forskning viser, at det er muligt at forebygge overvægt hos skolebørn alene ved at reducere deres sodavandsforbrug<sup>87</sup>. I Danmark er det samlede sodavandsforbrug fordoblet i perioden fra 1986 til 2000 sideløbende med, at forekomsten af overvægt og fedme hos børn og unge er steget.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefaling:

#### **C1. Muligheder for reduceret tilgængelighed af sukkersødede drikkevarer bør undersøges**

Der bør arbejdes målrettet på at mindske tilgængeligheden af sukkersødede drikkevarer gennem strukturelle indsatser. Tilgængeligheden af sukkersødede drikkevarer kan reduceres ved eksempelvis at mindske synligheden for forbrugerne i detailhandlen og/eller ved at justere produktionen, således at indholdet af sukker reduceres. Indsatserne kan ske gennem partnerskaber og frivillighed i samarbejde med bl.a. producenter og detailhandel. Øgning af afgift på sukkerholdige drikkevarer er også et effektivt redskab.

86 Anderson. European Code against Cancer 4th Edition: Obesity, body fatness and cancer. Cancer Epidemiol 2015 Dec;39 Suppl 1:534-45.

87 Matthiessen. Kostens betydning for børns sundhed og overvægt. Lyngby: DTU Fødevareinstituttet 2013.

## 7.4 HPV-infektion

Næsten alle tilfælde af kræft i livmoderhalsen skyldes HPV-infektion<sup>88</sup>. I Europa skønnes ca. 90 % af alle tilfælde af kræft i endetarmsåbningen (anus), ca. 15 % af tilfældene af kræft omkring ske-deåbningen (vulva), ca. 70 % af tilfældene af kræft i skeden (vagina) og ca. 30-40 % af tilfældene af kræft i penis at være forårsaget af HPV-infektion<sup>89</sup>.

I Danmark har der været stigende forekomst af andre kræftsygdomme end livmoderhalskræft, der kan være associeret til HPV. Således er incidensen af kræft i mund og svælg femdoblet siden 1977 hos både mænd og kvinder, og sygdommen er fortsat ca. tre gange så hyppig hos mænd. Siden 2001 er der set en stigning i antallet af tilfælde af peniskræft, og over en tyveårs periode er incidensen af kræft i endetarmsåbningen steget betydeligt. Hos HIV-positive og mænd, der har sex med mænd, er forekomsten af kræft i endetarmsåbningen 30-40 gange højere end i den øvrige befolkning. Der er årligt i Danmark ca. 35 potentielt forebyggelige tilfælde af kræft i endetarmsåbningen hos mænd<sup>90</sup>.

I 2014 og 2015 var tilslutning til HPV-vaccinen for årgang 2001 og 2002 henholdsvis 80 % og 73 % for første HPV-vaccination, og 74 % og 57 % for anden HPV-vaccination i børnevaccinationsprogrammet. Der ses således et betydeligt fald sammenlignet med tidligere årgange, hvor mindst 90 % af pigerne i årgangene 1997-2000 fik den første HPV-vaccine<sup>91</sup>. Den seneste opgørelse tyder desværre på et fortsat fald<sup>92</sup>.

Den forebyggende effekt af HPV-vaccine blandt mænd i alderen 16-26 år er undersøgt i et delstudie af et stort lodtrækningsstudie<sup>93</sup> og her sås beskyttende effekt tilsvarende effekten hos piger. Udfordringen er at identificere den gruppe, hvor forebyggelsesperspektivet er størst, nemlig drenge, der senere springer ud som mænd, der har sex med mænd.

### 7.4.1 Anbefalinger

Det store fokus på en række symptomer, som er blevet tolket som formodede bivirkninger til vaccinen, har svækket tilliden til HPV-vaccinen blandt danske børneforældre, og mange har fravalgt eller udskudt vaccination for deres 12-årige piger. Der er ikke fundet stærke holdepunkter for en sammenhæng mellem de oplevede symptomer og vaccinen, og der er derfor behov for en styrket informationsindsats for at genskabe tilliden til børnevaccinationsprogrammet.

Ved høj deltagelse i både screenings- og vaccinationsprogram, kan der forventes en samlet effekt på sigt, som vil kunne nedbringe smittetrykket og sygdomsbyrden af HPV-sygdom og dermed

88 HPV-typerne 16 og 18 er årsag til ca. 70 % af tilfælde af kræft i livmoderhals og endetarmsåbning (anus). Derudover er højrisikotyperne 31, 33, 45, 52 og 58 samlet årsag til ca. 20 % af tilfældene af livmoderhalskræft.

89 Reduktion af risikoen for livmoderhalskræft ved vaccination med humant papillomvirus (HPV) – En medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

90 Kiellberg. Statusrapport: HPV-sygdomme hos mænd og vaccination af danske drenge. København: Dansk Dermatologisk Selskabs Venereaudvalg, 29. februar 2012.

91 Børnevaccinationsprogrammet. Årsrapport 2015. København: Sundhedsstyrelsen, 27. april 2016.

92 Fald i tilslutningen til HPV-vaccination. København: Statens Seruminstitut, 18. januar 2016.

93 Palefsky. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. N Engl J Med 2011; 365: 1576-85.



antallet af livmoderhalskræfttilfælde i Danmark til et meget lavt niveau. Derved kan vi måske udrydde kræfttilfælde forårsaget af de i vaccinen indeholdte HPV-typer.

Såfremt der kan holdes en høj tilslutning til HPV-vaccination blandt piger, vil heteroseksuelle mænd også være beskyttet gennem flokimmunitet. Unge mænd, der er tiltrukket af mænd, er imidlertid ikke på samme måde beskyttet af flokimmunitet, og brug af kondom beskytter ikke effektivt mod HPV-infektion. Der er således et mindre, men ikke uvæsentligt potentiale for forebyggelse af HPV-relaterede kræftformer i denne målgruppe. HPV-vaccinationens store forebyggende effekt er dokumenteret hos mennesker, der ikke er smittede med de højrisikotyper af HPV, der vaccineres for. Ligesom for kvinder er det derfor vigtigt for at opnå et relevant forebyggelsespotentiale ved et vaccinationsprogram, at den rette målgruppe identificeres, og at vaccination tilbydes før risikoeksposition.

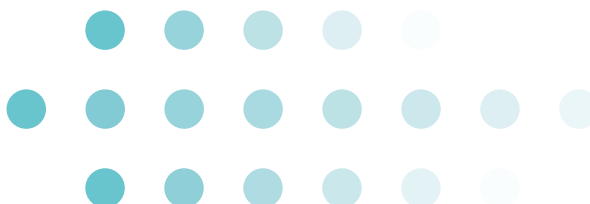
På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

#### **D1. Oplysning om børnevaccinationsprogrammet bør styrkes**

Tilliden til børnevaccinationsprogrammet skal genskabes. I regi af Sundhedsstyrelsen og i dialog med andre aktører, herunder Lægemedelstyrelsen samt faglige og sygdomsbekæmpende organisationer, gennemføres en multifacetteret informationsindsats om sygdommen livmoderhalskræft og forebyggelsesmuligheder. Indsatsen skal tage udgangspunkt i afbalanceret information om fordele og ulemper ved HPV-vaccination rettet til både børneforældre, sundhedspersonale, piger og unge kvinder.

#### **D2. Pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge mænd, der er tiltrukket af mænd, bør undersøges**

Unge mænd, der er tiltrukket af mænd, er ikke godt beskyttet mod HPV-infektion, og der kan være potentiale for forebyggelse af HPV-relaterede kræftformer i denne målgruppe. Med udgangspunkt i en gennemgang af viden på området og evt. udenlandske erfaringer vurderes mulighederne for pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge mænd, der er tiltrukket af mænd. Projektet skal afklare, i hvilket omfang det er muligt at nå en relevant målgruppe og derved opnå en væsentlig forebyggelsesgevinst.



## 8. Øget kvalitet i udredning, behandling, rehabilitering og palliation

For mennesket, der rammes af kræft eller af mistanken om kræft, er det vigtigt at få hurtig og klar besked om sygdommens karakter og alvorlighed, og om de behandlingsmuligheder, der findes. Når man tager imod udrednings- og behandlingstilbud fra sundhedsvæsenet, ønsker man at blive mødt af fagpersoner med stort nærvær, høje kompetencer og stærke professionelle værdier. Mennesket med kræft skal mødes af et sundhedsvæsen, der kan tage højde for den enkeltes individuelle forhold og præferencer, samtidig med at indsatsen sigter mod lang overlevelse og stor livskvalitet.

Kvaliteten af behandlingen af kræft er gennem en årrække blevet forbedret gennem bl.a. samling af behandlinger og specialisering, udvikling af landsdækkende kliniske retningslinjer, organisering af behandlingen i pakkeforløb og ved øget fokus på rehabilitering og etablering af opfølgingsprogrammer. Resultatet er en forbedret overlevelse for en lang række kræftformer og dermed både bedre og længere liv.

Indenfor en række kræftformer har Danmark dog fortsat en dårligere overlevelse end de øvrige nordiske lande. Forskellen er ikke så tydelig som tidligere, men det er ambitionen at sikre danskerne den samme eller en bedre overlevelse. Det er samtidig ambitionen, at de mange mennesker, som lever efter en kræftsygdom, har høj livskvalitet og funktionsevne.

Overlevelsen ved kræftsygdom kan forbedres ved at finde kræft tidligt og ved at sikre den bedst mulige udredning og behandling. Ved screening identificeres kræftsygdomme eller forstadier her til, før de er symptomgivende. Tidlig diagnose kan give mulighed for mere skånsom behandling og kan være afgørende i forhold til mulighederne for at helbrede kræft.

I de kommende år vil flere danskere få behov for udredning og behandling for kræft. Det skyldes den demografiske udvikling, hvor der ses vækst i den andel af befolkningen, hvor kræft er særlig hyppig. I udredningsforløbet er der behov for samspil mellem en række diagnostiske og kliniske specialer. Behandlingen består ofte af en kombination af kirurgi, kemoterapi og stråleterapi. Behandling skal være evidensbaseret og af højest mulig kvalitet. Det er væsentligt, at de kliniske retningslinjer er af høj kvalitet, og at der løbende og systematisk følges op på eksisterende kvalitetsmål.

Mere end 280.000 danskere lever med en kræftsygdom eller er helbredt herfor. Når et menneske får kræft, er målet at blive behandlet hurtigt og med godt resultat. Både under og efter behandlingen har mange brug for hjælp til at komme tilbage til et godt hverdagsliv – og det er lige så væsentligt som selve behandlingen.

I fremtiden vil endnu flere overleve en kræftsygdom, og mange skal leve med eftervirkningerne af sygdom og behandling. Der er fortsat stort behov for at udvikle indsatsen i forhold til rehabilitering og behandling af senfølger til sygdom og/eller behandling, og herunder at sikre, at disse indsatser

har høj kvalitet og er ensartede på tværs af landet. Kvaliteten i den opfølgende indsats har stor betydning for livskvaliteten.

De følgende anbefalinger er således rettet mod at sikre bedst mulige nationale screeningsprogrammer, at flere får stillet en diagnose tidligt, endnu bedre behandling af høj kvalitet og gode indsatser ift. rehabilitering og palliation.

## 8.1 Bedre screening

For nogle kræftsygdomme, hvor der findes metoder til at opdage kræftsvulster eller forstadier, før de giver symptomer, og hvor en tidlig behandlingsindsats kan gøre en positiv forskel, kan et screeningsprogram være en god idé. Ved vurdering af, om et nationalt screeningsprogram skal indføres eller ændres, er den helt overordnede overvejelse, om dødeligheden af den pågældende sygdom kan nedsættes med screening, og om fordelene ved screeningsprogrammet opvejer ulemperne.

I den aktuelle gennemgang har Sundhedsstyrelsen ikke fundet grundlag for at foreslå at indføre yderligere screeningstilbud på kræftområdet.

