



 Kræftens Bekæmpelse

Kræft 2022 i Danmark

Indhold

1

Kræft i tal

Side 10

2

Forebyggelse

Side 30

3

Tema: Tidlig opsporing
og diagnostik

Side 40

4

Kræftbehandling

Side 52

5

Senfølger og
rehabilitering

Side 60

6

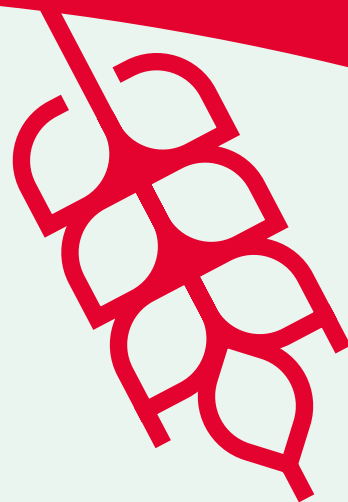
Palliativ indsats

Side 70

Danskere og kræft



Det er muligt
at forebygge
40 kræfttilfælde
om dagen



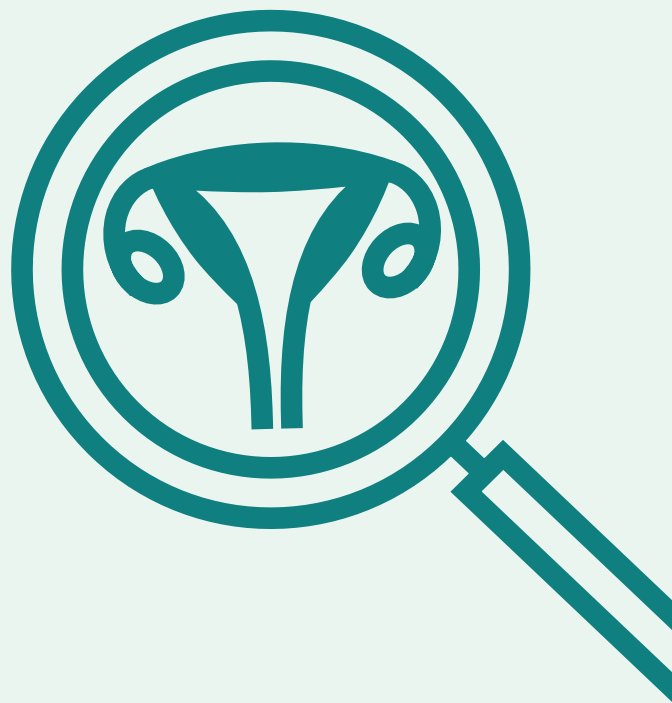
En undersøgelse viser, at kun

8%

af praktiserende læger oplever,
at de i høj grad får den nødven-
dige viden fra sygehuset om
kræftpatienters bivirkninger
og mulige senfølger



Kun hver anden
kvinde i 20'erne del-
tager i screening for
livmoderhalskræft

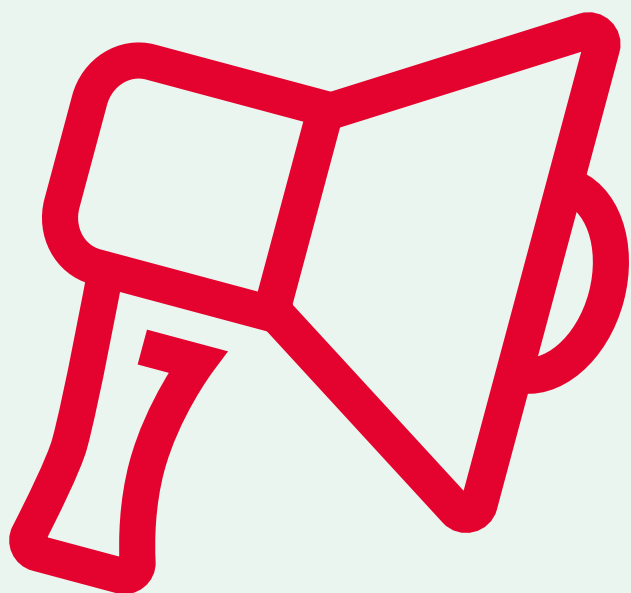


I 2020 blev der diagnosticeret

45.205

nye kræfttilfælde





Overlever kræft
i mindst 5 år:

77 % blandt patienter
med lang uddannelse

61 % blandt patienter
med kort uddannelse

6%

af alle danskere
lever med
eller efter kræft

72%

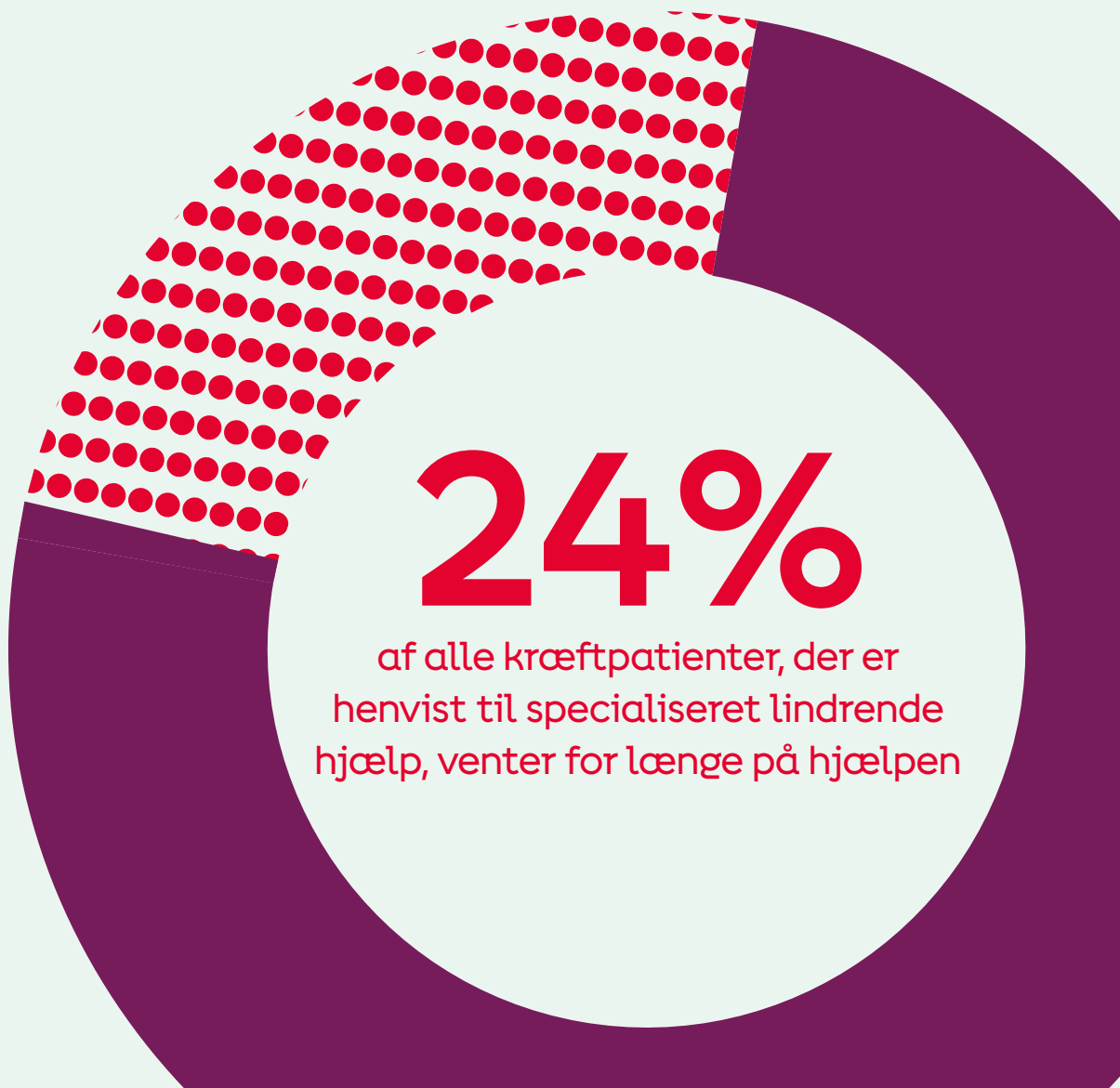
af kræftpatienter i onkologisk
ambulatorium oplever at have
én læge, der har det overordnede
ansvar for deres forløb





70%

overlever kræft i mindst 5 år



24%

af alle kræftpatienter, der er
henvist til specialiseret lindrende
hjælp, venter for længe på hjælpen

“

Social ulighed er et problem i hele kræftforløbet, også når det handler om at få stillet en kræftdiagnose.



Af Jesper Fisker

*Administrerende direktør
i Kræftens Bekæmpelse*

Der er meget at glæde sig over i udviklingen på kræftområdet i Danmark. Men især to udfordringer savner vi bedre svar på: At opdage kræft tidligere og at mindske den sociale ulighed i hele kræftforløbet.

Vi bliver stadig bedre til at behandle kræft, og stadig flere lever med eller efter kræft. På 20 år er Danmark gået fra en bundplacering til at have næsten samme overlevelse efter kræft som de andre nordiske lande. Også internationalt gør vi fremskridt, f.eks. når det gælder patienter med tyktarmskræft, hvor vi er gået fra at være blandt de lande med den dårligste overlevelse til at være et af de lande med den bedste overlevelse.

På forebyggelsesområdet har mere end to ud af tre kommuner nu indført røgfri arbejdstid, og ni ud af ti unge har fået deres første stik med HPV-vaccine. Og i behandlingssystemet er der blandt andet kommet mere fokus på at inddrage patienternes egne oplevelser af livskvalitet og helbred.

Så der sker fremskridt, og det er godt

Men bag de positive tal gemmer sig store forskelle mellem de enkelte kræftsygdomme. For mens patienter med brystkræft, testikelkræft og modermærkekræft har en god prognose, ser det værre ud for patienter med f.eks. bugspytkirtelkræft og lungekræft, der kan være vanskelige at behandle.

Social ulighed er et problem i hele kræftforløbet, også når det handler om at få stillet en kræftdiagnose.

Derfor har vi i denne udgave af 'Kræft i Danmark' valgt at sætte særligt fokus på tidlig opsporing og diagnostik. For jo tidligere kræft opdages, jo bedre er muligheden for at overleve og for at få en skånsom behandling med færre bivirkninger og senfølger.

De danske kræftpakker har været en succes, og de praktiserende læger spiller en altafgørende rolle i at få patienterne henvist. Men når symptomerne er uklare og peger i mange retninger, er der problemer.

Kræftpakkerne kan dermed ikke stå alene. Der er

behov for et øget fokus på forløbet, før patienterne kommer i pakkeforløb. Langt de fleste patienter kommer i et pakkeforløb, men kun cirka halvdelen af patienterne har symptomer, der giver direkte adgang til pakkeforløb. Vi mangler data om forløbet, før patienten henvises til pakkeforløb, og dermed viden om, hvor lang tid der går, fra patienten oplever symptomer, til diagnosen stilles.

Nye undersøgelser viser, at patienter med lav sundhedskompetence bliver henvist senere til yderligere undersøgelser sammenlignet med patienter med høj sundhedskompetence. Resultatet er med til at understrege, at lægen bør være særligt opmærksom på patienter, der har sværere ved at kommunikere eller forklare deres bekymringer, symptomer eller kropslige ændringer. Det er et helt centralt sted at sætte ind, hvis vi vil forebygge social ulighed i kræft.

I Danmark har vi gode screeningsprogrammer for livmoderhalskræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft. Deltagelsen i brystkræftscreeningen er høj, men for livmoderhalskræft og tarmkræft bliver cirka halvdelen af de yngste i målgrupperne væk fra screening.

Dem skal vi gøre en ekstra indsats for at få fat i. Også ved at få flere ind i screeningsprogrammerne kan vi redde liv og samtidig mindske den sociale ulighed inden for disse kræftformer.

I 2020 var der 362.715 mennesker i Danmark, der levede med eller efter en kræftsygdom. Tallet stiger år for år. Den gode udvikling skyldes både nye, gode kræftbehandlinger, og at vi politisk har prioriteret kræftområdet med kræftplaner og milliardinvesteringer gennem mange år.

Men tallene i 'Kræft i Danmark' viser, at vi endnu ikke er i mål. Lad os gøre en større indsats for at opdage kræft tidligere.

1

Kræft i tal





Kræft i tal

I 2020 blev der diagnosticeret 45.205 nye kræfttilfælde, og 15.780 mistede livet til kræft, som er langt den hyppigste dødsårsag i Danmark. Stadig flere lever med eller efter kræft, og Danmark har nu næsten samme overlevelse efter kræft som de øvrige nordiske lande. Der er en betydelig social ulighed i både forekomsten af og overlevelse efter kræft.

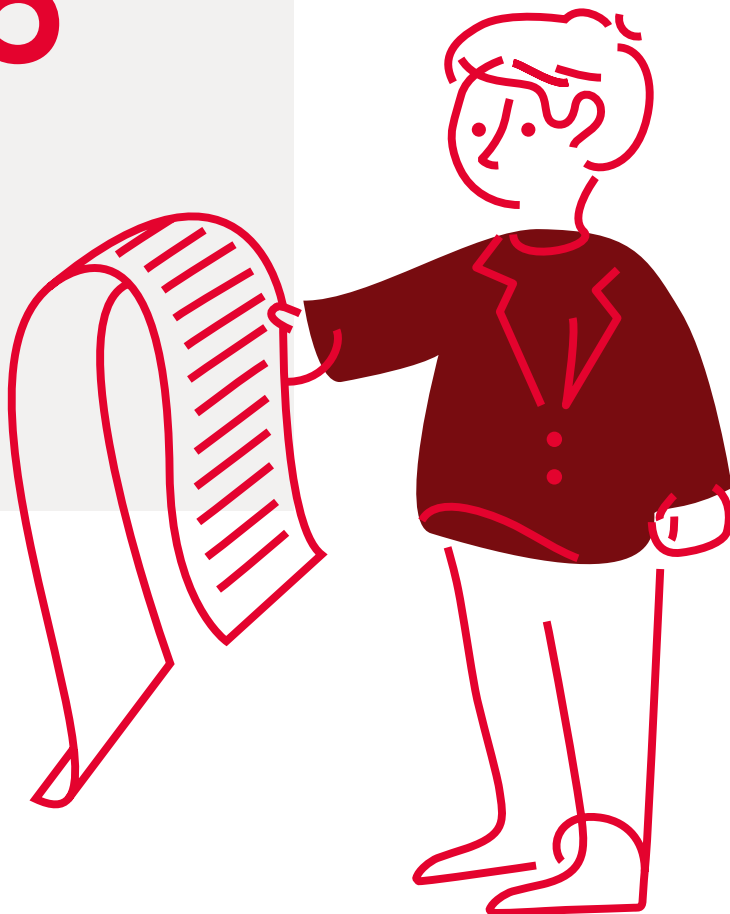
2020

45.205

nye kræfttilfælde i Danmark

15.780

døde af kræft



FIGUR 1.1

Nye kræfttilfælde i årene 2011-2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mænd	19.980	20.590	20.615	22.230	22.395	22.850	22.990	23.150	23.590	23.525
Kvinder	19.085	18.970	19.475	20.245	20.715	20.925	21.220	21.265	22.010	21.680
I alt	39.065	39.560	40.090	42.475	43.115	43.775	44.210	44.420	45.595	45.205

Note: Tallene er afrundet til nærmeste 5'er.

Kilde: Cancerregisteret¹

Efter mange års stigning faldt antallet af nye kræfttilfælde i Danmark en smule fra 45.595 i 2019 til 45.205 i 2020.¹ Det kan formentlig forklares med, at færre blev diagnosticeret under første bølge af COVID-19 pandemien i foråret 2020. Foreløbige skøn viser, at 1.600 færre blev diagnosticeret med kræft i pandemimånederne i 2020² (se også kapitel 3, side 50).

Trods dette fald er den generelle tendens et stigende antal af kræfttilfælde, hvilket især skyldes, at befolkningen lever længere, og at risikoen for at få kræft stiger med alderen. Når man tager højde for ændringer i befolkningens størrelse, køn- og alderssammensætning over tid, viser tallene, at den enkelte risiko for at få kræft i Danmark er faldet fra 2019 til 2020.¹

Flere mænd end kvinder bliver diagnosticeret med kræft. I 2020 var der 23.525 nye kræfttilfælde hos mænd og 21.680 hos kvinder. Se figur 1.1. De seneste 10 år er antallet af nye kræfttilfælde steget med 18 pct. for mænd og 14 pct. for kvinder.¹

Kræft er den hyppigste dødsårsag

Der var 15.780 danskere, der døde af kræft i 2020.³ Kræft var dermed årsag til 29 pct. eller tre ud af ti dødsfald. Den næsthypigste dødsårsag, hjertesygdomme, er årsag til ét ud af syv dødsfald.

Lungekræft (kræft i lunge, bronkier og luftrør) var årsag til flest dødsfald blandt både mænd og kvinder. Herefter følger brystkræft og tyktarmskræft for kvinder og prostatakræft samt tyktarmskræft for mænd.

De mest udbredte kræftsygdomme i 2020

Hos kvinder var de hyppigste kræftdiagnoser i 2020 brystkræft, lungekræft samt 'anden hudkræft' (hudkræft, der ikke er modermærkekræft). Se figur 1.2.

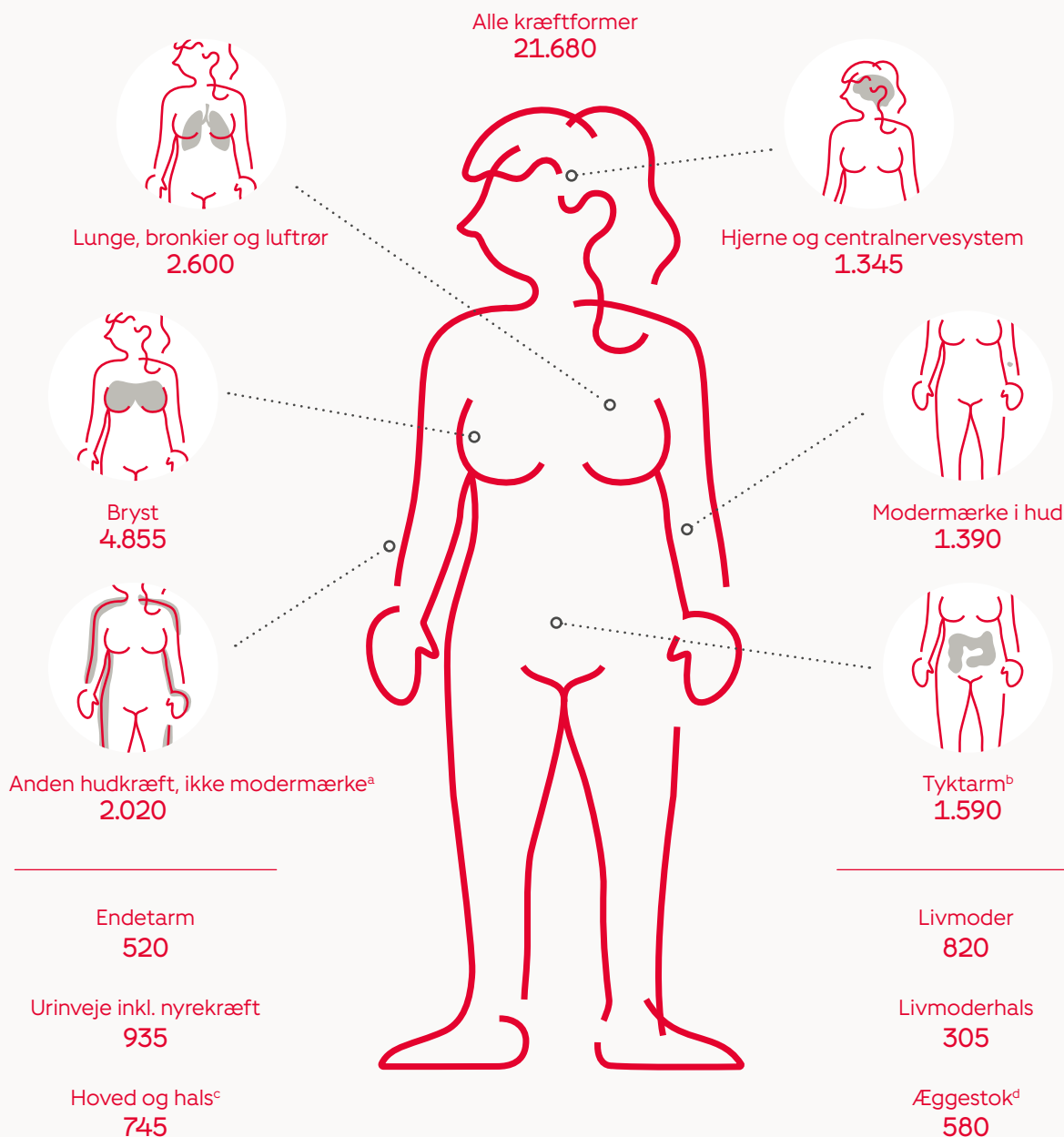
Hos mænd var det prostatakræft, anden hudkræft og kræft i urinvejene. Se figur 1.3.

