



Kræft 2021 i Danmark



Kræftens Bekæmpelse

Kræftens Bekæmpelse

Udgiver: Kræftens Bekæmpelse. April 2021

Redaktion: Forskningschef Mef Nilbert (ansvarshavende)
Mette Vinter Weber og Hanne Bødtcher

Design, layout og omslag: Nanna Berentzen Østergaard

Illustrationer og ikoner: AM Copenhagen

Foto: Adobe Stock

Oplag: 1.200 stk

ISSN: 2597-078X

Tryk: Kailow Graphic A/S

Rapporten kan bestilles hos Kræftens Bekæmpelse på 35 25 71 00
eller webshop@cancer.dk eller hentes på www.cancer.dk/kid21

Indhold

1

Tema: Kræft under
corona-pandemien

Side 10

2

Kræft i tal

Side 20

3

Forebyggelse

Side 32

4

Screening, tidlig
opsporing og diagnostik

Side 42

5

Kræftbehandling
og senfølger

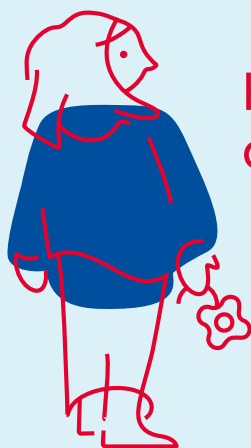
Side 52

6

Palliativ indsats

Side 62

Danskere og kræft

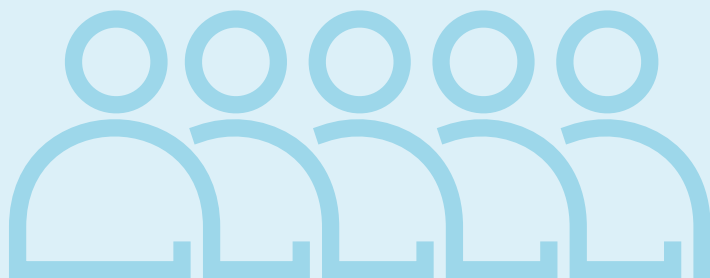


Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark

I 2019 blev der stillet

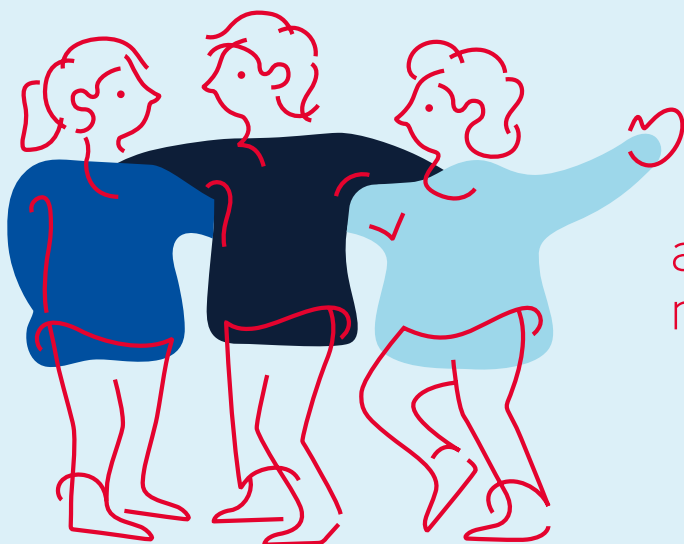
45.453

nye kræftdiagnoser



4 ud af 10

kræfttilfælde skyldes risikofaktorer, der kan forebygges



6%

af alle danskere lever med eller efter kræft

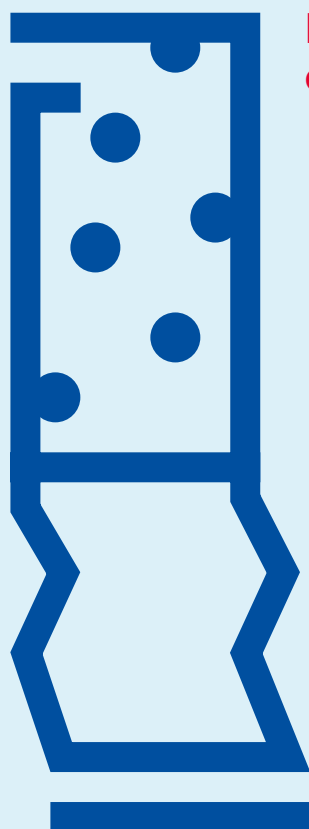
90%

af alle kræft-patienter skal have en patient-ansvarlig læge



I dag er tallet

77%



Rygning er den største enkeltårsag til kræft

88%

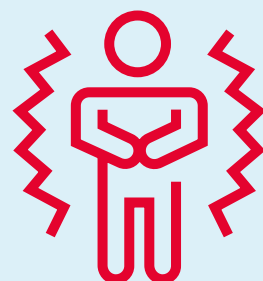
af alle kræftpatienter kommer før eller siden i et kræftpakkeforløb

25%

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



Over 50% af alle kræftpatienter oplever en eller flere senfølger af kræft



“

Der skal være
kvalitet helt
fra starten af
kræftforløbet



Af Jesper Fisker

*Administrerende direktør
i Kræftens Bekæmpelse*

For andet år samler "Kræft i Danmark" et overblik over kræftområdet. Her stiller vi skarpt på de udviklinger, muligheder og udfordringer, der har præget billedet i 2020. Målet er at give viden, der kan bruges til at højne kvaliteten i hele kræftforløbet. Lige fra de tidligste indsatser og til arbejdet for, at det stigende antal danskere, der lever med og efter kræft, får et godt liv. Rigtig god læselyst!

Efter et år med corona-pandemien begynder vi at se de mere langsigtede konsekvenser på en række områder i samfundet. Det gælder også på kræftområdet. Opgørelser viser, at i foråret 2020 gik færre til deres læge, selv om de havde symptomer på sygdom, samt at der blev stillet færre nye kræftdiagnoser og givet færre henvisninger til kræftpakker. Det ser umiddelbart ud til, at det tabte er indhentet i løbet af året. Hvilken betydning forsinkelsen har haft, ved vi dog endnu ikke. Derfor ligger der nu et vigtigt arbejde i at skabe et nationalt overblik, der kan give en status på området og på mulige nødvendige tiltag. Også screeningsområdet har været berørt, og færre end vanligt er mødt op til screening for brystkræft. Screening og tidlig opsporing er velkendte værktøjer til at sikre en skånsom behandling og forbedre overlevelsen. Derfor er der også generelt et behov for at sikre en høj deltagelse ved screening og blandt andet gøre en indsats mod den sociale ulighed, som ses i dag.

Et område, som igennem flere år har været i fokus hos Kræftens Bekæmpelse, og som stadig er relevant, er forebyggelse. Rygning er den største risikofaktor for kræft. Derfor skal vi holde fast i indsatsen for, at børn og unge ikke begynder at ryge. Det er positivt, at tiden, som børn og unge bruger i skolen, på ungdomsuddannelser og til idræt, i stigende grad er røgfri. Men vi mangler stadig at få hævet priserne på cigaretter endnu mere.

Mens vi holder fast i de igangværende indsatser, er det samtidig vigtigt, at vi er opmærksomme på, hvor fremtidens muligheder for forebyggelse af kræft ligger. Her må vi se på overvægt og rette et fokus mod de strukturer i vores samfund, som gør, at 66 pct. af os i 2045 vil leve med overvægt, hvis udviklin-

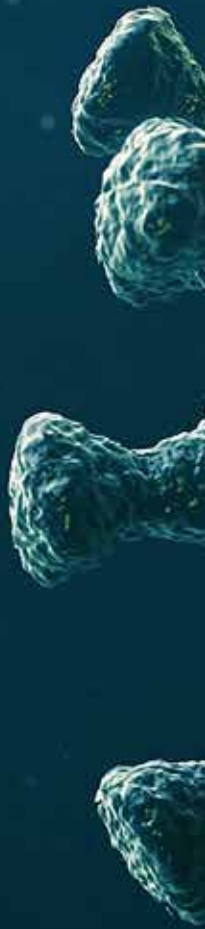
gen fortsætter uændret. Overvægt er en af de vigtigste risikofaktorer for en lang række kræftformer, og derfor er det vigtigt, at vi gør en indsats for at bremse den udvikling allerede nu.

Kræftpatienter skal have de bedst mulige tilbud i hele kræftforløbet. Et forløb, som ofte foregår på tværs af flere afdelinger og flere hospitaler. Her kan den patientansvarlige læge spille en vigtig rolle i både at sikre sammenhæng og i at give patienterne et overblik over deres forløb. Initiativet er beskrevet i Kræftplan IV, og der ligger en vigtig opgave hos hospitalerne i at sikre, at dette bliver et tilbud til kræftpatienterne. Også kvaliteten af den behandling, patienterne får, er essentiel. Derfor er det vigtigt at belyse kvalitetsniveauet, fordi det giver mulighed for at udnytte de potentialer, der er for at sikre patienterne endnu bedre behandlinger.

Der er et behov for at øge livskvaliteten i alle faser af patientforløbet. Det gælder eksempelvis i forhold til senfølger, hvor mange kræftpatienter lever med træthed, angst, seksuelle problemer eller andet, som påvirker deres hverdag negativt. Der er forskel på, hvordan patienter med og uden pårørende klarer sig igennem forløbet efter kræft i forhold til gener og senfølger. Derfor er det relevant at have ekstra fokus på patienter uden pårørende eller dem, som er socialt udsatte. I forhold til den palliative indsats har Rigsrevisionen rejst kritik af, at danske patienter med livstruende sygdomme ikke har den nødvendige adgang til specialiseret palliativ indsats. Alt for mange patienter risikerer stadig at dø eller blive for dårlige, inden de får et tilbud om palliativ hjælp. I dag dør hver femte kræftpatient, inden de får den palliative indsats, de er henvist til.

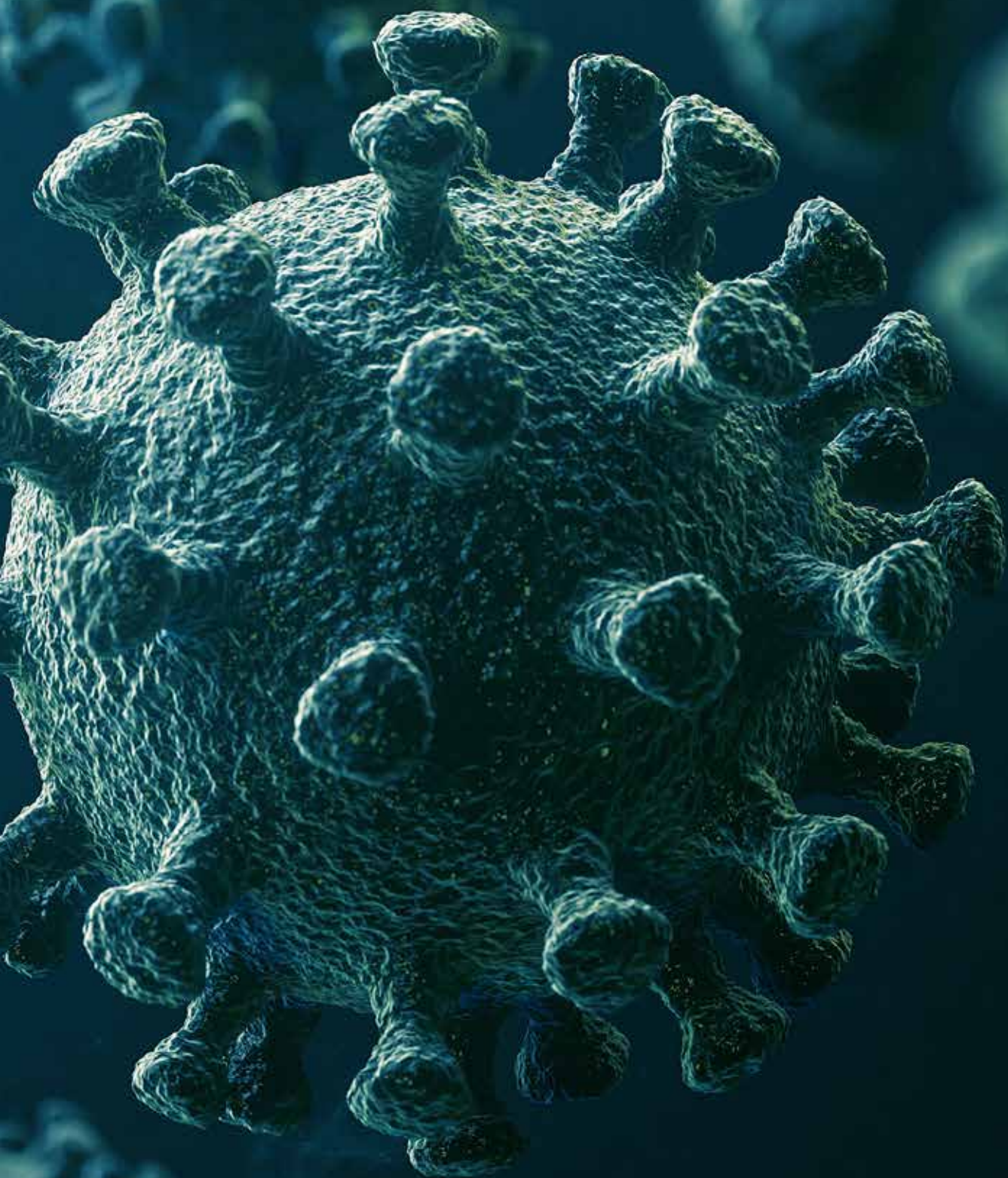
1

Kræft under
corona-
pandemien



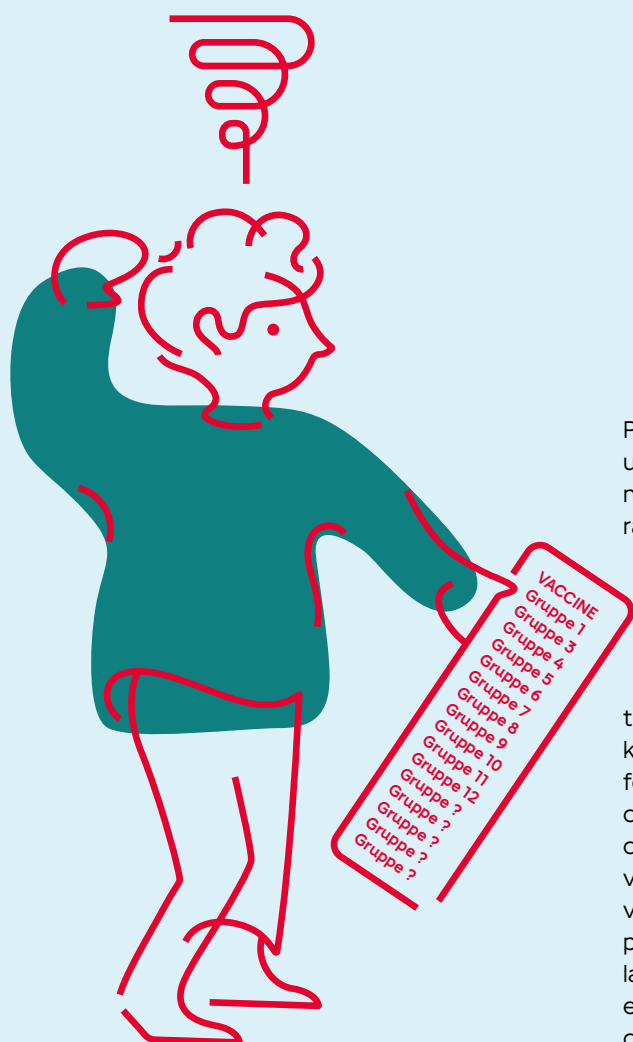
TEMA

CORONA



Kræft under corona-pandemien

I 2020 blev Danmark og verden ramt af corona-pandemien. Danmark håndterede den første bølge af pandemien i foråret gennem streng social distancering. Store dele af samfundet blev lukket, og der blev omprioriteret i sygehusvæsenet for at kunne frigive kapacitet til COVID-19 patienter.



Patienter med livstruende sygdomme har dog uændret skullet udredes og behandles under corona-pandemien. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens rammer for regionernes prioritering af deres sygehuskapacitet under pandemien^{1,2}. Kræftpakkeforløb og screeningsprogrammerne på kræftområdet skulle dermed også fortsat prioriteres.

Til trods for, at kræftudredning og -behandling fortsatte som normalt, blev der henvist færre til kræftpakker og ikke diagnosticeret nær så mange kræfttilfælde som forventet under nedlukningen i foråret 2020. Ligeledes så man et fald i screeningsdeltagelsen i perioden. Hovedparten af de patienter, der bliver udredt for mulig kræftsygdom, bliver henvist fra almen praksis på grund af symptomer eller bliver fundet i de tre landsdækkende kræftscreeningsprogrammer. Hvis færre har kontakt til deres egen læge, eller færre deltager i screeningsprogrammerne, er det en udfordring i forhold til at finde kræftsygdomme. Dette kan du læse mere om i kapitel 4.

Hvordan har kræftpatienterne oplevet corona-pandemien?