Der er behov for fortsat løbende udvikling og kvalitetssikring af de tre eksisterende nationale screeningsprogrammer for livmoderhalskræft, brystkræft og kræft i tyk- og endetarm. Det skal sikres, at der løbende sker en vurdering af ny viden på området, herunder om der kan anvendes nye, bedre og mere målrettede metoder i screeningsprogrammerne. Sundhedsstyrelsens udvalg for screening vil med udgangspunkt i de nationale anbefalinger<sup>94</sup> rådgive styrelsen i forhold til de nationale screeningsprogrammer og løbende vurdere behov for justeringer m.v.

Der er for alle tre screeningsprogrammer etableret landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Det nye screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft følges tæt mhp. behov for national opfølgning og kvalitetssikring. Opfølgningen sker med udgangspunkt i etablerede datakilder suppleret med indikatorer fra den kliniske kvalitetsdatabase.

Det vurderes, at der særligt i forhold til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft er behov for en række initiativer, der kan medvirke til at nedbringe dødeligheden som følge af livmoderhalskræft.

### 8.1.1 Anbefalinger

Halvdelen af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft rammer kvinder under 45 år, mens en tredjedel af tilfældene og knapt to tredjedele af alle dødsfald af livmoderhalskræft ses hos kvinder på 60 år og derover. På trods af det nationale screeningsprogram har Danmark fortsat en af Europas højeste forekomster af livmoderhalskræft. Det skyldes dels, at der ikke er tilfredsstillende deltagelse

<sup>94</sup> Anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer. København: Sundhedsstyrelsen, november 2014.

i screeningsprogrammet, og dels at en del ældre kvinder ikke har haft glæde af programmet, fordi det først blev landsdækkende i 2006, og fordi tilbuddet om "check-out" først blev etableret i 2012.

Deltagelsen i screeningsprogrammet var i perioden fra 2013-2014 på 64 % på landsplan<sup>95</sup>. Dette er væsentligt lavere end den fastsatte nationale standard på mindst 75 %.

Der er behov for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet. Sundhedsstyrelsen har, i dialog med fagfolk og regioner i de seneste år, peget på en række tiltag, som forventes at kunne øge tilslutningen til programmet. Det gælder fx udsendelse af en tredje påmindelse til kvinder, der ikke responderer på tilbuddet om screening og tiltag til at øge tilgængeligheden til screeningstilbudet, herunder ved aftenåbne klinikker eller mobile screeningstilbud. Der pågår afprøvninger af HPV-hjemmetest i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, som synes at have potentiale for at øge deltagelsen.

Som anført er der en særlig udfordring vedr. ældre kvinder. Kvinder, der er født før 1947, er ikke blevet tilbudt en "check-out" test, da denne først var fuldt implementeret i 2014. Da den forventede restlevetid for en kvinde på 65 år i dag er ca. 20 år, er der fortsat risiko for, at kvinder i denne aldersklasse udvikler livmoderhalskræft. På den baggrund er der behov for et særligt tilbud til denne målgruppe.

Idet de første årgange, der blev tilbudt HPV-vaccination som led i børnevaccinationsprogrammet, nu når den alder, hvor de tilbydes screening for livmoderhalskræft, og deres risiko for udvikling af celleforandringer og livmoderhalskræft er mindre pga. vaccinationsbeskyttelsen, er der behov for at gennemgå screeningsprogrammet for at vurdere, om det med fordel kan sammensættes på en anden måde. Det understøttes af, at nyere forskning tyder på, at screening med HPV-test som primær metode kan udbredes til yngre aldersgrupper. På den baggrund er der behov for, at Sundhedsstyrelsen reviderer sine anbefalinger fra 2012<sup>96</sup>.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

**E1. Der bør iværksættes initiativer til at øge tilslutningen til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft**

Mange kvinder bliver ikke screenet godt nok for livmoderhalskræft. Tilslutningen til screeningsprogrammet bør forbedres. Det bør være lettere for kvinden at få foretaget screeningsundersøgelsen, eksempelvis i form af forlænget åbningstid eller mobile tilbud. Det kan også undersøges, hvordan man kan styrke almen praksis' muligheder for aktiv opsøgning ved manglende deltagelse i screeningstilbud.

**E2. Kvinder født før 1948 bør modtage et engangstilbud om HPV-test**

Mange kvinder født før 1948 har ikke fået optimal screening for livmoderhalskræft, og de bør tilbydes en HPV-test som engangstilbud. Såfremt kvinden er HPV-positiv, tilbydes opfølgning i kontrolprogram. På den måde beskyttes en gruppe af kvinder hos hvem en tredjedel af nye tilfælde og to tredjedele af dødsfaldene af livmoderhalskræft forekommer.

95 Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening. Årsrapport 2014. Århus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), juni 2015.

96 Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, 11. januar 2012.

### **E3. Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for livmoderhalskræft bør opdateres**

Screeningsprogrammet for livmoderhalskræft skal følge med både den faglige og teknologiske udvikling, og med udviklingen i forekomsten af livmoderhalskræft og forstadier hertil. Sundhedsstyrelsens anbefalinger revideres og opdateres særligt med fokus på konsekvenser for programmet efter indførelse af HPV-vaccination. Evalueringer af anvendelsen af HPV-hjemmetest bør vurderes sammen hermed.

## 8.2 Bedre udredning

Symptomer på kræft kan være specifikke for den enkelte kræftsygdom såsom en knude i brystet ved brystkræft, men de kan også være mere uspecifikke såsom træthed og vægttab. Rettidig opsporing og udredning af sygdom er afhængig af, at patienten er opmærksom og reagerer på symptomer, at lægen i almen praksis er opmærksom i forhold til symptomer, der kan være tegn på kræft, og at lægen har mulighed for at henvise patienten til undersøgelser m.v.<sup>97</sup>

Pakkeforløb for kræft har haft stor betydning for hurtigere udredning af patienter med kræft. Der er dokumenteret sammenhæng mellem nedsat ventetid og bedre patientevaluering, ligesom populationsstudier viser en tydelig sammenhæng mellem kortere tid til udredning, indførelse af kræftpakkeforløb og nedsat dødelighed<sup>98</sup>.

Trods det faktum, at flertallet af patienter med kræft på et tidspunkt henvises til et pakkeforløb, er det kun 40 % af patienter med kræft, der kan henvises direkte til pakkeforløb på baggrund af specifikke alarmsymptomer. Kræftsygdomme præsenterer sig med forskellige grader af symptomer afhængigt af typen af kræftsygdom. Ikke alle kræftsygdomme præsenterer sig med alarmsymptomer. I den tidlige fase af en kræftsygdoms udvikling kan symptomerne også være mere vage og ligne symptomer på mere almindelige og mindre alvorlige sygdomme. Brystkræft og hudkræft viser sig fx oftest med en knude eller hævelse, mens æggestokkræft og myelomatose viser sig med ikke-specifikke og mere almindelige symptomer<sup>99</sup>.

Til udredning af patienter med alvorlige symptomer, der kunne være kræft, men hvor der ikke er anledning til at henvise til et organspecifikt pakkeforløb, er der etableret diagnostiske centre med tværfaglig udredning. Som beskrevet i kapitel 5 er der dog fortsat bemærkelsesværdige regionale forskelle i brug af de diagnostiske pakker. Der er samtidig en stigende opmærksomhed på også at sikre tidlig opsporing og styrke udredningen af de patienter, der ikke udredes via pakkeforløb, dvs. patienter der ikke har alarmsymptomer, der gør, at de kan tilbydes udredning i organspecifikke kræftpakkeforløb, men som har så ukarakteristiske symptomer, at de heller ikke kan udredes i det diagnostiske pakkeforløb.

Der er i dag, på tværs af regionerne, forskelle på de udredningstilbud og undersøgelser, som almen praksis har adgang til ved henvisning af patienter med ukarakteristiske symptomer. Dette skyldes

97 Hjertholm. Praktiserende lægers mistanke om alvorlig sygdom, København: Månedsskrift for almen praksis, december 2014.

98 Jensen. Diagnostic intervals before and after implementation of cancer patient pathways – a GP survey and registry based comparison of three cohorts of cancer patients, BMC Cancer 2015; 15: 308.

99 Ingeman. The Danish cancer pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer – cross-sectional study of patient characteristics and cancer probability, BMC Cancer 2015; 15:4 21.

både, at regionerne har organiseret sig forskelligt, herunder har praksissektoren varierende størrelse, og at der ikke er viden om, hvordan man bedst organiserer tilbuddet.

I de seneste år er der igangsat forskellige initiativer i almen praksis og på sygehuse i forhold til at sikre patienter med ukarakteristiske symptomer en hurtig diagnose. Ét initiativ er organiserede tilbud med afklarende undersøgelser – lidt misvisende kaldet 'ja/nej'-undersøgelser – ved ukarakteristiske symptomer og problemstillinger, som ikke umiddelbart giver anledning til henvisning til organspecifikt eller diagnostisk pakkeforløb. I forlængelse af finansloven for 2015 og aftalen om regionernes økonomi for 2016 er der afsat midler til at give almen praksis mulighed for at kunne henvise direkte til sådanne specifikke undersøgelser på sygehus eller speciallægepraksis, fx en ultralydsundersøgelse, samt lettere adgang til rådgivning fra speciallæger på hospitalet. Den alment praktiserende læge har her det fortsatte udredningsansvar og kan med en sådan afklarende specifik undersøgelse få et bedre klinisk grundlag for sin faglige vurdering<sup>100</sup>.

Typen af symptomer er central for tidlig opsporing af kræft. Hvis der er tale om alvorlige symptomer, er der større sandsynlighed for, at patienten henvender sig til egen læge, og at lægen henviser patienten til videre udredning via et pakkeforløb for kræft.

### 8.2.1 anbefalinger

Med henblik på at sikre hurtig og relevant udredning til patienter, som ikke umiddelbart passer ind i et diagnostisk pakkeforløb eller et organspecifikt pakkeforløb, er det relevant at se på de muligheder, som almen praksis har for at henvise patienter til diagnostiske undersøgelser m.v. uden at overdrage behandlingsansvaret. Der er allerede igangsat flere initiativer på området, hvorfor der primært bør være fokus på, at der løbende opsamles viden herfra. Der er således behov for, at erfaringer fra disse initiativer samles op, og at der på baggrund af denne erfaringsopsamling udarbejdes anbefalinger for, hvilke tilbud der bør implementeres nationalt bl.a. med henblik på at sikre ensartethed i tilbud til patienterne.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

#### **F1. Anvendelsen af diagnostiske pakkeforløb bør gennemgås med sigte på den store regionale variation**

Patienter med alvorlige, men uspecifikke symptomer på kræft, bør udredes systematisk og hurtigt gennem det diagnostiske pakkeforløb. Analysen af regionernes brug af pakkeforløb har vist, at der er sket en udvikling i de seneste år, men at der fortsat er bemærkelsesværdige regionale forskelle. Samtidig har regionerne organiseret sig forskelligt vedr. organisering af den faglige indsats i de diagnostiske centre. Med udgangspunkt i en erfaringsopsamling og gennemgang af data for aktivitet og resultater på området, kan der i regi af Sundhedsstyrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet foretages en gennemgang af området med sigte på behovet for justeringer af det diagnostiske pakkeforløb. I gennemgangen kan organisering af indsatsen i de diagnostiske centre inddrages.

100 Vedsted. A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis – the Danish three-legged strategy. Br J Cancer 2015; 112 Suppl 1:S65-S69.

