



Senfølgerforeningen

Et godt liv med og efter kræft

Høringssvar: Ansvar for indsatser til senfølger i forbindelse med kræft

Charlotte Hammer, formand Senfølgerforeningen

charlotte@senfoelger.dk

7. januar 2026

DEL 1: Høringssvar

Indledning

Senfølgerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til "*Ansvar for indsatser til senfølger i forbindelse med kræft*". Retningslinjen er et vigtigt skridt i retning af større ensartethed og en tydeligere og mere forpligtende ansvarsfordeling i senfølgeindsatsen på tværs af sektorer. Dokumentet rummer væsentlige styrker, herunder en klar stepped-care-struktur, en styrket rolle for almen praksis samt en ambition om øget systematik, individualisering og behovsafdækning.

Dette høringssvar indeholder en afsnitsvis og konkret kommentering til udkastet. Kommentarerne knytter sig direkte til formuleringer, afgrænsninger og beskrivelser i teksten og har til formål – med afsæt i et patient- og borgerperspektiv – at tydeliggøre ansvar og forudsætninger for implementering, præcisere uklarheder og pege på steder, hvor teksten kan styrkes for at understøtte en ensartet og sammenhængende implementering på tværs af sektorer.

Afslutningsvis indeholder høringssvaret en del 2 med overordnede bemærkninger fra et patient- og borgerperspektiv til temaer, som ikke eksplicit er behandlet i udkastet, men som vurderes at have væsentlig betydning for senfølgeindsatsen.

1. Introduktion

Afsnittet redegør for udbredelsen af kræftrelaterede senfølger og deres betydning for funktionsevne, arbejdsliv og hverdagsliv. **Begrebet et normalt hverdagsliv anvendes uden nærmere afgrænsning, og det fremgår ikke, hvordan begrebet forstås eller anvendes i retningslinjen som helhed.**

Afsnittet introducerer endvidere overgangen i myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse som led i sundhedsreformen. De konkrete konsekvenser for

ansvarsplacering og samarbejde i senfølgeindsatsen uddybes først i senere afsnit, men fremstår på dette overordnede niveau endnu ikke tydeligt.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvordan begreber som *hverdagsliv* og *funktionsevne* anvendes i retningslinjen. Det anbefales endvidere at tydeliggøre, hvordan de overordnede ambitioner om systematik, opsporing og ændret myndighedsansvar konkretiseres i de efterfølgende afsnit.

Tidsplan – implementering og overgangsudfordringer

Den trinvis implementering med forskudte ansvar indebærer en risiko for uklar ansvarsfordeling i overgangsperioden, idet overgangsansvar og midlertidige løsninger ikke er eksplicit beskrevet i udkastet.

1. Overlap i ansvar i 2026 (overgangsåret)

I 2026 ligger myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse fortsat i kommunerne, samtidig med at retningslinjen begynder at blive implementeret, og de regionale senfølgeklinikker etableres nationalt. Det skaber et midlertidigt, men reelt overlap mellem kommunale og regionale opgaver, uden at det er præciseret, hvem der har det koordinerende ansvar i overgangsperioden.

2. Asynkron implementering mellem aktører

Regionale senfølgeklinikker skal etableres senest i 1. halvår 2026, mens den styrkede opfølgingsindsats i almen praksis først implementeres fra 2027. Det betyder, at der i en periode findes specialiserede regionale tilbud, uden at almen praksis endnu har fået det formelle ansvar, de nye opgaver og den tilhørende ramme.

3. Afhængighed af endnu ikke færdige styringsdokumenter

Flere dele af retningslinjen forudsætter:

- a. nye kvalitetsstandarder for rehabilitering (2026)
- b. ny opgavebeskrivelse og basisfunktion for almen praksis (2027)

Indtil disse foreligger, er det uklart, hvilke dele af retningslinjen der kan forventes fuldt implementeret, og hvilke der må fungere som midlertidige rammer. Det gælder også forudsætningerne for, at almen praksis kan påtage sig de beskrevne, ressourcekrævende opgaver.