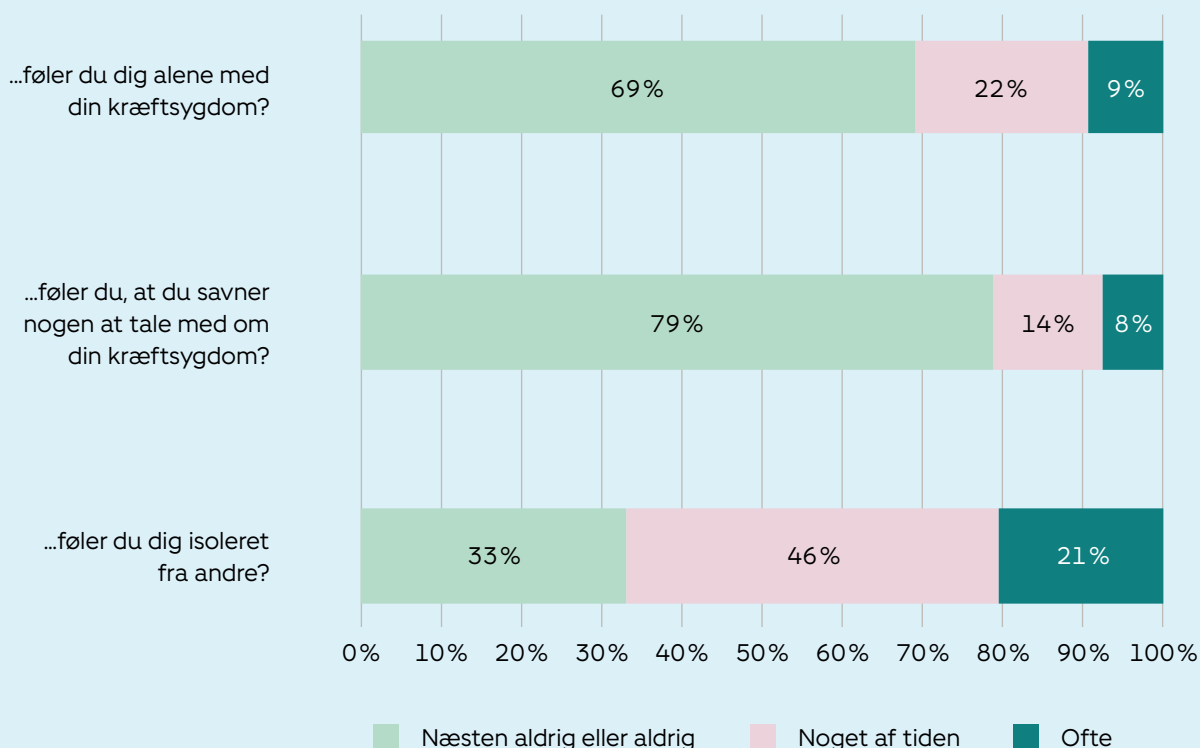
For kræftpatienter og deres pårørende, som i forvejen er belastet af et kræftforløb, har corona-pandemien for nogle betydet en ekstra bekymring og utryghed. I foråret 2020 spurgte Kræftens Bekæmpelse 602 patienter fra foreningens brugerpanel* om deres oplevelser i forbindelse med corona-pandemien. Fokus var især på deres bekymringer, hvordan de oplevede ændringer i sundhedsvæsenet og på social isolation. I alt besvarede 423 patienter undersøgelsen³.

Social isolation og oplevelse af social støtte

Der var 31 pct. af kræftpatienterne, der under corona-pandemien oplevede, at de noget af tiden eller ofte følte sig alene med deres kræftsygdom. Der var 22 pct., der noget af tiden eller ofte savnede nogen at tale med om deres kræftsygdom, mens over halvdelen (67 pct.) noget af tiden eller ofte følte sig isoleret fra andre (figur 1.1).

FIGUR 1.1

Andel kræftpatienter, der angiver, hvor stor en del af tiden, de føler sig socialt isoleret



Kilde: Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel³

* Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel er ikke repræsentativt for befolkningen i forhold til sammensætning af kræftdiagnoser, køn, alder, beskæftigelse, uddannelse og bopælsregion. Det kan dog bidrage til at give en pejling af patienternes erfaringer og oplevelser.

Bekymringer relateret til kræftsygdommen

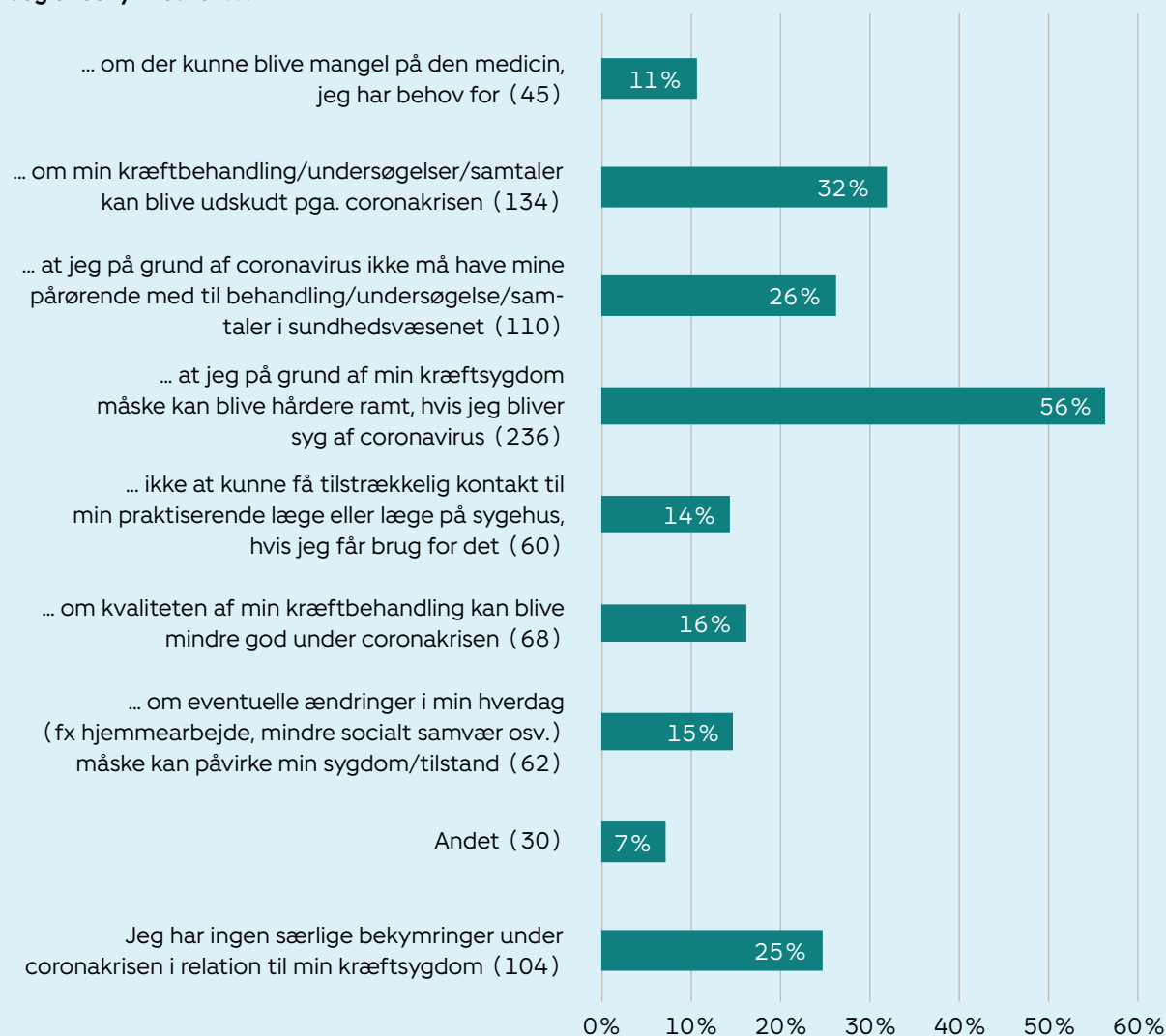
I forhold til bekymringer specifikt relateret til deres kræftsygdom bekymrede det over halvdelen (56 pct.) af de adspurgte kræftpatienter, at de på grund af deres kræftsygdom måske kunne blive hårdere ramt, hvis de blev smittet med coronavirus. En tredjedel (32 pct.) bekymrede sig om, hvorvidt deres be-

handling, undersøgelser eller samtaler i sundhedsvæsenet kunne blive udskudt. En fjerdedel (26 pct.) svarede, at det bekymrede dem, at man på grund af coronavirus ikke måtte have pårørende med til samtaler, behandling eller undersøgelser i sundhedsvæsenet. En fjerdedel (25 pct.) havde ingen særlig bekymringer (figur 1.2).

FIGUR 1.2

Kræftpatienters typer af bekymringer relateret til deres kræftsygdom

Jeg er bekymret for ...



() = Antal svar / Det var muligt at vælge flere

Kilde: Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel³

Corona-pandemien har medført en ny hverdag for alle danskere, med tiltag, der skal mindske smitterisikoen. Kræftens Bekæmpelse har undersøgt, hvordan kræftpatienterne er blevet berørt.

TEMA

CORONA



Oplevelser af ændringer i sundhedsvæsenet

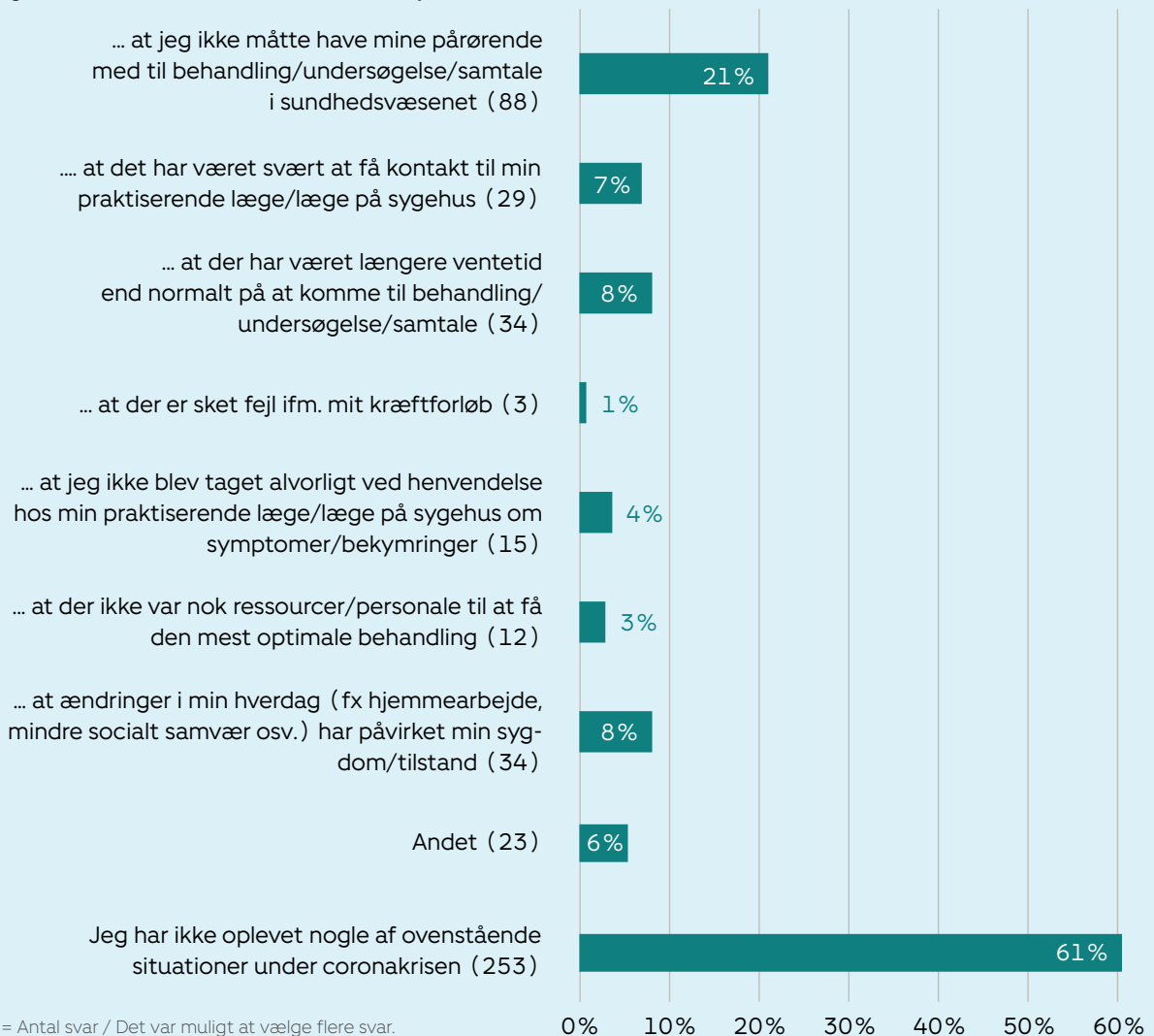
Corona-pandemien medførte flere ændringer i sundhedsvæsenet. Eksempelvis blev mange aftaler på hospitalerne omlagt til telefoniske eller virtuelle konsultationer, mens personalets ressourcer blev omprioriteret. Samtidig blev der indført restriktioner for pårørendes adgang til hospitalerne. Som opgø-

relsen i figur 1.3 viser, var der 61 pct. af de adspurgte kræftpatienter i Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel, der svarede, at de ikke havde oplevet én eller flere typer ændringer, mens 39 pct. havde. Der var 21 pct., der havde oplevet at de ikke måtte have deres pårørende med til behandling, undersøgelse eller samtale i sundhedsvæsenet.

FIGUR 1.3

Typer af ændringer i sundhedsvæsenet, som kræftpatienter har oplevet, i forbindelse med corona-pandemien

Jeg har i forbindelse med coronakrisen oplevet ...



() = Antal svar / Det var muligt at vælge flere svar.

Der var 418 personer, der besvarede dette spørgsmål.

Kilde: Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel³

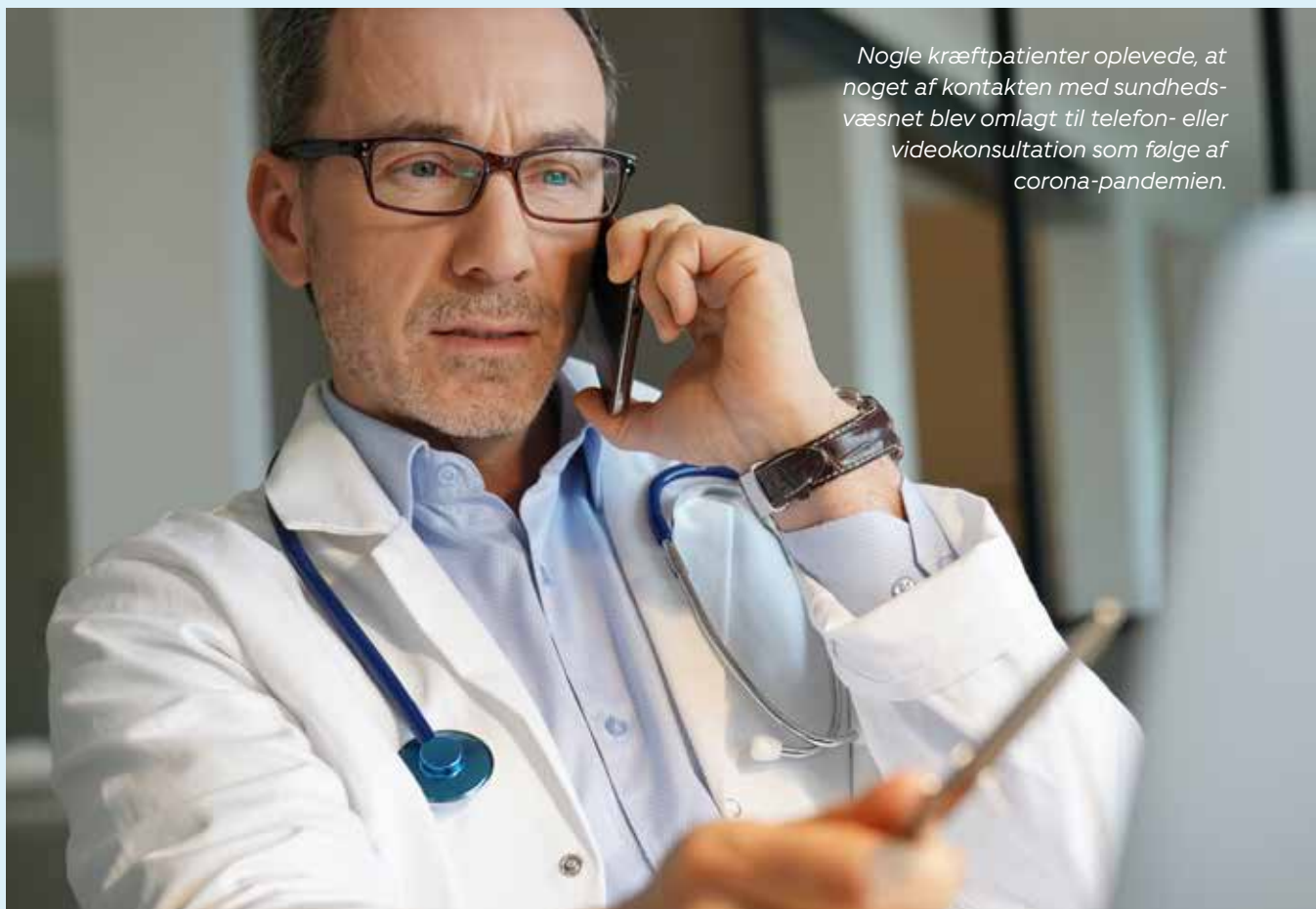
De patienter, der havde oplevet ændringer, blev spurgt nærmere ind til, hvilken type ændring de havde oplevet, og hvor i sundhedsvæsenet de havde oplevet det. Der var 33 pct., der havde oplevet ændringer af deres aftale i forhold til behandling på sygehus, og 42 pct. i forhold til opfølgning eller kontrol på sygehus. Den hyppigste type af ændring for begge grupper var, at aftalen blev omlagt til telefon- eller videokonsultation i stedet for fysisk fremmøde. Den næstehyppigste ændring var, at aftalen blev udskudt.