## **F2. Der bør følges systematisk op på de igangsatte initiativer vedr. udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser i almen praksis**

For mennesket, der rammes af kræft, er rettidig udredning væsentlig for mulighederne for at behandle og helbrede sygdommen, før den har spredt sig, og for mulighederne for at tilbyde skånsom behandling. Det er væsentligt, at erfaringerne fra de igangværende initiativer, der skal sikre tidlig diagnose, beskrives systematisk, herunder om der opnås den tilsigtede forbedring, om der har været u hensigtsmæssige konsekvenser samt om initiativernes konsekvenser for kapacitet m.v. Erfaringsopsamlingen kan ske i regi af regionerne og bør drøftes med Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft. På baggrund heraf, og med inddragelse af øvrig viden og erfaringer på området, kan der udarbejdes nationale anbefalinger for udredning af patienter med ukarakteristiske og tidlige symptomer på kræft.

### 8.3 Bedre behandling

Høj kvalitet af behandlingen skal sikre, at flest muligt overlever deres kræftsygdom og bliver behandlet så skånsomt som muligt. En bedre behandling afhænger af mange forskellige faktorer. Den behandlende læge og det øvrige personale skal have de relevante kompetencer, og afdelingen skal have et tilstrækkeligt volumen til, at der opnås erfaring, og der kan ske videreudvikling. Behandlingen skal varetages i henhold til den nyeste og bedste evidens, det tværfaglige blik på patienten skal sikres, og der skal opsamles data, så der hele tiden er styr på behandlingskvaliteten, og der sikres mulighed for læring og forskning.

Pakkeforløb for kræft har haft stor betydning for hurtigere og mere ensartet udredning og behandling af patienter med kræft<sup>101</sup>. Pakkeforløbene er på mange måder velfungerende og har sikret mange patienter et godt forløb. Der har dog også løbende vist sig behov for justeringer af pakkeforløb, både ved ny viden af betydning for klinisk praksis og for at sikre den enkelte patient et forløb, der er målrettet dennes behov. Samtidig har der også været behov for at sikre, at pakkeforløbene understøtter en rationel klinisk adfærd. Eksempler på justeringer af pakkeforløb i de senere år har fx været indførelsen af differentierede pakkeforløb ved prostatakraft for at tage højde for tilbud om nervebesparende kirurgi, og justering af indgangen til pakkeforløb for kræft i urinvejene for at tage højde for unødvendige henvisninger til udredning for usynligt blod i urinen.

Forløbstiderne i pakkeforløb er standardforløbstider, som fastlægges ud fra ensartede kriterier på tværs af kræftformer og ud fra faglige hensyn, således at der ikke optræder ventetider, der ikke er fagligt velbegrundede. Tiden har dog ikke samme betydning for prognose for alle sygdomme, ligesom patienter er forskellige. For langt de fleste patienter er det dog meget væsentligt, at der sker

<sup>101</sup> Jensen. Diagnostic intervals before and after implementation of cancer patients pathways – a GP survey and registry based comparison of three cohorts of cancer patients. BMC Cancer 2015; 15: 308.

en hurtig afklaring af, om de har kræft, og at der hurtigt foreligger en plan for den videre behandling.

Den prognostiske betydning af tid til påbegyndt behandling varierer mellem forskellige kræftsygdomme og for forskellige typer og stadier indenfor den enkelte kræftsygdom.

De enkelte patienter kan have forskellige præferencer for, hvor hurtigt og hvor aktivt man ønsker, at udrednings- og behandlingsindsatsen skal være. De nuværende pakkeforløb, og det store fokus på høj målopfyldelse ift. standardforløbstider, kan give plads for en række uhensigtsmæssigheder ift. at give plads til differentiering i forhold til den enkeltes præferencer og individuelle sygdomsbillede. Uhensigtsmæssigheder kan fx være, hvis der ordineres for mange og irrelevante undersøgelser for at overholde tidsfrister, eller hvis en operationsdato fremskyndes på bekostning af kontinuitet og kvalitet. Andre uhensigtsmæssige konsekvenser af et for stramt fokus på målopfyldelse kan være utilstrækkelig fokus på at behandle komorbiditet, forbedre ernæringstilstand eller rygestop før operation.

Pakkeforløbene skal ses i sammenhæng med opfølgingsprogrammerne, således at der sikres et sammenhængende forløb for patienten. Der er derfor væsentligt, at der samles op på erfaringerne med implementering af de nye opfølgingsprogrammer for kræft mhp. at sikre sammenhængen til kræftpakkeforløbsbeskrivelserne.

Organiseringen i kræftpakkeforløbene, herunder indførelsen af multidisciplinære team konferencer (MDT), har betydet en større ensartethed i udredning og behandling af kræftsygdomme. Der er generelt konsensus om, at MDT-konferencer har betydet et kvalitativt løft mhp. at sikre, at den enkelte patient får et mere ensartet og kvalificeret behandlingstilbud end tidligere. Der er for nyligt udsendt en vejledning for tilrettelæggelse af MDT-konferencer<sup>102</sup>, som kan medvirke til en yderligere forankring. MDT-konferencer er endnu ikke fuldt implementeret på alle hospitaler, hvilket bl.a. kan skyldes manglende tilførsel af ressourcer til området og manglende speciallæge-ressourcer inden for udvalgte specialer.

For at sikre ensartethed i behandling af kræft på tværs af landet og for at fremme behandlingspotentialer indenfor alle kræftformer, er det nødvendigt med landsdækkende kliniske retningslinjer, der kommer med anbefalinger til, hvilken behandling patienterne skal tilbydes med henblik på at opnå det største potentiale for overlevelse, livskvalitet m.v. Solide kliniske retningslinjer, baseret på den bedste evidens og udarbejdet med anerkendte metoder, vil være med til at udfordre faglige miljøer, som fastholder forskellige lokale traditioner og behandlingsprincipper, og kan dermed mindske regionale variationer i behandlingen.

På kræftområdet er det hovedsagligt de sygdomsspecifikke DMCC'er, der udarbejder retningslinjer for udredning og behandling for de enkelte kræftsygdomme. DMCCs kliniske retningslinjer er dog ikke opbygget ensartet på tværs af cancergrupperne, de opdateres ikke i faste kadencer og

---

<sup>102</sup> Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT konferencer. København: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCC), februar 2016.



der anvendes ikke systematiske metoder til evidensvurdering som fx brug af metoderne, GRADE, AGREE og ADAPTE.

Sundhedsstyrelsen har indenfor enkelte kræftformer, herunder hjernemetastaser<sup>103</sup> og rehabilitering efter brystkræft<sup>104</sup> udarbejdet nationale kliniske retningslinjer (NKR) som følger GRADE-metoden. Ift. medicinsk behandling udarbejder RADS en række behandlingsvejledninger.

Det er centralt at sikre, at den rette ekspertise til en given behandling er til stede for at sikre den nødvendige kvalitet i behandlingen. Samling og specialisering af behandlingen kan være en måde at sikre ekspertisen til behandling af en specifik kræftsygdom på. Eksempelvis er det fremadrettet en udfordring at sikre ekspertisen til behandling af livmoderhalskræft, som er en forholdsvis sjælden sygdom, hvor incidensen har været faldende. Der er derfor løbende behov for at vurdere, om der skal ske en yderligere samling af den specialiserede behandling indenfor en række kræftområder, således at de behandlende afdelinger har et patientvolumen, der er stort nok til at opretholde ekspertisen på højeste faglige niveau samt til fortsat at kunne videreudvikle behandlingen. Sundhedsstyrelsen varetager denne vurdering i regi af specialeplanlægningen. Det er samtidigt vigtigt at sikre den klinisk funderede kræftforskning, således at udgangspunktet hele tiden er, at specialiseret kræftbehandling varetages i faglige miljøer, der også er forskningsaktive.

De kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet er i de senere år blevet mere veletablerede og kan i stigende grad bruges til kvalitetssikring og planlægning af indsatsen. Databaserne er imidlertid langt fra fyldestgørende ift. at sikre en systematisk vurdering af behandlingskvaliteten bredt indenfor kræftområdet, således har mange databaser primært fokus på korttidsopfølgning efter primær kirurgisk behandling. For en række af de kliniske kvalitetsdatabaser har der samtidig været faglige uenigheder om data, og der har ikke i tilstrækkelig grad været taget konsekvens af data.

Reduktion i forekomsten af komplikationer i forbindelse med behandlingen af kræft er væsentlig for at opnå gode behandlingsresultater. Personer, der ryger, oplever flere komplikationer i forbindelse med operation end personer, der ikke ryger, eller er stoppet med at ryge mindst 6 uger før operationen<sup>105</sup>. Rygning øger risikoen for komplikationer generelt, herunder fx sår- og vævskomplikationer og lungekomplikationer. Ca. halvdelen af patienter med hoved- og halskræft i Danmark ryger på diagnosetidspunktet, og tobaksrygning, specielt i forbindelse med stråleterapi, reducerer overlevelsen hos disse patienter.

### 8.3.1 anbefalinger

Pakkeforløb for kræft har været en succes, men bør løbende justeres for at tage højde for faglige og organisatoriske udviklinger. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for at gennemgå udvalgte pakkeforløb, særligt på områder, hvor der ses uhensigtsmæssigheder eller der er sket faglige udviklinger, som tilsiger justeringer. De enkelte pakkeforløb bør bl.a. gennemgås mhp. muligheden for en differentieret tilgang til forløbstider, herunder med hensyn til individuelle prognostiske forhold,

103 National klinisk retningslinje for behandling af hjernemetastaser. København: Sundhedsstyrelsen 2014.

104 National klinisk retningslinje for følgevirkninger efter operation for tidlig brystkræft. København: Sundhedsstyrelsen 2015.

105 Alkohol, rygning og postoperative komplikationer. København: Sundhedsstyrelsen 2012.

præferencefølsomme valg ift. behandlingsniveau og muligheden for planlægning af hensigtsmæssige forløb.

Ved gennemgangen af pakkeforløbene bør der desuden være fokus på at præcisere kriterier og rammer for drøftelse af patientforløb ved MDT-konferencer, således at MDT anvendes mere systematisk og hensigtsmæssigt under hensyntagen til både patienters behov og relevant anvendelse af speciallægeressourcer. For udvalgte kræftformer kan der være særlige forhold der tilsiger, at konkrete patientforløb med fordel kan drøftes ved en national (virtuel) MDT-konference, eksempelvis ved visse tilfælde af kræft i bugspytkirtel, spiserør og mavemund, hjernen og endetarmsåbningen. Med national MDT-videokonference vil der særligt, hvor der er regionale forskelle, være mulighed for kvalitetsforbedring.

Kvaliteten af de kliniske retningslinjer, der udvikles af DMCG'erne, bør udvikles ved at sikre, at de er opdaterede og metodemæssigt solide på tværs af sygdomsområder, og der bør derfor udarbejdes en række principper for udarbejdelse af disse.

For at øge kvaliteten af udredning og behandling vurderes det væsentligt, at der skabes en mere systematisk tilgang til anvendelse af databasernes resultater med henblik på, at kvalitetsudfordringer og forskelle i behandlingstilbud identificeres, analyseres i dybden og at der identificeres mulige løsninger herpå. Der ses et behov for, at der på nationalt niveau sikres forankring ift. identificering og løsning af udfordringer med regionale variationer og varierende kvalitet på kræftområdet.

Der ses et særligt behov for, at den forebyggende og rehabiliterende indsats styrkes i forhold til patienter, der modtager strålebehandling for kræft i hoved og hals.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

#### **G1. Udvalgte pakkeforløb bør gennemgås med fokus på bl.a. opdatering af det faglige indhold, anbefalinger for præferencefølsomme valg og præcisering af forhold vedr. MDT-konferencer**

Mennesker, der rammes af kræft, skal fortsat sikres hurtig udredning og behandling i veltilrettelagte pakkeforløb, hvor tiden i de enkelte dele af forløbet fastlægges ud fra faglige kriterier. Der er behov for, at udvalgte forløb justeres, således at de i endnu højere grad imødekommer behovet for gode forløb. Initialt revideres udvalgte pakkeforløb, eksempelvis prostatakræft og brystkræft med fokus på opdatering af de faglige anbefalinger for de enkelte dele af patientforløbet, herunder, hvor relevant, en faglig differentiering af indgange og forløb, et øget fokus på håndtering af patienter med komorbiditet samt anbefalinger vedr. præferencefølsomme valg. Nyere viden og evidens bør inddrages, herunder, hvor relevant, evidens der kan underbygge tærskler for udredning og standarder for diagnostisk gevinst. Hvor relevant, præciseres kriterier og rammer for drøftelse af patientforløb ved MDT-konferencer og evt. behov for drøftelse af særligt udvalgte patientforløb ved national MDT-konference. Gennemgangen af pakkeforløbene skal samtidig have fokus på rationel klinisk adfærd. Erfaringerne fra implementering af opfølgingsprogrammer inddrages hvor relevant, fx med fokus på beskrivelse af anbefalinger til sikring af kontinuiteten ved patientens overgang fra sygehus til primær sektor, herunder patientens første besøg hos egen læge efter udskrivelse fra sygehus. På baggrund af erfaringer med revisionen af udvalgte pakkeforløb vurderes behovet for senere at gennemgå alle pakkeforløb.