4. Uklarhed om ansvar i perioden mellem epikrise og opfølgende indsats

Når almen praksis først formelt får den styrkede opfølgingsopgave fra 2027, opstår der i perioden forinden en potentiel uklarhed om, hvem der har ansvaret for systematisk opfølgning, behovsvurdering og koordinering – særligt for borgere, der ikke umiddelbart henvises til regionale senfølgeklinikker.

1.2 Individualiseret opfølgning

Afsnittet beskriver individualiseret opfølgning som et centralt princip i kræftforløb og angiver, at opfølgende indsatser differentieres på baggrund af individuelle behov, som varierer efter sygdom, stadie og behandling. Det fremgår imidlertid ikke, hvornår og hvordan disse individuelle behov identificeres i praksis.

Afsnittet præciserer ikke, om der forudsættes en systematisk og tidlig opsporing af senfølger og sårbarhed, eller om behov først afdækkes i forbindelse med senere opfølgende samtaler. Dermed er sammenhængen mellem individualiseret opfølgning og eventuel systematisk screening ikke tydeligt beskrevet, herunder om der indgår en baselinevurdering ved diagnosetidspunktet som grundlag for den videre opfølgning.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvornår og hvordan borgere med behov for støtte og øget sårbarhed identificeres som led i den individualiserede opfølgning. Det anbefales endvidere at tydeliggøre, om screening for senfølger og baselinevurdering ved diagnosetidspunktet indgår som grundlag for den efterfølgende opfølgning.

2.1 Senfølger – definition og karakteristika

Afsnittet giver en dækkende og fagligt solid beskrivelse af senfølger som et bredt og dynamisk fænomen med fysiske, psykiske, kognitive og sociale dimensioner. Beskrivelsen af, at borgere kan opleve flere samtidige senfølger, som kan forstærke hinanden og danne komplekse symptomklynger, er relevant og velunderbygget.

Anbefaling

Det anbefales at overveje anvendelsen af betegnelsen tværgående senfølger i stedet for generelle senfølger for at sikre terminologisk overensstemmelse med eksisterende kliniske retningslinjer.

2.2 Sværhedsgrad og kompleksitet

Afsnittet introducerer sværhedsgrad som et centralt begreb og beskriver, at vurdering kan understøttes af validerede spørgeskemaer med cut-off-værdier som supplement til den faglige vurdering. Det er hensigtsmæssigt, at sværhedsgrad kobles til kompleksitet og til, at borgerens situation kan ændre sig over tid.

Det fremgår imidlertid ikke tilstrækkeligt klart, hvordan vurderingen af sværhedsgrad konkret anvendes i den videre organisering af indsatserne set fra et borgerperspektiv. Afsnittet præciserer ikke, hvordan vurderinger omsættes til differentiering, prioritering eller justering af indsatser, herunder hvordan ændringer i borgerens funktionsevne, livskvalitet og samlede situation får konsekvenser for det videre forløb.

Der mangler desuden klarhed om samspillet mellem validerede spørgeskemaer og klinisk/faglig vurdering. Det fremgår ikke, hvordan uoverensstemmelser mellem borgerens rapporterede oplevelser og den faglige vurdering håndteres i praksis, eller hvordan borgerens egen vurdering af funktionsevne og hverdagsliv vægtes i beslutninger om indsatsniveau.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvordan vurdering af sværhedsgrad og kompleksitet anvendes som beslutningsgrundlag for differentiering og justering af indsatser, herunder hvordan ændringer i borgerens funktionsevne og livskvalitet omsættes til konkrete tilpasninger i forløbet. Det anbefales endvidere at tydeliggøre samspillet mellem validerede spørgeskemaer og faglig vurdering, herunder hvordan borgerens egne erfaringer og vurderinger indgår i beslutningsprocessen.