Cancerregisterets nyeste opgørelse over nye kræfttilfælde er med tal fra 2020.

FIGUR 1.2

De hyppigste kræftsygdomme hos kvinder – nye tilfælde i 2020

Kvinder



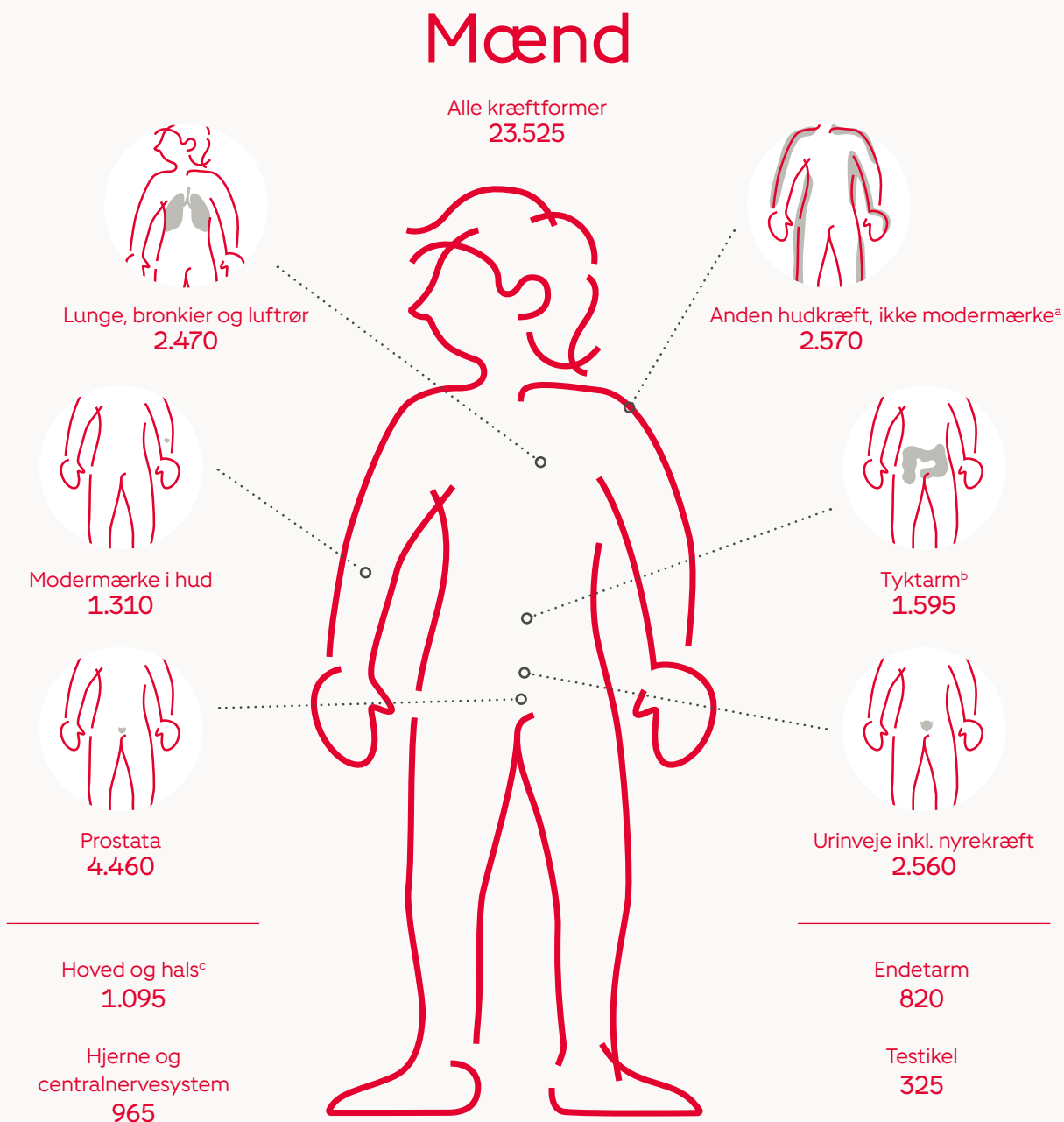
^a Tallet er eksklusivt basalcellekræft.

^b Inklusive overgang til endetarm. ^c Inklusive skjoldbruskkirtlen. ^d Inklusive æggeledere og nærliggende bindevæv.

Note: Tallene er afrundet til nærmeste 5'er. Kilde: Cancerregistret¹

FIGUR 1.3

De hyppigste kræftsygdomme hos mænd – nye tilfælde i 2020



^a Tallet er eksklusivt basalcellekræft.

^b Inklusive overgang til endetarm. ^c Inklusive skjoldbruskkirtlen.

Note: Tallene er afrundet til nærmeste 5'er. Kilde: Cancerregistret¹

Flere lever med kræft

Kræft er i stigende grad en sygdom, som vi overlever eller lever med i mange år, og stadig flere har på et tidspunkt i deres liv fået en kræftdiagnose. Den forbedrede overlevelse skyldes blandt andet bedre behandlinger samt en række screeningsprogrammer, der medfører tidlig opsporing og dermed bedre muligheder for behandling.

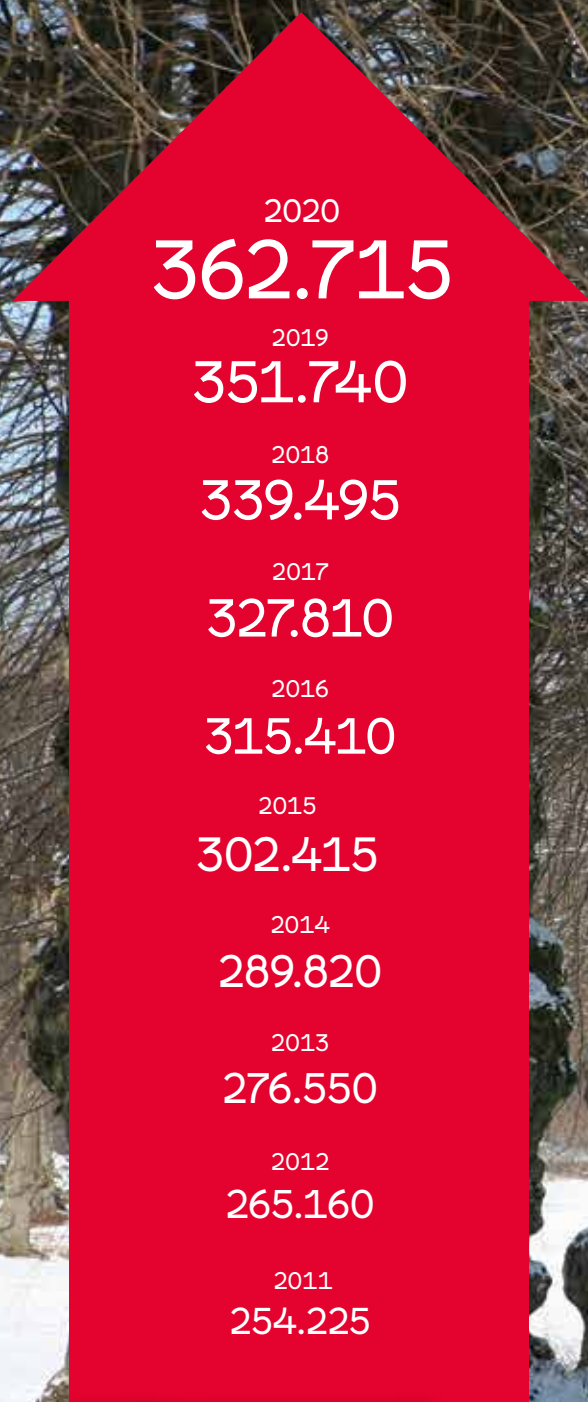
Ved udgangen af 2020 levede 362.715 personer med kræft, heraf 198.665 kvinder og 164.050 mænd.¹ Tallet omfatter alle kræftpatienter, uanset hvornår de fik stillet diagnosen, og uanset om de stadig fik behandling eller blev anset for helbredte. Dette svarer til, at 6 pct. af befolkningen har eller har haft en kræftdiagnose. Det er 10.975 flere personer end året før og svarer til en stigning på 3 pct. Se figur 1.4. Udviklingen øger behovet for rehabilitering og behandling af senfølger.

Overlevelsen varierer mellem de forskellige kræftsygdomme. Patienter med testikelkræft, modermærkekræft og brystkræft har en god prognose, mens eksempelvis lungekræft og bugspytkirtelkræft kan være vanskeligere at behandle. Selvom brystkræft blandt kvinder er næsten dobbelt så hyppig som lungekræft, dør flere kvinder af lungekræft.

I 2020 havde 73.925 kvinder på et tidspunkt i deres liv fået diagnosticeret brystkræft, og 45.600 mænd havde fået diagnosen prostatakræft. Se figur 1.5. Selvom der samlet set er flere mænd end kvinder, der bliver diagnosticeret med kræft, lever flere kvinder end mænd med en kræftdiagnose. Det kan skyldes, at kvinder generelt lever længere end mænd, og at overlevelsen efter diagnosen for mange kræftsygdomme er højere hos kvinder. Blandt andet har brystkræft en særlig god prognose.

FIGUR 1.4

Antal personer, der lever med eller efter kræft, 2011-2020



Note: Tallene er afrundet til nærmeste 5'er.
Kilde: Cancerregisteret¹



FIGUR 1.5

Antal af nye kræfttilfælde, antal af personer, der lever med eller har haft kræft, og antal døde af kræft i 2020 for de hyppigste og for alle kræftsygdomme

Kræftsygdom	Nye kræfttilfælde		Lever med kræft		Døde af kræft	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Alle kræftsygdomme	21.680	23.525	198.665	164.050	7.390	8.385
Bryst	4.855	-	73.925	-	1.045	-
Prostata	-	4.460	-	45.600	-	1.360
Urinveje inkl. nyre	935	2.560	8.735	21.540	270	515
Lunge, bronkier og lufttrør	2.600	2.470	8.225	6.255	1.690	1.690
Anden hud^a	2.020	2.570	12.660	15.015	-	-
Tyktarm^b	1.590	1.595	14.240	13.290	575	595
Modermærke i hud	1.390	1.310	21.330	15.235	105	150
Hjerne og central-nervesystem	1.345	965	14.125	9.560	210	280
Hoved og hals^c	745	1.095	7.605	8.755	155	305
Endetarm	520	820	5.945	8.405	175	255
Testikel	-	325	-	9.430	-	10
Livmoder	820	-	11.615	-	185	-
Æggestok^d	580	-	4.910	-	335	-
Livmoderhals	305	-	8.945	-	85	-

^a Anden hud er hudkræft, der ikke er modermærkekræft. Tallet er eksklusivt basalcellekræft.

^b Inklusive overgang til endetarm.

^c Inklusive skjoldbruskkirtlen.

^d Inklusive æggeledere og nærliggende bindevæv.

Note: Tallene er afrundet til nærmeste 5'er. Manglende tal skyldes, at tallene ikke er tilgængelige eller ikke er relevante for det pågældende køn.

Kilde: Cancerregistret¹ og Dødsårsagsregistret³



Kræft er i stigende grad en sygdom, som vi overlever eller lever med i mange år, og stadig flere har på et tidspunkt i deres liv fået en kræftdiagnose. Ved udgangen af 2020 levede 362.715 personer med kræft.



Kræftoverlevelse i Danmark og Norden

For kun 20 år siden havde Danmark langt den dårligste kræftoverlevelse i Norden. I perioden 2000-2004 var 5-årsoverlevelsen for alle kræftformer (eksklusive anden hudkræft) i Danmark i gennemsnit 48 pct. for mænd og 56 pct. for kvinder.^{4,5} I dag er tallene 71 pct. for kvinder og 68 pct. for mænd. Kræftoverlevelsen er forbedret i alle de nordiske lande, men mest markant i Danmark, som nu ligger på niveau med Finland og Island og lidt under Sverige og Norge. Det viser de nyeste tal i NORDCAN. Se figur 1.6.

Flere overlever lungekræft og tyktarmskræft

Nogle af de mest iøjnefaldende resultater for Danmark ses for lungekræft, som er en af de både hyppigste og mest udfordrende kræftsygdomme, da en stor andel af patienterne først bliver diagnosticeret, når sygdommen er fremskreden.

I perioden 2000-2004 overlevede kun hver tiende danske patient med lungekræft sin sygdom i mindst 5 år. For patienter, der fik diagnosen i årene 2015-2019, er den forventede 5-årsoverlevelse ste-

get til 25 pct. For kvinder er 5-årsoverlevelsen steget med 18 procentpoint, mens den for mænd er steget 13 procentpoint over 15-års perioden.^{4,5}

Der er også sket en markant forbedring i 5-årsoverlevelsen af danske patienter med kræft i tyktarmen. Der er tale om en stigning på 15 procentpoint for kvinder og 20 procentpoint for mænd.^{4,5} Her ligger Danmark nu i front blandt de nordiske lande. I perioden 2000-2004 var det kun lige over halvdelen af patienter med kræft i tyktarmen, der overlevede sygdommen i mindst 5 år. I slutningen af den senest opgjorte periode (2015-2019) er den forventede 5-årsoverlevelse forbedret til lige over 70 pct.

Der er mange årsager til den positive udvikling i overlevelsen for såvel tyktarms- som lungekræft siden 2000. Den skyldes blandt andet kræftplaner, kræftpakker, indsatser for tidlig og sikker diagnostik med eksempelvis de nationale screeningsprogrammer for tyk- og endetarmskræft, bedre kirurgi, præcisionsstråleterapi, nye biologiske behandlinger, immunterapi og ny kemoterapi.

NORDCAN-databasen rummer kræfttal frem til 2019 og giver mulighed for at sammenligne kræfttal mellem Danmark, Sverige, Norge, Finland, Færøerne, Grønland og Island.

Data stammer fra de nationale kræft- og dødsårsagsregistre. Bag NORDCAN står Association of the Nordic Cancer Registries (ANCR).

NORDCAN kan tilgås på www.ancr.nu

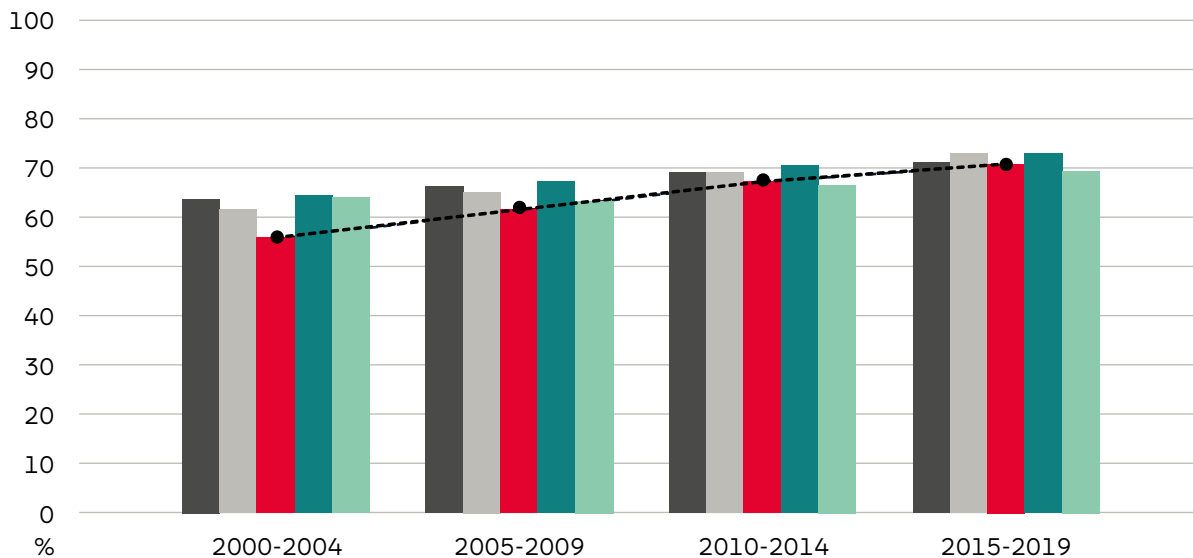
FIGUR 1.6

5-årsoverlevelse efter kræftdiagnose i de nordiske lande siden 2000

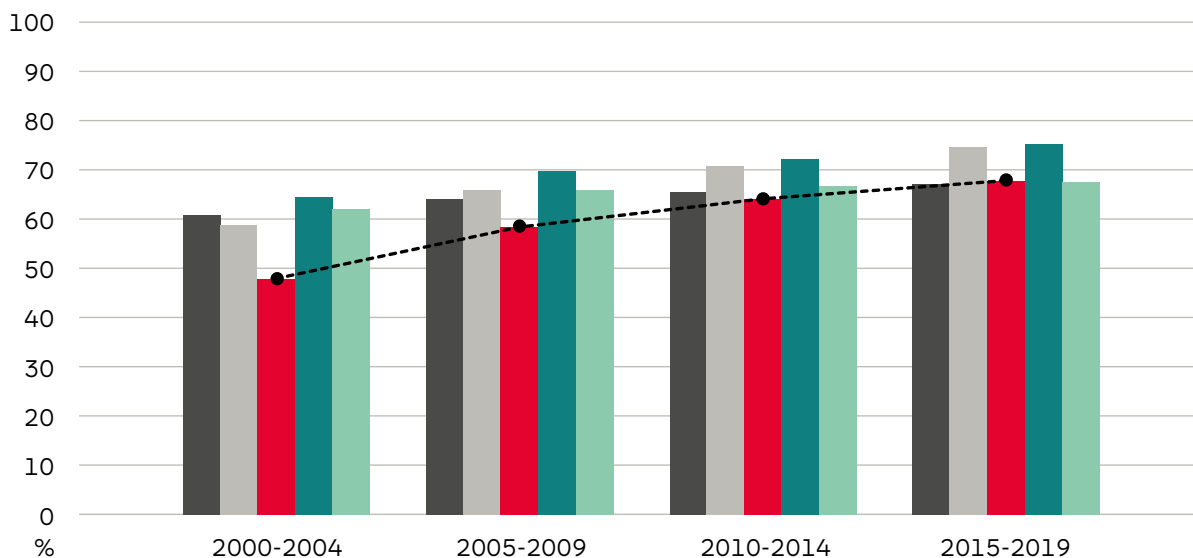
Alle kræftsygdomme – bortset fra 'anden hudkræft'

■ Finland ■ Norge ■ Danmark ■ Sverige ■ Island

Kvinder



Mænd



Note: Overlevelsen er den relative overlevelse, det vil sige sandsynligheden for at overleve 5 år efter kræftdiagnosen, når man ser bort fra risikoen for at dø af andre årsager.