## **G2. Kvaliteten af de landsdækkende kliniske retningslinjer for behandling af kræft bør udvikles og sikres**

Kræftpatienter skal kunne stole på, at de får en ensartet behandling af høj kvalitet på tværs af landet. Det er derfor væsentligt, at kliniske retningslinjer er opdaterede, relevante og baserede på bedste viden. I regi af DMCG bør der udvikles en model, der skal sikre, at retningslinjerne udarbejdes efter god praksis for håndtering af evidens, at de opdateres regelmæssigt og ved behov, og at de fremstår ensartet på tværs af sygdomsområder. Dette kan bl.a. ske ved at definere format for retningslinjerne, beskrive principper for evidensvurdering og faste intervaller for opdatering m.v.

## **G3. Analyser af data for udvalgte kræftsygdomme bør bruges mere systematisk til at sikre kvalitet og ensartet behandling**

Kræftpatienter skal kunne stole på, at der gøres en indsats for at løse kvalitetsproblemer og u hensigtsmæssige forskelle i behandlingstilbud på tværs af landet. For at sikre højest mulig kvalitet til gavn for patienterne bør der være et stabilt og vedvarende fokus på systematisk brug af data, og at der følges op på eventuelle kvalitetsmæssige problemer. Der findes i dag ikke et nationalt forum, der systematisk følger op på data fra kvalitetsdatabaser, landspatientregister og patienttilfredshedsundersøgelser. Dette giver udfordringer i forhold til at sikre rettidig justering af nationale kvalitetsproblemer og regionale forskelle. Det foreslås derfor, at der etableres et forum for fagfolk, regionale og nationale myndigheder med henblik på en løbende vurdering af tilgængelige data og opfølgning herpå. Internationale standarder bør inddrages hvor relevant. Der bør løbende afrapporteres til Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft og styrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

## **G4. Der bør sikres systematiske tilbud om hjælp til rygestop til alle kræftpatienter**

Patienter, der skal have behandling for en kræftsygdom, bør have hurtig hjælp til at holde op med at ryge, da det vil forbedre deres prognose. Der bør arbejdes målrettet for, at både henvi-sendende læge i praksis og personalet på sygehuset sikrer, at alle kræftpatienter, der ryger, modtager et tilbud om hjælp til rygestop 6-8 uger inden operation for at mindske risikoen for komplikationer. Selve rygestopforløbet skal kunne igangsættes hurtigt og det kan med fordel ske i samarbejde med Stoplinien eller med patientens hjemkommune.

## 8.4 Øgede kompetencer

Udviklingen inden for diagnostiske metoder og behandling har været betydelig inden for mange specialer. Det betyder, at der stilles store krav til, at den enkelte læge løbende opdaterer sin viden og sine kompetencer. Derudover er der et stigende behov for, at udvalgte speciallæger efteruddannes inden for nogle særlige områder i patientforløbet. Samlet set er der sket en øget specialisering inden for de enkelte specialer, og udviklingen i sundhedsvæsenet går desuden mod en samling på større og færre sygehuse.

Speciallæger gennemgår i dag en mere fokuseret uddannelse, hvor lægens karrierevej er blevet mere fokuseret på erhvervelsen af speciallæge-ankendelsen, og hvor viden og kompetencer både skal udvikles og vedligeholdes, før og efter speciallæge-ankendelse er opnået. Der er, med få

undtagelser, ikke fastlagt mål og planer for den uddannelse og de kompetencer, speciallægerne bør erhverve sig gennem efteruddannelsen.

En række specialer har gode erfaringer med systematisk faglig efteruddannelse indenfor mindre fagområder. Eksempelvis har specialet anæstesiologi i en del år arbejdet systematisk med efteruddannelse af speciallæger inden for fagområder som fx intensivbehandling, thoraxanæstesi og børneanæstesi, bl.a. med inddragelse af europæiske kompetencebeskrivelser og -vurderinger, krav om ansættelse på sygehuse med regions- og højtspecialiserede funktioner og andet. Tilsvarende erfaringer er gjort inden for specialer og fagområder som pædiatri, kolorektal kirurgi, gynækologi og obstetrik, neurologi og ortopædkirurgi, med krav om bl.a. udlandsophold, videnskabelig produktion m.v.

Flere regioner, bl.a. Region Midtjylland, Nordjylland og Hovedstaden, har også gjort konkrete erfaringer med samarbejde om organisering af systematisk efteruddannelse af danske kirurger inden for fx laparoskopisk kolorektalkirurgi. Efteruddannelse er bl.a. sket via udlandsophold ved udenlandsk sygehusafdeling, som er førende inden for den pågældende teknik, eller som en kombination af et udenlandsk fokuseret ophold efterfulgt af besøg af udenlandsk ekspert på hjemafdeling.<sup>106</sup>

#### 8.4.1 anbefalinger

Der er et generelt behov for at se på, hvordan man sikrer kvaliteten af den lægelige efteruddannelse efter speciallægeniveau, og i den forbindelse et behov for at se på uddannelserne inden for specialernes fagområder og deres placering på efteruddannelsesområdet.

I forhold til udredning og behandling af patienter med kræft er der således et stigende behov for, at speciallæger efteruddannes inden for særlige områder i patientforløbet, eksempelvis ved komplicerede kirurgiske procedurer.

Det bør sikres, at der sker en systematisk og struktureret kompetenceudvikling af kommende og nuværende speciallæger, der skal være eksperter i behandling af kræft. Med et ensartet nationalt fundament vil der være mulighed for at opnå sundhedsfaglig, organisatorisk og patientoplevels kvalitet.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefaling:

##### **H1. Der bør afprøves modeller for systematisk kompetenceudvikling af udvalgte speciallæger på ekspertniveau**

Kræftpatienter, der skal opereres, skal kunne stole på, at det kirurgiske personale har de nødvendige faglige kompetencer. Indenfor 2-3 kræftkirurgiske områder afprøves en model for systematisk og struktureret kompetenceudvikling, der beskrives i samarbejde mellem videnskabelige selskaber, sundhedsmyndigheder og regioner. Ekspertuddannelserne bør være på internationalt niveau. Som en del af modellen beskrives principper for dimensionering af disse ekspertuddannelsesforløb. Det er hensigten, at erfaringerne fra afprøvningen skal anvendes på de øvrige kirurgiske områder, men også at ekspertuddannelsesforløb skal udbredes indenfor øvrige lægefaglige specialer, der behandler patienter med kræft. Det bør, på baggrund af erfaringer

<sup>106</sup> Fagligt oplæg til skånsomme former for kirurgisk behandling af kræft. København: Sundhedsstyrelsen, august 2015.

ger, undersøges nærmere, hvilke muligheder og begrænsninger, der ligger i indførelse af en mere systematisk og omfattende fagområdeuddannelse, ligesom det bør drøftes nærmere, hvordan arbejdsdelingen mellem læger, sygehuse, regioner, videnskabelige selskaber, Sundhedsstyrelsen m.fl. i denne sammenhæng bør være.

## 8.5 Bedre rehabilitering og palliation

Andelen af mennesker med kræft, som overlever en kræftsygdom er steget. Samtidig lever patienter, der ikke kan tilbydes kurativt intenderet kræftbehandling, generelt længere med kræftsygdommen. Der er derfor et stigende behov for indsatser, der forbedrer funktionsevne og øger livskvalitet. Samtidigt kan nye og mere effektive behandlinger have skadevirkninger, som kan øge risikoen for senfølger.

Rehabilitering defineres af WHO som indsatser, der kan sætte den enkelte person i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Behovet for rehabilitering er individuelt og afhænger bl.a. af kræftform, sygdomsudbredelse, bivirkninger, senfølger, livsstil, komorbiditet, fysisk, psykisk og social funktionsevne, tilknytning til arbejdsmarkedet samt individuelle værdier, præferencer og mål.

Nogle kræftpatienter vil allerede på diagnosetidspunktet have et tab af funktionsevne, mens andre, i forbindelse med behandlingen og eventuel progression af sygdommen, er i risiko for at udvikle dette. Sigtet med rehabiliteringsindsatsen kan derfor være af såvel genoptrænende som forebyggende og sundhedsfremmende karakter.

Der foreligger ikke samlede nationale oversigter over patienters anvendelse af kommunal rehabilitering eller sygehusenes rehabiliteringsindsatser. Undersøgelser anslår, at mere end 40 % af nydiagnosticerede kræftpatienter har behov for en rehabiliteringsindsats i en eller anden form. I 2007 blev der registreret 3.736 genoptræningsplaner udskrevet til kræftpatienter, og i 2013 blev der registreret 6.127. Det betyder, at 12 % af alle patienter med kræft fik en genoptræningsplan i 2007, mens 18 % modtog en genoptræningsplan i 2013. Det skal dog samtidig understreges, at både sygehus og egen læge også kan henvise til kommunal rehabilitering ved anvendelse af en elektronisk henvisning (REF01) eller ved almindelig korrespondancemeddelelse. Samlet set tyder det dog på, at ikke alle med behov for genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse modtager et relevant rehabiliteringstilbud.

Som en del af sundhedsaftalen har alle kommuner og hospitaler forpligtelse til at benytte SOFT-portalen, hvor fagpersoner og patienter kan få overblik over eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud. Denne oversigt giver imidlertid ikke et indblik i kvaliteten af de enkelte tilbud, og disse beskrives heller ikke ensartet på portalen. Kulturelle barrierer og utilstrækkelige kompetencer kan bidrage til at fastholde ulighed i, hvordan patienter tilbydes indsatser ved rehabilitering.

Der er behov for at kortlægge rehabiliteringsindsatserne både i primær- og i sekundærsektoren, og udvikle nye former for indsatser, der i højere grad svarer til målgruppens præferencer og behov.

Fx kan mænds motivation for at deltage i rehabilitering styrkes ved, at de er sammen med andre mænd, og at indholdet i indsatsen er struktureret, hvilket de finder meningsfuldt<sup>107</sup>.

Erfaringer på området peger på, at der er behov for særligt fokus på udvikling af rehabiliteringsindsatser rettet mod patienter med betydelig morbiditet, komplekse problemstillinger og senfølger til kræftsygdom. Eksempler på sådanne områder er:

- Dysfagi hos patienter med kræft i spiserør, hals og mundhule
- Komplekse diætetiske behov hos patienter med kræft i fx spiserør, mavesæk og bugspytkirtel
- Omfattende tandproblemer hos patienter med hals- og mundhulekræft
- Multisygdom hos kræftpatienter i rehabiliteringsforløb
- Senfølger til kræftsygdom og behandling for kræftsygdom
- Patienter med hjernetumor og støtte til deres pårørende
- Mænd med urininkontinens og erektil dysfunktion efter operation for prostatakræft

Af disse kan særligt to områder med udfordringer fremhæves:

Cirka 30 % af kræftpatienter oplever vægttab i forbindelse med deres sygdom, og underernæring kan reducere overlevelsen ved kræft. Kræftpatienter har generelt behov for specifikke indsatser målrettet underernæring og nedsat appetit, mens patienter med svære og komplekse problemstillinger kan have behov for en særlig indsats, fx patienter med forskellige former for dysfagi (synkebesvær) som følge af sygdom og behandling. Komplekse diætetiske problemstillinger er i stigende grad flyttet fra sygehus til kommunerne. En opgørelse fra Københavns Kommune har vist, at 36 % af kræftpatienter modtog individuel vejledning ved diætist som led i den kommunale rehabilitering, og at den hyppigste årsag var utilsigtet vægttab. Ernæringsindsatsen er oftest et individuelt tilbud, men kan suppleres med gruppebaseret undervisning og køkkenaktiviteter ved behov for praktiske eksempler og erfaringsudveksling.