3.1 Stepped care

Almen praksis' rolle

Afsnittet tillægger det almenmedicinske tilbud en central, proaktiv og koordinerende rolle i stepped care-modellen, herunder opsøgende indsats og koordinering af senfølgeindsatser. Rollen får dermed afgørende betydning for borgerens adgang til rettidig opfølgning og sammenhæng i forløbet.

Afsnittet forholder sig imidlertid ikke til, hvilke ressourcemæssige og organisatoriske forudsætninger der knytter sig til denne opgaveudvidelse, eller hvordan den ændrede rolle er tænkt forankret og fagligt understøttet i almen praksis. Manglende klarhed her kan få betydning for, om den beskrevne koordination reelt kan realiseres i praksis.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvilke ressourcemæssige og organisatoriske forudsætninger der er forudsat for, at det almenmedicinske tilbud kan varetage den beskrevne proaktive og koordinerende rolle, herunder hvordan opgaveudvidelsen er tænkt forankret og fagligt understøttet i den almenmedicinske praksis.

Regionale senfølgeklinikker som videnscentre

De regionale senfølgeklinikker beskrives som både udredende og behandlende enheder samt som videnscentre, der skal yde faglig sparring og rådgivning til aktører i det nære sundhedsvæsen. Denne funktion kan have væsentlig betydning for kvalitet og ensartethed i indsatsen på tværs af sektorer.

Afsnittet præciserer imidlertid ikke, hvordan videnscenterfunktionen indgår i den samlede ansvarsfordeling i stepped care-modellen, eller hvordan den afgrænses i forhold til klinikernes øvrige opgaver. Det efterlader uklarhed om, hvornår og hvordan denne funktion forventes anvendt i praksis.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvordan de regionale senfølgeklinikkers videnscenterfunktion indgår i den samlede ansvarsfordeling i stepped care-modellen, herunder i samspil med almen praksis og patientrettede forebyggelsestilbud.

Afgrænsning i forhold til målgrupper

Afsnittet beskriver stepped care som en overordnet ramme for indsatsen ved senfølger, men præciserer ikke, hvordan modellen på dette niveau forholder sig til borgere med langvarig eller kronisk kræft. Borgere med kronisk sygdom synes generelt at være omfattet af regionale patientrettede forebyggelsestilbud, og borgere med langvarig kræftbehandling synes senere i retningslinjen indtænkt i de regionale senfølgeklinikker. Sammenhængen mellem disse spor og stepped care-modellens overordnede ramme fremgår imidlertid ikke tydeligt.

For borgere med langvarig eller kronisk kræft er der ofte tale om vedvarende og komplekse senfølger, som kan udvikle sig over tid og kræver tydelig adgang til specialiserede indsatser. Manglende klarhed på rammeniveau kan derfor få særlig betydning for denne gruppe.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvordan borgere med langvarig eller kronisk kræft er indtænkt i stepped care-modellen, herunder sammenhængen mellem regionale patientrettede forebyggelsestilbud og senfølgeindsatsen.

3.2 Ansvarsfordeling

Trin 0 – Fælles indsats sideløbende med aktiv kræftbehandling

Fælles beslutningstagning

Formuleringen om fælles beslutningstagning, herunder information om **potentielle senfølger**, er klar og velplaceret. Det er positivt, at information om senfølger indgår tidligt og som en integreret del af behandlingsforløbet, så beslutninger træffes på et oplyst grundlag.

Screening for sårbarhed og øget risiko for senfølger, baseline ved diagnose

Afsnittet beskriver forebyggelse og opsporing af senfølger sideløbende med behandlingen, men præciserer ikke, om der forudsættes en systematisk screening for sårbarhed og risiko for senfølger, eller om der indgår en baselinevurdering ved diagnosetidspunktet som grundlag for den videre indsats.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, at baselinevurdering samt screening for sårbarhed og øget risiko for senfølger skal ske ved diagnosetidspunktet og indgår som en systematisk del af indsatsen i trin 0.