Aflysninger på kræftpatienternes eget initiativ

Der var 12 pct. af kræftpatienterne, der svarede, at de havde undladt at kontakte deres praktiserende læge eller sygehuset på grund af corona-pandemien, og 9 pct. angav, at de på grund af corona-pandemien selv havde valgt at udskyde eller aflyse en tid i sundhedsvæsenet. Det skyldtes, at de ønskede at mindske risikoen for smitte ved at undlade at møde op

i lægepraksis eller på sygehuset, og at de havde en oplevelse af, at lægerne var pressede med vigtigere ting i forhold til håndtering af coronavirus.

En opfølgende spørgeskemaundersøgelse i Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel i august-september 2020, hvor 419 svarede, viste, at patienterne generelt var trygge i deres kontakt med sundhedsvæsenet på daværende tidspunkt. Generelt oplevede de, der deltog, ret beskedne ændringer. Den ændring, flest havde oplevet i kontakten med sundhedsvæsenet, var, at 12 pct. havde afholdt deres aftale over telefon eller video i stedet for fysisk fremmøde i forbindelse med opfølgning eller kontrol på sygehus.



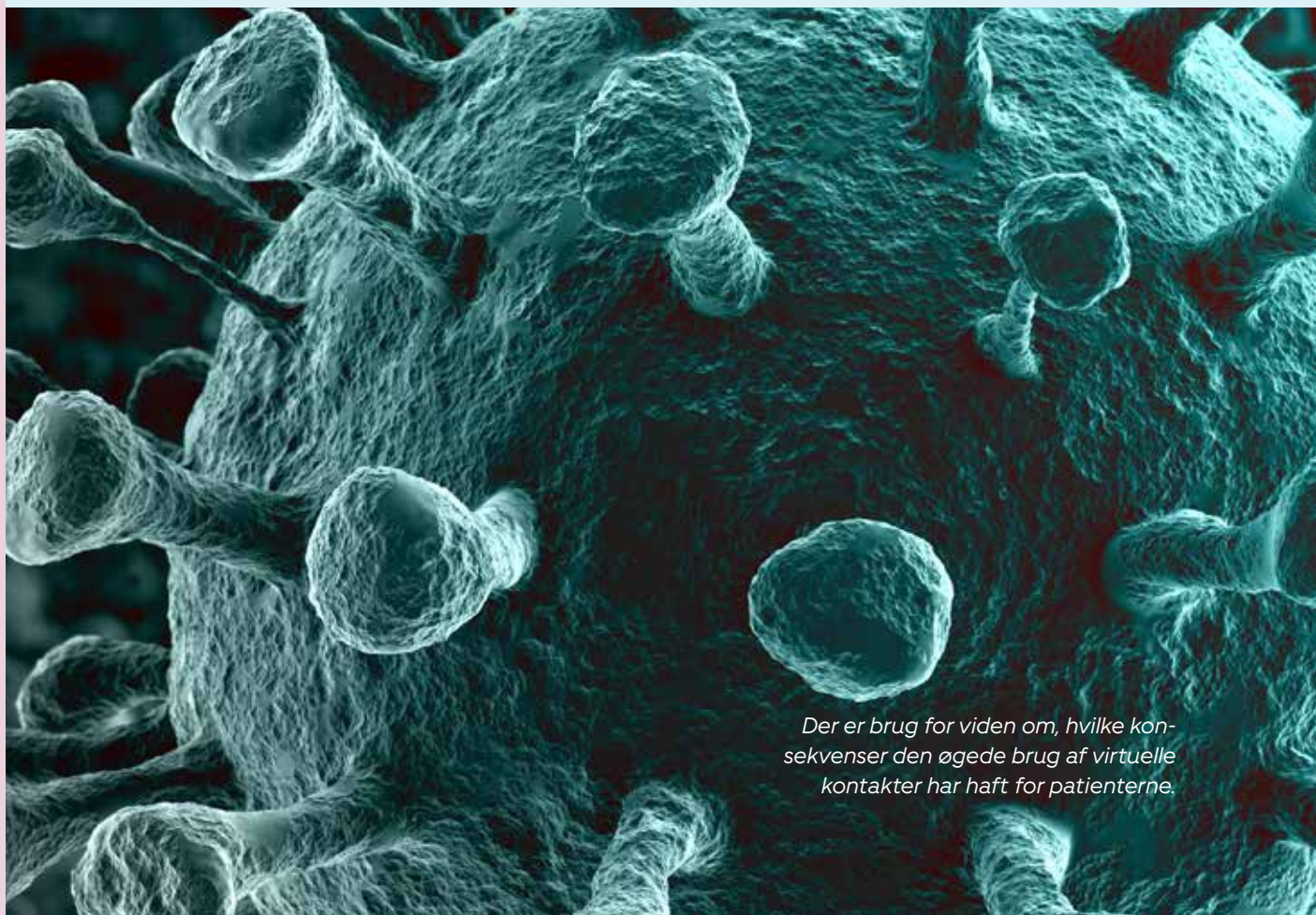
Nogle kræftpatienter oplevede, at noget af kontakten med sundhedsvæsenet blev omlagt til telefon- eller videokonsultation som følge af corona-pandemien.

Omlægning til virtuelle kontakter

Under nedlukningen i foråret 2020 var der en stor stigning i brugen af virtuelle konsultationer i almen praksis og på sygehuse.

Danske Patienter gennemførte i juni 2020 en undersøgelse⁴ af digital kontakt med sundhedsvæsenet blandt 1.460 repræsentativt udvalgte danskere. Undersøgelsen viste, at tre ud af fire syntes, at fordelene ved digital kontakt med sundhedsvæsenet overskyggede ulemperne. De ønskede bedre muligheder for at møde den praktiserende læge, den kommunale fysioterapeut, speciallægen eller sygehuset online. Undersøgelsen viste, at det især var den praktiserende læge, der var digital kontakt med.

Brugen af virtuelle konsultationer faldt i anden halvdel af 2020, men niveauet er stadig væsentligt forøget sammenlignet med før corona-pandemien⁵.



Der er brug for viden om, hvilke konsekvenser den øgede brug af virtuelle kontakter har haft for patienterne.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞ At der følges op på, hvilke konsekvenser telefon, e-mail, eller videokonsultationer har haft i forhold til opsporing af alvorlig sygdom og i forhold til informationsdeling/-tab mellem patient og sundhedsprofessionelle. Der er behov for en systematisk gennemgang af erfaringerne, så de kan indgå i udviklingen af sundhedsvæsnets.



2

Kræft i tal



Kræft i tal

I 2019 blev der i Danmark diagnosticeret 45.453 nye kræfttilfælde, og 16.526 mistede livet til kræft. Det viser tal fra Cancerregisteret⁶ og Dødsårsagsregisteret⁷. I alt lever 351.747 danskere med eller efter kræft.



2019

Der blev diagnosticeret

45.453

nye kræfttilfælde i Danmark

16.526

døde af kræft

FIGUR 2.1

Nye kræfttilfælde i Danmark i årene 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mænd	19.304	19.991	20.598	20.615	22.239	22.413	22.872	23.014	23.185	23.521
Kvinder	18.618	19.086	18.980	19.484	20.256	20.742	20.950	21.233	21.299	21.932
I alt	37.922	39.077	39.578	40.099	42.495	43.155	43.822	44.247	44.484	45.453

Kilde: Cancerregistret⁶

Antallet af nye kræfttilfælde stiger hvert år, hvilket især skyldes, at befolkningen lever længere, og at risikoen for at få kræft stiger med alderen. Når man tager hensyn til befolkningens størrelse og alderssammensætning, er den enkeltes risiko for at få kræft for de fleste kræftsygdomme imidlertid faldet i samme periode.

Lidt flere mænd end kvinder får kræft, og i 2019 var der 23.521 nye kræfttilfælde hos mænd og 21.932 nye tilfælde hos kvinder (figur 2.1). Set i et 10 års perspektiv er der samlet set sket en stigning i antallet af nye kræfttilfælde med 21 pct. for mænd og 14 pct. for kvinder⁶.

De hyppigste kræftsygdomme

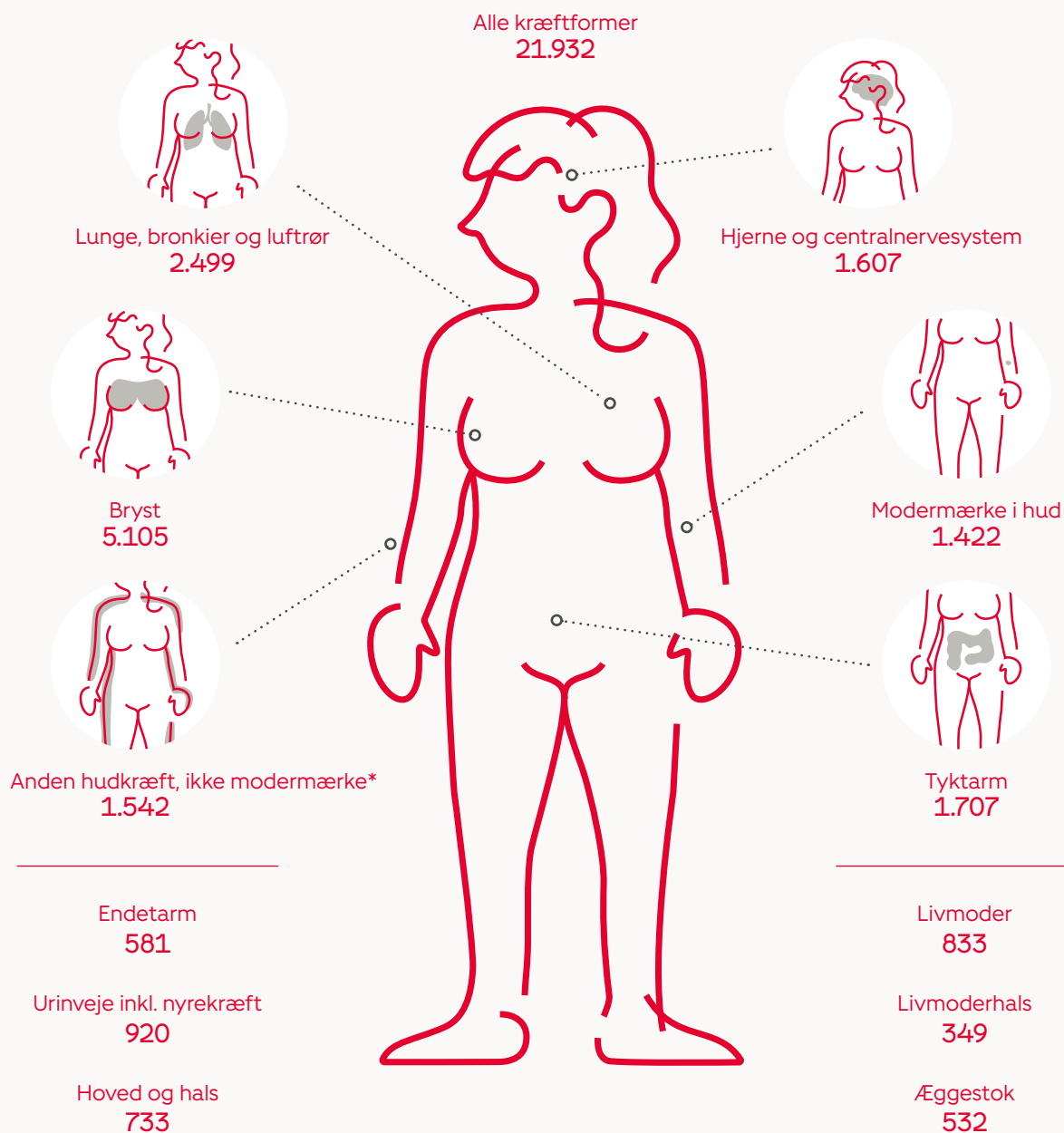
Tal fra Cancerregisteret⁶ viser, at de mest udbredte kræftsygdomme er brystkræft hos kvinder og prostatakræft hos mænd samt lungekræft, tyk- og endetarmskræft og anden hudkræft, det vil sige hudkræft, der ikke er modermærkekræft. På figur 2.2 og 2.3 ses antal nye kræfttilfælde for de hyppigste kræftsygdomme for henholdsvis kvinder og mænd.

Cancerregisteret udgiver nye registrerede kræfttilfælde for en årgang inden udgangen af det efterfølgende år. Den nyeste opgørelse er derfor med tal fra 2019.

FIGUR 2.2

Antal nye kræfttilfælde i 2019 for de hyppigste kræftsygdomme for kvinder i Danmark

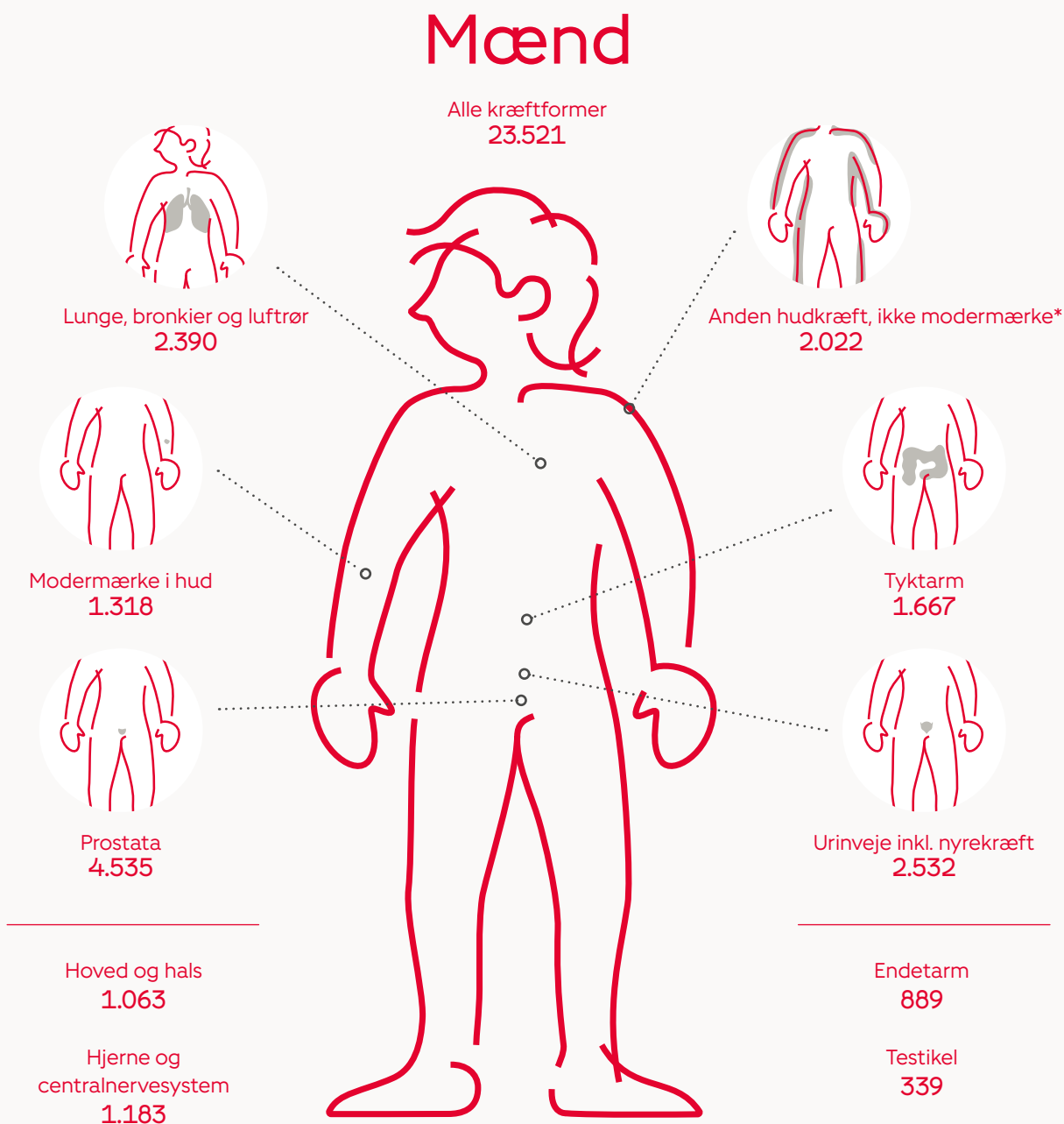
Kvinder



*Eksklusiv basalcelle hudkræft
Kilde: Cancerregistret⁶

FIGUR 2.3

Antal nye kræfttilfælde i 2019 for de hyppigste kræftsygdomme for mænd i Danmark



Kilde: Cancerregistret⁶

Risiko for kræft

Når man skal opgøre risiko for kræft og vurdere effektiviteten af forebyggende tiltag, er det vigtigt at tage højde for ændringer i befolkningens størrelse og alderssammensætning over tid. Dette gør man ved at udregne den enkeltes risiko for at få kræft i form af en såkaldt incidensrate pr. 100.00 personer.

Når man ser på den enkeltes risiko, var der i 2019 et stabilt niveau af brystkræft hos kvinder og en faldende risiko for prostatakkræft hos mænd. Faldet i nye tilfælde af prostatakkræft skal ses i forhold til, at der i 2010-2011 var et fald i antallet af PSA-test (prostata specifikt antigentest). Det er sket efter, at der er indført pakkeforløb for prostatakkræft og indført en anbefaling om kun at tilbyde en PSA-test til mænd, der har symptomer, eller som er arveligt disponerede for prostatakkræft⁶.