Patienter med hals- og mundhulekræft får ofte omfattende tandproblemer, og mange har allerede før, de skal i behandling for deres kræftsygdom, en dårlig tandstatus. Strålebehandling kan nedsætte spytksekretion, hvilket kan give risiko for sygdom i tand og mundhule. Mange af patienterne får desuden dysfagi, infektioner i slimhinderne, skrøbelige kæbeknogler og smuldrende tænder. Patientgruppen har et særligt behov for tidligt indsættende systematisk forebyggende tandpleje. Tilbuddet under sundhedslovens § 166 er ofte ikke tilstrækkeligt til denne målgruppe, der kan have vanskeligt ved at finde ressourcer til at ansøge om tilskud og søge behandling hos tandlæge med specialiserede kompetencer. Dertil kommer, at nogle kræftpatienter kan have komplekse odontologiske problemstillinger og senfølger som fx nedsat evne til at åbne munden, hvilket medfører, at tandbehandling mest hensigtsmæssigt foretages af tandlæger med særlig kompetence på området.

Palliative indsatser defineres af WHO som indsatser, der skal fremme livskvalitet hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at fore-

<sup>107</sup> Mænd og kommunal rehabilitering. København: Center for Kræft og Sundhed København (CKSK), 2015.

bygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af fysisk, psykisk, social og åndelig karakter.

En palliativ indsats er tværfaglig og varetages i et samarbejde mellem relevante fagpersoner, den syge og de nærmeste pårørende. Palliative indsatser kan gives på både specialiseret niveau (hospice, palliative teams og palliative afdelinger) og basalt niveau (hospitaller, kommunal hjemmehjælp, plejecentre og almen praksis m.v.). Den palliative indsats bør tilrettelægges ud fra den syges ønsker og behov for lindring og med udgangspunkt i, at indsatsen også omfatter pårørende. Den palliative indsats inddeles i en tidlig palliativ fase, en sen palliativ fase og en terminalfase.

Kræftpatienter kan på henvisningstidspunktet til rehabilitering være diagnosticeret med uhelbredelig kræftsygdom og være i tidlig eller sen palliativ fase, eller kræftsygdommen kan progrediere undervejs i rehabiliteringsforløbet. Man skal derfor gennem hele patientens forløb være opmærksom på udvikling af eller tilbagefald af kræftsygdommen, hvilket kan medføre behov for kontakt til det basale eller specialiserede palliative niveau eller behov for information om orlov i relation til alvorlig sygdom og terminale forløb.

Formålet med rehabiliteringsindsatsen i den palliative fase vil være vedligeholdelse af funktionsniveau eller udskydelse af en uundgåelig funktionsnedsættelse, og fortsat at give patienten håb og tryghed, således at aktiviteter og deltagelse i hverdagslivet bevares i det omfang, det er muligt. Der er således et stort overlap mellem rehabilitering og palliation, og indsatsen kan fx bestå af differentieret træning på hold afhængigt af funktionsniveau, vejledning omkring hjemmetræning, individuelle diætiske vejledninger med fokus på optimering af kostindtag og lindring af måltidsrelaterede gener, rådgivning ved psykosociale udfordringer og social isolation, hjælp til at navigere i det samlede sundhedsvæsen og socialvæsen samt støtte til pårørende.

Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre kvaliteten af den palliative indsats, både i kommuner, på sygehus og i almen praksis. Ca. 24 % dør inden for det første år efter en kræftdiagnose, og yderligere 15 % dør indenfor de følgende 2-5 år. For størstedelen af disse patienter er kræftsygdommen uhelbredelig på diagnosetidspunktet. Det kræver, at de sundhedsprofessionelle skal være opmærksomme på, om patienterne har behov for en palliativ indsats allerede fra diagnosetidspunktet, og jævnligt i forløbet vurdere om der skal iværksættes en eller flere indsatser. Det er væsentligt, at både fagpersoner, patienter og pårørende informeres om og erkender, at en palliativ indsats kan ske parallelt med en behandling, som er målrettet selve kræftsygdommen.

Palliativ indsats er således ikke kun en indsats, der retter sig mod personer, som er i de sidste uger og dage af livet.

Undersøgelser peger på, at 70-80 % af danske kræftpatienter ønsker at have deres sidste tid i eget hjem, men reelt dør 55 % på hospitalet. Der er derfor behov for at fokusere indsatsen på, hvordan

patienternes ønsker i højere grad kan imødekommes og på at yde en indsats af høj kvalitet, såvel på sygehuset som i patientens hjem.

Sundhedspersoner på sygehuse kan have berøringsangst overfor at spørge ind til patienternes ønsker for den sidste tid<sup>108</sup>. Der kan mangle afstemning af forventninger, og langt fra alle kræftpatienter tilbydes åben indlæggelse, hvor det kan være relevant. I primærsektoren mangler man informationen om anvendelse af åbne indlæggelser, og man oplever generelt utilstrækkelig kommunikation på tværs af sektorer.

De fem regioner har udviklet hvert sit redskab til vurdering af behov for rehabilitering og palliation, som er ved at blive implementeret. Regioner og kommuner peger på, at disse skemaer bør benyttes, indtil der er udviklet et behovsvurderingsskema, der kan benyttes på tværs af alle regioner og kommuner mhp. at styrke en ensartet høj kvalitet til patienter og pårørende.

### 8.5.1    **Anbefalinger**

Både rehabilitering og palliation omhandler livskvalitet og funktion. Der er behov for en målrettet indsats, der skal styrke opmærksomheden omkring kræftpatienters behov for rehabilitering og/eller palliation og sikre, at behovene imødekommes med relevante tilbud. Indsatsen skal målrettes både primær- og sekundærsektoren, og i særdeleshed have opmærksomhed på at sikre indsatser for rehabilitering og/eller palliation i patienternes overgange mellem de to sektorer.

Indsatserne kan fx rettes mod træthed, seksualitet, dysfagi og ernæring, som kan kræve særlige kompetencer, henvisningsgrundlag og behov for specialisering. Der kan være tale om specifikke tilbud til patienter med bestemte kræftlidelser, fx mænd, der er opereret for prostatakræft og har behov for rehabilitering med fokus på kontinens og seksualliv, eller kvinder, der er opereret for brystkræft, og som har behov for rehabilitering med fokus på overekstremitetsfunktion.

Der er brug for at vurdere hvilke behov for kompetenceløft, der er blandt de sundhedsprofessionelle i både den kommunale og den regionale indsats, og i hvilket omfang der skal henvises til indsatser på specialiseret niveau.

Der er behov for at skabe større klarhed om de mest hensigtsmæssige principper og metoder for henvisning, ligesom der kan være behov for at beskrive hensigtsmæssig opgavefordeling mellem kommune og region vedr. specialiserede rehabiliteringstilbud, herunder også ved sjældne og komplicerede senfølger.

Erfaringer fra såvel kommuner som regioner peger på et behov for at styrke den palliative indsats. Den regionale rådgivningsforpligtigelse fra det specialiserede palliative niveau er etableret i alle fem regioner, men det er uklart i hvilket omfang disse rådgivninger imødekommer de eksisterende behov. Der er fortsat behov for at udvikle samarbejdsmodeller mhp. at styrke den basale palliative

<sup>108</sup> Patientsikkerhed ved åbne indlæggelser med palliative behov – udfordringer set med sundhedsprofessionelle øjne. København: Kræftens Bekæmpelse, marts 2016.



indsats i kommunerne og på hospitalsafdelinger. Ligeledes bør det sikres, at der foretages tidlig og rettidig afklaring af, hvor mennesket med kræft ønsker at tilbringe sin sidste tid.

Samarbejdet mellem specialiserede og basale palliative niveauer bør styrkes, med særligt fokus på afklaring af visitation, erfaringsudveksling og kompetenceudvikling. Disse tiltag kan fx styrkes ved at fokusere på palliative indsatser i både sundheds- og sygehusplaner samt ved, at ledelser på alle niveauer sikrer organisatoriske rammer og overordnet politik på området.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

### **11. Rehabilitering og palliative indsatser til mennesker med kræft bør styrkes ved at beskrive faglige rammer og standarder for organisering, behovsvurdering, henvisning og indsatser**

Mennesker med kræft bør sikres ensartede og fagligt gode tilbud om rehabilitering på tværs af landet og til alle målgrupper. Kommunerne er i gang med at opbygge basal rehabilitering med bl.a. fysisk træning, ernæringsindsats<sup>109</sup> og psykosocial indsats. Med udgangspunkt i en opdatering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats og forløbsprogram for rehabilitering og palliation fra hhv. 2011 og 2012 beskrives principper for henvisning og opgavefordeling samt standarder for de forskellige indsatser, herunder krav til borgergrundlag, organisering og kompetencer, der skal være til stede for at yde forskellige rehabiliterende indsatser. Efterfølgende bør standarderne implementeres. Som led i arbejdet vurderes muligheden for at indføre et eller flere redskaber for behovsvurdering på nationalt niveau. I arbejdet bør der være et særligt fokus på udvikling af rehabiliteringsindsatser rettet mod patienter med betydelig morbiditet, komplekse problemstillinger og senfølger til kræftsygdom, herunder patienter med sjældne og komplekse senfølger, patienter med særlige diætetiske problemstillinger og tandproblemer hos patienter med hoved-hals-kræft.

### **12. Der bør i relevant omfang sikres kompetenceløft for det personale, der skal vurdere behov for rehabilitering og palliation, og som skal varetage indsatserne på ikke-specialiseret niveau**

Flere mennesker med kræft bør tilbydes rehabilitering og palliativ indsats, men udfordringen er at identificere de rette mennesker og de rette indsatser. Der er behov for at styrke personalets kompetencer på tværs af sektorer, både i forhold til 'at tænke' rehabilitering og palliation ind som muligheder i forløbene og i forhold til selve indsatsernes indhold.

### **13. Den basale palliative indsats bør styrkes**

De fleste mennesker med kræft, der har behov for en palliativ indsats, findes på det basale niveau på både sygehuse, kommuner og i praksis. Faglige færdigheder og kulturer bør udvikles, så behovet for palliative indsatser identificeres og drøftes, når det er relevant, ikke når det er for sent. Dette vil styrke patienters og pårørendes oplevelse af sammenhæng i forløbet. En overordnet organisering, der skaber rammer for denne kultur, med tilhørende kompetenceudvikling, bør ske i tæt samarbejde med det specialiserede palliative niveau.

<sup>109</sup> Sundhedsstyrelsen anvender begrebet 'ernæringsindsats' som en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet. Termen 'diætbehandling' er typisk målrettet patienter, herunder borgere med kronisk sygdom, mens 'kostvejledning' typisk er målrettet raske. Diætbehandling omfatter elementer som individuel identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov og ernæringsplan, individuel handling ('diætvejledning'), monitorering, evaluering og opfølgning samt dokumentation af alle led i indsatsen. Kostvejledning omfatter vejledning om de officielle kostråd, herunder sunde mad- og måltidsvaner, der suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for den specifikke patientgruppe.