Henvisning til rehabilitering og patientrettet forebyggelse

Afsnittet angiver, at patientrettede forebyggelsestilbud og genoptræning ydes til de borgere, hvor det er relevant, men præciserer ikke, hvordan systematik og ensartethed i henvisningspraksis sikres.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvordan henvisning til rehabilitering og patientrettet forebyggelse sikres systematisk for alle relevante borgere i trin 0.

Det har særlig betydning, at der sikres systematik i både baselinevurdering og henvisning til kræftrehabilitering for **alle**, så relevante borgere ikke utilsigtet frasorteres.

Samarbejde og informationsudveksling

Beskrivelsen af tæt samarbejde og informationsudveksling mellem behandlende sygehusafdelinger, det almenmedicinske tilbud og patientrettede forebyggelsestilbud er klar og understøtter et sammenhængende forløb.

Trin 1 – Det almenmedicinske tilbud

Koordinerende rolle

Beskrivelsen af det almenmedicinske tilbuds koordinerende rolle i opfølgningen efter eller ved langvarig kræftbehandling er klar og hensigtsmæssig.

Opfølgende samtale efter epikrise

Beskrivelsen af, at det almenmedicinske tilbud kontakter og tilbyder en opfølgende samtale umiddelbart efter modtaget epikrise, er klar og understøtter tidlig opfølgning.

Tidspunkt for vurdering af senfølger og sårbarhed

Afsnittet beskriver, at vurdering af sværhedsgrad og sårbarhed indgår i den opfølgende samtale i almen praksis. Det fremgår imidlertid ikke, hvordan viden om tidlige symptomer på senfølger, sårbarhed og begrænsede forudsætninger for egenomsorg identificeres under behandlingsforløbet og videregives rettidigt til det almenmedicinske tilbud.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvordan vurdering af sårbarhed og tidlige symptomer på senfølger identificeres under behandlingsforløbet og videregives løbende til det almenmedicinske tilbud og ikke først ved afsluttende epikrise.

Tidspunkt for information om senfølger

Afsnittet angiver, at information om senfølger gives i forbindelse med den opfølgende samtale i almen praksis. Dette placerer informationen sent i forløbet set i forhold til borgerens behov for viden så tidligt som muligt.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, at information om senfølger gives tidligt i kræftforløbet, herunder ved behandlingsstart som led i aftale om behandling, og ikke alene ved opfølgning i almen praksis.

Effekt af indsatser i almen praksis

Afsnittet beskriver, at det almenmedicinske tilbud er ansvarlig for indsatser ved milde senfølger, men præciserer ikke, hvordan effekt af disse indsatser vurderes, eller hvordan og hvornår der følges op ved manglende effekt.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvordan effekt af indsatser ved milde senfølger vurderes, samt hvordan manglende effekt identificeres og håndteres, herunder ved systematisk og fortløbende anvendelse af PRO.

Information om patientforeninger og andre støttetilbud i civilsamfundet er essentielt

Afsnittet omtaler ikke systematisk information om patientforeninger og øvrige støttetilbud i civilsamfundet som led i opfølgningen.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, at information om relevante patientforeninger og støttetilbud i civilsamfundet indgår som en del af opfølgningen i trin 1.

Husk også depression/angst i tekstboks med eksempler

I opremsningen af senfølger og vurderingsparametre fremgår depression og angst ikke eksplicit.

Anbefaling

Det anbefales at sikre, at depression og angst eksplicit indgår i beskrivelsen af senfølger og vurderingsparametre i trin 1.