Kilde: NORDCAN^{4,5}

Dansk kræftoverlevelse i et internationalt perspektiv

Udviklingen i overlevelse for udvalgte kræftformer er også nyligt undersøgt henover en 20-årig periode i Danmark og seks andre højindkomstlande med sammenlignelige sundhedssystemer.⁶ Undersøgelsen er en del af 'International Cancer Benchmarking Partnership' (ICBP)⁷, og den viser, at Danmark har opnået betydelige forbedringer i kræftoverlevelsen.⁶

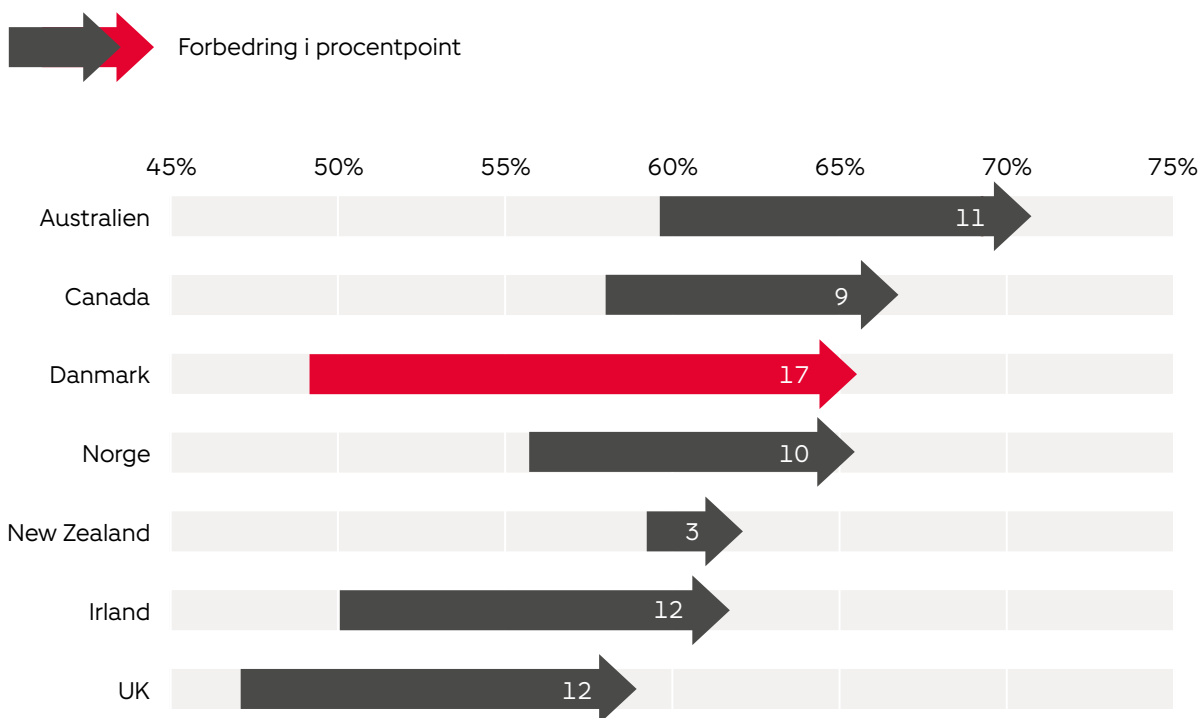
De største forbedringer i 5-årsoverlevelsen i Danmark i den undersøgte periode ses inden for tyk- og endetarmskræft. Den er forbedret med 17 procentpoint for tyktarmskræft (se figur 1.7) og 21 procentpoint for endetarmskræft, hvilket er de største forbedringer blandt de undersøgte lande.⁶ Danmark er således gået

fra at være blandt de lande med den dårligste overlevelse efter tyk- og endetarmskræft til at være blandt de lande i undersøgelsen, der klarer sig bedst.

Danmark har også opnået betydelige forbedringer i 1- og 5-årsoverlevelsen efter lungekræft. 1-årsoverlevelsen er forbedret med 19 procentpoint, mens 5-årsoverlevelsen er forbedret med 11 procentpoint. Disse forbedringer er store sammenlignet med, hvad flere af de seks øvrige lande har opnået. Der er dog stadig lande, som har bedre overlevelse end Danmark. Særligt Australien skiller sig ud med en bedre 1- og 5-årsoverlevelse inden for flere af de undersøgte kræftformer.⁶

FIGUR 1.7

Forbedring i 5-årsoverlevelse for tyktarmskræft fra 1995-1999 til 2010-2014



Note: Overlevelsen er den aldersstandardiserede relative overlevelse, det vil sige sandsynligheden for at overleve i 5 år efter kræftdiagnosen, når man ser bort fra risikoen for at dø af andre årsager. Pilene viser den forbedrede overlevelse i procentpoint mellem 1995-99 og 2010-14. Tallene er afrundet til nærmeste hele.

Kilde: Arnold M et al⁶

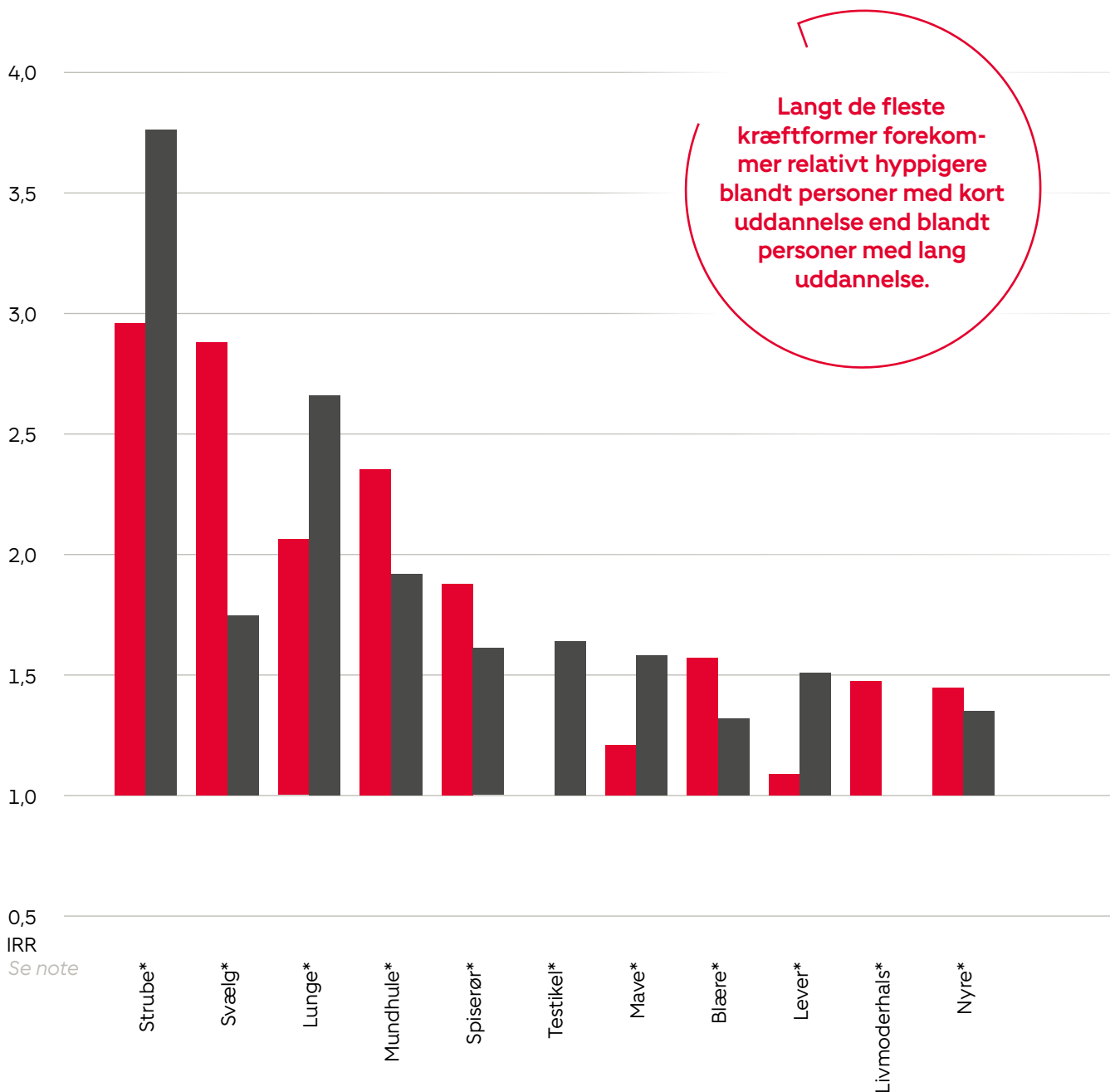
*Der er over en 20-års periode sket
betydelige fremskridt i overlevelsen
efter kræft i Danmark.*



FIGUR 1.8

Forskel i forekomst af kræft blandt personer med kort i forhold til lang uddannelse

■ Kvinder ■ Mænd



Note: IRR er aldersstandardiseret Incidens-Rate-Ratio. En IRR på 1 betyder, at der er samme kræftforekomst blandt personer med kort og lang uddannelse. Når IRR er større end 1, er der højere kræftforekomst blandt kortuddannede, mens en IRR under 1 betyder, at der er lavere kræftforekomst blandt kortuddannede. Nye tilfælde 2017-2018 i aldersgruppen 30-89 år.

Social ulighed i kræft i Danmark

Der er social ulighed i hele kræftforløbet i Danmark. Kræftpatienter, der har kort uddannelse, lav indkomst eller bor alene, er dårligere stillet i deres kræftforløb end kræftpatienter med lang uddannelse, høj indkomst eller en samboende partner.⁶

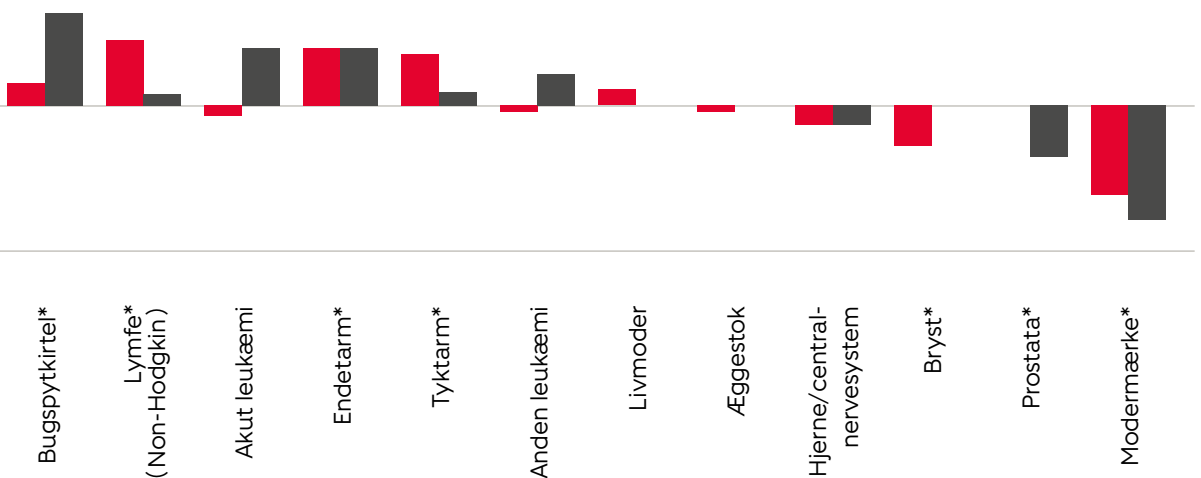
Ulighed i forekomst af kræft

Figur 1.8 viser, at langt de fleste kræftformer forekommer relativt hyppigere blandt personer med kort uddannelse, end blandt personer med lang uddannelse (se boks). Uligheden er særligt stor for kræftformer, hvor rygning er en væsentlig risikofaktor, f.eks. kræft i strube, svælg, lunge, mundhule og spiserør. Risikoen for disse kræftformer er mellem 1,6 og 3,8 gange større blandt personer med kort uddannelse, som blandt personer med lang uddannelse. For enkelte andre kræftformer (leukæmi, livmoder, æggestok og hjerne) er der statistisk set ikke de store forskelle i forekomst på tværs af uddannelsesgrupper. Omvendt er der en lavere forekomst af kræft i bryst, prostata og modermærke blandt personer, der har kort uddannelse, i forhold til personer, der har lang uddannelse.

En del af uligheden i forekomst af kræft kan forklares med, at mange risikofaktorer for at få kræft er ulige fordelt på tværs af uddannelsesgrupper. Blandt personer med kort uddannelse er der eksempelvis en større andel, der ryger dagligt eller har overvægt, end blandt personer med lang uddannelse.⁸

Kort uddannelse svarer i de nævnte analyser til folkeskoleuddannelse som højeste uddannelsesniveau, mellem uddannelse svarer til ungdomsuddannelse eller erhvervsfaglig uddannelse, og lang uddannelse svarer til kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse (f.eks. laborant, pædagog eller læge).

Tal for social ulighed i kræft bliver løbende opgjort i Kræftens Bekæmpelses Pejlemærke 'Mindre Ulighed i Kræft'.

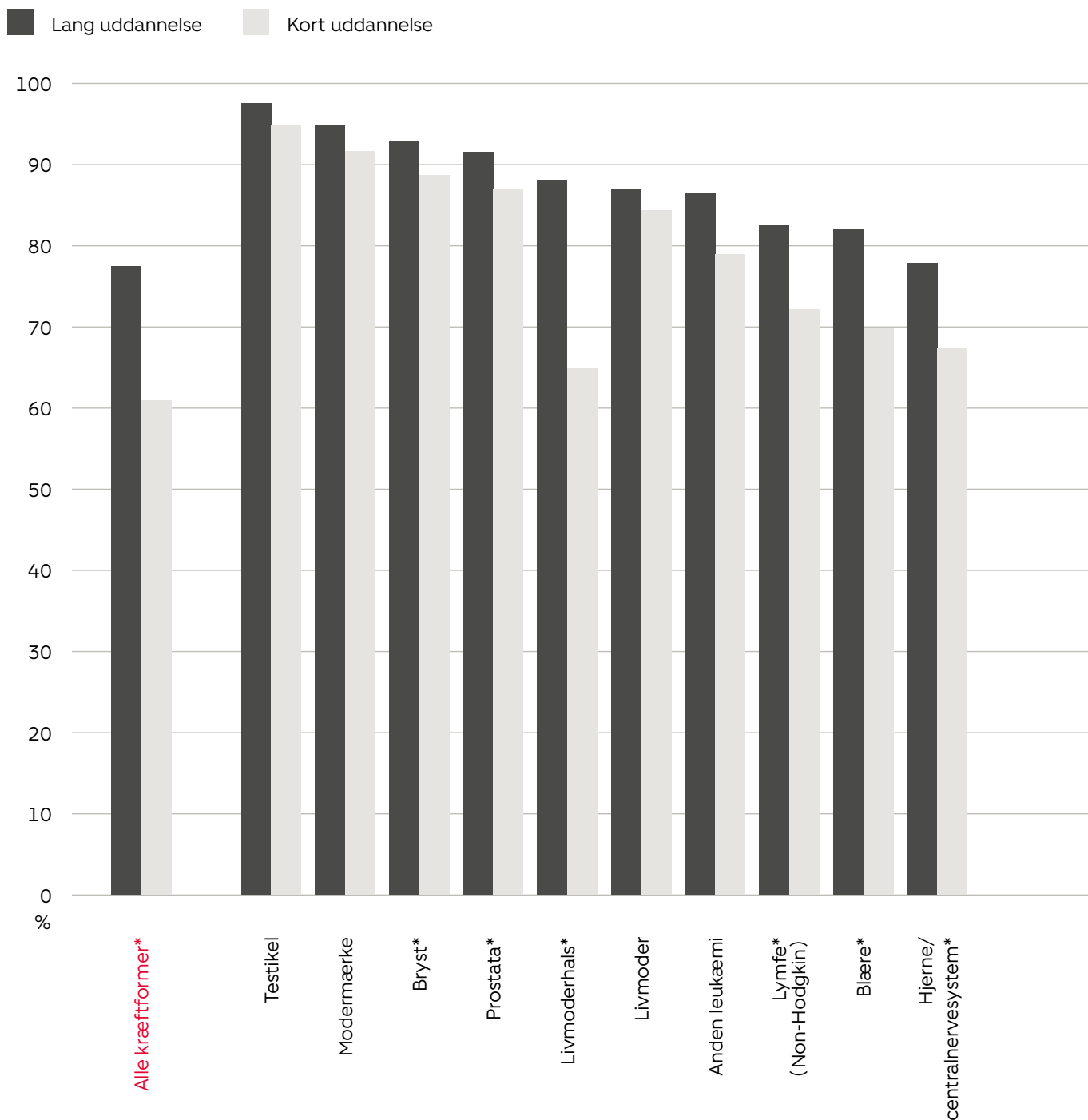


* Forskellen er statistisk signifikant, det vil sige, at forskellen i forekomst mellem personer med kort og lang uddannelse er så tydelig, at den sandsynligvis ikke er tilfældig.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse⁹

FIGUR 1.9

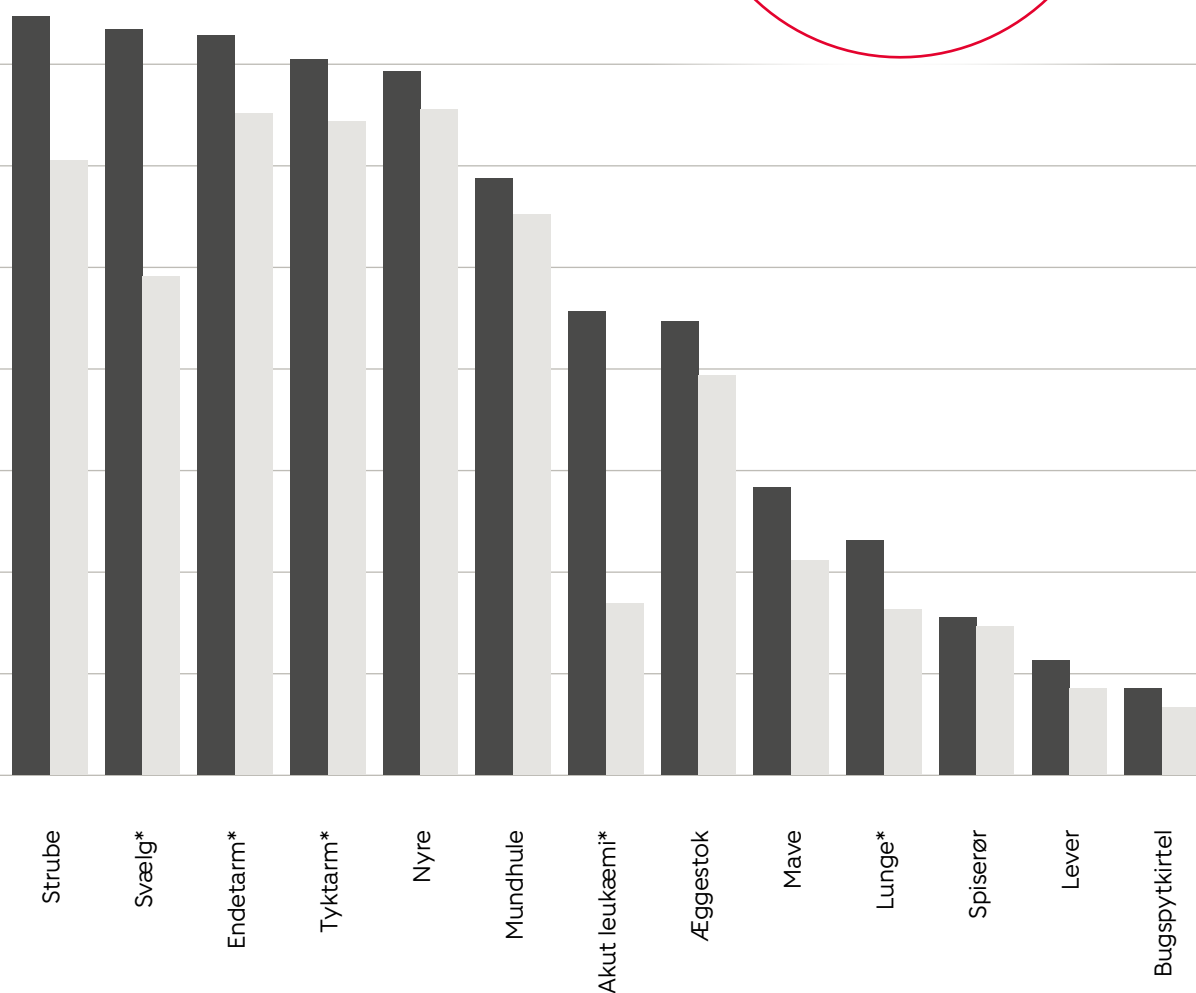
5-årsoverlevelse efter en kræftdiagnose fordelt på uddannelse



Note: Tallene gælder patienter diagnosticeret med kræft i 2011-2014 i Danmark og fulgt frem til 2019. Overlevelsen er den relative overlevelse, det vil sige sandsynligheden for at overleve i 5 år efter kræftdiagnosen, når man ser bort fra risikoen for at dø af andre årsager.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse⁹

For samtlige kræftformer har patienter med kort uddannelse mindre sandsynlighed for at være i live 5 år efter diagnosen end patienter med lang uddannelse.



* Forskellen er statistisk signifikant, det vil sige, at forskellen i overlevelse mellem personer med kort og lang uddannelse er så tydelig, at den sandsynligvis ikke er tilfældig.