## 9. Bedre sammenhæng og inddragelse

Den tiltagende specialisering og centralisering i sygehusvæsenet, kombineret med flere ambulante kontakter og kortere indlæggelser, kan udfordre mulighederne for at sikre sammenhængende forløb på grund af mange skift og overgange. Dertil kommer, at ca. hver tredje kræftpatient har anden samtidig sygdom (komorbiditet)<sup>110</sup>, som kan komplicere behandlingsforløbet, og som stiller krav til koordination på tværs af de involverede specialer og fagpersoner.

Udfordringerne relateret til det sammenhængende forløb for mennesket med kræft knytter an til information og kommunikation (både mundtlig og skriftlig, og både mellem fagfolk og med mennesket med kræft), til relation (mødet mellem den enkelte og fagfolkene, herunder antallet af personer involveret) samt rammer og organisering (herunder planlægning og koordinering af forløbet for det enkelte menneske med kræft).

Mennesker med kræft skal have hurtig og korrekt diagnostik, behandling og opfølgning, samtidig med at de løbende får at vide, hvad der foregår og hvorfor. Sundhedsvæsenets indsats bør tage udgangspunkt i det enkelte menneske med kræft. Derfor skal mennesket med kræft og de sundhedsprofessionelle fra første kontakt udveksle viden og holdninger, således at mennesket med kræft deler oplysninger om behov og præferencer, mens de sundhedsprofessionelle deler erfaring og faglig ekspertise. Med det som udgangspunkt kan man samme tage vigtige og individuelt tilpassede beslutninger undervejs i behandlingsforløbet og ved afslutningen af livet.

Det er afgørende, at mennesket med kræft på alle tidspunkter i forløbet har mulighed for at få et samlet overblik over, hvad der skal ske, hvornår og hvorfor. Det er en fordel, hvis dette samlede overblik også rummer grundlæggende oplysninger om personenes baggrund, sygdom, behov og præferencer, sammen med relevante kontaktoplysninger, inkl. tidspunkter for evt. kontakt til alle relevante enheder og/eller patientens forløbskoordinator. Det vil dels kunne øge personens oplevelse af sammenhæng og dels understøtte de sundhedsprofessionelles overblik og samarbejde samt synliggøre hvem, der har ansvar for hvilke dele af forløbet.

Mennesker med kræft og deres pårørende skal inddrages som aktiv ressource, så forløbet fortsat er effektivt, men i højere grad tilpasses den enkeltes livssituation og ønsker<sup>111</sup>. Det er en udfordring at kunne imødekomme både den stærke patient, som kan og vil tage et medansvar, og samtidig støtte patienten med færre ressourcer, som ud over kræft måske har andre sygdomme, misbrug og/eller savner et socialt netværk. Patienter og pårørende skal opleve at møde et behandlingssystem, som er velorganiseret, og som tager udgangspunkt i den enkelte patient.

Alt for ofte oplever mennesker med kræft eller deres pårørende, at de selv må tage ansvaret for, at deres behandlingsforløb er sammenhængende og koordineret. Mange patienter oplever en "sygdomscentreret tilgang" fremfor en "patientcentreret tilgang" til forløbet, og at det ikke er én enkelt læge, der har ansvaret for deres behandling på sygehuset. Fravær af kontinuitet i forhold

<sup>110</sup> Sammenhæng mellem komorbiditet og behandling indenfor standardforløbstiderne i pakkeforløb for kræft. København: Statens Serum Institut, Afdeling for Sundhedsanalyser, oktober 2015.

<sup>111</sup> Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.

til de sundhedsprofessionelle, der er omkring patienten, kan betyde, at eventuelle ændringer i patientens reelle tilstand, af såvel fysisk, psykisk som social karakter i mindre grad opdages, hvilket øger risikoen for fejl eller uhensigtsmæssige forløb.

Ofte er der flere aktører involveret i et forløb, som samlet forsøger at afhjælpe patientens problemstillinger og sikre vejen gennem de mange enheder uden kvalitetsbrist undervejs. Men sjældent har én af disse aktører et overordnet ansvar på tværs, både ift. behandling og den samlede koordinering, hvilket der fremadrettet bør fokuseres på, særligt af hensyn til patienterne, men også under hensyntagen til systemets samlede ressourcer.

Snitfladen mellem hospitalets opgaver og kommunens rehabiliteringsopgave er ikke klart defineret i forløbsprogrammerne, hvilket betyder, at der fx er forskel på, hvornår borgere tilbydes ernæringsindsats i kommunen, og hvornår det foregår på hospitalet. Ydermere er der udfordringer knyttet til, at der ikke anvendes samme dokumentationssystem på tværs af sektorer, og dermed er der ikke mulighed for direkte deling af information. Der er forskellige tilbud i kommunerne, og sygehusene mangler ofte kendskab til tilbuddene i kommunerne.

Der opleves ligeledes en manglende gennemsikuelighed og forventningsafstemning i forbindelse med overgange, idet den henvisende enhed kan stille patienten noget i udsigt, som den modtagende enhed ikke kan leve op til – med andre ord, man lover noget på systemets vegne, som næste trin måske ikke kan levere eller ikke er informeret om, er stillet patienten i udsigt.

Der sker en tiltagende ensretning og standardisering af de oplysninger, der registreres og udveksles i sundhedsvæsenet. Udviklingen i forhold til elektroniske patientjournaler, med foruddefineret tekst, afkrydsning og elektroniske henvisninger, baseret på skabeloner, og som visiteres centralt, betyder, at information om patienten som menneske ikke formidles eller registreres. Dette kan være information fra henvisende læge, som kender patienten gennem et langt forløb, information om patientens bekymringer og ressourcer, som oplyst fx i forbindelse med en forundersøgelse, og ændringer vedr. disse undervejs i forløbet. Der er brug for at sikre, at denne type information dokumenteres, at den deles på tværs af sektorer og afdelinger, samt at patienten sikres mulighed for at tilgå og forstå informationen.

## 9.1 Større sammenhæng og patientansvarlig læge

Patientansvarlig læge, behandlingsansvarlig læge og patientens team er forskellige begreber, der anvendes til at beskrive forskellige roller i sygehusvæsenet. Fælles for hensigten med disse roller er, at de skal være med til at sikre kontinuiteten i behandlingsforløbet, herunder ved overgange mellem afdelinger, sygehuse og sundhedspersoner samt være med til at sikre en god relation mellem patient og sundhedspersoner. Begreberne anvendes ikke ensartet på tværs af landet, men fælles for rollerne er en koordinerende funktion og en placering af et konkret ansvar for patientens forløb.

I Region Nordjylland anvendes eksempelvis betegnelsen behandlingsansvarlig læge om en læge, som har det behandlingsmæssige ansvar indenfor et givet speciale, herunder ansvar for udarbejdelse af behandlingsplan samt logistik og fremdrift i forløbet. Hvis det drejer sig om et kompliceret

forløb, hvor der indgår flere specialer på tværs af afdelinger, hospitaler eller sektionsgrænser, bliver den behandlingsansvarlige læge udpeget til også at være tværfaglig, patientansvarlig læge, som har det overordnede lægelige ansvar på tværs af specialerne, og som varetager patientforløbets samlede logistik og koordinering.

I et samarbejde mellem Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeforeningen og Yngre Læger har der været arbejdet med beskrivelse af en generisk model med en præcisering af begreber, roller og opgaver ift. den patientansvarlige læge m.v. Samtidigt har regeringen og regionerne indgået aftale om at indføre patientansvarlige læger på sygehusene fra 2017<sup>112</sup>.

Opgaver vedr. forløbskoordinering kan uddelegeres til en forløbskoordinator (sygeplejerske, sekretær o.l.) som via en stafetmetode sikrer, at ansvaret for forløbet overdrages ved skift mellem enheder/sektorer. Der er særlige udfordringer i forløb, hvor patienters behandlingsforløb går på tværs af flere enheder fx pga. komorbiditet, eller hvor komplekse behov hos patienten udfordrer sammenhængen, fordi der er behov for tilbud forskellige steder, evt. på tværs af sektorer. Ved komplekse forløb kan der være behov for udvidet forløbskoordination på tværs af enheder/sektorer.

Patientens team er tværfagligt og sammensættes så tidligt i forløbet som muligt. Patientens team skal omfatte de fagpersoner, som primært indgår i patientens behandling, herunder som minimum behandlings-/patientansvarlig læge og evt. forløbskoordinator samt patienten selv og dennes eventuelle pårørende. Øvrige fagpersoner fra sygehusvæsenet samt fra den primære sundhedssektor kan desuden indgå i teamet<sup>113</sup>.

### 9.1.1 Anbefalinger

Der kan være udfordringer forbundet med at binde speciallægetid til koordination, ligesom der kan være behov for at sikre forventningsafstemning i forhold til, at patienten ikke kan forvente at møde en behandlingsansvarlige læge ved alle kontakter. Det væsentligste sigte med indførelsen af den patientansvarlige læge er at forbedre læge/patient-relationen ved at skabe større rum for patientinddragelse i beslutningsprocessen og større tillid til, at der er én læge, som tager det overordnede ansvar for både den nuværende og fremtidige behandling. Det kan ikke forventes, at den patientansvarlige læge er til rådighed døgnet rundt, men den lokale arbejdstilrettelæggelse bør tilgodesee kontinuiteten i læge-patient forholdet videst muligt. Den patientansvarlige læge vil indgå i, og støtte sig til, et team, men teamet kan ikke erstatte den patientansvarlige læge. Det er

<sup>112</sup> Regeringen, Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2017. København: Finansministeriet, juni 2016.

<sup>113</sup> Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge. København: Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeforeningen og Yngre Læger, marts 2016.

en grundlæggende forudsætning, at patienten har én læge med ansvar for den faglige kontinuitet, uden at denne nødvendigvis forestår hele behandlingen.

Indførelsen af en patientansvarlig læge bør heller ikke betyde, at andre funktioner som fx forløbskoordinator afvikles, men de forskellige funktioner, opgaver og ansvar bør præciseres, så de kan understøtte den patientansvarlige læge.

Der ses et behov for, at der samles op på erfaringer med behandlings- og patientansvar. Der ses yderligere et behov for, at det sikres at, patienten til alle tider i sygdoms- og opfølgingsforløbet kan danne sig et overblik over sit eget forløb.

En samlet personlig forløbsplan, som er tilgængelig for patienten på tværs af matrikler og sektorer, kan bidrage til patientens oplevelse af sammenhæng. Planen kan tænkes at indeholde patientens planlagte udrednings-, behandlings- og opfølgingsforløb i sygehusvæsenet samt aftaler om kommunale tilbud som hjælp til rygestop, rehabilitering m.v. Den personlige forløbsplan kan desuden indeholde oplysninger om tider, kontaktpersoner, behandlingsansvarlig læge m.v.

En udvidet model kan tænkes også at indeholde information om mennesket med kræft, herunder oplysninger om baggrund, præferencer, ressourcer og livsstilsfaktorer, som kan være et vigtigt supplement til den sundhedsfaglige information om patienten. Information om mennesket bør tilføjes af den pågældende selv, dennes pårørende eller andre ressourcepersoner.

På denne baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

### **J1. Rammerne for den patientansvarlige læge bør beskrives med baggrund i erfaringer fra igangværende projekter**

Patienter med kræft skal opleve sammenhæng og kontinuitet i deres forløb, så det er entydigt, hvem der har ansvaret for deres behandling. Der er således et behov for at definere og beskrive roller, opgaver og snitflader mellem den patientansvarlige læge og øvrige læger, der indgår med ansvar for udredning og behandling, mellem forskellige teams og koordinatore, ligesom der er behov for viden om, hvilke patienter der har hvilke behov for koordination, med henblik på at sikre en fornuftig brug af ressourcer. På baggrund af erfaringer fra de igangværende projekter og med inddragelse af relevante aktører, skal der udarbejdes nationale anbefalinger for den fremtidige organisering.