For lungekræft kan man se, at selvom antallet af tilfælde er omtrent det samme i 2019 (4.889 nye tilfælde) som i 2018 (4.916 tilfælde), så er incidensraten 2,6 pct. lavere i 2019⁶. Det er godt nyt, for det betyder, at den enkeltes risiko for lungekræft falder. Mindre rygning er sandsynligvis en stor del af forklaringen, idet 80 pct. af lungekræfttilfældene skyldes rygning.

Positiv effekt af tarmkræftscreening

Efter screening for tarmkræft blev indført i 2014, skete der i 2015-2017 en stigning i antallet af nye kræfttilfælde. Dette var forventet og skyldes, at flere blev diagnosticeret på et tidligere tidspunkt takket være screeningsprogrammet.

Fra 2017 ses der nu et fald i incidensen, som tyder på, at det er lykkedes at fjerne forstadier til kræft og hermed nedsætte antallet af nye kræfttilfælde.

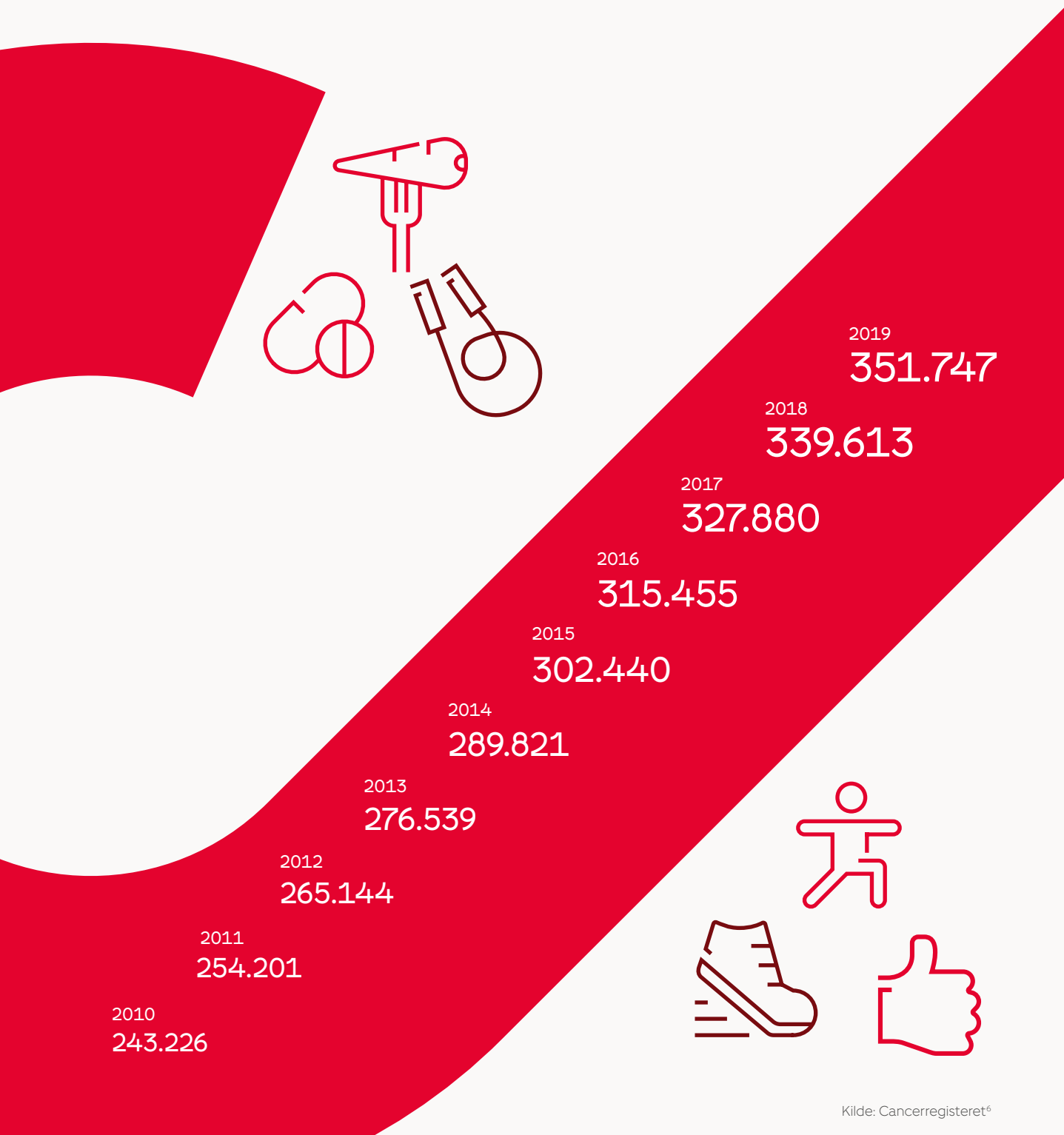
Kræft er den hyppigste dødsårsag

Ifølge Dødsårsagsregisteret⁷ døde 16.526 danskere af kræft i 2019. Kræft var dermed årsag til tre ud af ti dødsfald, 32 pct. for mænd og 30 pct. for kvinder. Til sammenligning er hjertekarsygdomme årsag til 14 pct. af dødsfaldene i Danmark. Lungekræft er blandt både mænd og kvinder årsag til flest dødsfald. Herefter kommer brystkræft for kvinder og prostakkræft for mænd, og som den tredje mest dødelige kræftsygdom ligger tyktarmskræft.



FIGUR 2.4

Antallet af personer, der lever med eller efter kræft, 2010-2019



Kilde: Cancerregisteret⁶

Flere lever med kræft

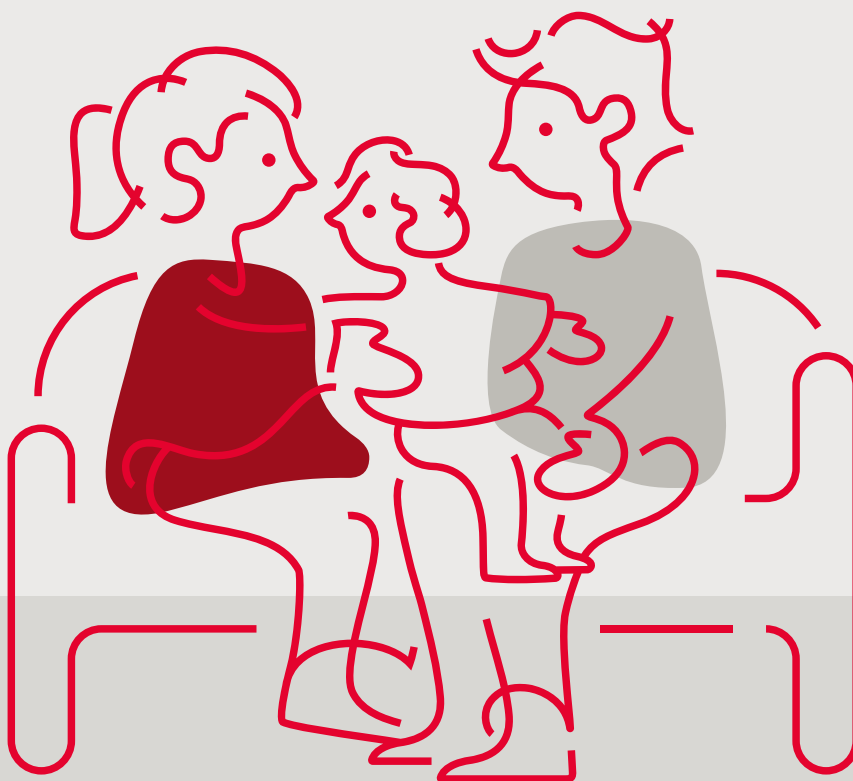
Kræft er i stigende omfang en sygdom, som vi overlever eller lever med i mange år, og stadig flere mennesker i Danmark har på et tidspunkt i deres liv fået en kræftdiagnose. Ved udgangen af 2019 var der i alt 351.747 personer, heraf 158.834 mænd og 192.913 kvinder, der var diagnosticeret med en eller flere tidligere anmeldte kræftsygdomme⁶. Dette svarer til, at 6 pct. af danskerne har eller har haft en kræftdiagnose. Det er 12.134 flere personer end året før, og det svarer til en stigning på 3,6 pct.

Tal fra Cancerregisteret viser, at 5-årsoverlevelsen er 66 pct. for mænd og 68 pct. for kvinder⁸. For 12 år siden var den 52 pct. for mænd og 57 pct. for kvinder. Selvom overlevelsen stiger for hvert år, så er målet fra Kræftplan IV om, at tre ud af fire overlever kræft,

endnu ikke nået, men det er inden for rækkevidde de kommende år.

Det stigende antal personer, der lever med eller efter en kræftdiagnose, stiller stigende krav til rehabilitering og behandling af senfølger. I dag dør færre end 20 pct. af patienterne af deres kræftsygdom inden for det første år efter, at de har fået stillet en kræftdiagnose.

Overlevelsen ved kræft varierer mellem de forskellige kræftsygdomme. Patienter med testikelkræft, modermærkekræft og brystkræft har gode muligheder for at blive kræftfri, mens eksempelvis lungekræft og bugspytkirtelkræft kan være vanskeligere at behandle. Selvom dobbelt så mange kvinder får brystkræft som lungekræft, er der flere kvinder, der dør af lungekræft.



FIGUR 2.5

Antal af nye kræfttilfælde, antal af personer, der lever med eller har haft kræft, og antal døde af kræft i 2019 for de hyppigste og for alle kræftsygdomme

Kræftsygdom	Nye kræfttilfælde		Lever med kræft		Døde af kræft	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Alle kræftsygdomme	21.932	23.521	192.913	158.834	7.796	8.729
Bryst	5.105	54	72.193	-	1.105	7
Prostata	-	4.535	-	44.155	-	1.327
Urinveje inkl. nyrekræft	920	2.532	8.516	20.906	187	372
Lunge, bronkier og luftrør	2.499	2.390	7.751	5.979	1.858	1.817
Anden hud*	1.542	2.022	11.444	13.696	-	-
Tyktarm	1.707	1.667	13.878	13.032	678	666
Modermærke i hud	1.422	1.318	20.448	14.447	119	186
Hjerne og centralnervesystem	1.607	1.183	13.539	9.288	196	258
Hoved og hals	733	1.063	7.252	8.467	-	-
Endetarm	581	889	5.888	8.336	165	271
Testikel	-	339	-	9.261	-	9
Livmoder	833	-	11.496	-	186	-
Æggestok	532	-	4.856	-	330	-
Livmoderhals	349	-	8.957	-	85	-

*Anden hud er hudkræft, der ikke er modermærkekræft. Eksklusiv basalcelle hudkræft.

Note: Manglende tal skyldes, at tallene ikke er tilgængelige i denne publikation eller ikke er relevante for det pågældende køn.

Kilde: Cancerregistret⁶, Dødsårsagsregistret⁷.

Kræftoverlevelse i Danmark sammenlignet med de øvrige nordiske lande

I efteråret 2020 blev der offentliggjort et studie, der sammenligner kræftoverlevelsen i de nordiske lande. Undersøgelsen var baseret på data fra de nordiske kræftregistre⁹. Her skiller Danmark sig ud ved at have haft den markant største fremgang i overlevelse.

I 1990'erne og starten af nullerne hørte Danmark til blandt de lande i Norden, som havde den dårligste overlevelse efter kræft. Nogle af de mest iøjnefaldende resultater for Danmark gælder lungekræft. Her er 1-årsoverlevelsen steget med hele 30 procentpoint for kvinder og 23 procentpoint for mænd i perioden

1990-2015 (figur 2.6). I 1990 var det blot 6 pct. af de danske lungekræftpatienter, der overlevede deres kræftsygdom med mindst fem år. For patienter, som har fået diagnosen lungekræft i den sidste del af den periode, undersøgelsen dækker, er den forventede 5-årsoverlevelse steget til henholdsvis 23 pct. for kvinder og 17 pct. for mænd (figur 2.7).

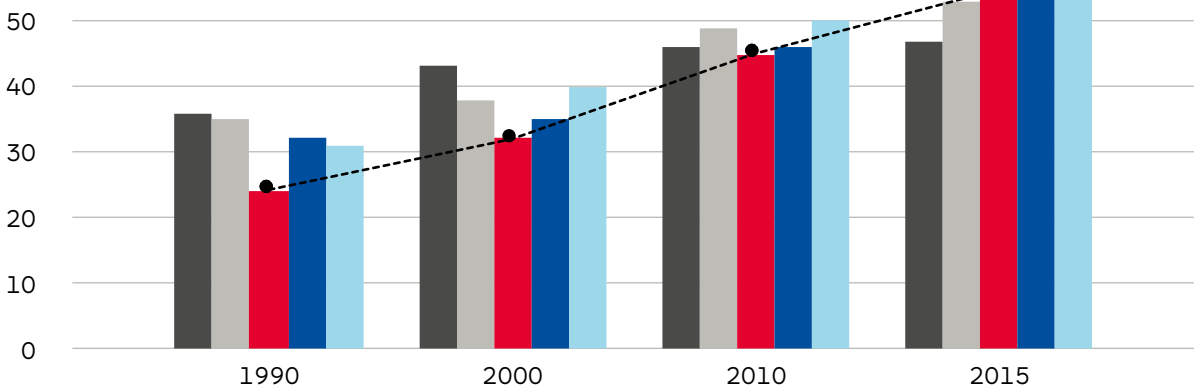
Lungekræft er en af de hyppigste og samtidig mest udfordrende kræftsygdomme. En alt for stor andel af patienterne bliver først diagnosticeret, når sygdommen er fremskreden. Det er derfor positivt, at der på trods af disse udfordringer sker store fremskridt i forhold til at sikre patienterne en mere sikker

FIGUR 2.6

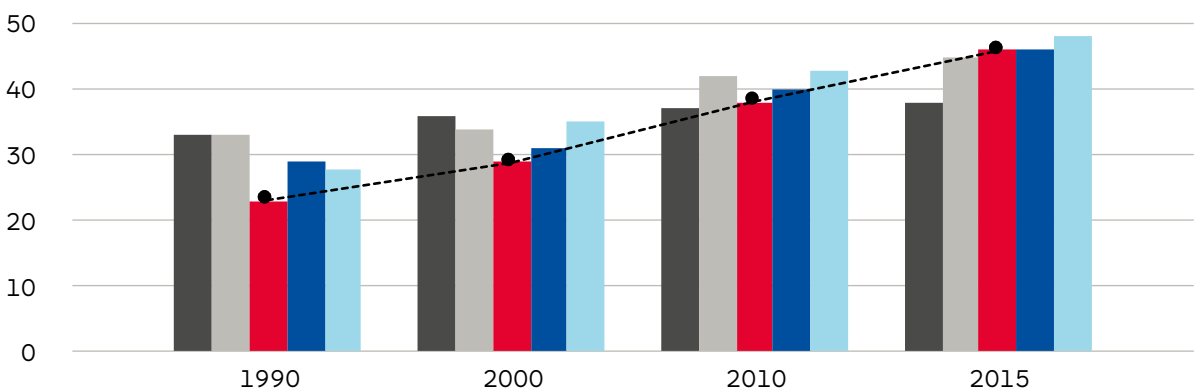
Forbedring i 1-årsoverlevelse for lungekræft for kvinder og mænd i de nordiske lande

■ Finland ■ Island ■ Danmark ■ Norge ■ Sverige

Kvinder



Mænd



og præcis diagnose og nye behandlingsmuligheder. Det afspejler sig i en tydelig stigning i overlevelsen. Nye behandlingsmuligheder omfatter bedre kirurgi, præcisionsstråleterapi, flere nye biologiske behandlinger, der retter sig mod specifikke mutationer i tumorcellerne, og immunterapi, der aktiverer og stimulerer kroppens evne til at angribe de syge celler.

Flere overlever tyktarmskræft

Danske patienter med kræft i tyktarmen har også haft en stigning i 5-årsoverlevelse, som er enestående i Norden. Her er tallene steget med 22 procentpoint for kvinder og 25 procentpoint for mænd. I 1990 var

det under halvdelen af disse patienter, der overlevede deres sygdom med mindst fem år. I slutningen af den periode, undersøgelsen dækker, er den forventede 5-årsoverlevelse steget til 68 og 67 pct. for henholdsvis kvinder og mænd med tyktarmskræft.

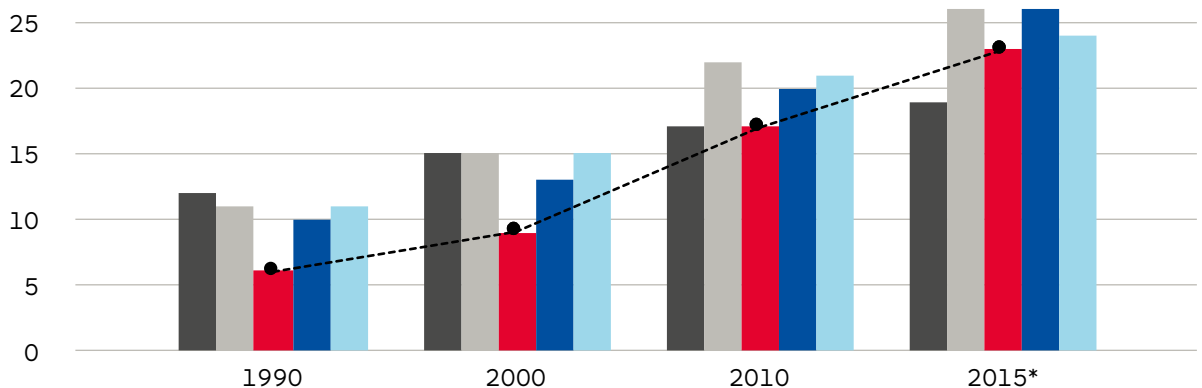
Den positive udvikling, vi ser, har flere årsager: Kræftplaner, kræftpakker, indsatser for tidlig og sikker diagnostik, bedre kirurgi, stråleterapi med bedre præcision, målrettet behandling, ny kemoterapi og bedre rehabilitering. Alt dette har tilsammen medvirket til den fremgang, vi nu ser.