Ulighed i overlevelse efter kræft

For samtlige kræftformer har patienter med kort uddannelse mindre sandsynlighed for at være i live 5 år efter kræftdiagnosen sammenlignet med patienter med lang uddannelse. Se figur 1.9. For alle kræftformer samlet set er sandsynligheden for at være i live 5 år efter kræftdiagnosen 61 pct. blandt personer med kort uddannelse og 77 pct. for personer med lang uddannelse. Det vil sige, at der er en forskel på 16 procentpoint. Uligheden har i hele den undersøgte periode ligget på samme høje niveau.⁹

Hvis man som et tankeeksperiment forestillede sig, at alle kræftpatienter klarede sig lige så godt som patienter med en lang uddannelse, ville en tredjedel flere kræftpatienter med kort eller mellem uddannelse være i live 5 år efter kræftdiagnosen. Det understreger vigtigheden af at prøve at forstå årsagerne til uligheden i overlevelse, og hvordan den kan reduceres.

Forskningsresultater viser, at kræft opdages senere hos personer med kort uddannelse, hvilket betyder, at kræftknuden ofte er større eller har spredt sig til andre steder i kroppen for denne patientgruppe i forhold til patienter med lang uddannelse.⁸ Dette har betydning for både behandling, senfølger og overlevelse. Herudover er der blandt kræftpatienter med kort uddannelse f.eks. også en større andel, der ryger dagligt, har overvægt eller har andre sygdomme samtidig med kræftsygdommen.

For nogle undergrupper af patienter og for visse kræftformer, der kræver komplekse behandlinger, har undersøgelser desuden vist, at der er ulighed i, hvilken behandling patienterne modtager. Men selv hvis der tages højde for forskelle i stadie, livsstil, andre samtidige sygdomme og behandling, overlever kræftpatienter med en kort uddannelse i kortere tid end patienter med en lang uddannelse.⁸



Der er betydelig ulighed i både forekomst af og overlevelse efter kræft, når man sammenligner personer med henholdsvis kort og lang uddannelse.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ☞ At regeringen udarbejder én fælles strategi til at reducere ulighed i sundhed, herunder kræft. Der er behov for at styrke indsatser på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, som sikrer, at forebyggelses- og sundhedstilbud når ud til alle borgere og patientgrupper uafhængigt af social position.
- ☞ At der afsættes ressourcer til målrettede indsatser for at imødegå ulighed i sundhed, så der sikres et løft til grupper med størst behov.
- ☞ At sundhedsvæsenet i endnu højere grad er systematisk, proaktivt og opsøgende i forhold til de sårbare patienter, og at der ydes en særlig støtte og prioriteres tid til denne patientgruppe. Den patientansvarlige læge har en væsentlig rolle heri gennem hele patientforløbet.

2

Forebyggelse



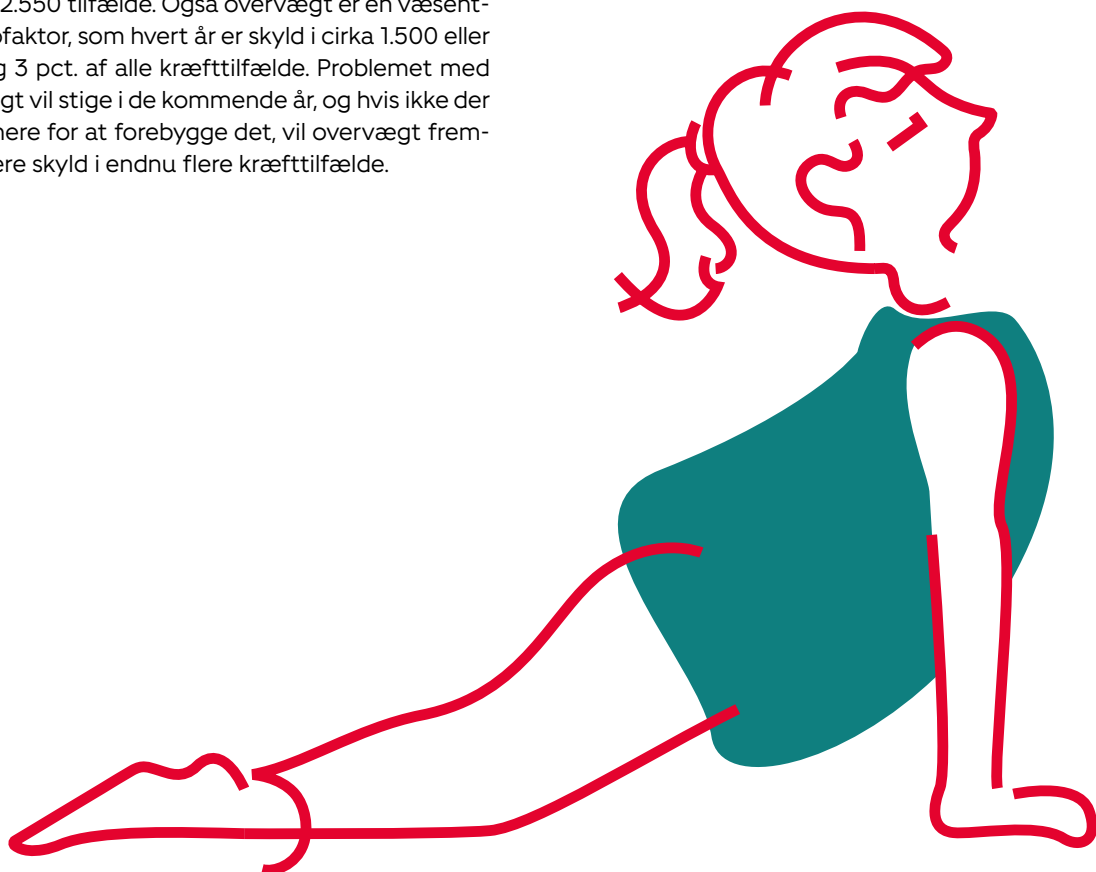


Forebyggelse

Hver dag får 40 danskere en kræftsygdom, der skyldes livsstil eller miljø, og som har potentialet til at kunne forebygges. Men hvis potentialet skal realiseres, kræver det en indsats på både individ- og samfundsniveau – ikke mindst i forhold til unges ryge- og alkoholvaner.

Rygning er skyld i næsten 15 pct. af alle kræfttilfælde og er den største enkeltstående årsag til kræft.¹⁰ Se figur 2.1. Det svarer til, at cirka 6.500 kræfttilfælde kunne undgås, hvis ingen røg. Rygning øger risikoen for lungekræft og mindst 15 andre kræftformer. Cirka hvert fjerde dødsfald i Danmark skyldes rygning, og ofte er der gået mange år med dårligt helbred forud.

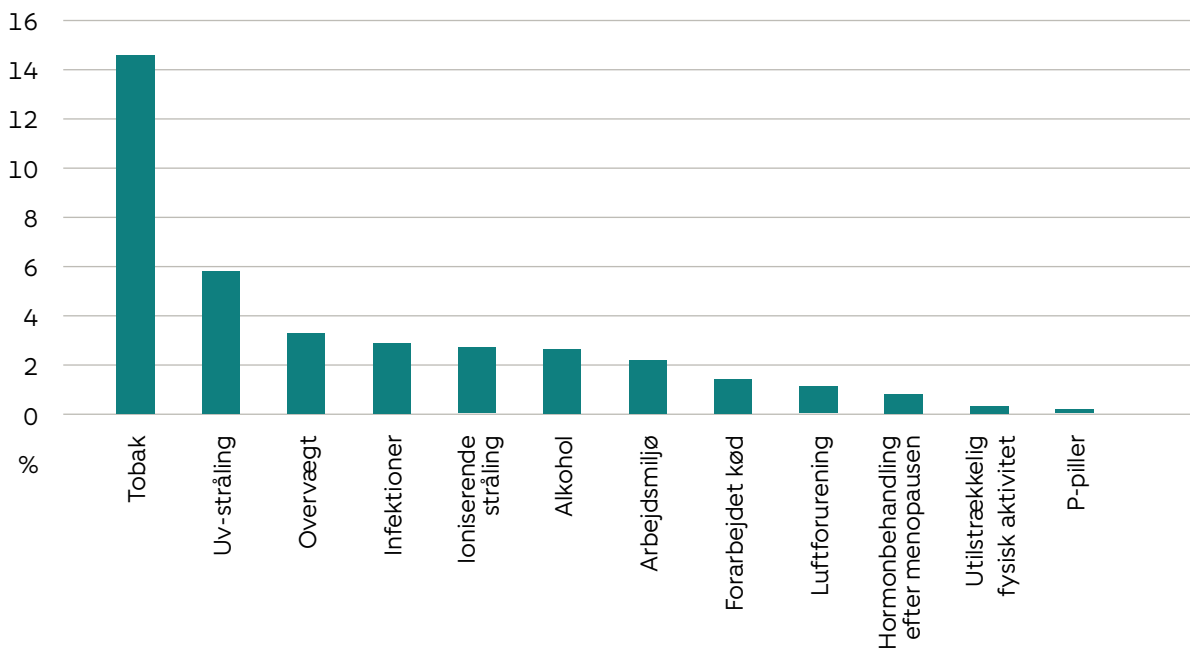
Den uv-stråling, som stammer fra sol og solarier, er årsag til næsten 6 pct. af alle kræfttilfælde, svarende til cirka 2.550 tilfælde. Også overvægt er en væsentlig risikofaktor, som hvert år er skyld i cirka 1.500 eller omkring 3 pct. af alle kræfttilfælde. Problemet med overvægt vil stige i de kommende år, og hvis ikke der gøres mere for at forebygge det, vil overvægt fremover være skyld i endnu flere kræfttilfælde.



FIGUR 2.1

Miljø- og livsstilsfaktorer, der er årsag til kræft

Andel af alle kræfttilfælde



Note: Beregningerne er foretaget på baggrund af danske tal i perioden 2008-2018.
Kilde: Tybjerg et al.¹⁰

Danmark har verdens tidligste rygestart

Prisen på tobak er afgørende for, om unge begynder at ryge. Afgifterne steg i 2020, og salget af cigaretter faldt efterfølgende med 18 pct. sammenlignet med 2019.¹¹ I 2022 steg prisen igen, og regeringens mål er 60 kr. i gennemsnit for en pakke cigaretter.

Et bredt flertal i Folketinget har desuden vedtaget en række tiltag for at mindske antallet af børn og unge, der begynder at ryge. I 2021 blev der indført røgfri skoletid for elever i grundskolen og på alle ungdomsuddannelser, tobakken blev gemt væk i alle butikker, og tobaksindustrien blev pålagt at producere neutrale cigaretpakker.

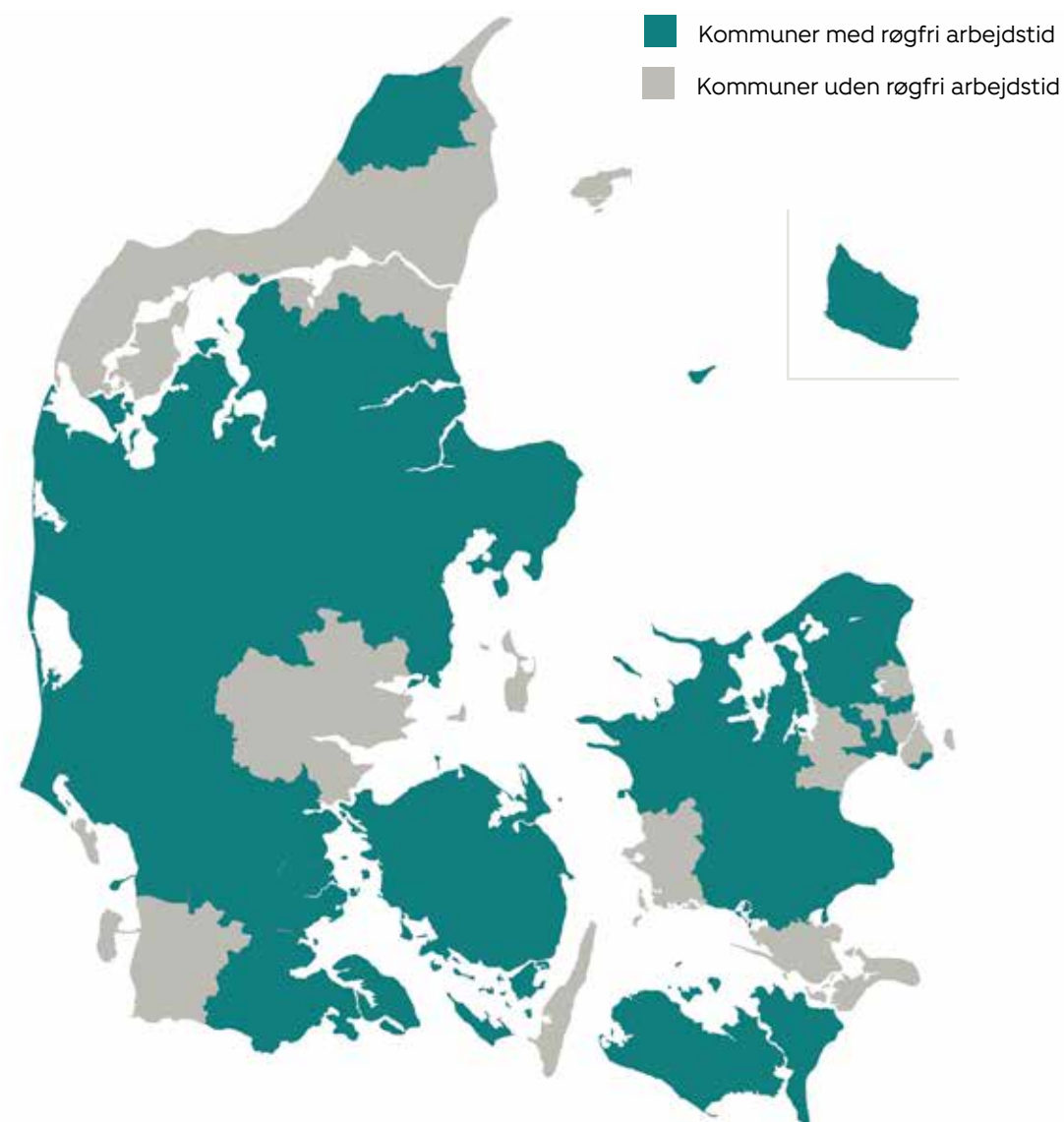
Gennemsnitsalderen på danske unge, når de begynder at ryge regelmæssigt, er 16,4 år. De er dermed verdens yngste, når de begynder.¹² Svenske unge starter med at ryge, når de er 16,7 år, mens de i Norge og Tyskland begynder, når de er 16,9 år. I lande som USA og Polen er rygestarten for unge henholdsvis 17,4 og 18,6 år, mens gennemsnittet globalt ligger på 19,2 år.

Røgfri arbejdstid breder sig blandt kommunerne

I 2021 indførte yderligere 16 kommuner i Danmark røgfri arbejdstid, så det nu gælder i 69 kommuner. Dermed har mere end to ud af tre kommuner indført, at medarbejdere ikke må ryge i arbejdstiden, hverken indendørs, udendørs eller uden for matriklen.¹³

FIGUR 2.2

Kommuner i Danmark med røgfri arbejdstid



Kilde: Kræftens Bekæmpelse¹³

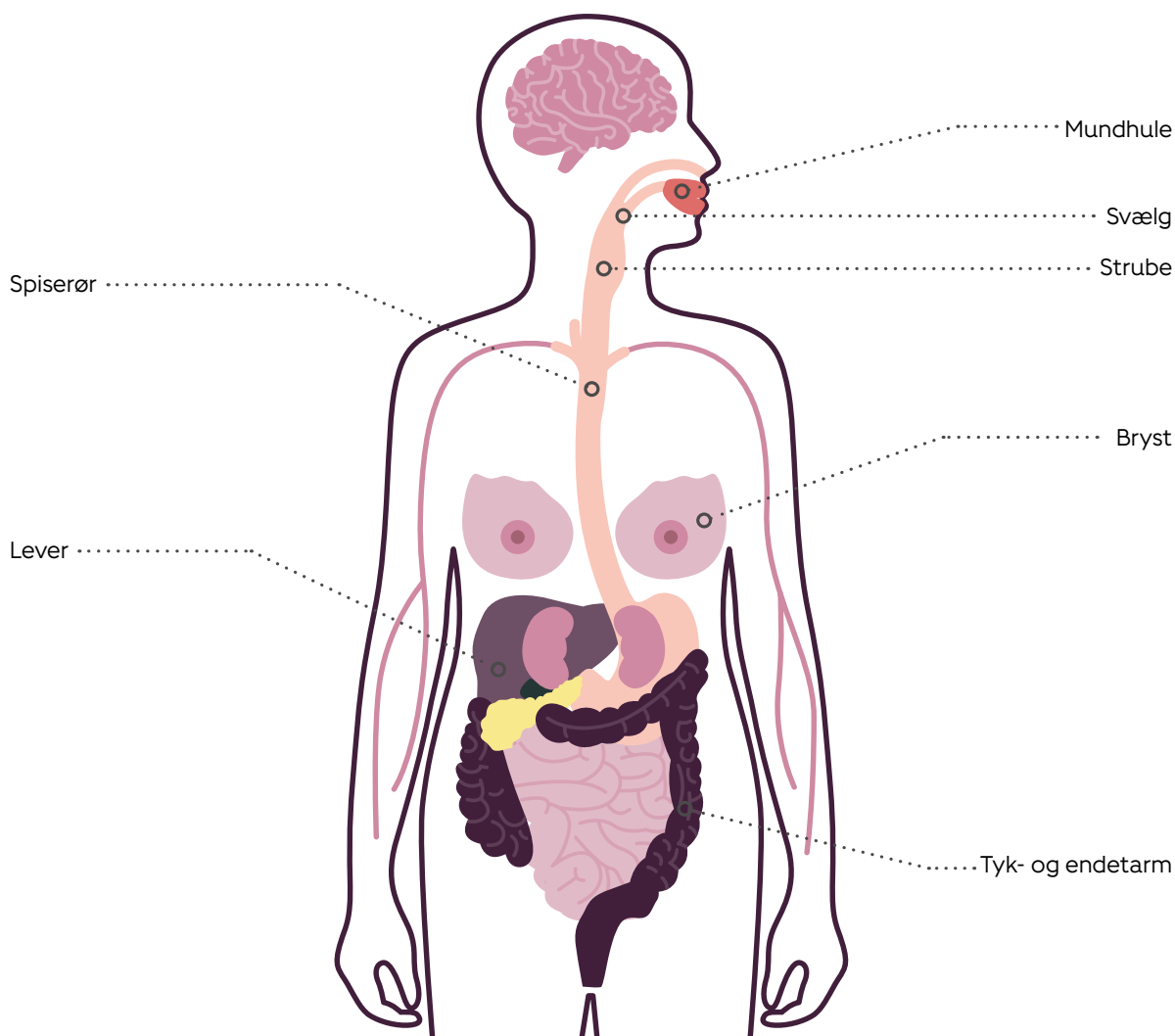
Alkohol øger risikoen for kræft

Hvert år får mindst 1.100 danskere kræft som følge af alkohol.¹⁰ Alkohol øger risikoen for mindst syv kræftformer, se figur 2.3, og risikoen for kræft stiger med mængden af alkohol, man indtager. Hvis man holder sig inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger til både mænd og kvinder om højst ti genstande om

ugen og højst fire genstande samme dag, har man en lav risiko for at få kræft som følge af alkohol. Dog viser undersøgelser, at selv et mindre alkoholforbrug kan øge risikoen for visse kræftformer.¹⁴⁻¹⁷ Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at unge under 18 år ikke drikker alkohol.