### **J2. Patientens personlige forløbsplan bør inddrages i igangværende initiativer**

Patienter med kræft skal sikres indsigt og inddragelse i deres eget forløb, så indsatserne ikke opleves som fragmenterede og uvelkomne. En personlig forløbsplan kan samle forskellige informationer og planer, og dermed give patienten overblik. En samlet og visionær personlig forløbsplan kan kræve både nye teknologiske løsninger og fjernelse af eksisterende lovgivningsmæssige barrierer. Det anbefales derfor, at patientens personlige forløbsplan inddrages i det løbende arbejde med andre løsninger, herunder redskaber og planer for indsatser og udvikling af IT-platforme, som skal bidrage til øget sammenhæng for mennesket med kræft.

## 9.2 Fælles beslutningstagen

Fælles beslutningstagning er et kerneelement i en patientcentreret kræftbehandling. Ved at patient og sundhedspersonale i samarbejde træffer beslutning om den for patienten bedste behandling, sikres en indsats, der skaber værdi for patienten. Fælles beslutningstagen kan være særligt vigtigt ved livets afslutning, hvor der er et stort behov for, at både patient og pårørende inddrages i, hvornår en behandling skal stoppe, så risikoen for overbehandling reduceres.

I forbindelse med fælles beslutningstagning bidrager patienten med viden om sin livssituation og ønsker herfor. Sundhedspersonen bidrager med viden om sygdommen samt behandlingens risici, fordele og ulemper.

I forbindelse med en kræftsygdom stilles patienten ofte overfor vanskelige og vigtige valg, fx valg om deltagelse i screening, undersøgelser i forbindelse med udredning, behandlinger samt støttende/lindrende indsatser ved rehabilitering og palliation. Patienter med kræft skal træffe mange beslutninger i løbet af et behandlingsforløb. Mange mennesker med kræft oplever ikke at blive hørt eller inddraget i beslutninger vedr. egen kræftbehandling. Op mod hver fjerde kræftpatient får senfølger, men mange patienter oplever, at de ikke er blevet informeret om den risiko forud for behandlingsvalget. Fælles beslutningstagen skal hvile på grundig information om fordele og ulemper ved de mulige valgmuligheder, og kan foregå i forbindelse med vigtige beslutninger på forskellige tidspunkter i patientforløbet.

Fælles beslutningstagning kan understøttes af beslutningsstøtteværktøjer, der er praktiske værktøjer, som skal understøtte både konkrete overvejelser ved valg af behandlingstilbud men også i bredere forstand sikre, at patientens værdier og præferencer får indflydelse på behandlingsforløbet. Beslutningsstøtteværktøjerne kan formidle information om behandlingsmuligheder, konsekvenser og risici. De er typisk målrettet specifikke præferencefølsomme valgsituationer, hvor der er god evidens og sammenlignelige resultater for forskellige, men sideordnede behandlingsmuligheder, med forskellige fordele og risici, som patienter kan tillægge forskellig værdi.

Beslutningsværktøjerne kan desuden understøtte, at sundhedspersoner klædes bedre på til at indgå i dialogen med patienterne. Beslutningsstøtteværktøjer erstatter aldrig dialogen mellem patienten, dennes pårørende og sundhedspersoner, men kan indgå naturligt heri. Der er flere eksempler på beslutningsstøtteværktøjer, fx beslutningsstøttekort udviklet af Mayo Clinic og Options Grids udviklet i det engelske sundhedsvæsen. Undersøgelser viser, at brug af beslutningsstøtteværktøjer øger patientens viden om behandlings- og sundhedstilbud, at patienter får større viden om fordele og ulemper ved behandlinger, medfører bedre kommunikation med sundhedspersoner samt reducerer overbehandling.

Danske og internationale erfaringer viser, at udvikling, implementering og opnåelse af positive resultater med beslutningsstøtteværktøjer kræver en målrettet og systematisk tilgang. De enkelte værktøjer skal have kvalitet, så de giver mening at bruge i praksis. De skal bygge på den bedst tilgængelige viden både om patientens behov/præferencer og forskellige behandlingsmuligheders effekt, fordele og ulemper. Dertil forudsætter brug og udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer, at

de rette kompetencer er til stede blandt sundhedspersoner, at indsatsen prioriteres ledelsesmæssigt, og at der findes tilgængelige værktøjer.

I dag udvikles der beslutningsstøtteværktøjer i forskellige kliniske sammenhænge, hvilket understøttes af en national pulje. Kræftens Bekæmpelse har ligeledes afsat puljemidler til udvikling og anvendelse af beslutningsstøtteværktøjer i klinisk praksis. Udvikling og udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer kan ses som en konkretisering af en bredere national dagsorden om øget inddragelse af patienter og deres pårørende i sundhedsvæsenets aktiviteter og som bidrag til en kulturændring, der understøtter denne dagsorden.

Der vil i de kommende år blive fokuseret yderligere på udvikling og indførelse af redskaber til inddragelse af patient-rapporterede oplysninger (såkaldte PRO-redskaber), som involverer digitale løsninger. Ved systematisk brug af disse redskaber og data forventes en del fremmøder erstattet af internetbaserede, digitale konsultationer. Ligeledes skal PRO-redskaber udvikles til brug som forberedelse til ambulante besøg.

### 9.2.1 Anbefalinger

Der ses et behov for, at den igangværende udvikling i forhold til beslutningsstøtte understøttes, så det på sigt sikres, at beslutningsstøtteværktøjer til brug i de fleste præferencefølsomme valgsituationer er tilgængelige.

På den baggrund gives følgende anbefaling:

#### **K1. Der bør udvikles relevante beslutningsstøtteværktøjer på kræftområdet**

Patienten med kræft skal være med til at træffe beslutning om, hvad der er den rigtige behandling for ham eller hende. Der er behov for værktøjer, der kan understøtte en fælles beslutningsproces. Med udgangspunkt i internationale og nationale erfaringer og viden på området, udarbejdes en række beslutningsstøtteværktøjer for en række præferencefølsomme kliniske situationer. Når der er udviklet et antal beslutningsstøtteværktøjer, bør der på den baggrund etableres en model og rammer for systematisk implementering og udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer på kræftområdet, herunder til konkret implementering, i relevante pakker, forløbsprogrammer og opfølgingsprogrammer.



## 10. Fremtidssikring af indsatsen

I de kommende år forventes der at ske en stigning i antallet af nye kræfttilfælde. Fremskrivningerne, som blev præsenteret i kapitel 5 viser, at den estimerede stigning både kan tilskrives ændrede demografiske forhold, men også at man ved en række tiltag, som beskrevet i kapitel 7, på længere sigt vil kunne påvirke risikoen for at udvikle kræft. I kapitel 8 er der peget på, hvordan man kan finde kræft tidligere og på den måde anvende mindre indgribende behandlingsmetoder.

Et øget antal patienter med kræft og et øget antal, der skal udredes for kræft, vil lægge pres på både almen praksis, sygehuse og de forskellige faggrupper, herunder speciallæger. For at sikre rationel klinisk adfærd såvel som en omkostningseffektiv og økonomisk bæredygtig udvikling på kræftområdet, er der således både et behov for et løbende fokus på at tilrettelægge indsatsen effektivt og at sikre, at vi opnår tilstrækkelig effekt, samt at sikre, at der sker nytænkning, og at nye ideer bliver udbredt tilstrækkeligt.

Der er sket store fremskridt i kræftbehandlingen over de sidste 10 til 15 år, og området er fortsat i løbende udvikling. I de kommende år vil der komme flere nye kræftlægemidler med potentiale til at forandre behandlingen af kræft, fx indenfor udviklingen af immunterapi, biomarkører m.v. Et eksempel på en ny type af lægemidler er immunterapi, der stimulerer kræftpatientens eget immunforsvar til sygdomsbekæmpelse, og som er taget i brug til behandling af en række kræfttyper.

I forhold til målrettet behandling viser en nylig dansk undersøgelse af brystkræftpatienter, som blev genetisk subtypeinddelt, at en betydelig andel af de patienter, der i dag gives kemoterapi, ikke har nogen overlevelsesgevinst heraf. Der kommer løbende ny forskning som peger på potentialet i mere målrettet behandling for kræftpatienter. Bedre sygdomsforståelse, mere differentieret diagnostik, eksempelvis med øget anvendelse af molekylærgenetiske analyser, og bedre muligheder for mere målrettet behandling ('personlig medicin') forventes på sigt at have et stort potentiale for at forbedre forebyggelse, udredning og behandling på kræftområdet.

For at kvaliteten i indsatsen for mennesker med kræftsygdomme også fremover kan udvikles og imødekomme det stigende behandlingsbehov, er der behov for mere målrettet forskning og viden om blandt andet effektive indsatser, metoder, behandlingsformer og om sammenhængende forløb. Dette kræver, at de rette betingelser for forskningen er til stede.

Anbefalingerne her er således rettet mod at komme med forslag til, hvordan indsatsen på sigt både kan bidrage til at forbedre overlevelsen, løfte kvaliteten af indsatsen og samtidig sikre en bæredygtig økonomisk udvikling.

Anbefalingerne er rette mod at sikre rammerne for forskning og udvikling af ny viden, indførelse af ny teknologi, bedre brug af data, opgaveglidning mellem faggrupper samt udvikling af nye innovative behandlingsmåder og inddragelse af patienten som ressource.



## 10.1 Rammer for data, viden og ny teknologi

En forudsætning for at kunne forbedre, udvikle og fremtidssikre indsatsen på kræftområdet i Danmark er, at der sikres rettidige, retvisende og relevante data. Danmark har et stærkt udgangspunkt med veludbygget datagrundlag i bl.a. Landspatientregisteret, Cancerregisteret og de kliniske kvalitetsdatabaser. Synlighed og systematisk anvendelse af data om indsatser og resultater kan være en katalysator for kvalitetsudvikling ved, at kvalitetsudfordringer og u hensigtsmæssige variationer identificeres og analyseres, så der kan findes løsninger.

Der er imidlertid også en række udviklingsområder og forbedringspotentialer på dataområdet, som, hvis de løses, kan være med til at styrke en datadrevet udvikling på kræftområdet i Danmark. Generelt bør relevante, retvisende og rettidige data sikres på tværs af hele forløbet for mennesket, der rammes af kræft, herunder ikke kun den specialiserede udredning og behandling i sygehusregi, men også udredning og opfølgning i almen praksis, kommunal forebyggelse og rehabilitering m.v.

Der er stort potentiale i en mere systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO). PRO-data kan bl.a. bruges til optimering af behandlingsforløb, til at styrke den fælles beslutningstagning, til kvalitetsudvikling og til forskning. Der er igangsat en række initiativer bl.a. med øget anvendelse af PRO på en række kræftområder, validering af instrumenter til indhentning af PRO, udvikling af infrastruktur m.v.<sup>114</sup> Regeringen og regionerne har aftalt, at der skal igangsættes et arbejde til understøtning af en standardiseret og bred anvendelse af patientrapporterede oplysninger i sundhedsvæsenet<sup>115</sup>.

Datagrundlaget i de eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser er udfordret af at være uensartet struktureret, med stor variation i begreber, valg af indikatorer m.v. I den forbindelse bemærkes det, at regionerne er i gang med at styrke organiseringen omkring de kliniske kvalitetsdatabaser med sigte på bl.a. udvikling af metoder og faglighed omkring databasearbejdet.

Et væsentligt udviklingsområde er sikring af et bedre fælles datagrundlag om kræft. Data med relevans for kræftområdet findes mange forskellige steder, herunder i Landspatientregisteret, Cancerregisteret og i de kliniske kvalitetsdatabaser. På nuværende tidspunkt er det imidlertid ikke muligt at tilgå disse data et samlet sted, men kræver manuel indhentning og kobling af data på tværs af registre, hvilket gør det ressourcekrævende at anvende data til fx kvalitetsforbedring og forskning. Det giver også risiko for u hensigtsmæssige forskelle i datagrundlag og resultater. Samtidig er datagrundlaget, særligt i de kliniske kvalitetsdatabaser, udfordret af at være uensartet struktureret og ikke være baseret på samme begreber, indikatorer mv. Der er derfor et stort potentiale at udvikle datagrundlaget og gøre disse data mere anvendelige og lettere tilgængelige for relevante aktører på tværs af registre.