Trin 2 – Patientrettede forebyggelsestilbud og genoptræning

Kompleksitetsgrad bør baseres på PRO-data – ikke skøn

Afsnittet beskriver målgruppe og visitationskriterier for trin 2, men præciserer ikke, hvilket vurderingsgrundlag der anvendes til fastlæggelse af kompleksitetsgrad og placering i stepped care-modellen. Uden et klart vurderingsgrundlag er der risiko for variation i visitation og uensartet praksis på tværs af aktører og geografi.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, at vurdering af kompleksitetsgrad og placering i stepped care-modellen baseres på systematiske PRO-data frem for skønsmæssige kriterier, for at sikre ensartethed og gennemsigtighed i triageringen.

Antal symptomer er ikke lig med kompleksitet – funktionsevne og livskvalitet er centrale

Visitationskriterierne angiver, at ét eller flere samtidige symptomer kan udløse visitation til trin 2, uden at det præciseres, hvordan symptomernes betydning for borgerens funktionsevne og livskvalitet vægtes i vurderingen. Antallet af symptomer er ikke nødvendigvis et dækkende mål for kompleksitet.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, at vurdering af kompleksitet og behov for indsats i trin 2 tager udgangspunkt i borgerens funktionsevne og livskvalitet og ikke alene i antallet af samtidige symptomer.

Organisatorisk placering – hvor foregår indsatserne i praksis?

Afsnittet henviser til patientrettede forebyggelsestilbud som beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards, men præciserer ikke, hvor disse tilbud organisatorisk er placeret, eller hvordan der sikres adgang til tilbud af tilstrækkelig faglig kvalitet på tværs af geografi og om det er i regionalt eller kommunalt regi.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvor indsatser på trin 2 forudsættes varetaget

organisatorisk, herunder hvordan borgere sikres adgang til tilbud med relevant faglig specialisering uanset bopæl. Endvidere anbefales det så vidt muligt, at håndtering af senfølger foregår geografisk så tæt på borgerens hjem som muligt, et “nært og sammenhængende sundhedsvæsen”.

Moderat niveau kræver specialiseret viden og løbende vurdering

Afsnittet beskriver evidensbaserede tværfaglige indsatser ved moderate senfølger, men præciserer ikke, hvordan behov for eskalering til højere indsatsniveau identificeres undervejs i forløbet.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, at patientrettede forebyggelsestilbud på trin 2 anvender systematiske vurderinger, herunder PRO-data, til løbende screening for behov for eskalering til højere indsatsniveau.

Viderehenvvisning til specialiserede tilbud via almen praksis

Afsnittet beskriver samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud, men præciserer ikke, hvordan viderehenvisning til specialiserede tilbud håndteres ved behov.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvordan viderehenvisning til relevante specialiserede tilbud sker ved behov, herunder i samarbejde med det almenmedicinske tilbud.

Trin 3a – Regionale senfølgeklinikker

Borgere med langvarig/kronisk kræft og tidlig kompleksitet

Visitationskriterierne angiver som udgangspunkt adgang til regionale senfølgeklinikker efter afsluttet behandling eller efter ca. 6 måneder. Afsnittet præciserer imidlertid ikke, hvordan borgere med langvarig eller kronisk kræft er omfattet, eller hvordan borgere med svære og komplekse senfølger tidligt i forløbet håndteres, hvis de ikke passer ind i den tidsmæssige afgrænsning.

Manglende præcisering kan skabe usikkerhed om adgang til specialiseret udredning og behandling for borgere med vedvarende behandlingsforløb eller tidligt opståede komplekse senfølger.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvordan borgere med langvarig eller kronisk kræft er omfattet af adgang til regionale senfølgeklinikker, samt at præcisere, at tidsangivelser

ikke udgør rigide adgangskriterier, når der er tale om tidligt opståede svære og komplekse senfølger.

Hvilke tilbud i civilsamfundet menes der?

Afsnittet angiver, at de regionale senfølgeklinikker kan henvise til tilbud i civilsamfundet, men præciserer ikke, hvilke typer af tilbud der er tale om, eller hvordan disse indgår i den samlede indsats omkring borgeren.