FIGUR 2.3

Alkohol øger risikoen for mindst syv kræftformer



Kilde: IARC¹⁴

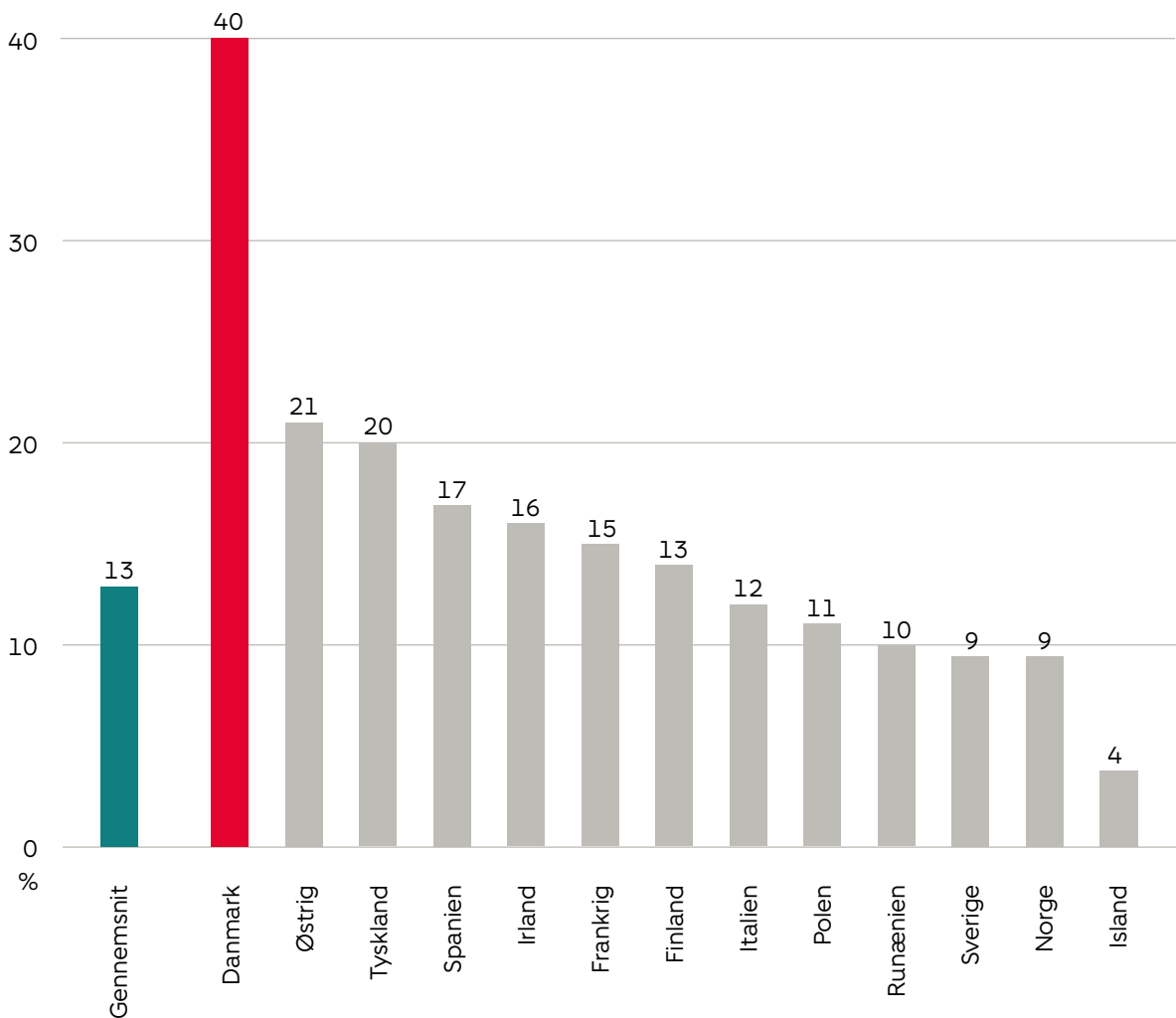
Alkoholvaner grundlægges i ungdommen

Unge, der starter tidligt med at drikke alkohol og drikker store mængder, drikker typisk også mere end andre voksne senere i livet.¹⁸⁻²⁰ Danske unge begynder at drikke tidligt og har et stort alkoholforbrug.²¹⁻²³ Eksempelvis havde 40 pct. af danske 15-16-årige

været fulde inden for den seneste måned i 2019. Det er markant højere end i noget andet land i Europa, hvor det i gennemsnit kun er 13 pct. i aldersgruppen, der har været fulde inden for den seneste måned.²² Se figur 2.4.

FIGUR 2.4

Andel af 15-16-årige, der har været fulde i løbet af den seneste måned



Note: I undersøgelsen indgår 35 europæiske lande, figuren viser et udsnit heraf. Gennemsnittet er for alle 35 lande.
Kilde: ESPAD Group²²

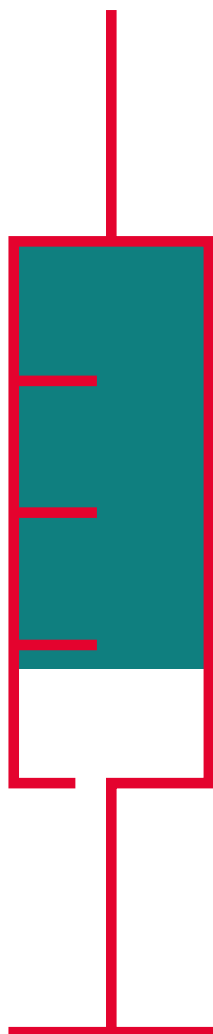
Danske unge drikker mere og begynder tidligere end unge i resten af Europa. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at unge under 18 år slet ikke drikker alkohol.



Ni ud af ti unge har fået første stik HPV-vaccine

Hver dag bliver to danskere diagnosticeret med kræft, som skyldes human papillomavirus (HPV). De fleste tilfælde kan undgås med HPV-vaccination, som nu er en del af børnevaccinationsprogrammet for både piger og drenge. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn bliver vaccineret som 12-årige for at beskytte mod livmoderhalskræft, endetarmskræft og kønsvorter.²⁴ Andelen af piger, der bliver HPV-vaccineret, er steget de seneste år. Sundhedsstyrelsens

mål er, at 90 pct. i en årgang skal være færdigvaccinerede, og udviklingen går i den rigtige retning. I januar 2022 var 79 pct. af de 14-årige piger færdigvaccinerede mod HPV. Vaccinationstilslutningen for drenge og piger er på samme niveau. I januar 2022 var 76 pct. af 13-årige drenge (årgang 2008) færdigvaccinerede, og 89 pct. havde fået første stik. For pigerne på samme årgang var andelen henholdsvis 79 pct. og 91 pct.²⁵



79 %

af de 14-årige piger er
færdigvaccinerede mod HPV

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞ At regeringen fremsætter forslag om en folkesundhedslov, der skal sikre, at befolkningens sundhed og lighed i sundhed inddrages systematisk på tværs af alle velfærdsområder og niveauer (stat, kommuner og regioner).
- ∞ At prisen på cigaretter hæves til mindst 90 kr. pr. pakke på den korte bane og får yderligere en markant afgiftsstigning frem mod 2030, så Danmark kommer på niveau med de lande, hvor prisen er højest.
- ∞ At aldersgrænsen for køb af al slags alkohol hæves til 18 år, og at håndhævelsen af aldersgrænsen styrkes.
- ∞ At der fortsat bliver gjort en indsats for, at så mange drenge og piger som muligt tager imod tilbuddet om gratis HPV-vaccination, inden de fylder 18 år.

3

Tema:
Tidlig opsporing
og diagnostik

'Kræft i Danmark'
sætter i år særligt
fokus på betydningen af
tidlig opsporing og diag-
nostik – og præsenterer
vigtig ny viden på disse
områder.



Tidlig opsporing og diagnostik

Jo tidligere kræftsygdomme opdages, jo bedre er muligheden for at overleve og for at få en skånsom behandling med færre komplikationer og senfølger. Hertil er screeningsprogrammer, dialogen med egen læge og hurtig udredning i kræftpakkeforløb vigtige redskaber, men vi ved i dag for lidt om især den tidligste del af det diagnostiske forløb. Det er bekymrende, at der er fundet færre kræfttilfælde under pandemien.



Kræftens Bekæmpelse har ved en gennemgang af det diagnostiske forløb vist, at vi i Danmark i dag ikke har en tilstrækkelig samlet og systematisk opsamling af data om det diagnostiske forløb. Der findes ikke et nationalt system til at overvåge kvaliteten i de diagnostiske forløb eller et fælles sæt af kvalitetsindikatorer på området. Der er således behov for på nationalt niveau at sætte mere fokus på kvaliteten i det diagnostiske forløb.²⁶

Der er især behov for mere systematisk viden om den vigtige periode, inden patienten henvises til et kræftpakkeforløb. For selv om langt de fleste

kræftpatienter ender med at blive henvist til et pakkeforløb, er det kun omkring halvdelen af patienterne, der i deres tidlige kontakt med sundhedsvæsenet har symptomer, der giver direkte adgang til et pakkeforløb.²⁶

I dette års 'Kræft i Danmark' sætter vi fokus på den tidlige opsporing og diagnostik. Vi gør en slags status over hele processen – lige fra de nationale screeningsprogrammer over første kontakt med egen læge, til hvordan det går med at overholde de vigtige, anbefalede tidsfrister i kræftpakkeforløbene.

De tre nationale screeningsprogrammer

Velfungerende screeningsprogrammer er med til at sikre tidlig opsporing af kræft. I Danmark bliver befolkningen tilbudt screening for livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft. Formålet er at opdage forstadier eller kræft, allerede før patienten mærker symptomer på kræft, og inden sygdommen når at udvikle sig.

For kvinder findes 12 pct. af alle kræfttilfælde ved screening, for mænd er det 4 pct. Det skyldes blandt andet, at kvinder tilbydes flere screeningsprogrammer end mænd. Andelen af kræfttilfælde, der findes ved screening, er for brystkræft 29 pct., for tyktarmskræft 21 pct., for endetarmskræft 19 pct. og for livmoderhalskræft 35 pct.²⁷

Brystkræft: Forsinkelser i screeningsprogrammet

Alle kvinder mellem 50 og 69 år bliver hvert andet år tilbudt en mammografi – en røntgenundersøgelse af brystet. Den seneste opgørelse fra 2021 viser, at screeningsprogrammet finder 70 pct. af brystkræfttilfældene i denne aldersgruppe, og at 84 pct. af de inviterede kvinder tager imod tilbuddet.²⁸

I 2021 har screeningsprogrammet været ramt af forsinkelser; det gælder både tiden mellem undersøgelser (screeningsintervallet) og den fastsatte svar-tid på ti arbejdsdage. Forsinkelserne skyldes blandt andet, at regionerne mangler radiologer, der skal vurdere mammografibilleder. Det er væsentligt, at tiderne overholdes, da forsinkelser kan resultere i, at kvinder får opdaget brystkræft senere.

Livmoderhalskræft: For få deltager

Alle kvinder mellem 23 og 64 år tilbydes screening for livmoderhalskræft hvert tredje eller femte år. Omkring hver tredje kvinde deltager ikke i screening for livmoderhalskræft – jo yngre kvinderne er, jo færre deltager efter de er inviterede. Blandt kvinder i 20'erne deltager cirka halvdelen, og tallet har været faldende i en årrække.²⁹

En interviewundersøgelse blandt kvinder i 20'erne viser, at kvinderne synes vil screenes for livmoderhalskræft. Men da de ikke oplever relevansen som stærk nok, udskyder de at få ringet til lægen og ender med at glemme det. Af undersøgelsen fremgår det endvidere, at kvinderne ikke ved nok om undersøgelsen og dens formål, som er at forebygge livmoderhalskræft. Når den gynækologiske undersøgelse opleves relevant, f.eks. når kvinderne skal forny deres recept på prævention, får de bestilt tid hos lægen. Kvinderne tilkendegiver, at de gerne vil mindes om undersøgelsen af både lægen, veninder og familie.³⁰

Tarmkræft: Lav deltagelse blandt 50-54-årige mænd

Hvert andet år bliver mænd og kvinder i alderen 50-74 år tilbudt screening for tarmkræft. Den nyeste opgørelse fra 2021 inkluderer borgere, der er inviteret til tarmkræftscreening i 2020. Deltagelsen i programmet er på 61 pct., hvilket er nogenlunde som i de to foregående år. Deltagelsen har tilsyneladende stabiliseret sig i et par regioner, men har ellers været svagt faldende, siden programmet blev indført i 2014. Ønsket er, at mere end 65 pct. deltager. Den laveste deltagelse ses hos de 50-54-årige mænd, hvor kun 45 pct. deltager. Blandt kvinder i samme aldersgruppe deltager 57 pct.³¹

Den første vigtige dialog mellem patient og læge

Tre nye undersøgelser med svar fra både kræftpatienter og deres alment praktiserende læge giver et sjældent indblik i samspejlet mellem læge og patient i den tidlige diagnostiske fase og viser blandt andet:

- At i 40 pct. af de tilfælde, hvor en patient viste sig at have kræft, var der ved første konsultation overensstemmelse mellem den alment praktiserende læges mistanke om kræft og patientens egen bekymring. Ved 28 pct. af de første konsultationer var det alene lægen, der havde mistanke. I 14 pct. af tilfældene var kun patienten bekymret, mens ingen af parterne havde mistanke eller bekymring i de resterende 18 pct.³²
- At hvis der var uoverensstemmelse mellem patientens bekymring for kræft og lægens mistanke om kræft, gik der længere tid, før patienten blev henvist til yderligere undersøgelser. Hvis lægen ikke mistænkte kræft, gav det større forsinkelse, end hvis patienten ikke var bekymret.³³
- At patienter med lav sundhedskompetence blev henvist senere til yderligere undersøgelse sammenlignet med patienter med høj sundhedskompetence. Patienternes sundhedskompetencer havde imidlertid ikke betydning for, hvor lang tid den videre udredning tog. Sundhedskompetence er kombinationen af personlige kompetencer og ressourcer til at finde, forstå, og bruge information og tilbud til at tage beslutninger om sundhed.³⁴

Undersøgelserne understreger dels, hvor vigtigt det er, at patienterne i konsultationen med egen læge kommunikerer åbent om deres bekymringer, og at den praktiserende læge er opmærksom på disse bekymringer. Dels at den praktiserende læge bør være særligt opmærksom på de patienter, der har lavere sundhedskompetencer og dermed måske har sværere ved at kommunikere eller forklare deres bekymringer, symptomer eller kropslige ændringer. For især denne patientgruppe bør lægen overveje at gennemføre en mere omfattende patientsamtale, følge patienten tættere og måske genindkalde patienten efter en aftalt periode for at undersøge, om symptomerne fortsat er til stede.

De nye undersøgelser udnytter blandt andet data fra Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, og to af dem er gennemført i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse.



Den første kontakt mellem patient og praktiserende læge kan have stor betydning for, om patienten kommer hurtigt videre til yderligere undersøgelser.



Kræftpakkeforløb skal sikre ensartet høj kvalitet og mindske ventetid

Kræftpakkeforløb er en standardiseret beskrivelse af patienternes forløb fra mistanke om sygdom til udredning, behandling og opfølgning samt rehabilitering og palliativ indsats med anbefalede forløbstider for udvalgte elementer i standardforløbet. Formålet med kræftpakkeforløbene er at øge og sikre kvaliteten af patientforløbet, herunder at patienterne får hurtig vished om diagnosen og undgår unødvendig ventetid.³⁵

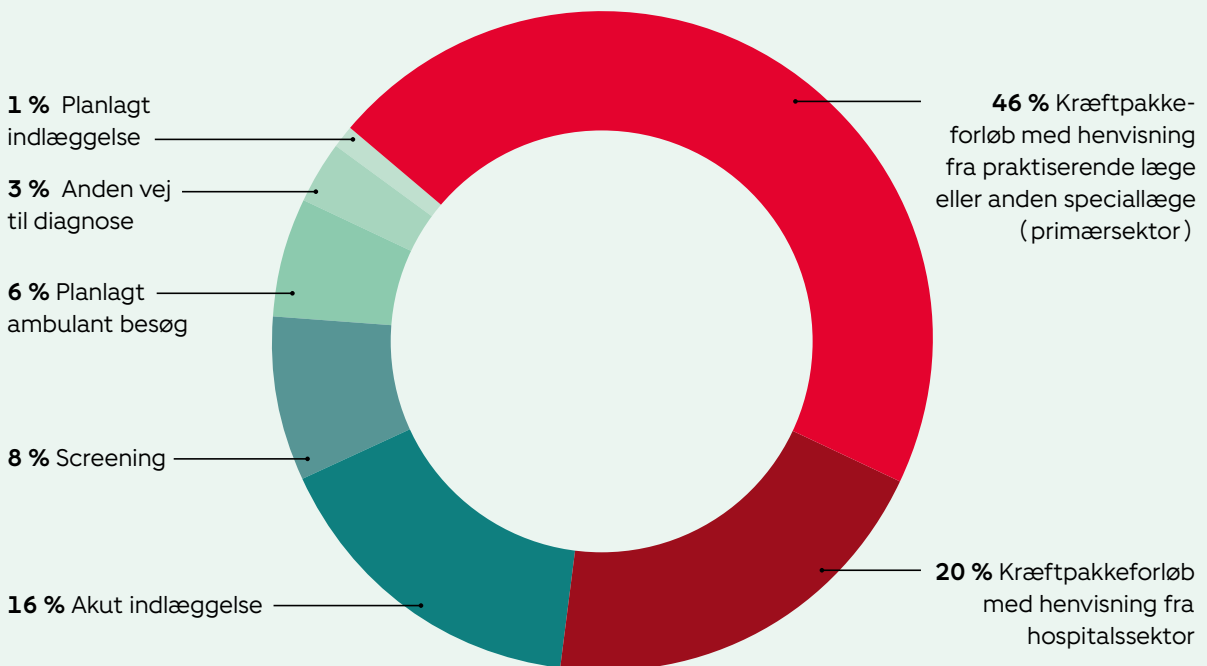
I to ud af tre kræftforløb blandt danske kræftpatienter starter udredningen med en henvisning til et kræftpakkeforløb. Af disse henvisninger kommer cirka to tredjedele fra alment praktiserende læge

eller anden speciallæge (primærsektoren), mens den sidste tredjedel er henvist fra en anden hospita-afdeling. Se figur 3.1. Det viser en ny undersøgelse, Kræftens Bekæmpelse er med i, som er baseret på data om kræftpatienter fra danske registre i perioden 2014-2017.²⁷

Undersøgelsen finder også, at cirka en ud af seks kræftdiagnoser bliver stillet, efter patienten har været indlagt akut. Det gør sig især gældende for kræftdiagnoser, som typisk giver uspecifikke symptomer, eksempelvis leverkræft og bugspytkirtelkræft. Screening finder 8 pct. af alle kræfttilfælde i Danmark.

FIGUR 3.1

Patienternes veje til en kræftdiagnose



Note: Tallene er afrundet til nærmeste hele.
Kilde: Danckert et al.²⁷

Figur 3.2 viser, at på landsplan har andelen af kræftpakkeforløb, der overholder de anbefalede forløbstider, ligget nogenlunde konstant mellem 77 og 80 pct. siden 2014. Regionerne har i perioden haft et mål om, at 90 pct. af kræftpakkerne skulle gennemføres inden for standardforløbstiderne. Figuren viser endvidere, at det siden 2014 har været cirka hvert fjerde kræftpakkeforløb, der har ført til et behandlingsforløb.

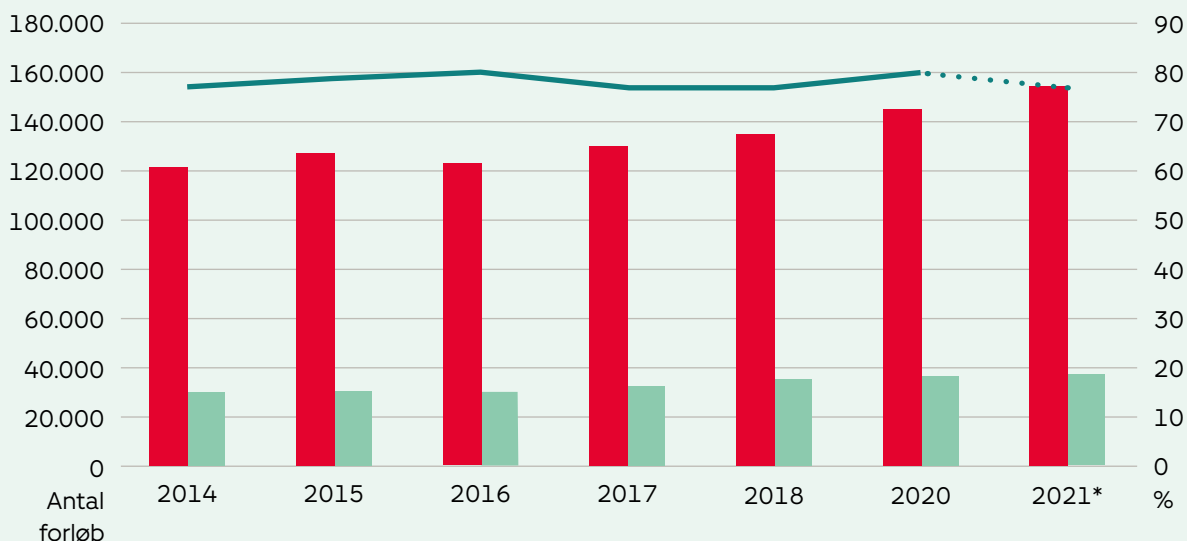
Usikre data om kræftpakkeforløb i 2021

Afsnittets data om kræftpakkeforløb i 2021 skal vurderes med varsomhed. Det er udviklingsdata (grundet overgang til nyt landspatientregister), de enkelte kvartaler er ikke opgjort helt ens, og der er tale om foreløbige tal for 2021 uden efterregistreringer for seneste kvartal. Det må forventes, at målopfyldelsen bliver lavere og antallet af forløb højere, når alle efterregistreringer er opgjort. Samlet set viser data niveauer og tendenser, men ikke nødvendigvis eksakte værdier.