FIGUR 2.7

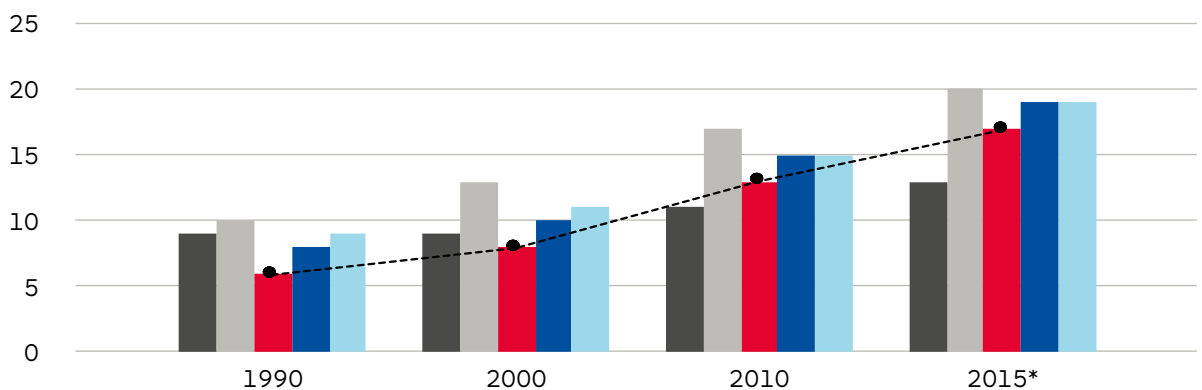
Forbedring i 5-årsoverlevelse for lungekræft for kvinder og mænd i de nordiske lande

■ Finland ■ Island ■ Danmark ■ Norge ■ Sverige

Kvinder



Mænd



*Det har ikke været muligt at udarbejde en 5-årsoverlevelse for 2015. Den estimerede overlevelse er derfor fremskrevet ud fra den bedst tilgængelige opfølgingsperiode, der for Danmark, Norge og Sverige er 2013-2017, for Island 2012-2017 og for Finland 2013-2016.

3

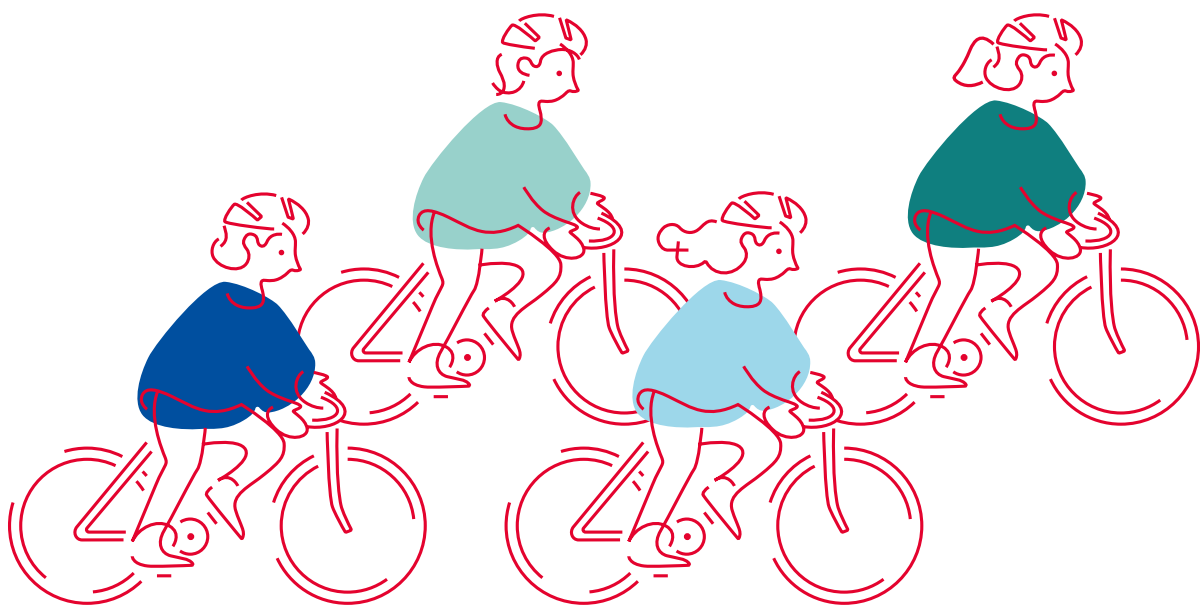
Forebyggelse





Forebyggelse

Fire ud af ti kræfttilfælde kan forebygges. Men det kræver, at vi både som individer og som samfund gør en indsats. Kun på den måde kan vi for alvor få taget hånd om de faktorer, der er med til at øge vores risiko for kræft.



Op mod 40 pct. af alle kræfttilfælde skyldes faktorer, vi som enkeltpersoner og samfund har mulighed for at påvirke¹⁰. Den største risikofaktor er rygning, men også andre faktorer som eksempelvis uv-stråling, overvægt og alkohol øger risikoen for kræft. Derudover kan infektioner med HPV (Human Papillomavirus) samt visse stoffer i miljøet og arbejdsmiljøet øge risikoen for kræft.

Der er en markant social ulighed i vores muligheder for at leve sundt og undgå de risikofaktorer, der kan give kræft. Derfor har mennesker med kort uddannelse og lav indkomst en højere risiko for at få kræft og dø af kræft¹¹.

FIGUR 3.1

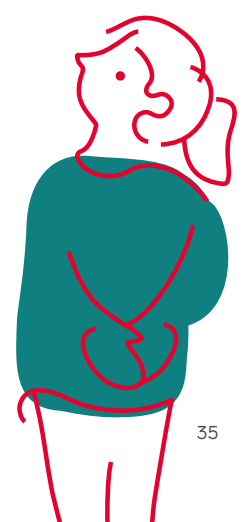
Antal kræfttilfælde, der kunne undgås, fra 2016 til 2045

Antallet af kræfttilfælde, der kunne undgås for de viste risikofaktorer i perioden 2016-2045. Det gælder, hvis man forestiller sig, at risikofaktorerne ophørte fra 2016.

Kilde: Avoidable cancers¹²⁻¹⁷



*For uv-stråling fra solarium er antallet af kræfttilfælde, der kunne undgås, hvis ingen brugte solarium, beregnet for perioden 2014-2045 (basalcellekræft undtaget).



Rygning er den største dræber

To ud af ti kræfttilfælde skyldes rygning. Rygning øger risikoen for lungekræft og mindst 15 andre kræftformer. Det gør rygning til den største enkeltstående årsag til kræft. Cirka hvert fjerde dødsfald i Danmark skyldes rygning, og årligt dør cirka 13.000 personer for tidligt på grund af rygning - ofte efter mange år med dårligt helbred^{18,19}.

Prisen på tobak er den enkeltstående vigtigste faktor for, om unge begynder at ryge²⁰. I 2020 steg prisen på en pakke cigaretter fra cirka 40 til 55 kr., og prisen stiger yderligere med 5 kr. i 2022. Et bredt flertal i Folketinget vedtog i december 2020 desuden en række tiltag for at mindske antallet af børn og unge, der begynder at ryge. Blandt andet ved at indføre røgfri skoletid for elever i grundskolen og på alle ungdomsuddannelser, at skjule tobak i alle butikker og indføre neutrale cigaretpakker.

Rygning blandt børn og unge

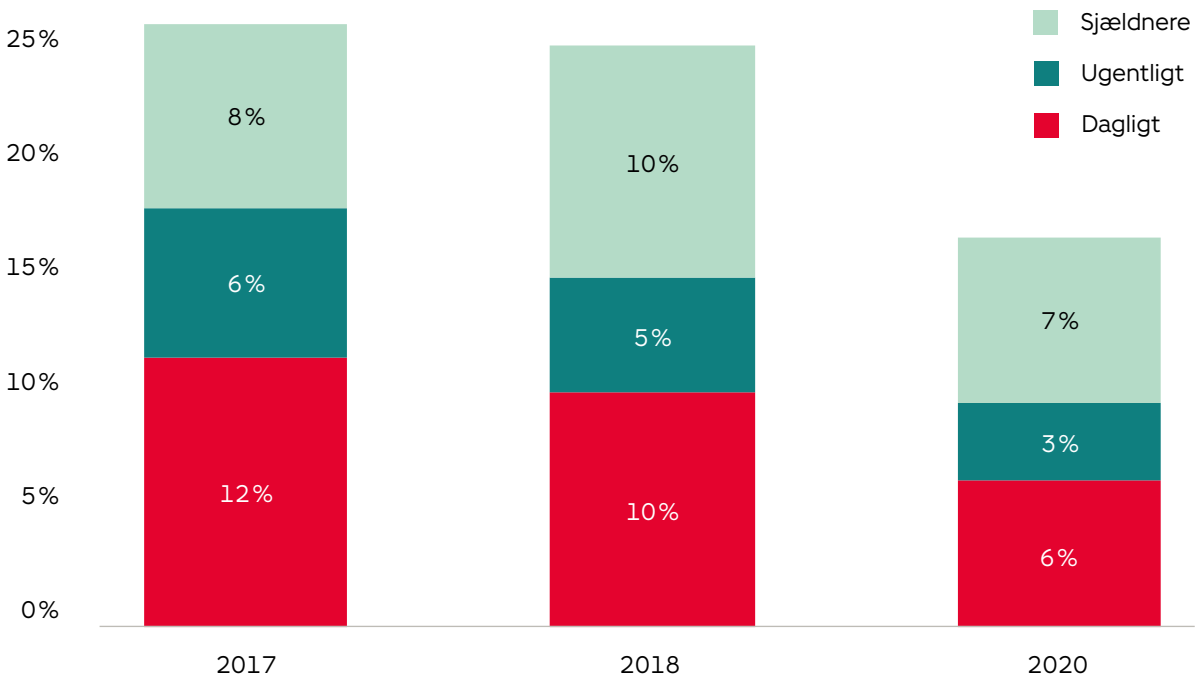
Rygevaner bliver grundlagt i ungdommen. Initiativer som eksempelvis røgfri skoletid og røgfrit idrætsliv samt tobak under disken har betydet, at rygestart nu sker senere, og at der ses et fald i andelen af unge, der ryger. En undersøgelse viser, at fra 2017 til 2020 er andelen af 18-19-årige, som ryger dagligt, eksempelvis faldet fra 12 til 6 pct.²⁰ (figur 3.2).

Rygning på ungdomsuddannelser

I skiftet fra grundskole til ungdomsuddannelse sker der en stor stigning i andelen af elever, der ryger dagligt. Derfor har der været et øget fokus på rygning her, og på tre år er antallet af ungdomsuddannelser med røgfri skoletid steget fra fem til over 100²¹ (figur 3.3). Fra 1. august 2021 vil det med lov blive indført på alle ungdomsuddannelser i hele Danmark.

FIGUR 3.2

Andelen af 18-19-årige, der ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere



Kilde: Røgfri Fremtids Ungeundersøgelse²⁰

FIGUR 3.3

Udviklingen i antallet af røgfrie ungdomsuddannelser



Den sociale ulighed i rygning er tydelig på ungdomsuddannelserne, hvor 9 pct. af eleverne på de gymnasiale uddannelser ryger dagligt, mens tallet på erhvervsuddannelserne er 29 pct.²².

Kilde: Røgfri skoletid på ungdomsuddannelser²¹.

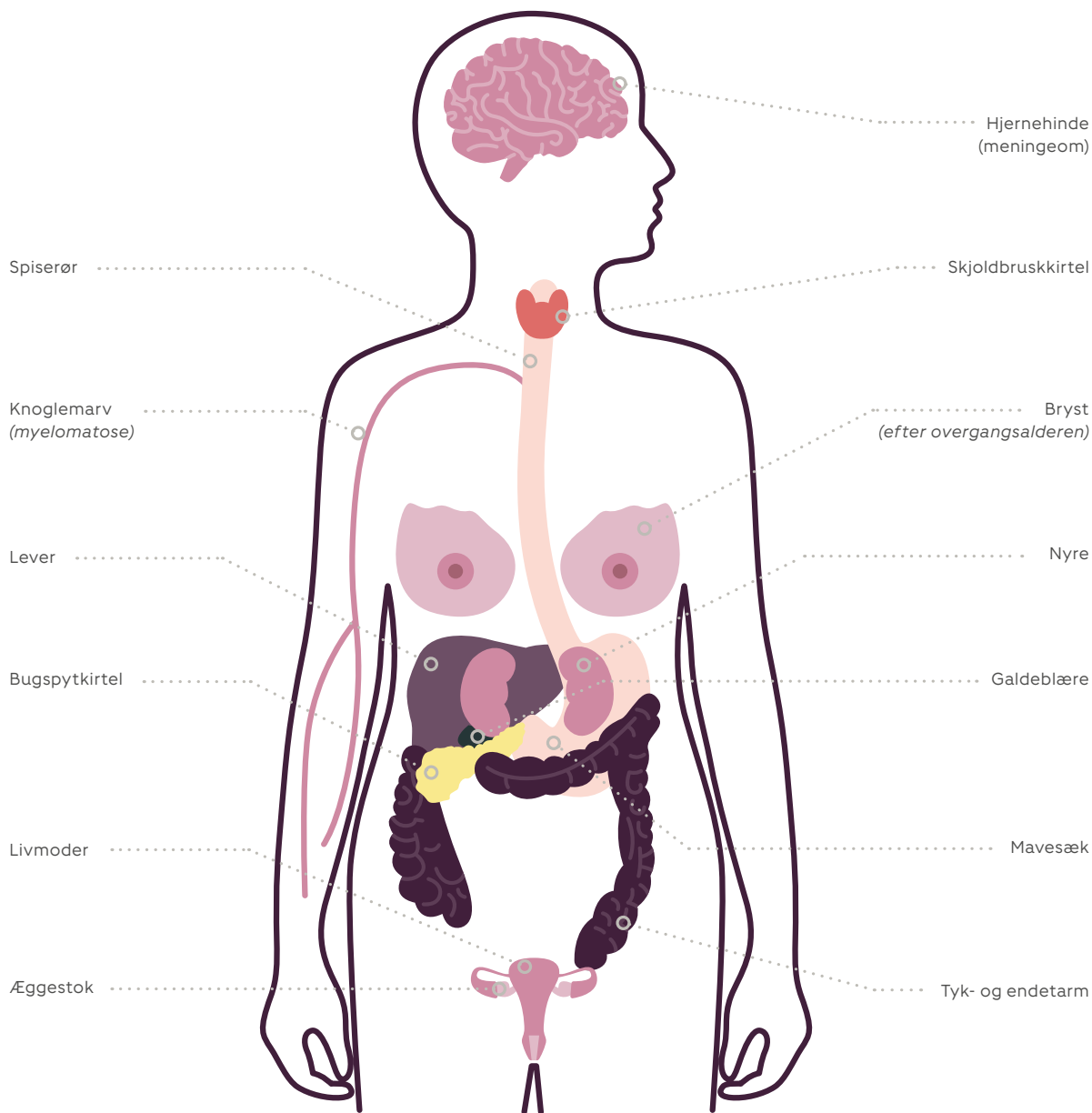
Flere vil få kræft på grund af overvægt

Overvægt er en af de største risikofaktorer for kræft. Hvis udviklingen, som den er i dag, fortsætter uændret, vil 66 pct. af befolkningen leve med overvægt i 2045. Heraf vil 30 pct. have svær overvægt. Over-

vægt øger risikoen for mindst 13 forskellige kræftformer, og nogle af dem er de mest hyppige kræftformer som brystkræft og tarmkræft og mest livstruende såsom kræft i bugspytkirtlen²³.

FIGUR 3.4

Overvægt øger risikoen for mindst 13 kræftformer



13 forskellige kræftformer, som overvægt øger risikoen for.

Kilde: Figuren er bearbejdet af Kræftens Bekæmpelse med udgangspunkt i IARC Handbooks of Cancer Prevention²³.

*Mange kræfttilfælde kan forebygges.
Både af initiativer i samfundet og gennem
valg, vi træffer i dagligdagen.*



Flere piger bliver HPV-vaccineret – og drengene er godt med

Hver dag bliver to danskere diagnosticeret med kræft, som skyldes virusset HPV. De fleste af tilfældene kan undgås med HPV-vaccination, som kom med i børnevaccinationsprogrammet for piger i 2009 og for drenge i 2019. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn bliver vaccineret som 12-årige for at beskytte mod

livmoderhalskræft, endetarmskræft og kønsvorter²⁴.

Antallet af piger, der bliver HPV-vaccineret, er steget de seneste år²⁵. Sundhedsstyrelsens mål er, at 90 pct. i en årgang skal være færdigvaccinerede, og vi er godt på vej. I januar 2021 var 76 pct. af de 14-årige piger færdigvaccinerede mod HPV.

FIGUR 3.5

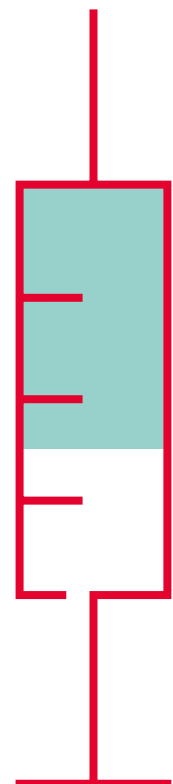
Andel af færdigvaccinerede piger fordelt på alder

Pigernes alder	17 år	16 år	15 år	14 år	13 år
Hele landet	75 pct.	78 pct.	80 pct.	76 pct.	64 pct.