Manglende præcisering kan gøre det uklart for både borgere og samarbejdspartnere, hvilken rolle civilsamfundstilbud forventes at spille i senfølgeindsatsen.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere, hvilke typer af civilsamfundstilbud der henvises til, og hvordan disse tænkes anvendt som supplement til sundhedsvæsenets indsatser.

Seksuelle senfølger og sexologisk ekspertise

Afsnittet beskriver specialiseret udredning og behandling ved komplekse senfølger, men nævner ikke eksplicit seksuelle senfølger eller adgang til sexologisk ekspertise, selvom seksuelle senfølger er hyppige og ofte komplekse.

Anbefaling

Det anbefales at sikre, at adgang til relevant sexologisk ekspertise eksplicit indgår i beskrivelsen af regionale senfølgeklinikkers tilbud.

Trin 3b – Behandlende afdelinger

Afgrænsning af ansvar mellem behandlende afdelinger og regionale senfølgeklinikker

Afsnittet angiver, at behandlende sygehusafdelinger har ansvar for udredning og behandling af organ- og behandlingsspecifikke senfølger. Det fremgår imidlertid ikke entydigt, om dette ansvar omfatter alle komplekse senfølger, der opstår som følge af kræftbehandling, herunder fx neuropati, lymfødem, seksuelle senfølger og behandlingsrelaterede hjertesygdomme, eller om dele af disse senfølger forudsættes håndteret i regionale senfølgeklinikker.

Manglende præcisering kan skabe usikkerhed om ansvarsplacering og medføre uklarhed i henvisningsveje og samarbejde mellem behandlende afdelinger og regionale senfølgeklinikker.

Anbefaling

Det anbefales at præcisere ansvarsafgrænsningen mellem behandlende

sygehusafdelinger og regionale senfølgeklinikker for komplekse organ- og behandlingsspecifikke senfølger, så det tydeligt fremgår, hvor ansvar for udredning og behandling er placeret.

Fælles digitalt overblik ved tovholderfunktion i almen praksis

Afsnittet beskriver behovet for tæt samarbejde og informationsudveksling mellem aktører, men forholder sig ikke til, hvordan et fælles og løbende overblik over borgerens samlede forløb sikres i praksis. Dette gælder særligt i situationer, hvor borgeren ikke afsluttes formelt fra en sygehusafdeling, og der derfor ikke automatisk genereres en epikrise, som kan danne grundlag for opfølgning og koordinering.

Uden et fælles og ajourført overblik er der risiko for brud i opfølgning og ansvar, særligt hvis almen praksis forventes at varetage en tovholderfunktion.

Anbefaling

Det anbefales at tydeliggøre, hvordan fælles overblik og løbende informationsdeling sikres på tværs af aktører, herunder hvordan almen praksis kan varetage en tovholderfunktion på et oplyst og ajourført grundlag.

DEL 2 – Samlet vurdering og opmærksomhedspunkter fra et patient-borgerperspektiv

Indledning – overordnet perspektiv

Senfølgerforeningen ser retningslinjen *“Ansvar for indsatser til senfølger i forbindelse med kræft”* som et væsentligt og nødvendigt bidrag til den videre udvikling af området. Retningslinjen ligger i naturlig forlængelse af Kræftplan V og den generelle styrkelse af rehabiliterings- og senfølgeindsatsen, og den indgår i en periode præget af betydelige strukturelle forandringer som følge af sundhedsreformen.

Med dette afsnit ønskes ikke en gentagelse af den detaljerede, afsnitsvise kommentering i DEL 1, men en samlet vurdering af forhold, som har betydning for retningslinjens **implementerbarhed, rækkevidde og virkning** for den brede gruppe af borgere, der lever med kræftrelaterede senfølger, samt deres pårørende.

1. Målgruppen – betydning af præciseringer

Retningslinjen har et bredt og biopsykosocialt udgangspunkt for målgruppen, hvilket er en styrke. Samtidig er der enkelte grupper, hvor manglende eksplicit omtale kan få betydning for ensartet implementering og adgang til indsatser.