FIGUR 3.2

Kræftpakkeforløb 2014-2021

- Antal nye kræftpakkeforløb
- Antal nye kræftpakkeforløb, der fører til behandling
- Andel kræftpakkeforløb, der overholder de anbefalede forløbstider (målopfyldelse)



Note: Ingen data offentliggjort for 2019 grundet omlægning til nyt Landspatientregister.

* Foreløbige tal og udviklingsdata (se boks) og derfor en stiplede kurve fra 2020 til 2021.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen³⁶

Regionale forskelle på kræftpakkeforløb – især for brystkræft

Der er fortsat store forskelle på, hvor stor en andel kræftpakkeforløb hver af de fem regioner gennemfører inden for de anbefalede forløbstider. I 3. kvartal 2021 blev 86 pct. af kræftpakkeforløbene gennemført til tiden i Region Syddanmark, mens det kun var 64 pct. i Region Sjælland – en forskel på 22 procentpoint.³⁶

Der er især stor geografisk forskel på, om kvinder med brystkræft bliver behandlet inden for tidsfristen. I 3. kvartal 2021 blev kun henholdsvis 20 pct. og 39 pct. af kvinder med brystkræft i Region Sjælland og Region Hovedstaden opereret inden for tidsfristen, mens det i Region Nordjylland var 94 pct. I de to førstnævnte regioner har der i det seneste år været en betydelig nedgang i andelen af pakkeforløb, der overholder forløbstiderne; det ser dog ud til, at Regi-

on Hovedstaden i årets sidste kvartal har vendt den nedadgående kurve. Se figur 3.3.³⁶

På landsplan er antallet af udredningsforløb for brystkræft faldet fra 2. til 3. kvartal i 2021.³⁶ Der er også færre udredningsforløb, der fører til brystkirurgisk behandling. I Region Hovedstaden og Region Sjælland har der både været færre udredningsforløb og samtidig en nedgang i andelen, der overholder forløbstiderne, hvilket indikerer, at der her kan være nogle strukturelle udfordringer.

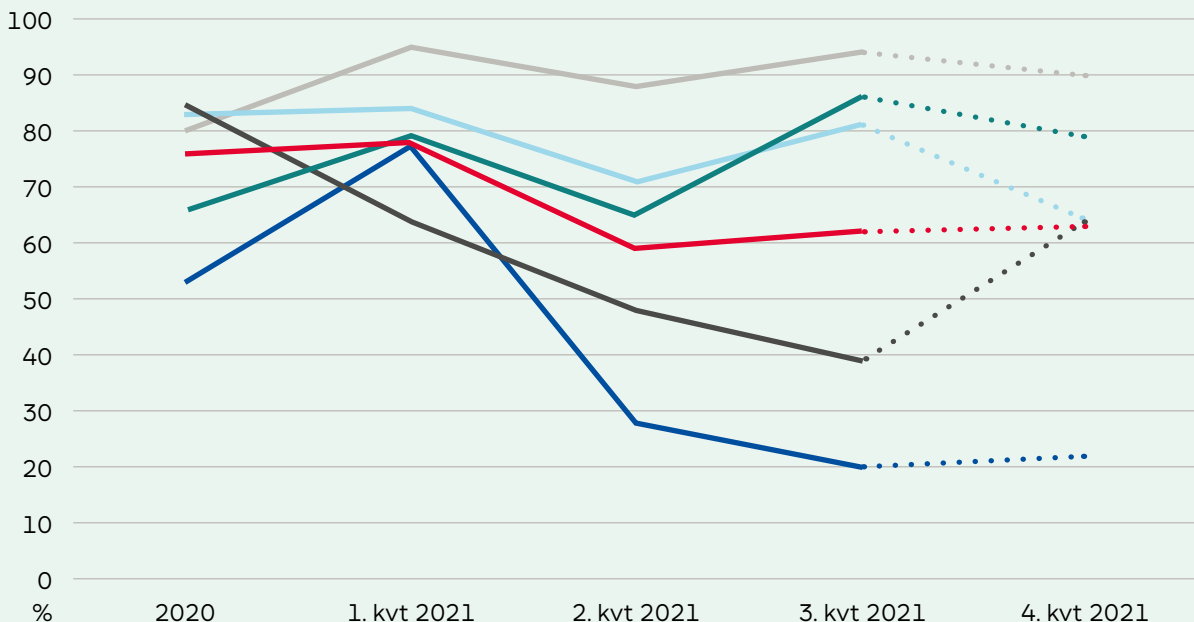
Der har gennem flere år været kapacitetsudfordringer på brystkræftområdet inden for både screening, udredning og behandling. Sundhedsministeren har nedsat en taskforce, som blandt andet skal bidrage til at udforme faglige retningslinjer samt sikre personale og kompetencer til området.

FIGUR 3.3

Andel brystkræftpakkeforløb, der overholder de anbefalede forløbstider

Bemærk: Kun forløb, hvor behandlingen begynder med operation

— Hele landet — Nordjylland — Hovedstaden
— Midtjylland — Sjælland — Syddanmark



Note: De stiplede linjer angiver foreløbige tal.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen³⁶

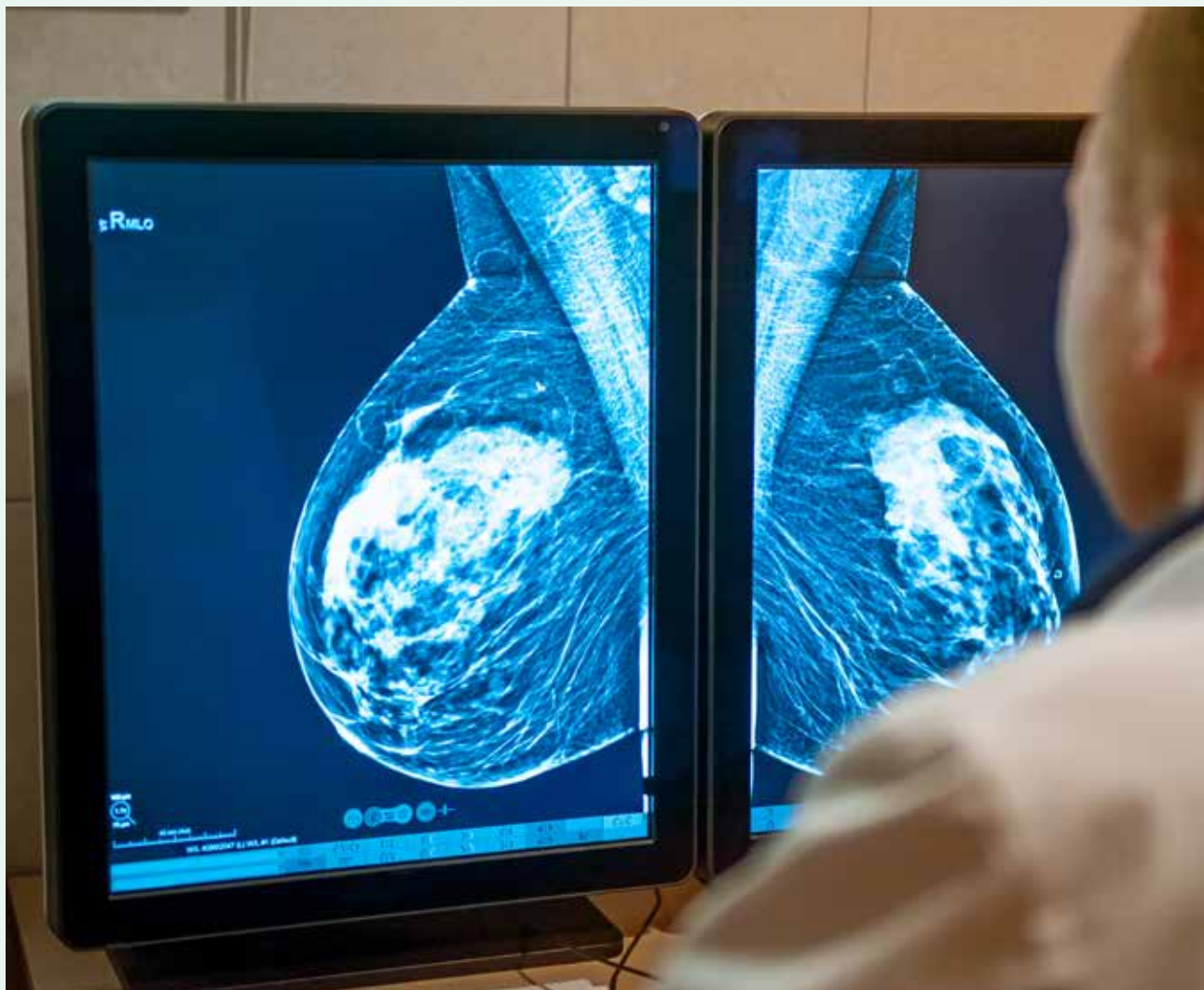
Diagnostisk pakkeforløb

Diagnostisk pakkeforløb er udviklet til at udrede patienter med uspecifikke symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft.

Antallet af diagnostiske pakkeforløb varierer meget mellem de fem regioner. Særligt Region Sjælland har relativt få registrerede diagnostiske pakkeforløb i forhold til befolkningstallet.³⁶ Forskning viser, at forskellen mellem regionerne kan skyldes væsentlige forskelle i den måde, adgangskriterierne til diagnostisk pakkeforløb administreres på.³⁷

Der er også forskel på andelen af diagnostiske pakkeforløb, der overholder de anbefalede forløbstider. For eksempel gennemførte Region Hovedstaden 88 pct. af forløbene inden for tiden i 3. kvartal 2021, mens det kun var 63 pct. af forløbene i Region Nordjylland – en forskel på 25 procentpoint.³⁶

Der er mangel på kapacitet til at screene, udrede og behandle for brystkræft.



Færre kræftdiagnoser under COVID-19-pandemien

Forskere fra Kræftens Bekæmpelse rapporterede tidligt i pandemien et betragteligt fald i antallet af nye kræfttilfælde i foråret 2020.³⁸ En ny opgørelse, der inkluderer alle pandemimånederne i 2020, viser fortsat et fald i antallet af nye kræfttilfælde, som estimeres til 19 pct. i april og 23 pct. i maj 2020.² Se figur 3.4. Dette er et mindre fald end i den første opgørelse, men faldet er fortsat væsentligt og bliver ikke indhentet efter pandemiens første bølge.

I slutningen af 2020 viser den foreløbige opgørelse for pandemimånederne, at der i forhold til 2019 er registreret 6 pct. færre kræftdiagnoser, svarende til cirka 1.600 kræfttilfælde. Faldet skal ses i lyset af, at

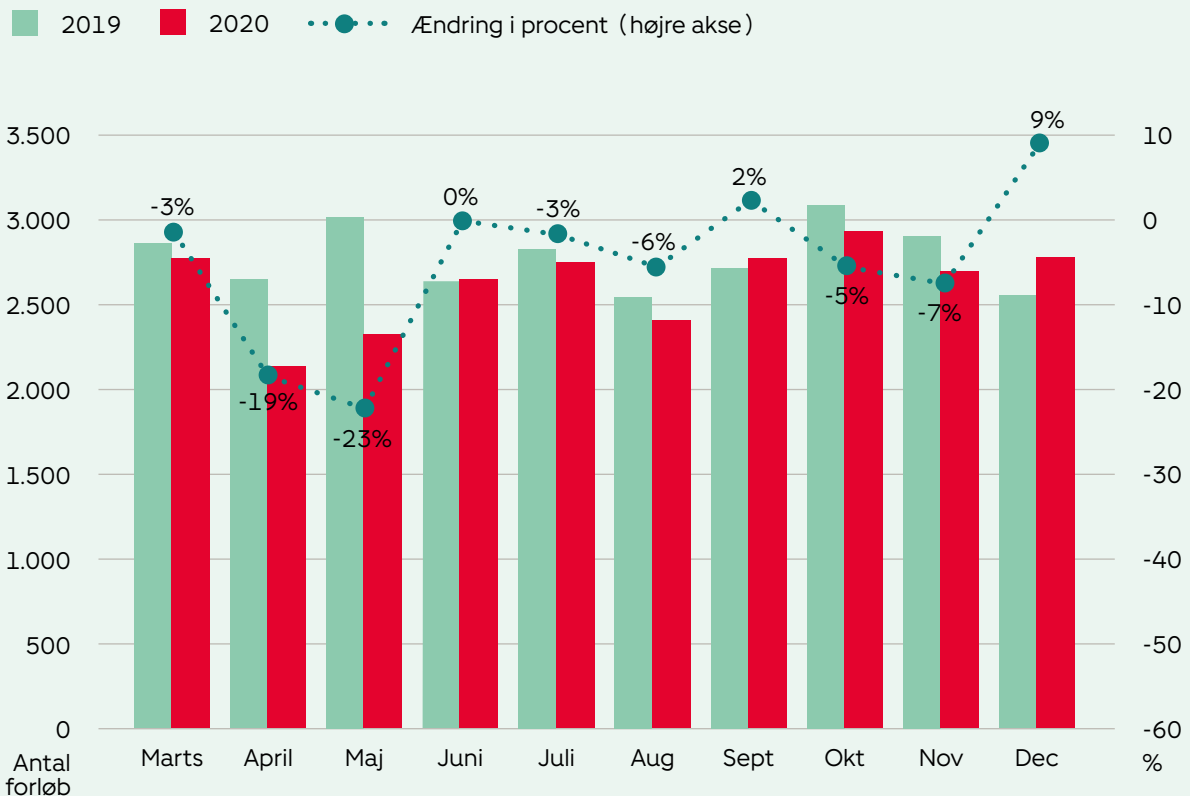
man ellers forventede en stigning på omkring 2 pct. som følge af den aldrende befolkning.²

Undersøgelsen viser også, at pandemien ikke havde nogen betydning for, hvilke køn og aldersgrupper der fik diagnosticeret kræft. Derimod var der et fald i diagnoser for nogle kræftsygdomme, især prostatakraft, tarmkræft og brystkræft. I marts til december 2020 var der en underregistrering på omkring 10 pct. for disse tre kræftsygdomme. Det har ikke været muligt at identificere væsentlige ændringer i, hvor fremskreden kræftsygdommen var på diagnosetidspunktet.

FIGUR 3.4

Nye kræfttilfælde under COVID-19-pandemien

Antal tilfælde i 2020 i forhold til 2019



Kilde: Skovlund et al²

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞ At der bliver gjort en ekstra indsats for, at flere tager imod screeningstilbudene for livmoderhalskræft og tarmkræft, da det vil mindske den sociale ulighed i de pågældende kræftformer.
- ∞ At der bliver tilvejebragt bedre viden og bedre data om det forløb, der går forud for, at patienterne kommer i pakkeforløb. Det gør det muligt at vinde kritisk tid i patientens forløb.
- ∞ At den praktiserende læge får bedre mulighed for at henvise direkte til hurtige diagnostiske undersøgelser, hvor der er mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom.



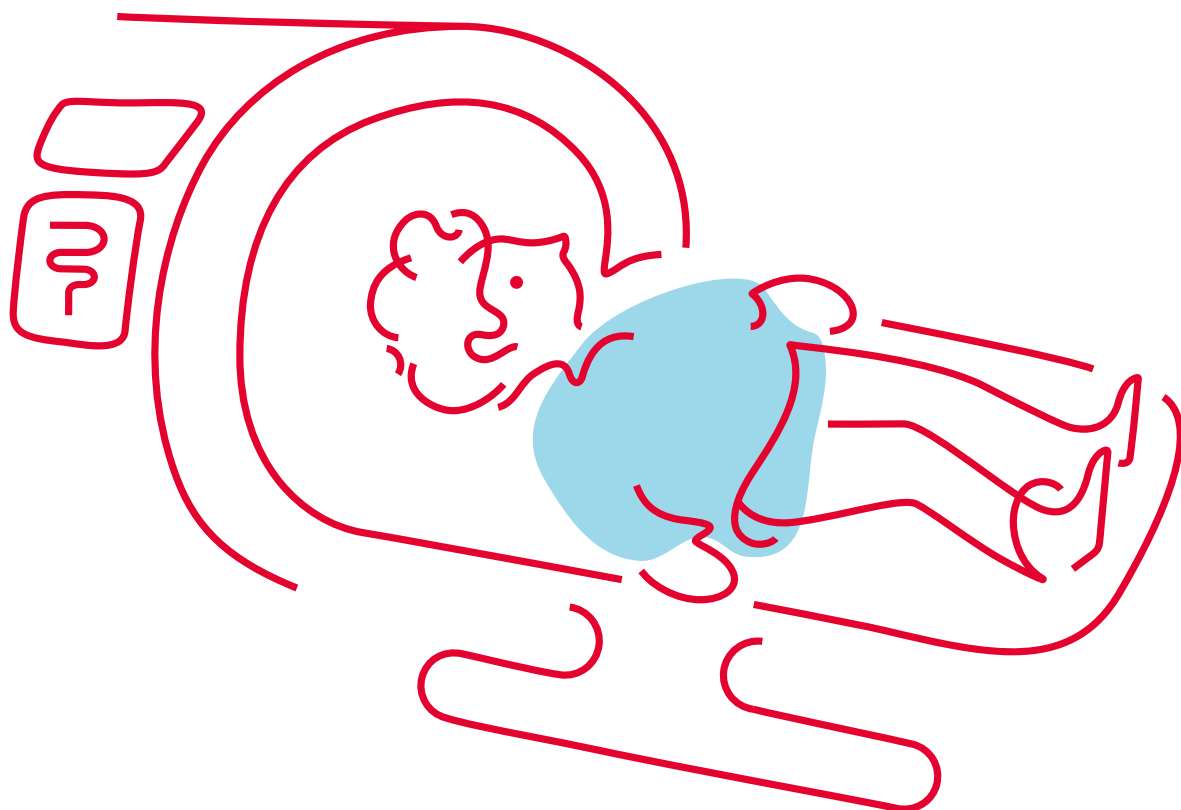
4

Kræftbehandling



Kræftbehandling

Kræftbehandling handler i høj grad om overlevelse, men mange andre forhold har betydning for kvaliteten af kræftpatienters behandlingsforløb. Det er vigtigt at følge sundhedsvæsenets ydelser og resultater, men også at få belyst, hvordan patienterne selv oplever sygehusforløbet og mærker effekten af behandlingen.



Kvaliteten af kræftpatientforløb følges løbende – blandt andet ved hjælp af de kliniske kvalitetsdatabaser. I årsrapporter fra databaserne bliver der gjort status over kvaliteten af behandlingen af specifikke kræftsygdomme ud fra en række faste kvalitetsmål. Der er 23 databaser for specifikke kræftsygdomme og en database for specialiseret palliativ indsats.

Årsrapporterne viser, i hvor høj grad forskellige målsætninger bliver opfyldt. Inden for tarmkræft har man f.eks. haft og opnået en målsætning om, at mindst 90 pct. af akutopererede patienter skulle være opereret af en specialist. Målopfyldelsen opgøres på landsplan, på regions- og på afdelingsniveau, så det er muligt at sammenligne behandlingskvaliteten på tværs af landet. I en gennemgang af årsrapporterne fremgår det, at:

- Syv databaser opfylder alle deres kvalitetsmål nationalt
- Tre databaser opfylder alle deres kvalitetsmål både nationalt og regionalt

Alle årsrapporterne kan findes på sundhed.dk³⁹

Der er stor forskel på, hvilke og hvor mange indikatorer og kvalitetsstandarder de enkelte databaser belyser. Antallet spænder fra seks til 36 indikatorer, og ikke alle indikatorer har kvalitetsstandarder. Det

er også forskelligt, hvad det er relevant at måle på for de forskellige kræftsygdomme, og i hvilket omfang indikatorerne afspejler hele patientforløbet. De fleste har indikatorer, der måler overlevelse.

Kræftens Bekæmpelse gennemgår løbende databasernes indikatorer for at dokumentere, i hvilken udstrækning de dækker patientforløbet og kræftbehandlingen. Den seneste opgørelse viser, at:

- 14 databaser har indikatorer relateret til operation
- Fem databaser har indikatorer relateret til strålebehandling
- Ni databaser har indikatorer relateret til medicinsk kræftbehandling

Kvaliteten af strålebehandling dokumenteres dermed i mindre grad end kvaliteten af operation og medicinsk kræftbehandling. Der er dog forskel på, hvilke behandlingsmetoder der er relevante for de enkelte kræftsygdomme. Både Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)⁴⁰ og Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)⁴¹ har som målsætning, at alle de kliniske kræftdatabaser skal afspejle hele patientforløbet, herunder også den onkologiske behandling.