Andel af færdigvaccinerede piger, årgang 2003-2007, pr. januar 2021.
Tallene er trukket fra statistik.ssi.dk


Siden 2019 er drengene også blevet tilbudt gratis HPV-vaccination, og for dem er Sundhedsstyrelsens mål også, at 90 pct. af en årgang er færdigvaccinerede. I marts 2021 var 38 pct. af drengene i årgang 2008 færdigvaccinerede, mens 82 pct. havde fået det første stik²⁶. Dette flugter med pigernes vaccinationstilslutning for samme årgang, der er på henholdsvis 42 pct. og 85 pct.

76 %
af de 14-årige piger er
færdigvaccinerede mod HPV



Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ⊗ At prisen på cigaretter bør hæves til mindst 90 kr. for en pakke, da prisen på tobak er den enkeltstående vigtigste faktor, der afgør, om unge begynder at ryge.
- ⊗ At der bliver indført afgift på sodavand og højere afgift på sukker for at forebygge overvægt.
- ⊗ At der 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. Hver dag er der to danskere, der får kræft, som skyldes HPV.



4

Screening,
tidlig opsporing
og diagnostik

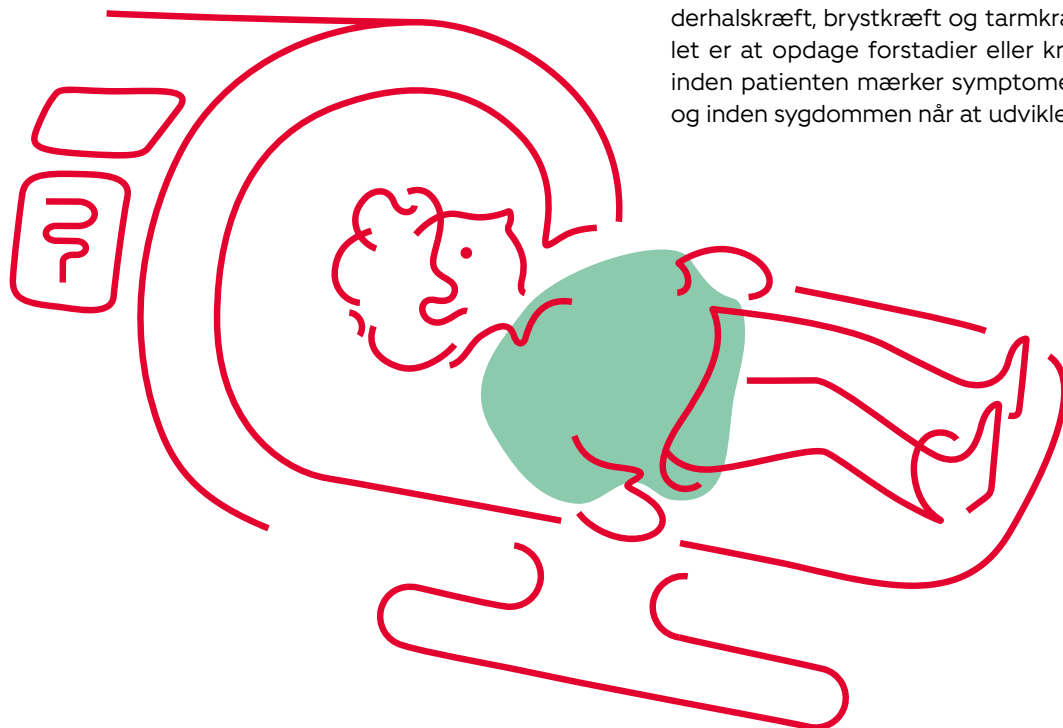


Screening, tidlig opsporing og diagnostik

Jo tidligere kræftsygdomme opdages, jo større er muligheden for at overleve og for at få en skånsom behandling med færre komplikationer og senfølger. Kræft kan opdages tidligt for nogle kræftsygdomme ved hjælp af screeningsprogrammer og ved at sikre hurtig udredning.

Screening

Tidlig opsporing af kræft kræver blandt andet velfungerende screeningsprogrammer. I dag bliver befolkningen tilbudt screening for livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft. Formålet er at opdage forstadier eller kræft, endnu inden patienten mærker symptomer på kræft, og inden sygdommen når at udvikle sig.



Screening for brystkræft: Færre mødte op under corona-pandemien

Alle kvinder mellem 50 og 69 år bliver hvert andet år tilbudt en mammografi – en røntgenundersøgelse af brystet. Under corona-pandemien skete der et vedvarende fald i deltagelsen til brystkræftscreening efter nedlukningen af Danmark i marts 2020 og frem til udgangen af året. Før nedlukningen blev der ugentligt udført mellem 6.000 og 7.000 undersøgelser, men fra uge 20 og frem svingede det antal mellem 5.000 og 6.000²⁷.

En rundspørge til brystkræftscreeningssekretariaterne i Danmark bekræfter, at lige så mange kvinder som vanligt er inviteret, men færre møder op. Mange kvinder udtrykker, ifølge rundspørgen, bekymring for at blive undersøgt på grund af COVID-19-situationen, eller at de venter, til de er blevet COVID-19 vaccineret.

Screening for livmoderhalskræft: Deltagelsen kom op igen, men er ikke på det ønskede niveau

Alle kvinder mellem 23 og 64 år tilbydes screening for livmoderhalskræft hvert tredje eller femte år. Antallet af kvinder, der deltager i screeningen efter at have fået invitationen, har været svagt faldende de senere år. Omkring hver fjerde kvinde deltager ikke i screening for livmoderhalskræft, og jo yngre kvinderne er, jo færre deltager. Blandt kvinder i 20'erne er det op mod halvdelen, der ikke deltager.

Også denne screening har været påvirket af corona-pandemien. I marts 2020 var der et markant fald i antallet af udførte prøver, formentlig fordi det var svært at få en fysisk tid hos mange praktiserende læger. Antallet af udførte celleprøver er dog tilbage på normalt niveau. Før nedlukning blev der i gennemsnit udført 7.400 celleprøver per uge, og efter nedlukningen var tallet lidt højere med 7.800 prøver i uger uden ferie²⁷. Det er normalt, at antallet af prøver falder i uger med ferie og helligdage.

Screening for tarmkræft: Stabil deltagelse under corona-pandemien

Screening for tarmkræft blev indført i Danmark i 2014 og bliver tilbudt hvert andet år til mænd og kvinder i alderen 50-74 år. Den nyeste opgørelse fra 2017 til og med 2019 viser en stabil deltagelse fire en halv måned efter invitation. Deltagelsesprocenten for de tre år er på henholdsvis 59, 61 og 60 pct., og deltagelsen stiger, jo ældre de, der bliver indkaldt, er. Ønsket er, at mere end 65 pct. deltager²⁸.

Regionerne oplyste i september 2020 til Kræftens Bekæmpelse, at fra uge 9 til 26 modtog laboratorierne lige så mange afføringsprøver, og ni ud af ti borgere mødte op til en kikkertundersøgelse på hospitalet ligesom i 2019. Dermed har tarmkræftscreening været upåvirket på trods af bekymringen om coronasmitte i samfundet.

Social ulighed i kræftscreening

Der er systematisk lavere deltagelse i screening blandt danskere med kort uddannelse, lav indkomst, minoritetsbaggrund, eller som bor alene³¹. Blandt danskere, der har en lang uddannelse, deltager 91 pct. i livmoderhalskræftscreening, mens det kun er 76 pct. for danskere med kort skolegang²⁹. For tarmkræftscreening er forskellen henholdsvis 69 pct. og 59 pct.³⁰. For brystkræftscreening er billedet dog anderledes. Her deltager 35 pct. af de inviterede kvinder, som har en kort uddannelse, 23 pct. af de, der har en lang uddannelse og 42 pct. af de inviterede kvinder som har en mellemlang uddannelse³¹.

Tidlig opsporing

Mindst 2/3 af alle kræftforløb i Danmark starter i almen praksis³². Derfor er tiden, fra patienten mærker de første symptomer, og til han eller hun opsøger sin egen læge, væsentlig for at opdage kræft så tidligt som muligt. Fordi risikoen for kræft stiger med alderen, er det vigtigt, at især den ældre del af befolkningen ved, hvilke symptomer der kan være tegn på kræft. Godt halvdelen af personer over 50 år har et mangelfuldt kendskab til de relevante symptomer for kræft³³.

Fra løbende rundspørger foretaget for Kræftens Bekæmpelse blandt repræsentative udsnit af den danske befolkning ved vi, at kendskabet til symptomer på kræft stiger i forbindelse med en oplysningskampagne. Den seneste rundspørge fra februar 2021 viser, at kvinder (48 pct.) og personer med en lang uddannelse (49 pct.) i højere grad end mænd (35 pct.) og kortuddannede (39 pct.) mener at kende symptomerne på kræft.



Godt halvdelen af personer over 50 år har et mangelfuldt kendskab til de relevante symptomer for kræft.

Risikoen for kræft stiger med alderen. Derfor er det særlig vigtigt, at den ældre del af befolkningen kender tegnene på kræft.



Kontakter til egen læge under corona-nedlukningen

Kræftens Bekæmpelse gennemførte i april 2020 en Omnibus-undersøgelse blandt 1.000 borgere. Denne undersøgelse viste, at ud af de 374 personer, der havde haft symptomer på sygdom, havde 36 pct. udskudt at søge læge. De resterende 238 personer havde søgt læge, som de ellers ville have gjort.

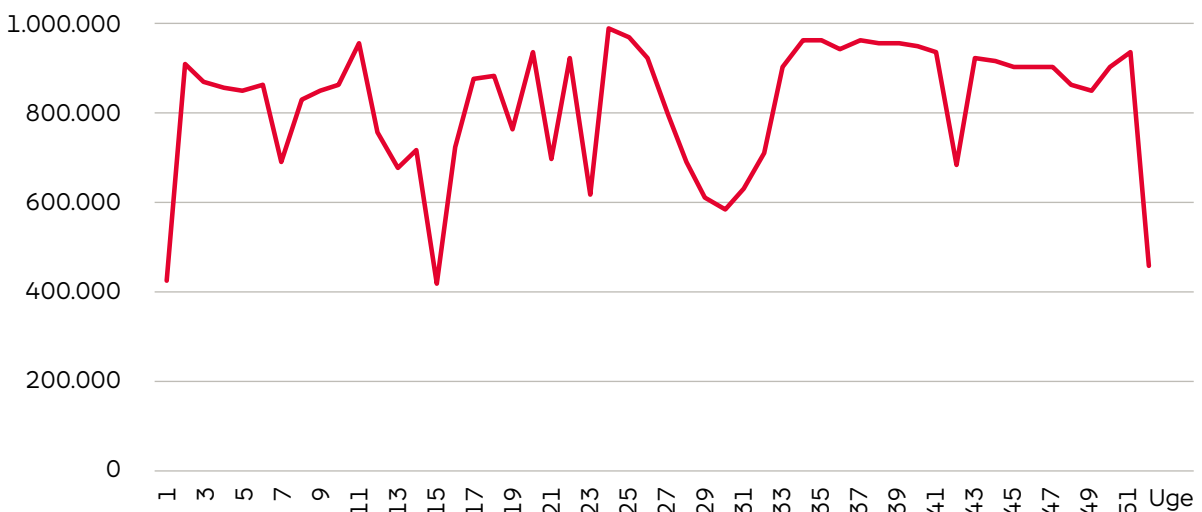
Blandt dem, der havde udskudt at gå til lægen, var den primære årsag, at man ikke ville belaste systemet (68 pct.). Herefter var årsagen, at man mente, at patienter med sygdom relateret til COVID-19 var vigtigere (39 pct.), eller at man var bekymret for at blive smittet med coronavirus (29 pct.). Der var en klar tendens til, at mændene i højere grad end kvinderne mente, at man burde vente med at kontakte lægen eller sundhedsvæsenet under nedlukningen i foråret 2020. En efterfølgende rundspørge igangsat af Kræftens Bekæmpelse blandt 2.000 borgere i februar 2021 viser, at 262 (13 pct.) havde udskudt at kontakte egen læge (12 pct. mænd og 14 pct. kvinder). Det vil sige, at færre udskylder deres lægebesøg sammenlignet med nedlukningen i for-

året 2020, og at forskellen mellem mænd og kvinder er udlignet i forhold til dette.

Den nationale monitorering af aktiviteten i sundhedsvæsenet²⁷ viser et større fald i antallet af kontakter til almen praksis under nedlukningen i foråret 2020 – se figur 4.1. Desuden viser grafen de årligt tilbagevendende fald, som man ser omkring ferieperioder. I marts og april 2020 var der en markant nedgang i antallet af henvendelser til almen praksis. Da almen praksis er den centrale indgang til (tidlig) opsporing af kræft, kan det kortvarige fald i henvendelser hænge sammen med det fald i henvisninger til kræftpakkeforløb, som man så i foråret. Faldet i henvisninger i ugerne under den første nedlukning kan betyde, at der er tilfælde af kræft, som blev opdaget senere, end de ellers ville være blevet. Hvis man ser på det samlede antal kontakter i 2020 i forhold til 2019³⁴, ser det dog ikke ud til, at der er et fald i det samlede antal kontakter til almen praksis for hele 2020. Vi kan imidlertid ikke se, hvad kontakterne drejede sig om, og man må formode, at kontakter til almen praksis vedrørende coronavirus har fyldt en del i 2020.

FIGUR 4.1

Antal kontakter til almen praksis i uge 1-52, 2020



Kilde: COVID-19: Monitorering af aktivitet i Sundhedsvæsenet²⁷

Henvisning til kræftpakkeforløb

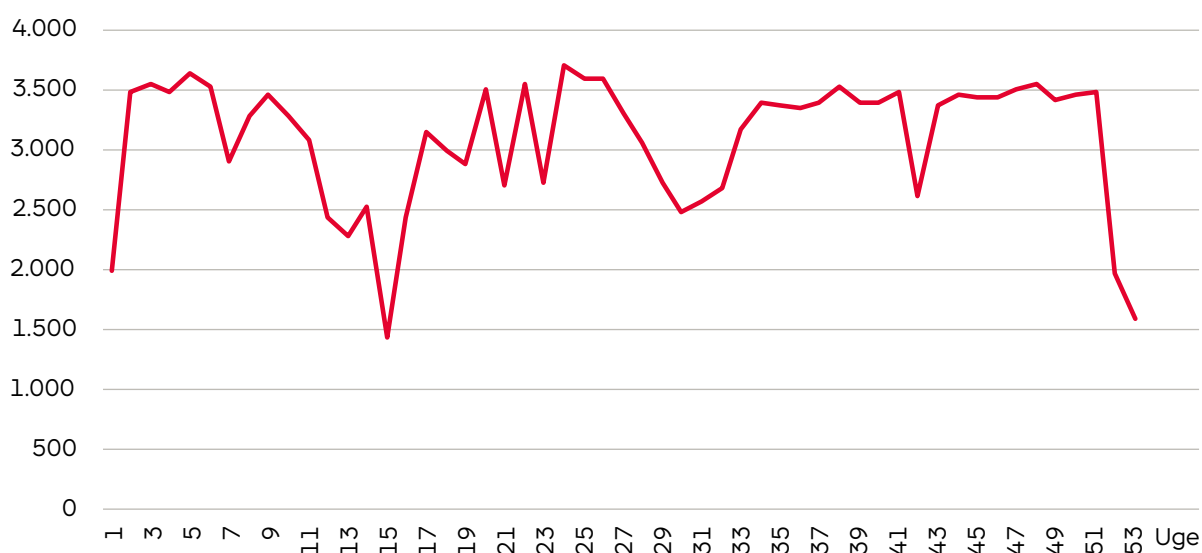
Et fald i borgernes kontakter til deres læge er et problem i forhold til ønsket om at finde kræftsygdom i så tidligt et sygdomsstadie som muligt. Patienter med alarmsymptomer på kræft bør som udgangspunkt blive henvist direkte til et kræftpakkeforløb. Et kræftpakkeforløb beskriver det anbefalede forløb inklusiv opfølgning og anbefalede forløbstider for udredning og opstart af behandling. For patienter med mere vage symptomer kan udredningen ske på et diagnostisk center og/eller på baggrund af undersøgelser bestilt af den praktiserende læge. Selvom der er forskellige veje ind i et kræftpakkeforløb, kommer cirka 88 pct. af alle patienter, der viser sig at have kræft, dog før eller siden i et kræftpakkeforløb³⁵.

Vi ved imidlertid ikke, hvor lang tid der går, fra patienten henvender sig med symptomer, og til han eller hun bliver henvist til et kræftpakkeforløb. Navnlig ikke, hvis patienten har symptomer, der ikke umiddelbart giver anledning til en direkte henvisning. For denne gruppe af patienter vurderer man, at udredningstiden alt andet lige bliver yderligere

forlænget, når der ikke er tale om akutte og/eller alarmsymptomer. Denne gruppe udgør imidlertid cirka halvdelen af de patienter, der senere viser sig at have kræft³⁶.