1.1 Borgere i langvarige og kroniske kræftforløb

En voksende gruppe borgere lever med kræft som en langvarig eller kronisk sygdom, ofte med kontinuerlig eller gentagen behandling over flere år. For disse borgere sameksisterer sygdom, behandling og senfølger, og behov for støtte, rehabilitering og justering af indsats opstår ofte parallelt med aktiv behandling.

Når retningslinjen strukturelt tager afsæt i faser, der i høj grad forudsætter en afsluttet behandling, kan der opstå uklarhed om, hvornår og hvordan denne gruppe er omfattet af senfølgeindsatsen. Manglende tydelighed kan i praksis få betydning for ansvarsoverdragelser, adgang til tilbud og rettidig behovsvurdering.

1.2 Børn, unge og familier

Børn og unge med kræftrelaterede senfølger – samt voksne, der er behandlet for kræft i barndommen – er ikke eksplicit beskrevet i retningslinjen. Disse forløb indebærer ofte komplekse behov, der rækker ud over sundhedsvæsenet og involverer skole, uddannelse, familie og sociale indsatser.

Fraværet af en tydelig placering i retningslinjen kan vanskeliggøre sammenhæng og koordination på tværs af sektorer og aldersovergange.

1.3 Den brede gruppe med milde til moderate senfølger

Langt størstedelen af de anslået over 400.000 danskere, der lever med og efter kræft, har milde til moderate senfølger. For denne gruppe er tidlig opsporing, ensartet behovsvurdering og adgang til relevante indsatser i det nære sundhedsvæsen afgørende for livskvalitet og funktionsevne.

Hvis fokus i praksis primært samler sig om de mest komplekse forløb, er der risiko for, at denne brede midtergruppe ikke i tilstrækkelig grad får gavn af retningslinjens intentioner.

1.4 Pårørende

Pårørende spiller ofte en central rolle for borgerens funktionsevne, mestring og trivsel. Selvom pårørende berøres indirekte flere steder, er deres rolle og belastning ikke systematisk indarbejdet som en del af indsatsen. Manglende opmærksomhed her kan have betydning for både borgerens og de pårørendes samlede situation.

2. Behovsvurdering – betydning for ensartet praksis

Behovsvurdering er et gennemgående element i retningslinjen og et centralt omdrejningspunkt i stepped care-modellen. Samtidig fremstår behovsvurderingen flere steder som et princip snarere end et fælles referencepunkt for styring og koordinering.

Tydelighed om:

- hvornår behov vurderes,
- hvem der har ansvar for vurderingen,
- hvordan vurderinger deles og genbesøges,

har stor betydning for ensartet praksis, særligt i overgangene mellem sektorer og indsatsniveauer. Dette gælder ikke mindst i overgangsperioden frem mod sundhedsreformens fulde ikrafttræden.

3. Forebyggelse og tidlig indsats

Forebyggelse og tidlig opsporing af senfølger nævnes som en del af indsatsen sideløbende med behandlingen. Dette område rummer et betydeligt potentiale, både i forhold til at reducere belastningen for den enkelte borger og i forhold til den samlede ressourceanvendelse.

Operationalisering af tidlig opsporing og forebyggende indsatser vil have stor betydning for, i hvilken grad retningslinjen bidrager til at begrænse udviklingen af mere komplekse og langvarige senfølger.

4. Stepped care – helhedsperspektiv

Stepped care-modellen er et centralt og velbegrundet valg i retningslinjen. Modellens funktionalitet afhænger imidlertid i høj grad af kvaliteten i de indsatser, der ligger på trin 1 og 2, hvor langt størstedelen af borgerne forventes at befinde sig.

Små forskelle i kompetencer, adgang, opfølgning og visitationspraksis på disse niveauer kan få stor betydning for borgernes samlede forløb og for belastningen af de specialiserede tilbud. Stepped care-modellen forudsætter et fælles og sammenhængende vidensgrundlag, så indsatser på tværs af regioner og sektorer ikke udvikles parallelt eller med væsentlig variation i indhold og kvalitet.