Beslutning om behandling bliver for de fleste kræftbehandlingsforløb drøftet på en multidisciplinær teamkonference (MDT-konference) med de relevante fagpersoner. DMCG.dk arbejder for, at alle kræftdatabaser skal have variable eller indikatorer om MDT-konferencer, men indtil videre har kun tre af databaserne indikatorer på området.

Der er kommet mere fokus på patientrapporterede data i form af PRO-data. Det er data, som patienten selv rapporterer om sine oplevelser af livskvalitet og helbred (Patient Reported Outcome-data). PRO-data kan både bruges til at forbedre individuelle forløb og til kvalitetsudvikling.⁴² Både RKKP og DMCG.dk har som mål at integrere PRO-data i databaserne, men endnu har kun to kræftdatabaser indikatorer, der er relateret til PRO-data.

Figur 4.1 giver en række eksempler på, hvilke målsætninger der indgår i databaserne, og hvorvidt de var opfyldt i de seneste årsrapporter fra databaserne, som blev udgivet i 2021.

FIGUR 4.1

Eksempler på målsætninger og målopfyldeelse for udvalgte kræftsygdomme*

■ Målopfyldeelse opnået
 ■ Målopfyldeelse ikke opnået
 ■ Målsætning ikke fastsat

MDT-KONFERENCE

Kræftsygdom	Kvalitetsindikator	Målsætning	Målopfyldeelse
Livmoder	Andel af patienter med livmoderkræft (stadie I højrisiko, II-IV), der har været drøftet ved MDT-konference efter operation	Mindst 90 pct.	92 pct.
Tarm	Andel af nydiagnosticerede patienter med tyktarmskræft, der har været drøftet ved MDT-konference	Mindst 95 pct.	96 pct.
Hoved-hals	Andel af patienter, der påbegynder den MDT-planlagte behandling	Mindst 90 pct.	98 pct.

OPERATION

Kræftsygdom	Kvalitetsindikator	Målsætning	Målopfyldeelse
Tarm	Andel af akutopererede patienter med tyktarmskræft, der er blevet opereret af en specialist	Mindst 90 pct.	90 pct.
Prostata	Andel af patienter, der er blevet genindlagt med komplikationer inden for 30 dage efter at have fået fjernet prostata	Højst 10 pct.	11 pct.
Sarkom	Andel af opererede patienter, der opereres igen som følge af, at alt kræftvæv ikke blev fjernet ved første operation	Højst 10 pct.	7 pct.
Nyre	Andel af patienter, der er blevet genopereret eller har fået komplikationer inden for 30 dage	Højst 5 pct.	4 pct.

* Indikatorerne er her omformuleret til hverdagsprog. Den originale faglige formulering fremgår af de pågældende årsrapporter. Kilde: De kliniske kvalitetsdatabasers årsrapporter fra 2021³⁹

STRÅLEBEHANDLING

Kræftsygdom	Kvalitetsindikator	Målsætning	Målopfyldeelse
Sarkom	Andel af patienter, der påbegynder strålebehandling inden for 60 dage efter operation	Mindst 80 pct.	77 pct.
Bryst	Andel af kvinder med brystkræft, der efter fjernelse af brystet modtager den anbefalede strålebehandling, jævnfør gældende retningslinje	Mindst 90 pct.	91 pct.
Hjerne	Andel af patienter med glioblastom, der gennemfører høj-dosis strålebehandling, ud af alle patienter, der påbegynder strålebehandlingen	Mindst 90 pct.	99 pct.
Hoved-hals	Andel af patienter, der bruger ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling	Ikke fastsat	2 mdr.: 19 pct. 12 mdr.: 1 pct.

MEDICINSK KRÆFTBEHANDLING

Kræftsygdom	Kvalitetsindikator	Målsætning	Målopfyldeelse
Bryst	Andel af kvinder med invasiv brystkræft, der modtager den anbefalede medicinske kræftbehandling, jævnfør gældende retningslinje	Mindst 85 pct.	84 pct.
Lymfe	Andel af patienter, der opnår hel eller delvis sygdomsfrihed efter første behandlingsvalg	Mindst 85 pct.	89 pct.
Testikel	Andel af patienter med god prognose, der opnår sygdomsfrihed efter kemoterapi og eventuelt operation	Mindst 95 pct.	98 pct.
Blod	Andel af patienter med akut myeloid leukæmi, der opnår sygdomsfrihed efter første behandlingsvalg	Ikke fastsat	81 pct.

PRO-RELATEREDE INDIKATORER

Kræftsygdom/ indsats	Kvalitetsindikator	Målsætning	Målopfyldeelse
Hud	Andel af patienter, der er opereret for hudkræft, som vurderer resultatet tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende	Mindst 80 pct.	96 pct.
Hud	Andel af patienter, der i en spørgeskemabesvarelse angiver komplikationer i form af infektion, der krævede lægebesøg	Højest 2 pct.	0,1 pct.
Palliativ indsats	Andel af patienter i palliativ behandling, der har udfyldt et PRO-skema om selvvalgt helbred	Mindst 50 pct.	61 pct.

Patienternes tilfredshed med behandlingsforløbet

At følge, hvordan patienterne selv oplever deres behandlingsforløb, hører med til at vurdere kvaliteten af kræftbehandlingen. Er patienterne tilfredse med behandlingsforløbet? Oplever de at have mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person om deres undersøgelse eller behandling? Føler patienterne sig inddraget i beslutninger om valget af behandling? Oplever de, at der én læge, der har det overordnede ansvar for deres forløb?

Den årlige Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)⁴³ viser, hvordan patienter med et planlagt ambulante besøg på et onkologisk ambulatorium svarede på disse spørgsmål i efteråret 2021. Se figur 4.2. Det er ikke muligt at se svar kun

fra kræftpatienter i forbindelse med indlæggelse eller besøg på andre afdelinger i deres forløb.

For at understøtte, at kræftpatienter oplever sammenhæng og tryghed i deres forløb, havde Kræftplan IV fra 2016 et mål om, at 90 pct. af alle kræftpatienter i 2020 skulle opleve at have en patientansvarlig læge, som havde det overordnede ansvar for deres forløb.⁴⁴ Som det fremgår af figur 4.2, er denne målsætning endnu ikke nået, da kun 72 pct. af patienterne med et planlagt besøg på et onkologisk ambulatorium i høj eller meget høj grad oplevede, at en bestemt læge tog et overordnet ansvar for deres samlede forløb. I undersøgelsen for 2020 var resultatet 77 pct.

FIGUR 4.2

Kræftpatienternes tilfredshed med deres behandlingsforløb på et onkologisk ambulatorium

Udvalgte spørgsmål fra LUP 2021

	Andel patienter, der svarer 'i høj grad' eller 'i meget høj grad'.
Var dit samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg (inden for det seneste år) godt tilrettelagt?	87 pct.
Var der mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person om din undersøgelse/behandling?	91 pct.
Var du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i det omfang, du havde behov for?	80 pct.
Oplevede du, at en bestemt læge tog et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser?	72 pct.

Note: Besvarelser fra henholdsvis 2.407, 3.021, 1.850 og 2.156 kræftpatienter ved de pågældende spørgsmål.

Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2021⁴³

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞ At alle kvalitetsdatabaser har konkrete planer for at udvikle indikatorer og kvalitetsmål for patientrapporterede oplysninger – eksempelvis PRO-data.
- ∞ At det i den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser bliver muligt at opgøre patienttilfredsheden for alle patienter med en kræftdiagnose på tværs af alle afdelinger i deres forløb (udredende, kirurgiske, onkologiske).



5

Senfølger og
rehabilitering



Senfølger og rehabilitering

Vi er i Danmark blevet langt bedre til at behandle kræft, og flere lever i mange år efter en kræftdiagnose. I dag lever mere end 360.000 danskere med eller efter en kræftsygdom, og mange af dem oplever senfølger. Der er behov for at hjælpe flere godt tilbage til en hverdag efter eller med kræftsygdom.



På tværs af alle kræftsygdomme og -behandlinger oplever mange kræftoverlevende smerter, træthed (fatigue), søvnproblemer, angst, depression, hukommelses- og koncentrationsbesvær og seksuelle problemer. Dertil kommer følger, som skyldes selve kræftsygdommen og/eller -behandlingen, f.eks. synkebesvær ved hoved-halskræft.⁴⁵ Senfølger til en kræftsygdom dækker således over en bred vifte af både fysiske og psykiske symptomer, helbredsproblemer og funktionssvigt, som kan påvirke kræftoverlevendes livskvalitet og gøre det sværere at vende tilbage til hverdags- og eventuelt arbejdslivet.

Der er derfor et stort behov for, at der i forbindelse med en kræftsygdom sker en systematisk opfølgning og rehabilitering, f.eks. tilbud om genoptræning og hjælp til at komme tilbage til hverdagen. Den seneste Barometerundersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse viser, at kræftpatienter både savner sammenhæng i forløbet efter deres kræftsygdom og hjælp til at håndtere senfølger.⁴⁶

Mangel på systematisk vurdering af kræftpatienters behov

Kommunerne har hovedansvaret for rehabilitering af kræftpatienter, men sygehuse og almen praksis har også en vigtig rolle, f.eks. i forhold til behovsvurdering, henvisning og varetagelse af en del af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen. To kortlægninger har i 2021 undersøgt, hvordan 39 sengeafdelinger

og ambulatorier, 91 kommuner og 175 praktiserende læger arbejder med opfølgning og rehabilitering i forbindelse med kræftsygdom. De sengeafdelinger og ambulatorier, der deltog i kortlægningen, behandler kræft i bryst, prostata, hoved-hals, blod, lymfesystem, hjerne og modermærker.^{47, 48}

I kortlægningerne angiver 39 pct. af de delta-gende sengeafdelinger og ambulatorier, at systematisk behovsvurdering er fuldt indarbejdet, men kun hver femte af afdelingerne og ambulatorierne svarer, at over 90 pct. af patienterne bliver tilbudt en behovsvurdering. Samtidig er der 28 pct. af afdelingerne og ambulatorierne, der svarer, at det er under halvdelen af patienterne, der tager imod tilbuddet. Når der gennemføres en behovsvurdering, fører den ifølge sengeafdelingerne og ambulatorierne i knapt 8 ud af 10 tilfælde altid eller ofte til en henvisning til kommunal rehabilitering eller udarbejdelse af en genoptræningsplan.⁴⁷

I almen praksis føler størstedelen af de praktiserende læger sig i 'meget høj' eller 'høj' grad kvalificeret til at hjælpe patienter med at forstå information fra sygehuse (78 pct.) og navigere i kræftopfølgning (62 pct.). Det er dog færre end hver tredje praktiserende læge, der har implementeret systematiske indsatser til kræftopfølgning, og omkring hver fjerde praktiserende læge tager sjældent selv initiativ til at kontakte kræftpatienter om behov for kræftopfølgning.⁴⁸

“

Der er et stort behov for, at der i forbindelse med en kræftsygdom sker en systematisk opfølgning og rehabilitering, f.eks. tilbud om genoptræning og hjælp til at komme tilbage til hverdagen.



Manglende rehabiliteringstilbud – især ved fremskreden kræftsygdom

Stort set alle kommuner havde i 2021 rehabiliterings-tilbud (97 pct.), og 95 pct. af kommunerne vurderede, at de havde (fuldt eller delvist) tilstrækkelig kapacitet til rehabiliteringsindsatser.⁴⁷ Det samme gælder kun 64 pct. af de deltagende sengeafdelinger og ambulatorier. Se figur 5.1. Både sygehuse og kommuner vurderer, at de mangler tilbud om rehabilitering til personer med fremskreden kræftsygdom. Endvidere angiver 17 pct. af sygehusafdelingerne, at de ikke behovsvurderer ved fremskreden kræft.

FIGUR 5.1

Kommuner og sygehusafdelingers vurdering af egen kapacitet til rehabiliteringsindsatser

	Fuldt tilstrækkelig	Delvist tilstrækkelig	Delvist utilstrækkelig	Helt utilstrækkelig	Ved ikke
Sengeafdelinger og ambulatorier*	7 pct.	57 pct.	27 pct.	0 pct.	10 pct.
Kommuner**	46 pct.	49 pct.	3 pct.	0 pct.	2 pct.

* Besvarelser fra 30 sengeafdelinger og ambulatorier.

** Besvarelser fra 89 kommuner.

Kilde: REHPA⁴⁷

FIGUR 5.2

Praktiserende lægers evne til at vurdere patientens senfølger og andre udfordringer

Føler de praktiserende læger sig kvalificerede til at vurdere, hvordan patienters senfølger, andre sygdomme og livsstil påvirkes af deres kræftdiagnose og behandling?

Patientens udfordringer	Lægens svar		
	I meget høj eller høj grad	I nogen grad	I lav eller meget lav grad
Anden somatisk sygdom og behandling	60 pct.	38 pct.	2 pct.
Fysiske senfølger	34 pct.	57 pct.	9 pct.
Udfordringer og problemer relateret til seksualitet og intimitet	19 pct.	51 pct.	30 pct.
Psykiske senfølger	70 pct.	28 pct.	2 pct.
Sociale senfølger	39 pct.	46 pct.	16 pct.
Eksistentielle overvejelser	51 pct.	38 pct.	11 pct.
Udfordringer og problemer relateret til livsstil	63 pct.	34 pct.	3 pct.

Kilde: Sætre et al.⁴⁶

Barrierer for at håndtere kræftpatienters senfølger

Kommunerne tilbyder i langt de fleste tilfælde rehabiliteringsindsatser inden for det fysiske og psykosociale område. Eksistentiel støtte indgår i indsatserne i 67 pct. af kommunerne, seksualitet og samliv i 69 pct., støtte til pårørende i 69 pct. og vejledning om rettigheder og juridiske forhold i kun 37 pct. Som barrierer for at tilbyde disse indsatser nævnes manglende ressourcer og kompetencer.⁴⁷

På sengeafdelinger og ambulatorier er vurderingen, at de ikke i tilstrækkeligt omfang tilbyder psykosociale indsatser, indsatser vedrørende seksualitet og

samliv, vejledning om senfølger, fysisk træning under behandling og anden genoptræning. Barrierer herfor er manglende ressourcer, og at ansvaret vurderes at være kommunalt.⁴⁷

Kortlægningen i almen praksis viser, at de praktiserende læger i høj grad føler sig kompetente til at vurdere kræftpatienters anden sygdom, psykiske senfølger samt udfordringer og problemer relateret til livsstil, men i mindre grad kompetente til at afdække kræftpatienters fysiske, sociale og især seksuelle senfølger.⁴⁸ Se figur 5.2.



'Mandehørmerne' i Hillerød er en gruppe kræftramte mænd, der hver uge mødes for sammen at løbe en tur i skoven.

Manglende information fra sygehuset

Den praktiserende læges mulighed for at identificere og afhjælpe kræftpatienternes senfølger og udfordringer bygger blandt andet på en fyldestgørende skriftlig overlevering fra sygehuset (epikrise) til brug for kræftopfølgningen. Epikrisen kan f.eks. indeholde information om kræftforløbet, diagnose, sygdomsstadie, behandling, bivirkninger og den videre plan

for opfølgning og rehabilitering. Som figur 5.3 viser, savner de praktiserende læger især information fra sygehuset om eventuelle bivirkninger og senfølger, samt hvem der er ansvarlig for kræftopfølgningen. Også andre aktører i patientens forløb, som eksempelvis varetager kommunal rehabilitering og palliativ indsats, har behov for fyldestgørende overlevering af information.

FIGUR 5.3

Opfylder den skriftlige information fra sygehuset den praktiserende læges behov for viden?

Information om...	Lægens svar			
	I meget høj eller høj grad	I nogen grad	I lav eller meget lav grad	Slet ikke
Kræftdiagnose	66 pct.	29 pct.	6 pct.	0 pct.
Kræftbehandling	40 pct.	44 pct.	15 pct.	0 pct.
Bivirkninger og senfølger	8 pct.	27 pct.	63 pct.	3 pct.
Den ansvarlige for kræftopfølgning	18 pct.	43 pct.	35 pct.	3 pct.

Kilde: Sætre et al.⁴⁶

Behov for bedre samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis

Hvis kræftpatienter skal opleve sammenhængende og koordinerede opfølgingsforløb, forudsætter det, at der på tværs af sygehus, almen praksis og kommuner er systematiske procedurer for samarbejde, kendskab til hinandens tilbud og kommunikation om patienten. Omkring tre fjerdedele af sygehusafdelinger og kommuner har etableret sådanne indbyrdes procedurer for sammenhængende forløb.⁴⁷

Kun lige over hver tredje sengeafdeling og ambulatorie har implementeret procedurer for sammenhængende forløb mellem sygehus og almen praksis. Her er nogle af barriererne manglende behov, tid og

IT-understøttelse. Heroverfor har syv ud af ti kommuner procedurer i forhold til almen praksis. Her angiver kommunerne blandt andet mangel på praksiskonsulenter, tid og kendskab til kommunale rehabiliterings-tilbud som barrierer for samarbejdet.⁴⁷

Kun 17 pct. af de praktiserende læger svarer, at de har fyldestgørende information om kontaktoplysninger til specialister på sygehus. Lidt under en femtedel af de praktiserende læger har ofte kontakt til specialister på sygehusafdelinger, mens lidt over en femtedel ofte har kontakt til et palliativt team. Lige over halvdelen af de praktiserende læger har ofte henvist til eller foreslået kræftpatienter at kontakte en psykolog, mens lidt under halvdelen nogle gange har gjort det.⁴⁸

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ⊗ At alle kræftpatienter får tilbudt en systematisk vurdering af deres behov for opfølgning og rehabilitering – både på sygehus, i kommune og i almen praksis.
- ⊗ At der på sygehuse, i kommuner og i almen praksis sikres viden om og kapacitet til at håndtere både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle senfølger.
- ⊗ At sammenhæng, kvalitet og kvalitetsmonitorering af kræftforløb styrkes på tværs af sektorer.

6

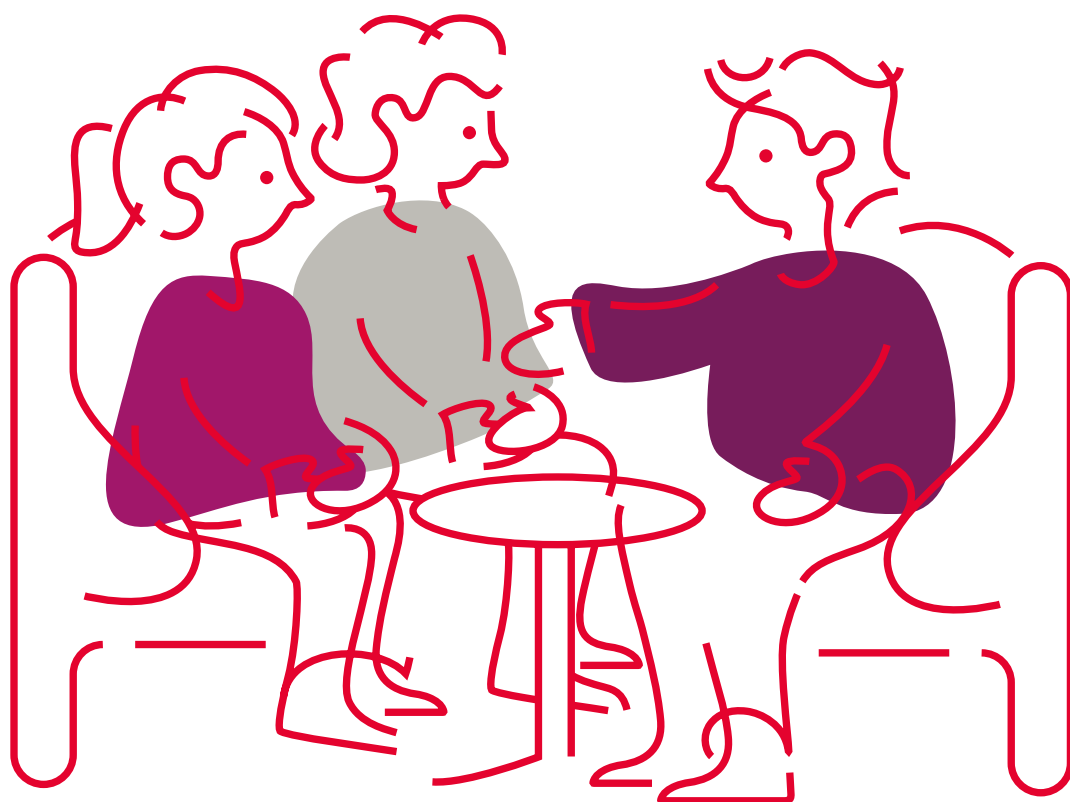
Palliativ indsats





Palliativ indsats

Mange kræftpatienter får i deres sygdomsforløb behov for en palliativ indsats, der kan lindre de symptomer, som kan være forbundet med livstruende og alvorlig sygdom. En del patienter venter længe på den nødvendige specialiserede indsats, og nogle når aldrig at få den.