FIGUR 4.2

Antal henvisninger til kræftpakkeforløb i 2020



Kilde: COVID-19: Monitorering af aktivitet i Sundhedsvæsnets²⁷

Opsporing og diagnosticering af kræft under corona-pandemien

Den nationale overvågning af konsekvenserne af COVID-19²⁷ ser blandt andet på, hvilken effekt corona-pandemien har haft på opsporingen af kræft. Det sker ved at se på, hvor mange der er henvist til udredning for mulig kræftsygdom i et kræftpakkeforløb. Monitoreringen viser, at der var et stort fald i antallet af henvisninger til kræftpakkeforløb under nedlukningsperioden i foråret 2020 – se figur 4.2. Herudover viser grafen de årligt tilbagevendende sæsonudsving omkring ferieperioder. Selvom vi ikke ser den fulde effekt endnu, så viser tidlige indikationer, at corona-pandemien kan have haft en negativ effekt på kræftdiagnostik. Forskere fra Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning har vist, at der under den første nedlukning (marts-maj 2020) var et fald i antallet af nye kræftdiagnoser på 33 pct., svarende til cirka 2.800 uopdagede kræftdiagnoser³⁷. Undersøgelsen viser endvidere, at faldet i nye diagnoser er nogenlunde ens på tværs af køn, alder og kræfttype og altså ses for både de mest livstruende kræftformer som for dem, der typisk har en bedre prognose. Det svarer til det, man har set i andre europæiske lande.

For hele året 2020 viser den løbende monitoreringen af kræftpakkeforløb³⁸ imidlertid, at der i for-

hold til 2018 både var flere forløb hvor udredning blev igangsat, og flere forløb hvor behandling blev opstartet. Ser man på andelen af kræftpakkeforløb, som blev gennemført inden for den anbefalede forløbstid, viser de foreløbige data, at andelen overordnet set er på samme niveau som tidligere år*. Det er dog ikke muligt ud fra de data, der er til rådighed på nuværende tidspunkt, at vurdere, i hvilket omfang nedlukningen af sundhedsvæsenet har ført til forsinket opsporing og diagnostik af kræftsygdom. Dette er vigtigt at få afklaret i kommende undersøgelser.

Færre overskridelser af de maksimale ventetider

Der gælder særlige regler for, hvor længe patienter må vente på undersøgelser og behandling, hvis der er mistanke om kræft. Disse regler kaldes maksimale ventetider og er en patientrettighed. Overskridelser af de maksimale ventetider skal hver måned indrapporteres fra regionerne til Sundhedsstyrelsen. Hvis man ser på det samlede antal overskridelser i 2020 i forhold til 2019, er der et lidt større antal overskridelser i 2019. Ud fra denne type opgørelse har der således ikke over året været et større problem med udrednings- og behandlingskapaciteten på kræftområdet på sygehusene i 2020 i forhold til 2019.

Ud af 374 personer,
der havde haft
symptomer på sygdom,
havde 36 pct. udskudt
at søge læge.

*Der findes ikke data for 2019 på grund af omlægning til nyt Landspatientregister. De opgjorte data for 2020 er foreløbige data³⁸.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞ At der bliver gjort en ekstra indsats for, at flere tager imod screeningstilbuddene for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft og for at mindske den sociale ulighed i deltagelsen. Tidlig opsporing af kræft giver mere skånsom behandling og færre komplikationer og senfølger.
- ∞ At der er et klart udredningsforløb for de patienter, der ikke kommer direkte i et kræftpakkeforløb. Forløbet fra symptom til diagnose bør tilrettelægges, så patienter med uklare symptomer bliver hurtigere udredt.
- ∞ At der følges op på eventuelle konsekvenser af corona-pandemien for kræftpatienterne i forhold til rettidig opsporing og behandling af kræft.



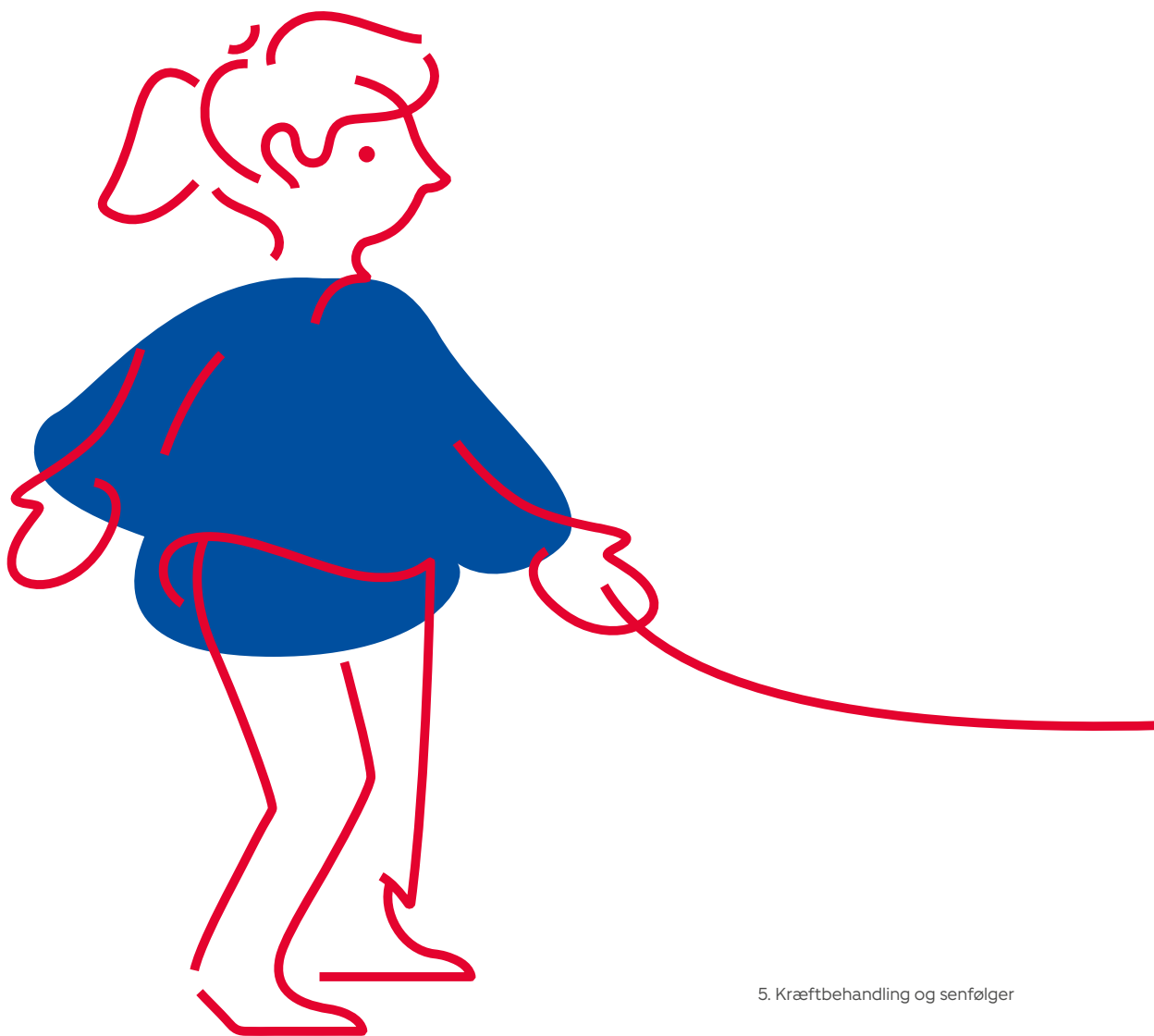
5

Kræftbehandling
og senfølger



Kræftbehandling og senfølger

Forskning og ny viden sikrer, at kræftbehandlingen løbende bliver bedre. Det er medvirkende til, at flere kræftpatienter overlever deres sygdom. Parallelt med fremskridtene er det vigtigt løbende at overvåge kvaliteten af behandlingerne. Samtidig er senfølger en stor udfordring for mange kræftpatienter, og her er der en social ulighed i, hvem der er bedst hjulpet.



Kræft er en kompleks sygdom, som ofte kræver behandling på tværs af forskellige specialer. Derfor bliver de fleste behandlingsforløb drøftet på en multidisciplinærteam-konference (MDT-konference)³⁹. Her samles eksperter med forskellig faglig baggrund, såsom kirurger, billeddiagnostikere, patologer og kræftlæger, for at vurdere resultaterne af de diagnostiske undersøgelser og anbefale det bedst mulige behandlingsforløb.

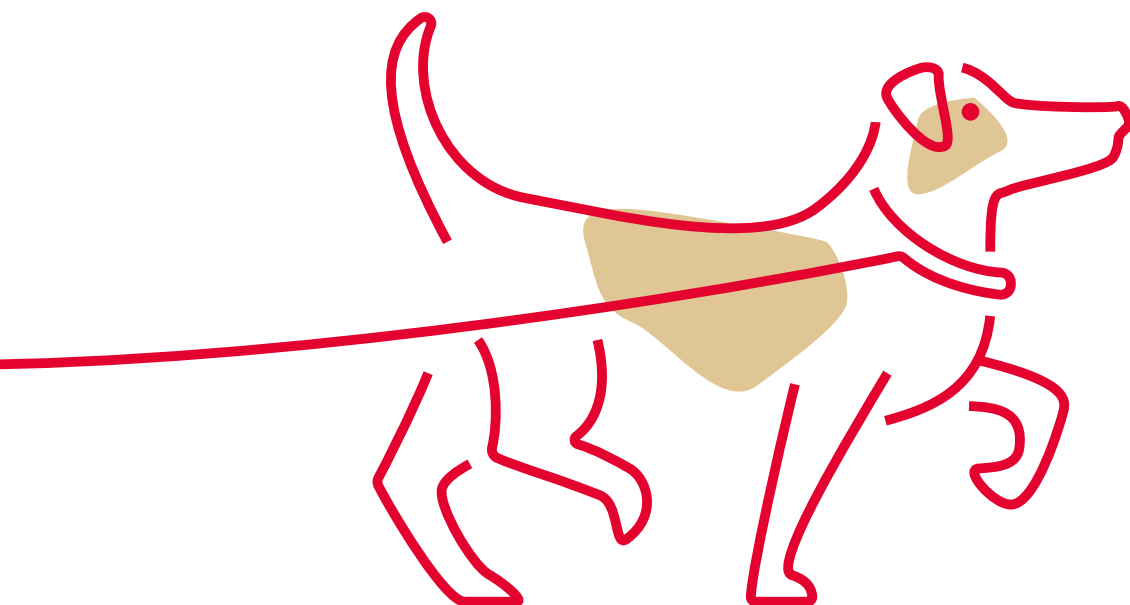
I de forskellige behandlingsforløb, der kan omhandle operation, strålebehandling og medicinsk behandling som eksempelvis kemoterapi, immunterapi og antihormonbehandling, bliver der defineret kvalitetsmål, der bliver overvåget i kliniske kvalitetsdatabaser. I 2020 var der 29 databaser inden for kræftområdet. Heraf var 25 relateret til specifikke kræftsygdomme, en for specialiseret palliativ indsats og tre screeningsdatabaser.

Ud fra de data, der er registreret i de kliniske kvalitetsdatabaser, bliver der udarbejdet opgørelser, der giver information om kvaliteten af de sundhedsfaglige indsatser i kræftpatientforløbet. Disse opgørelser bliver som hovedregel offentliggjort én gang om året i årsrapporter, der er tilgængelige på sundhed.dk⁴⁰. Opgørelserne viser både målopfyldel-

se på landsplan, for regioner og for afdelinger og er med til at vise, om der er ensartet behandling på tværs af Danmark.

På figur 5.1 på de følgende sider er der eksempler på, om det ønskede kvalitetsniveau i forbindelse med behandling og opfølgning er opfyldt på landsplan. Der er taget udgangspunkt i de kræftsygdomme, hvor der var opgørelser fra 2020, og hvor der var fastsat en målsætning. Eksempelvis viser opgørelser i den kliniske kvalitetsdatabase for tarmkræft, at 95 pct. af de nydiagnosticerede patienter blev drøftet på en MDT-konference. Det lever dermed op til målsætningen om, at 90 pct. skal drøftes på en MDT-konference. Et andet eksempel er, at mindst 90 pct. af patienterne med invasiv brystkræft får den anbefalede medicinske behandling jævnfør den gældende retningslinje. Dette skete for 85 pct. af patienterne i den seneste opgørelse.

I en analyse foretaget af Kræftens Bekæmpelse i 2020 blev det vist, at der er en vis variation i, hvilke sundhedsfaglige indsatser der bliver belyst blandt kræftsygdommene⁴¹. Omkring halvdelen af databaserne belyser kvaliteten af operation, mens færre belyser kvaliteten af den medicinske kræftbehandling, strålebehandling og opfølgning.



FIGUR 5.1

Målopfylde for de kvalitetsmål, der er fastsat for at vurdere kvaliteten af behandling og opfølgning for udvalgte kræftsygdomme*

MDT-KONFERENCE

Kræftsygdom	Indikator – hvad bliver målt for at vurdere kvaliteten	Målsætning	Målopfylde
Tarm	Andel af nydiagnosticerede patienter med tyktarmskræft, der har været drøftet ved MDT-konference	≥ 90 pct.	95 pct.
Hoved-hals	Andel af patienter med kræft i hoved-hals-regionen, der har været drøftet ved MDT-konference	≥ 90 pct.	98 pct.

OPERATION

Kræftsygdom	Indikator – hvad bliver målt for at vurdere kvaliteten	Målsætning	Målopfylde
Bryst	Andel af patienter, der ikke bliver opereret igen som følge af komplikationer inden for 60 dage efter operation for brystkræft	≥ 95 pct.	97 pct.
Prostata	Andel af patienter, der genindlægges med komplikationer inden for 30 dage efter fjernelse af prostata	≤ 10 pct.	13 pct.
Livmoder	Andel af patienter med livmoderkræft (stadie I), der opereres med kikkertoperation eller robotassisteret operation	> 75 pct.	92 pct.
Tarm	Andel af patienter med bristning i sammensyningen i tarmen efter operation	≤ 2 pct.	2 pct.
Modermærke	Andel af patienter med modermærkekræft, hvor der er den anbefalede afstand fra kræftvævet til det raske væv ved fjernelse af modermærket	≥ 90 pct.	96 pct.
Sarkom	Andel af opererede patienter, der opereres igen som følge af, at alt kræftvæv ikke blev fjernet ved første operation	≤ 10 pct.	5 pct.

STRÅLEBEHANDLING

Kræftsygdom	Indikator – hvad bliver målt for at vurdere kvaliteten	Målsætning	Målopfyldelse
Bryst	Andel af patienter, hvor hele brystet er fjernet, og som efterfølgende har modtaget strålebehandling jævnfør den gældende retningslinje	≥ 90 pct.	88 pct.
Sarkom	Andel af patienter, der inden for 60 dage efter operation påbegynder strålebehandling	≥ 80 pct.	66 pct.

MEDICINSK KRÆFTBEHANDLING

Kræftsygdom	Indikator – hvad bliver målt for at vurdere kvaliteten	Målsætning	Målopfyldelse
Bryst	Andel af kvinder med invasiv brystkræft, der modtager den anbefalede medicinske kræftbehandling jævnfør gældende retningslinje	≥ 90 pct.	85 pct.
Tarm	Andel af patienter under 80 år, der efter operation for tyktarmskræft (stadie III) indleder medicinsk kræftbehandling	≥ 85 pct.	76 pct.
Lymfe	Andel af patienter, der opnår hel eller delvis sygdomsfrihed efter første behandlingsvalg	≥ 90 pct.	89 pct.

OPFØLGNING

Kræftsygdom	Indikator – hvad bliver målt for at vurdere kvaliteten	Målsætning	Målopfyldelse
Bryst	Andel af patienter med højrisiko brystkræft, der følger det anbefalede opfølgingsprogram	≥ 95 pct.	76 pct.
	Andel af patienter med lavrisiko brystkræft, der følger det anbefalede opfølgingsprogram	≥ 95 pct.	81 pct.

*Indikatorerne er formuleret i lægmandssprog af Kræftens Bekæmpelse.

Den ordrette formulering fremgår i de pågældende årsrapporter udgivet i 2020⁴⁰.

Kilde: De kliniske kvalitetsdatabasers årsrapporter fra 2020⁴⁰.

Patientansvarlig læge

Kræftpatienter har ofte komplekse forløb, som kræver specialiseret behandling på flere forskellige afdelinger og/eller på flere forskellige hospitaler. Derfor har 'Hvidbog for den patientansvarlige læge' defineret hvilken rolle og hvilket ansvar, den patientansvarlige læge har i en patients sygehusforløb⁴². Kræftplan IV har sat som mål, at 90 pct. af alle kræftpatienter skal opleve at have en patientansvarlig læge⁴³.

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)⁴⁴ skal følge, hvordan det går med at opfylde denne målsætning. Der var i 2020 besvarelser vedrørende dette fra 2.278 kræftpatienter i forbindelse med deres planlagte ambulante behandling på kræftafdelinger. Af dem havde 77 pct. i høj eller meget høj grad oplevet, at én læge tog et overordnet ansvar for deres samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser. Og 89 pct. ud af 3.225 kræftpatienter i planlagt ambulante behandling havde i høj eller meget høj grad oplevet, at de havde mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person om deres undersøgelse eller behandling.