Der er samtidig behov for at sikre de nødvendige rammer for forskningen på kræftområdet og for opsamling af erfaringer med innovative behandlingsmåder.

<sup>114</sup> Nelson. Patient reported outcome measures in practice. BMJ: 2015; 350: g7818.

<sup>115</sup> Regeringen, Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2017. København: Finansministeriet, juni 2016.

En betydningsfuld forskningsressource i klinisk kræftforskning er de sundhedsprofessionelle, som arbejder klinisk. Det gælder både i forhold til at danne forskningshypoteser og identificere de gode forskningsidéer, og i forhold til at udføre forskningen i de kliniske rammer, hvor forskningens resultater eventuelt efterfølgende skal implementeres. I en situation med øget fokus på produktivitet i det danske sundhedsvæsen er det vigtigt at sikre rammerne for robust klinisk forskning.

Der ses samtidig et behov for, at den viden, der frembringes ved forskning og udvikling, implementeres på en fornuftig måde til gavn for patienterne og af hensyn til sikring af en fornuftig brug af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette gælder også ved implementering af ny teknologi, som fx robotkirurgi. For at undgå for meget fokus på specialiserede indsatser, hvor den gavnlige effekt ved en bred implementering ikke kendes fuldt ud, kan det være hensigtsmæssigt med en smal implementering og tæt monitorering med henblik på systematisk at opsamle erfaringer. Dette gælder fx eksperimentel kirurgi. Andre indsatser kan implementeres mere bredt, men det er fortsat nødvendigt, at der systematisk opsamles data og monitoreres, så der på sigt opnås erfaring med fordele og ulemper forbundet hermed. Dette gælder fx indsatser i forhold til fælles beslutningstagen og opfølgning<sup>116</sup>.

### 10.1.1 Anbefalinger

En vigtig forudsætning for fremtidssikring af indsatsen på kræftområdet i Danmark er en endnu mere systematisk anvendelse af data, og en videreudvikling af det velunderbyggede datagrundlag i de eksisterende registre.

Samtidig er det nødvendigt med et fokus på rammer for forskning. Dette gælder bl.a. en tværfaglig struktur og netværksdannelse imellem forskellige forskningsmiljøer, som muliggør en systematisk opsamling af viden og vidensdeling. En struktur, der skaber de rette betingelser for at drive klinisk forskning, herunder ressourcer, administration, drift m.v., og som endvidere sætter de rette rammer for afprøvning og indførelse af nye behandlinger på en systematisk måde. I den sammenhæng bør der være særligt fokus på at sikre et stærkere grundlag for igangsættelse af investigator-initieret forskning på kræftområdet.

Bedre sygdomsforståelse og mere differentieret diagnostik vil på sigt kunne give mere målrettet behandling ('personlig medicin') og forventes at have et stort potentiale på kræftområdet. Der er i den forbindelse behov for, at der etableres et tættere nationalt samarbejde på tværs af forskningsmiljøer, sundhedsvæsen og myndigheder. Med finansloven for 2016 blev der afsat midler til en foranalyse af de faglige, tekniske, etiske og økonomiske implikationer af et evt. større dansk program på området. Foranalysen udarbejdes i regi af Sundheds- og Ældreministeriet.

På den baggrund gives følgende anbefalinger:

#### **L1. Anvendelse af data på kræftområdet bør styrkes**

Dataanvendelse på kræftområdet bør styrkes og udvikles med fokus på kvalitetssikring af anvendte begreber og standarder, med inddragelse af patientrapporterede oplysninger og med øget registrering og brug af data på tværs af sektorer og dele af patientforløbet. Der bør desuden skabes bedre muligheder for internationale sammenligninger. Et særligt fokusområde bør være at sikre udvikling, ensartethed og øget sammenhæng af nationale og landsdækkende

<sup>116</sup> Klinisk Kræftforskning i Danmark. København: Forskningsstyrelsen, 2004.

kræftregistre med fokus på at sikre data, der tillader en vurdering af kræftbehandlingen i et bredere perspektiv, herunder kobling af data fra PRO-redskaber, kliniske og parakliniske oplysninger, data om risikofaktorer m.v. Udviklingen af de kliniske kvalitetsdatabaser bør fortsættes, med fokus på indførelse af fælles standarder og metoder for databearbejdning og fortolkning.

### **L2. Rammerne for klinisk og translational forskning på kræftområdet bør styrkes**

Med udgangspunkt i en gennemgang af de hidtidige indsats og aktuelle tiltag på området, herunder DMCGerne, kliniske forskningsenheder, enheder for eksperimentel kræftbehandling samt diverse murstensløse samarbejder som CIRRO og NEXT, beskrives behovet for yderligere tiltag på området, herunder en evt. etablering af et dansk 'comprehensive cancer center'. Initiativet forankres i Danske Regioner, med inddragelse af relevante aktører, herunder universiteter, Styrelsen for Forskning og Innovation, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

### **L3. Potentialet i bedre sygdomsforståelse, differentieret diagnostik og mere målrettet behandling ('personlig medicin') bør undersøges på kræftområdet**

Med udgangspunkt i den eksisterende nationale dialog om personlig medicin, og på baggrund af den kommende foranalyse, bør mulighederne for anvendelse af personlig medicin på kræftområdet undersøges. Øget anvendelse af personlig medicin i form af fx øget brug af molekulærgenetiske analyser som rutine bør være forsknings- og evidensbaseret.

## 10.2 Indførelse af nye behandlinger

Der mangler rammer og krav til indførelse af nye behandlinger, både hvad angår evidensgrundlaget for den nye behandling og til den efterfølgende kvalitetssikring. Ved indførelse af nye behandlinger, såvel nye kirurgiske teknikker som nye medicinske behandlinger, er udgangspunktet ikke sjældent ud fra undersøgelser af mindre og ofte selekterede patientgrupper, hvor resultaterne viser varierende effekt på overlevelse og sjældnere effekt på livskvalitet. Den store udfordring er, at de nye behandlinger således udbredes til almen brug på baggrund af spinkelt datagrundlag. Resultaterne af, at behandlinger udbredes til hele patientpopulationen, kendes ikke.<sup>117</sup>

### 10.2.1 anbefalinger

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1999 en vejledning<sup>118</sup>, som siden har angivet rammerne for indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet. Der er imidlertid et stort behov for en opdatering og præcisering af en lang række forhold. Der ses tilsvarende et behov for at sikre at der udvikles og implementeres eksperimentel kræftkirurgi i Danmark, men at det gøres 1-2 steder i landet, sådan at det sikres, at der opnås erfaringer, før en given kirurgisk behandling rulles ud i hele landet.

<sup>117</sup> Fagligt oplæg til skånsomme former for kirurgisk behandling af kræft. København: Sundhedsstyrelsen, august 2015.

<sup>118</sup> Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2. juli 1999.

På den baggrund gives følgende anbefalinger:

### **M1. Principper for ibrugtagning af nye behandlinger bør beskrives**

Når nye behandlinger indføres, bør det ske på grundlag af bedste viden og faglig standard på området. Det bør ske systematisk på tværs af landet, således at det kommer alle patienter til gode og behandlingsprincipperne bør indføres med relevant erfarings- og vidensopsamling. Det er således vigtigt, at rammerne herfor er velbeskrevne. Med udgangspunkt i en revision af Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet' fra 1999, beskrives de lovgivningsmæssige rammer og faglige og organisatoriske principper for indførelse af nye behandlinger og behandlingsprincipper i sundhedsvæsenet.

### **M2. Der bør etableres rammer for eksperimentel kirurgisk kræftbehandling**

I regi af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning bør der fastlægges rammer for afprøvning af særligt komplicerede eksperimentelle kirurgiske teknikker på kræftområdet, som bør etableres ved højst 1-2 centre i landet og som bør være på højt internationalt niveau. Der etableres et koordinationsudvalg mellem styrelsen og centrene mhp. løbende opfølgning. Nye eksperimentelle kirurgiske teknikker skal evalueres i protokolleret regi. Patienter fra hele landet skal kunne henvises til dette/disse centre. Centrene skal have tilstrækkeligt patientvolumen, og der skal sikres robust dataopsamling, således at der etableres solidt beslutningsgrundlag for en eventuel national udbredelse af nye behandlingsprincipper. Centrene skal samtidig sikre læring til landets øvrige kræftcentre ved udbredelsen af behandlingerne.

## 10.3 Fremtidig udvikling på kræftområdet

I lyset af at flere danskere vil udvikle kræft, og dermed vil have brug for en specialiseret behandlingsindsats og opfølgning, er der derfor behov for at sikre, at ressourcerne bruges hensigtsmæssigt, og at der ikke opstår flaskehalse. Samtidig er der behov for, at indsatserne i højere grad tager udgangspunkt i mennesket med kræft og i højere grad inddrager den enkeltes situation, perspektiv og præferencer.

Samtidigt er der behov for at udvikle og afprøve nye måder at arbejde på. Opgaveglidning, hvor specifikke indsatser eller dele af et behandlingsforløb fx delegeres fra en læge til en sygeplejerske, kan være med til at frigøre speciallægetid til opgaver, som det er mest hensigtsmæssigt at lægen varetager. Opgaver kan i fremtiden måske flyttes fra sekundær sektor til primær sektor, fx hjemmebehandling med kemoterapi eller opfølgning i almen praksis frem for på hospitalet. Brugen af PRO-redskaber i opfølgningen efter operation for prostatakræft er et eksempel på, at inddragelse af patientens egenvurdering kan reducere behovet for ambulant kontrol på sygehuset, og dermed sikre en mere hensigtsmæssig brug af ressourcer.

### 10.3.1 Anbefalinger

Fremskrivningen af antallet af kræfttilfælde viser, at der vil være flere danskere, der udvikler kræft. Men samtidig sker der hele tiden en udvikling i behandlingerne af kræft, og det er derfor vanskeligt på nuværende tidspunkt entydigt at afgøre, hvad det vil betyde. Der er således behov for at følge området i den kommende periode, men samtidig at stimulere til at nytænke indsatserne, således at de både er af høj kvalitet, inddrager patienten og sikrer en hensigtsmæssig ressourceanven-

delse. Konkret kan det overvejes at etablere en ansøgningspulje, hvor regioner, kommuner og andre aktører kan få støtte til afprøvning af nye ideer.

På den baggrund gives følgende anbefalinger:

### **N1. Udviklingen på kræftområdet bør følges tæt**

I fremtiden forventes flere tilfælde af kræft, men udviklingen kan påvirkes af bl.a. ændringer i befolkningens risikoadfærd og andre indsatser på forebyggelses- og sundhedsområdet. Sundhedsvæsenet kan blive presset af flere kræftpatienter, men presset vil afhænge af en lang række faktorer som fx den generelle udvikling i folkesundheden, og hvordan indsatsen tilrettelægges, herunder omstilling til ambulans behandling, produktivitetsudvikling, nye teknologiske muligheder m.v. Udviklingen på området bør følges tæt i dialog mellem Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, regioner, kommuner, faglige miljøer, sygdomsbekæmpende organisationer og andre aktører.

### **N2. Innovative metoder på kræftområdet bør udvikles**

Udviklingen af nye innovative metoder på kræftområdet bør udvikles, således at der tages afsæt i behov og præferencer hos mennesket med kræft på en måde, så muligheden for udredning, behandling og opfølgning i den enkeltes nærmiljø øges, og så en høj grad af involvering af den enkelte i indsatsen sikres. Nye innovative metoder bør inddrage international viden og erfaringer, og kan med fordel udvikles i samarbejder mellem civilsamfund, kommuner, praksis, sygehuse og andre aktører. Der bør sikres en systematisk evaluering af opnåede erfaring mhp. efterfølgende spredning.