Palliation betyder lindring, og formålet med palliation er at fremme livskvaliteten hos patienter og deres pårørende ved at hjælpe til at tackle fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle belastninger. Traditionelt er den palliative indsats sket i den allersidste tid i et sygdomsforløb med dødelig udgang. I dag kan en palliativ indsats også indledes tidligt i et sygdomsforløb og også tilbydes til patienter, som forventes at blive helbredt af sygdommen. Den tidlige palliation har ligesom rehabilitering som mål at øge patientens livskvalitet, men hvor rehabilitering typisk handler om at fremme f.eks. funktionsevne, har palliation fokus på at lindre.

Organisering af den palliative indsats

Den palliative indsats består af en basal og en specialiseret del. Den basale palliative indsats varetages af sygehusafdelinger eller i patientens eget hjem af den praktiserende læge i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje. I den specialiserede indsats er palliation hovedopgaven, og patienterne har mere komplekse behov. Den specialiserede indsats ydes på palliative afdelinger, via udgående palliative teams og på hospice. Samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis er afgørende for at sikre gode palliative forløb. Se figur 6.1.

Kvaliteten af den specialiserede palliative indsats bliver fulgt ud fra nationale kvalitetsmål. Derimod foretages der ikke ensartede og sammenlignelige registreringer af den basale palliative indsats på tværs af sygehuse og kommuner.

Palliative indsatser og kompetencer i kommuner og på sygehuse

I 2021 er den palliative indsats kortlagt i kommuner og på sygehuse.⁴⁷ Kortlægningen viser, at 63 pct. af kommunerne har implementeret palliative indsatser, mens 15 pct. ikke har. De resterende 22 pct. planlægger palliative indsatser, er stoppet igen eller svarer, at de ikke ved det.

Syv ud af ti kommuner vurderer, at kapaciteten til at henvise til en palliativ indsats er 'helt' eller 'delvis tilstrækkelig'. Kommunerne angiver, at der mangler konkrete tilbud og bedre kendskab til, hvad der findes af palliative indsatser i andre afdelinger af kommunen. De væsentligste barrierer for palliativ indsats er manglende opmærksomhed på palliative behov (46

pct.), manglende ressourcer (39 pct.) og manglende kompetencer (31 pct.).

På sygehuse vurderer tre ud af fire afdelinger, at muligheden for palliativ indsats er 'helt' eller 'delvis tilstrækkelig'. De væsentlige barrierer for tilstrækkelig kapacitet er manglende ressourcer, og at ansvaret vurderes at være kommunalt.

Lidt over halvdelen af sygehuse og kommuner (54-63 pct.) angiver at mangle kompetencer inden for rehabilitering og palliation.

Palliativ indsats i almen praksis

Almen praksis er en central aktør i den basale palliative indsats. Mange praktiserende læger er tovholdere på de palliative kræftforløb i samarbejde med f.eks. læger fra det palliative team, hjemmesygeplejen og de pårørende. I en nylig kortlægning af kræftopfølgning og palliation i almen praksis viser svar fra de praktiserende læger:

- At 94 pct. af kræftpatienter i palliative forløb 'meget ofte' eller 'ofte' har en fast kontaktperson.
- At en stor del af de praktiserende læger (77 pct.) i 'høj grad' eller 'meget høj grad' anser sig kvalificerede til at hjælpe patienter med at navigere i deres palliative forløb.
- At lægerne i 'høj grad' føler sig kompetente til at vurdere og behandle smerter i det palliative forløb, og at de ofte involverer pårørende i forløbet.
- At tre ud af fire praktiserende læger ofte tager på hjemmebesøg hos patienter i palliative kræftforløb.
- At det i den terminale fase er lige over hver fjerde praktiserende læge, der 'ofte' eller 'meget ofte' udleverer deres private telefonnummer. Når dét sker, angiver 65 pct. af lægerne, at det bruges sjældent.
- At næsten alle de praktiserende læger (95 pct.) i 'høj grad' føler sig kompetente til at ordinere en tryghedskasse til patienter i den terminale fase, det vil sige et 'start-kit', der indeholder den vigtigste og mest brugte medicin til cirka et døgn behandling.⁴⁸

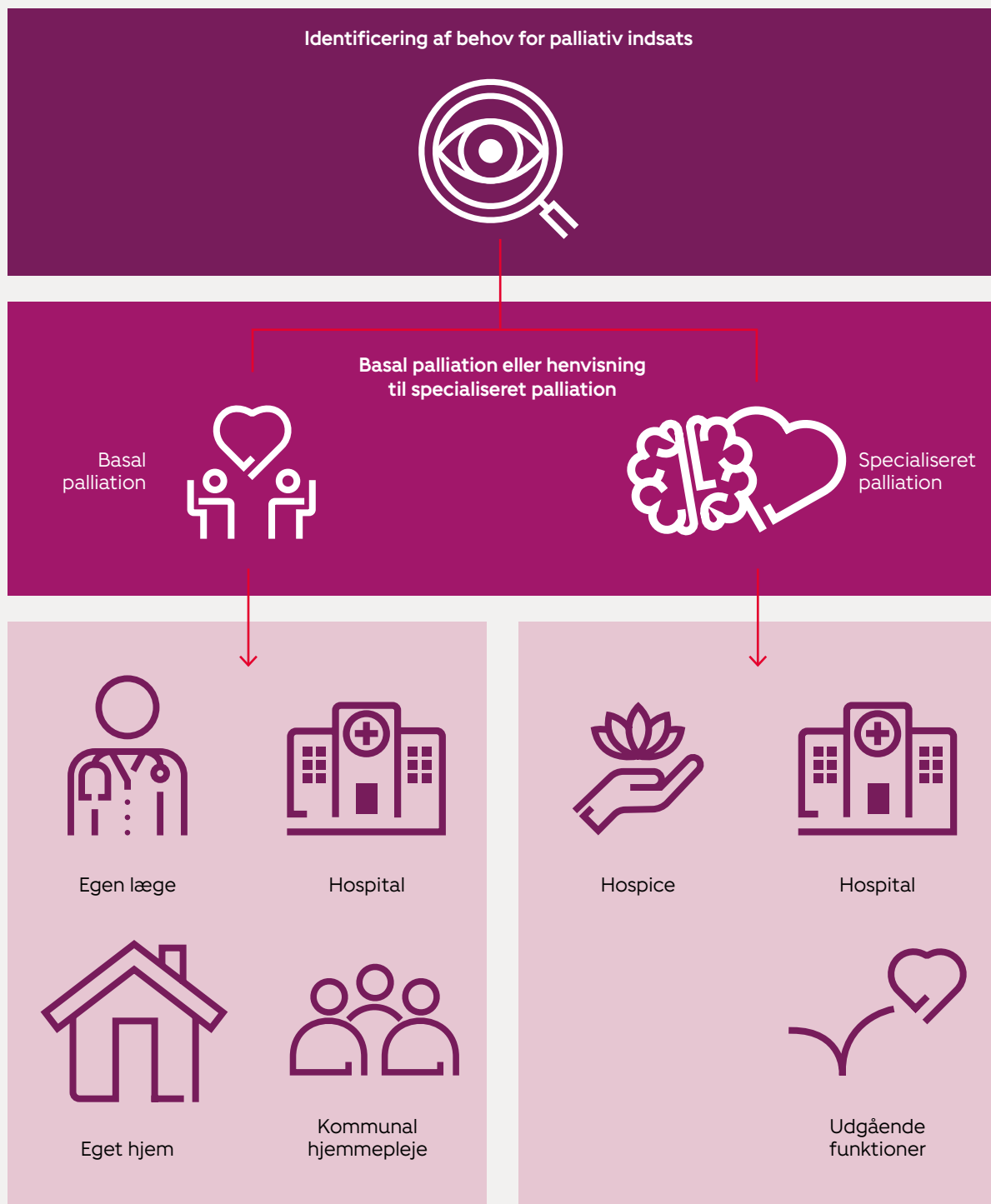
“

Mange kræftpatienter oplever at blive henvist til palliativ indsats sent i deres sygdomsforløb. Næsten hver femte nåede at dø eller blive for dårlig, inden de fik kontakt med den specialiserede palliative indsats.



FIGUR 6.1

Aktører i den basale og specialiserede palliative indsats



Kilde: Rigsrevisionen⁴⁹ med tilretning af Kræftens Bekæmpelse

Kræftpatienter henvises for sent og venter for længe på specialiseret palliativ indsats

Mange kræftpatienter oplever at blive henvist til palliativ indsats sent i deres sygdomsforløb. Der var 10.726 patienter på 18 år eller derover, henvist til specialiseret palliativ indsats, der døde i 2020. Næsten hver femte nåede at dø eller blive for dårlig, inden de fik kontakt med den specialiserede palliative indsats. Dette billede har været uændret de seneste år. Fra patienterne bliver henvist, til de dør, går der i gennemsnit 37 dage (medianen).⁵⁰

Hver fjerde kræftpatient på landsplan, der var henvist til specialiseret palliativ indsats, ventede i 2020 mere end ti dage på at få den første behandlingskontakt med specialiseret palliativ enhed, team eller hospice.⁵⁰ Denne tendens har ligeledes været uændret de seneste år. Se figur 6.2. Der er dog stor

regional variation i forhold til, hvor stor en andel af kræftpatienterne, som venter i mere end 10 kalenderdage. I Region Midtjylland gælder det kun 10 pct., mens det i Region Hovedstaden er 41 pct. Den hyppige lange ventetid indikerer, at der mange steder er udfordringer med kapaciteten i den specialiserede palliative indsats. Endvidere er den specialiserede palliative kapacitet udfordret af, at mange læger med palliative kompetencer vil gå på pension de kommende år.

Sundhedsstyrelsen anbefaler en tidlig palliativ indsats, gerne allerede fra diagnosetidspunktet. Konsekvenserne af de sene henvisninger og den lange ventetid er, at patienterne ikke lindres optimalt. Det kan både forringe patientens livskvalitet i den sidste levetid og medføre unødigt byrde for de pårørende.

FIGUR 6.2

Andel henviste kræftpatienter, der venter mere end 10 dage på specialiseret palliativ indsats*

	2016	2017	2018	2019	2020
Danmark	26 pct.	25 pct.	27 pct.	27 pct.	24 pct.
Region Hovedstaden	44 pct.	42 pct.	39 pct.	41 pct.	41 pct.
Region Sjælland	27 pct.	24 pct.	33 pct.	38 pct.	31 pct.
Region Syddanmark	28 pct.	27 pct.	27 pct.	22 pct.	14 pct.
Region Midtjylland	9 pct.	8 pct.	11 pct.	10 pct.	10 pct.
Region Nordjylland	17 pct.	20 pct.	19 pct.	22 pct.	20 pct.

* Opgørelsen omfatter kun de faktisk modtagne patienter. Ventetiden regnes, fra henvisningen modtages.

Kilde: Dansk Palliativ Database⁵⁰

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞∞ At den nødvendige palliative kapacitet sikres, så patienter modtager specialiseret palliativ indsats i tide.
- ∞∞ At regioner og kommuner sikrer sig, at deres sundhedspersonale har de rette palliative kompetencer, så der sker en tidlig og systematisk vurdering af patienternes palliative behov.
- ∞∞ At samarbejdet systematiseres ved sektorovergange mellem sygehus, praktiserende læge og kommune, så særligt udsatte og sårbare patienters behov bliver dækket.
- ∞∞ At sundhedsmyndighederne arbejder for at etablere en dansk speciallægeuddannelse i palliation.

Referencer

1. eSundhed.dk. Cancerregistret 2020. Sundhedsdatastyrelsen. Tilgået 11. april 2022. <https://www.esundhed.dk/Emner/Kraeft/Nye-kræfttilfaelde>
2. Skovlund CS, Friis S, Christensen J et al. Drop in cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic in Denmark: assessment of impact during 2020. *Acta Oncol*, 2022;1-4.
3. eSundhed.dk. Dødsårsagsregistret 2020. Sundhedsdatastyrelsen. Tilgået 24. januar 2022. <https://www.esundhed.dk/Emner/Hvad-doer-vi-af/Doedsaarsager>
4. Larønningen S, Ferlay J, Bray F et al. NORD-CAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.1 (27.09.2021). Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway. Tilgået 14. januar 2022. <https://nordcan.iarc.fr/>
5. Engholm G, Ferlay J, Christensen N et al. NORD-CAN – a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncol*, 2010;49:725-36.
6. Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A et al. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995-2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *Lancet Oncol*. 2019;20:1493-1505 og tilhørende appendiks.
7. Cancer Research UK. International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP). Tilgået 9. februar 2022. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/data-and-statistics/international-cancer-benchmarking-partnership-icbp>
8. Olsen MH, Kjær TK, Dalton SO. Hvidbog. Social Ulighed i Kræft i Danmark. Kræftens Bekæmpelse, 2019.
9. Olsen MH, Maltesen T, Dehlendorff C, Dalton SO. Monitorering af Ulighed i Kræft, Pejlemærket: Mindre Ulighed i Kræft. Kræftens Bekæmpelse, 2021. (Resultater fra analyser er ikke publiceret andetsteds end Kræft i Danmark 2022)
10. Tybjerg AJ, Friis S, Brown K et al. Updated fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in Denmark in 2018. *Scientific Reports*. 2022;12:549.
11. Danmarks Statistik. Salget af cigaretter faldt – salget af tobak steg. Tilgået 7. februar 2022. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=32760>
12. Reitsma MB, Flor LS, Mullany EC et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990-2019. *Lancet Public Health*. 2021;6:e472-81.
13. Kræftens Bekæmpelse. Kommuner med røgfri arbejdstid. Tilgået 7. februar 2022. <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/indsatser-mod-rygning/roegfri-arbejdstid/kommuner-med-roegfri-arbejdstid/>
14. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs. Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E. A review of human carcinogens. IARC, 2012.
15. Allen NE, Beral V, Casabonne D et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101:296-305.
16. Bagnardi V, Rota M, Botteri E et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*, 2015;112:580-93.

17. Seitz HK, Pelucchi C, Bagnardi V, La Vecchia C. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. *Alcohol Alcohol*, 2012;47:204-12.
18. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med*, 2011;8:e1000413.
19. Pitkänen T, Lyyra AL, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*, 2005;100:652-61.
20. Grant BF, Stinson FS, Harford TC. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse*, 2001;13:493-504.
21. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV et al. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Statens Institut for Folkesundhed, 2019.
22. ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2020.
23. ESPAD Group. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2016.
24. Sundhedsstyrelsen. HPV-vaccination mod kræft og kønsvorter. Tilgået 7. februar 2022. <https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/vaccination-af-boern/hpv-vaccination>
25. Statens Serum Institut. Overvågning i tal, grafter og kort. Vaccinationstilslutning. Tilgået 7. februar 2022. <https://statistik.ssi.dk/>
26. Kræftens Bekæmpelse. Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb - viden om kvalitet i opsporing og diagnostik af kræft. Kræftens Bekæmpelse, 2020.
27. Danckert B, Falborg AZ, Christensen NL et al. Routes to diagnosis and the association with the prognosis in patients with cancer – A nationwide register-based cohort study in Denmark. *Cancer Epidemiol*, 2021;74:101983.
28. Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografi-screening. Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening - årsrapport 2021. Sjettonationale screeningsrunde. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), august 2021.
29. Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening. Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening. Årsrapport 2020. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), juni 2021.
30. Mortensen JH, Bigaard J, Kvernrød AB. Young Danish HPV vaccinated women's knowledge, barriers and facilitators towards cervical cancer screening: A qualitative study. *Prev Med Rep*, 2021;24:101507.
31. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase. Årsrapport 2020. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), december 2021.
32. Virgilsen LF, Pedersen AF, Vedsted et al. Alignment between the patient's cancer worry and the GP's cancer suspicion and the association with the interval between first symptom presentation and referral: a cross-sectional study in Denmark. *BMC Fam Pract*, 2021;22:129.
33. Virgilsen LF, Jensen H, Pedersen AF et al. Patient's worry about cancer and the general practitioner's suspicion of cancer or serious illness: A population-based study in Denmark. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2021;30:e13411.
34. Petersen GS, Laursen SGW, Jensen H et al. Patients' health literacy is associated with timely diagnosis of cancer-A cross-sectional study in Denmark. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2022;31:e13532.
35. Sundhedsstyrelsen. Kræftpakkeforløb. Tilgået 8. februar 2022 <https://www.sst.dk/da/Viden/Kraeft/Kraeftpakkeforloeb>
36. Sundhedsdatastyrelsen. Monitorering af kræftområdet. Tilgået 15. marts 2022.

- <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme-og-behandlinger/kraeft/kraeft-monitorering>
37. Damhus CS, Siersma V, Dalton SO, Brodersen J. Non-specific symptoms and signs of cancer: different organisations of a cancer patient pathway in Denmark. *Scand J Prim Health Care*, 2021;39:23-30.
38. Skovlund CW, Friis S, Dehlendorff C et al. Hidden morbidities: drop in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Denmark. *Acta Oncol*, 2021;60:20-23.
39. sundhed.dk. Kliniske kvalitetsdatabaser. Kræft. Tilgået 26. januar 2022. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/kraeft/>
40. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Viden til et bedre sundhedsvæsen. RKKP Strategi 2019-2022. Version 1.2. RKKP, marts 2019.
41. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper DMCG.dk. Handlingsplan 2020 - DMCG.dk strategi 2020-2022. DMCG.dk, marts 2020.
42. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper DMCG.dk. DMCG.dk strategi 2020-2022. Version 1.8. DMCG.dk, 2020.
43. Center for Patientinddragelse (CPI). Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2021. CPI, 2022.
44. Regeringen. Patienternes kræftplan - Kræftplan IV. August 2016
45. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Sundhedsstyrelsen 2017.
46. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2019.
47. Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA). Kræftrehabilitering i Danmark. Status og udvikling fra 2017 til 2021. REHPA, 2022.
48. Sætre LMS, Nicolaisen A, Søndergaard J, Jarbøl DE. Kortlægning af kræftopfølgning og palliation i almen praksis 2021. Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, 2022.
49. Folketinget Statsrevisorerne, Folketinget Rigsrevisionen. Adgangen til specialiseret palliation. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Folketinget, 2020.
50. Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe - for Palliativ Indsats (DMCG-PAL). Årsrapport fra Dansk Palliativ Database. Tilgået 4. februar 2022. <http://www.dmcgpal.dk/573/rsrapportfradanskpalliativdatabase>



www.cancer.dk



facebook.com/KraeftensBekaempelse



[@cancer_dk](https://twitter.com/cancer_dk)



linkedin.com/company/danish-cancer-society/



[kraeftensbekaempelse](https://www.instagram.com/kraeftensbekaempelse)



∞ Kræftens Bekæmpelse

Udgiver: Kræftens Bekæmpelse. Maj 2022

Ansvarshavende: Jesper Fisker

Redaktion: Hanne Bødtcher og Ola Jørgensen, Klartekst

Design, layout og omslag: Nanna Berentzen Østergaard, KB Design

Illustrationer: Sofie Maag Hansen (side 4, 7, 12, 19, 32, 42, 62, 64, 72 og 74)
og AM Copenhagen (side 6, 14-15, 35, 44 og 54)

Ikoner: AM Copenhagen (side 4-5, 6 og 75)

Foto: Tomas Bertelsen (side 40-41, 45, 60-61, 67), Kræftens Bekæmpelse
(side 9 og 52-53), Adobe Stock (side 1, 10-11, 16-17, 23, 28, 30-31, 37, 49, 70-71 og 81)

Oplag: 1.200 stk

ISSN: 2597-078X

Tryk: StepPrintPower **Papir:** Svanemærket offset 300 gr/120gr

Rapporten kan bestilles hos Kræftens Bekæmpelse på **35 25 71 00**
eller webshop@cancer.dk eller hentes på www.cancer.dk/kid22



The image features a solid red background with several overlapping, curved, semi-circular shapes in a darker shade of red. The text is centered in the upper-middle portion of the image.

Vi vil et liv
uden kræft



Kræftens Bekæmpelse
Strandboulevarden 49
2100 København Ø
Telefon 35 25 75 00
CVR 55 62 90 13

www.cancer.dk