Kommunerne rummer allerede betydelige erfaringer og data fra patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Disse ressourcer kan med fordel indgå i en samlet stepped care-tilgang, forudsat at der sikres en tydelig og forpligtende rolle- og ansvarsafklaring. Samtidig forudsætter en ensartet og fagligt robust indsats, at

kommunale tilbud tilrettelægges i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer og indgår aktivt i systematisk screening samt eskalering og deeskalering af indsatser.

Kompetencer i trin 1 og 2

Stepped care-modellens funktionalitet forudsætter, at indsatserne på trin 1 og 2 varetages med tilstrækkelige og relevante kompetencer. For langt størstedelen af borgere med kræftrelaterede senfølger vil disse niveauer udgøre den primære kontakt med senfølgeindsatsen.

Manglende klarhed om kompetenceforudsætninger kan i praksis få betydning for ensartethed, kvalitet og rettidig eskalering, særligt i forhold til vurdering af kognitive, psykiske og komplekse tværgående senfølger.

Tydelighed om kompetencekrav, adgang til faglig sparring og mulighed for opkvalificering vil derfor have betydning for, om stepped care-modellen fungerer efter hensigten.

5. Sociale forhold og arbejdsliv

Kræftrelaterede senfølger påvirker ofte arbejdsevne, økonomi, sociale relationer og deltagelse i hverdagslivet. Sociale determinanter har veldokumenteret betydning for både belastning, mestring og adgang til hjælp.

Hvis sociale og arbejdslivsrelaterede forhold ikke systematisk indgår i behovsvurdering og opfølgning, er der risiko for, at eksisterende ulighed i sundhed forstærkes – også selv om de sundhedsfaglige indsatser i øvrigt er velbeskrevne.

6. Regionale senfølgeklinikker – rolle og afgrænsning

Regionale senfølgeklinikker spiller en vigtig rolle for borgere med komplekse senfølger, men vil kun omfatte en mindre del af den samlede målgruppe. Tydelighed om klinikkernes rolle, funktion og samspil med øvrige indsatser har betydning for realistiske henvisningsmønstre og for sammenhængen i systemet.

7. Tværsektorielt samarbejde

Tværsektorielt samarbejde fremhæves som centralt i retningslinjen. Samtidig vil graden af konkretisering have betydning for, om samarbejdet i praksis bliver ensartet eller afhængigt af lokale løsninger.

Særligt i overgangsperioder – fx ved ændring i sygdomstilstand, sektorovergange eller manglende formel afslutning fra sygehus – er klarhed om roller, kontaktflader og informationsdeling afgørende.

8. Data og PRO

Anvendelsen af PRO fremhæves som et vigtigt redskab i retningslinjen. PRO rummer et stort potentiale for systematik og opfølgning, men stiller samtidig krav til kapacitet, opfølgning og fortolkning.

Ensartet anvendelse og tydelig kobling til handling er afgørende for, at PRO bidrager til kvalitet og ikke utilsigtet øger variation eller ulighed.

PRO-data anvendes og genereres allerede i kommunale rehabiliteringsforløb, og disse data kan potentielt bidrage til bedre sammenhæng og opfølgning, hvis de indtænkes systematisk i den samlede model.

9. Afsluttende bemærkning

Samlet set udgør retningslinjen et solidt fundament for en styrket og mere ensartet senfølgeindsats. Dens virkning i praksis vil i høj grad afhænge af, hvordan målgrupper, behovsvurdering, tværsektorielt samarbejde og indsatser på trin 1 og 2 udfoldes og implementeres.

Senfølgerforeningen bidrager gerne konstruktivt i den videre dialog om implementering, opfølgning og videreudvikling af indsatsen, med afsæt i erfaringer fra borgere, pårørende og praksisfeltet.