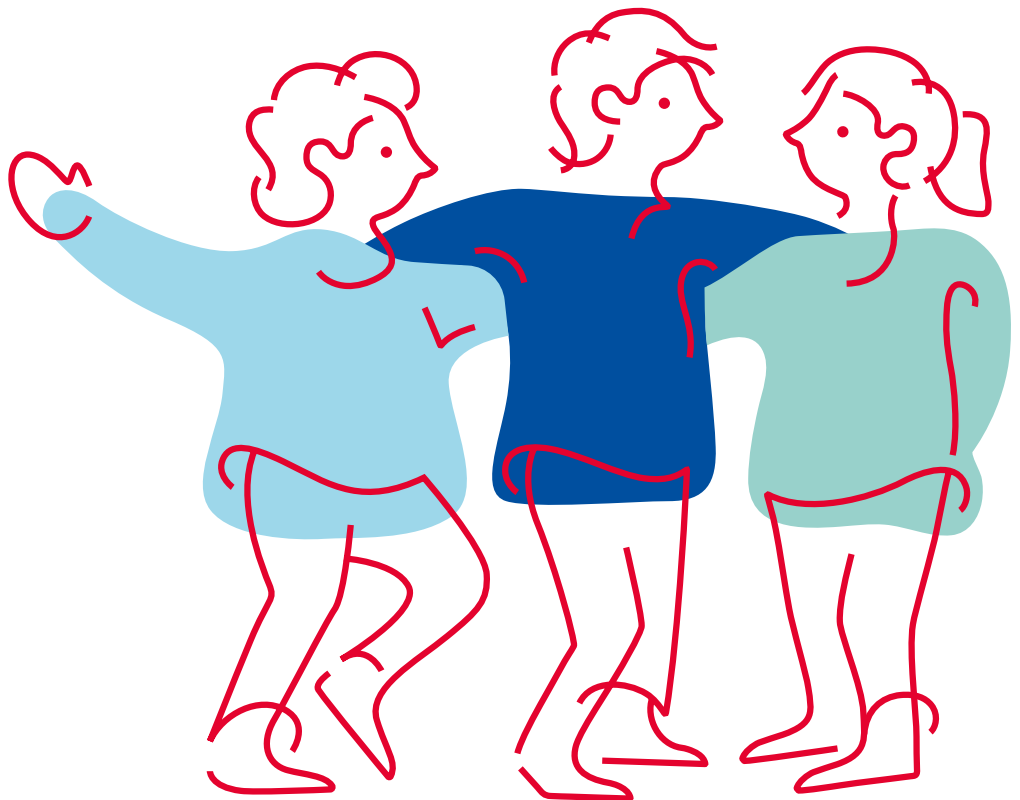
Senfølger

I dag overlever langt flere kræftpatienter deres sygdom. Den forbedrede overlevelse betyder dog også, at flere patienter lever med gener efter sygdommen og/eller behandlingen i form af senfølger. Håndtering af senfølger er en central del af den rehabiliterende indsats efter behandling for en kræftsygdom. Begrebet senfølger bliver brugt om symptomer, helbredsproblemer og funktionssvigt, som skyldes kræftsygdommen eller –behandlingen⁴⁵. Senfølger dækker over en bred vifte af både fysiske og psykiske symptomer, som kan påvirke det hverdagsliv, patienterne kendte til, før de fik kræft.

Den seneste Barometerundersøgelse viser, at 58 pct. af kræftpatienterne oplever udfordringer eller gener to et halvt år efter diagnose. Hyppige gener er træthed og manglende energi, angst og bekymring, seksuelle problemer, føleforstyrrelser, smerter og afførings- og vandladningsproblemer. Mange patienter oplever, at deres senfølger påvirker deres livskvalitet negativt, og omkring hver tredje kræftpatient oplever, at de har haft behov for hjælp til at håndtere senfølger. Men kun 20 pct. oplever at have fået hjælp⁴⁶. I 2021 blev der udarbejdet en uddybende analyse om senfølger og sundhedsvæsenets indsats baseret på data fra Barometerundersøgelsen 2019⁴⁷. Den viser, at der er væsentlig forskel på, hvordan kræftpatienter oplever at klare sig igennem forløbet efter kræft i forhold til gener og senfølger – se figur 5.2.



Pårørendestøtte er den baggrundsfaktor, der har størst betydning for, at patienten oplever at komme godt igennem forløbet efter kræft uden væsentlige udfordringer i hverdagen



FIGUR 5.2

Andel af patienter med og uden pårørendestøtte, der bekræfter at kunne håndtere forskellige udfordringer og behov i forhold til senfølger.

	Patienter MED pårørendestøtte	Patienter UDEN pårørendestøtte
Ved du hvilke tegn på senfølger , du bør være opmærksom på?	57 %	42 %
Ved du hvilke symptomer, der kan være tegn på, at kræftsygdommen vender tilbage?	70 %	56 %
Ved du, hvem du skal kontakte , hvis du oplever symptomer, der kan være tegn på, at kræftsygdommen vender tilbage?	94 %	84 %
Har en sundhedsprofessionel talt med dig om, hvorvidt du har behov for afhjælpning/lindring af fysiske udfordringer/gener?	39 %	32 %
Har en sundhedsprofessionel talt med dig om, hvorvidt du har behov for afhjælpning/lindring af psykiske udfordringer/gener?	28 %	22 %
Blandt dem, der har behov: Har du fået hjælp til fysiske udfordringer/gener?	73 %	53 %
Blandt dem, der har behov: Har du fået hjælp til psykiske udfordringer/gener?	70 %	51 %

Kilde: Temaanalyse om senfølger og sundhedsvæsenets indsats⁴⁷.

Kræftpatienter med hjælp fra pårørende klarer sig bedre

Ser man på eksempelvis køn, alder, kræftsygdom, uddannelse og pårørendestøtte, kan man se, at pårørendestøtte er den baggrundsfaktor, der har størst betydning for, at patienten oplever at komme godt igennem forløbet efter kræft uden væsentlige udfordringer i hverdagen. I figur 5.2 ses, hvor mange patienter der i høj eller nogen grad bekræfter at kunne håndtere forskellige udfordringer og behov i forhold til senfølger, alt efter om de har eller ikke har pårørendestøtte.

Yngre patienter og patienter med lang uddannelse kender i højere grad tegn på tilbagefald

Der er stor forskel på hvilke kræftpatienter, der kender symptomerne på, at kræftsygdommen vender tilbage. Yngre kræftpatienter mellem 30 og 49 år samt patienter med lang uddannelse kender i højere grad tegn på tilbagefald. Eksempelvis rapporterer 79 pct. af patienter med en lang uddannelse, at de i høj grad eller nogen grad kender symptomer på tilbagefald. Dette er kun tilfældet for mellem 55 og 72 pct. af patienter med kortere uddannelser.

Behovsafdækning fra en sundhedsprofessionel har betydning for hjælp til senfølger

Om kræftpatienter får hjælp, afhænger af flere ting. Blandt andet af, om en sundhedsprofessionel vurderer, at patienten har behov for hjælp, af patienternes viden om symptomer og af deres viden om, hvem de skal kontakte, hvis de oplever senfølger. Det at tale med en sundhedsprofessionel om sit behov fører i 83 pct. af tilfældene til, at patienterne oplever at få et tilbud om hjælp. Derimod oplever kun 41 pct. af dem, der ikke har talt med en sundhedsprofessionel at få tilbud om hjælp.

Fortsat senfølger trods tilbud om hjælp

Selvom det er væsentligt, at patienter får afdækket deres behov og får et tilbud om hjælp, betyder behovsafdækningen ikke nødvendigvis, at der findes et relevant tilbud, der kan hjælpe patienten. Blandt dem, der får et tilbud om hjælp, oplever 42 pct. af dem med fysiske senfølger og 48 pct. af dem med psykiske senfølger ikke at få opfyldt deres behov.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ⊗ At kvaliteten af den medicinske kræftbehandling belyses for alle kræftsygdomme, hvor det er relevant. Dette for at udnytte de potentialer, der er for at sikre patienterne en endnu bedre behandling.
- ⊗ At alle sygehuse bør sikre, at kræftpatienter har en patientansvarlig læge, der er ansvarlig for patienternes sygehusforløb.
- ⊗ At der bliver gennemført systematiske behovsvurderinger hos alle kræftpatienter, så de får relevant information og et tilbud om hjælp til senfølger. Der skal være en særlig opmærksomhed på kræftpatienter, der har en kort uddannelse eller bor alene.

6

Palliativ
indsats





Palliativ indsats

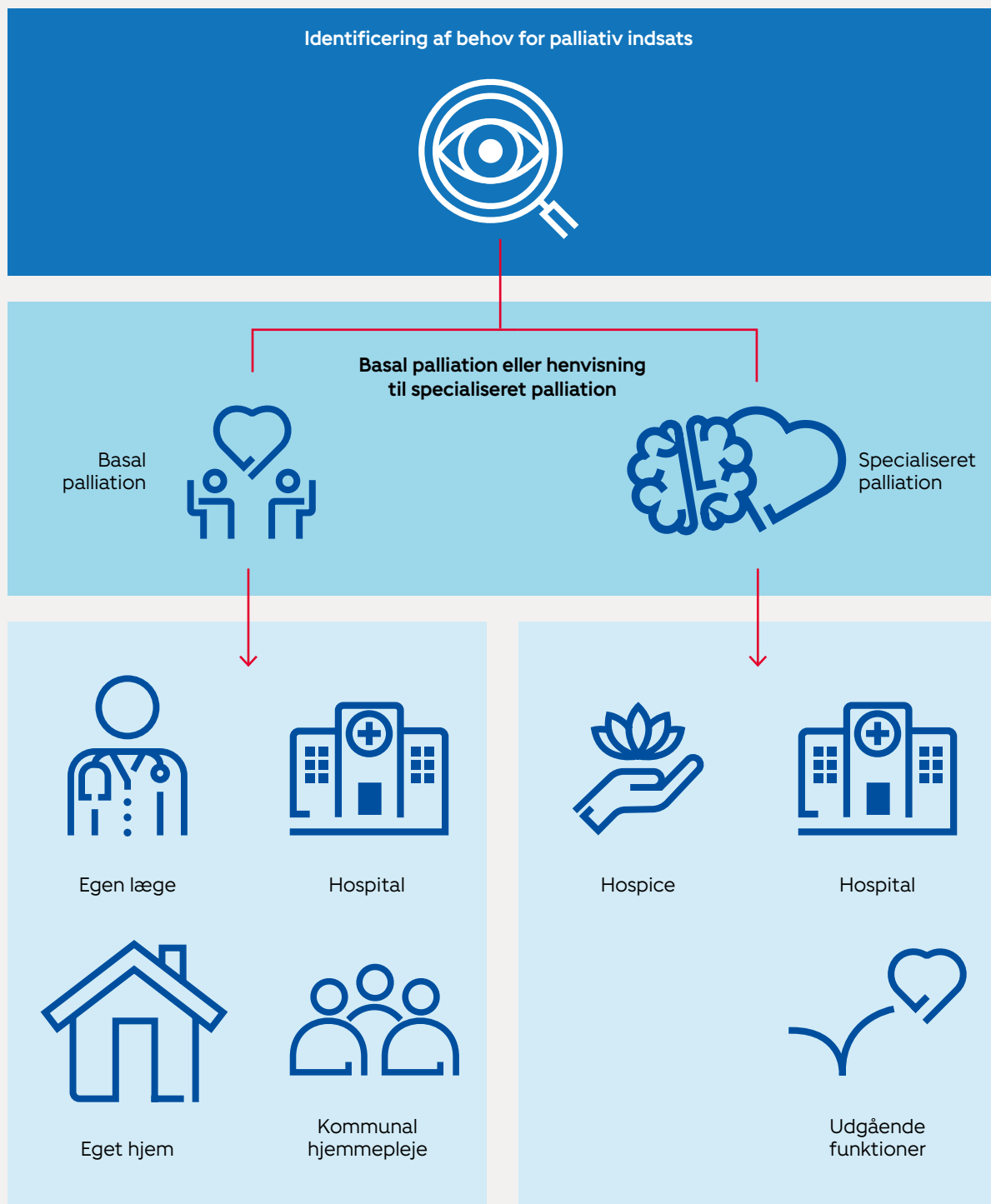
Den palliative eller lindrende indsats er tværfaglig og har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter med livstruende sygdomme og deres pårørende. Indsatsen skal så tidligt som muligt forebygge og lindre lidelse ved at behandle smerter og give hjælp til at tackle andre fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle belastninger for kræftpatienterne og deres pårørende.

Den palliative indsats er organiseret i en basal og specialiseret del. Den basale palliative indsats varetages af sygehusafdelinger eller i patientens hjem. Hvis patienten er hjemme, bliver indsatsen varetaget af den praktiserende læge i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje. Den specialiserede palliative indsats er målrettet patienter med komplekse symptomer. Den varetages af udgående palliative teams og afdelinger samt på hospice.



FIGUR 6.1

Aktører i den basale og specialiserede palliative indsats



Kilde: Rigsrevisionen⁶⁸ med tilretning af Kræftens Bekæmpelse

Den specialiserede del af indsatsen bliver dokumenteret ud fra en række fælles nationale kvalitetsindikatorer. Derimod sker der ikke ensartede og sammenlignelige registreringer af den basale palliative indsats på tværs af sygehuse og kommuner. Kræftens Bekæmpelse opsamlar erfaringer fra de patienter og pårørende, der bruger vores rådgivningstilbud. Derfra ved vi, at patienter og pårørende oplever store forskelle og mangler i den palliative indsats.

Den kommunale palliative indsats

Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) har i 2009 og i 2019 kortlagt den kommunale palliative indsats. Den seneste undersøgelse viser⁴⁹, at cirka tre fjerdedele af plejehjemmene og næsten alle driftsenheder har fokus på palliation til mennesker med livstruende sygdomme, men at kun halvdelen anvender faglige palliative tilgange, metoder og redskaber. Cirka halvdelen af alle enheder har medarbejdere med palliativ efter- eller videreuddannelse. Undersøgelsen viser, at der især er behov for palliativ kompetenceudvikling hos social- og sundhedshjælpere og -assistenter, som også er den faggruppe, der kommer hyppigt hos patienterne, når de er i eget hjem eller bor på plejecenter. Cirka to tredjedele af enhederne angiver at have palliative ressourcerpersoner, og omkring 40 pct. af enhederne angiver at have adgang til akut palliativ rådgivning hele døgnet.

For sen lindring

De fleste kræftpatienter ønsker at tilbringe mest mulig tid i eget hjem, og de fleste ønsker at dø hjemme⁵⁰. Men danske opgørelser viser, at det er de færreste, der får dette ønske opfyldt⁷. For at være mest muligt i eget hjem, kræver det, at patienten og de pårørende modtager en kvalificeret indsats af enten det basale niveau eller via et udgående specialiseret team. Meget tyder på, at de palliative forløb generelt

ikke bliver koordineret i tilstrækkelig grad, og at patienterne derfor ikke har mulighed for at forberede sig og få tilstrækkelig indflydelse og lindring i den sidste tid. Halvdelen af de patienter, der døde i 2019, svarende til 7.983 personer på 18 år eller derover, modtog en palliativ indsats på specialiseret niveau⁵¹.

Hver femte kræftpatient dør, før den specialiserede indsats, som de er henvist til, bliver sat i værk. Det drejede sig om 2.342 personer i 2019⁵¹. Dette billede har desværre været uændret den seneste årrække og viser, at kræftpatienter bliver henvist til specialiseret palliativ indsats meget sent i deres sygdomsforløb. Typisk sker det cirka en måned før, de dør, selvom Sundhedsstyrelsen anbefaler en tidlig indsats, gerne allerede fra diagnosetidspunktet⁴⁸. Hver fjerde kræftpatient på landsplan, der havde kontakt til specialiseret palliativ enhed, team eller hospice, ventede i 2019 stadig mere end ti dage på at få den første behandlingskontakt⁵¹.

Kræftpatienter skal have bedre adgang til palliative tilbud

Folketingets Rigsrevision har i 2020 undersøgt det specialiserede palliative område i Danmark baseret på perioden 2016-2019⁵¹. Formålet med undersøgelsen var at vurdere, om regionerne sikrer, at patienter, der har behov for det, har adgang til specialiseret palliation. Undersøgelsen viser, at der er fejl i 12 pct. af henvisningerne til det specialiserede niveau, hvilket peger på, at det ikke altid er klart for de henvisende læger, hvilke kriterier der skal være opfyldt i visitationen til specialiseret palliation. Rigsrevisionens overordnede konklusion på undersøgelsen er, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad har sikret, at patienter, der har behov for det, har adgang til specialiseret palliation. Konsekvenserne er, at patienterne ikke bliver lindret optimalt. Det forringer livskvaliteten i den sidste levetid, og det kan medføre, at der bliver lagt en unødigt byrde på de pårørende.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler

- ∞ At der sker en tidlig og systematisk vurdering af patienternes palliative behov, at data registreres, og at der findes den nødvendige kapacitet samt palliative kompetence blandt personalet i regioner og kommuner.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Notat om reduktion af hospitalsaktivitet ifm COVID-19. Tilgået 8. marts 2021. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Hospitalskapacitet/Notat-om-reduktion-af-hospitalsaktivitet-ifm-med-COVID-19.ashx?la=da&hash=C2EF7016267E5DF9250B-D0568276A6792775A73E>
2. Sundhedsstyrelsen. Rammer for udskydelse af sygehusaktivitet grundet COVID-19. Tilgået 2. marts 2021. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Sygehuskapacitet/Rammer-for-udskydelse-af-sygehuskapacitet/3_-version_Rammer-for-udskydelse-af-sygehusaktivitet-_120121_.ashx?la=da&hash=7DB63D75F3441BF8A105F5050F31D8F4EE4210DA
3. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters oplevelse af coronakrisen. En undersøgelse i Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel. Kræftens Bekæmpelse, 2020.
4. Danske Patienter. Digital kontakt med sundhedsvæsnets - hvad oplever patienterne? Danske Patienter, 2020.
5. esundhed. Monitorering af genåbningen af sundhedsvæsnets. Tilgået: 1. marts 2021. <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Monitoreringen-af-genaabningen>
6. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i Danmark 2019. Sundhedsdatastyrelsen, 2021.
7. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregistret 2019. Sundhedsdatastyrelsen, 2020.
8. Sundhedsdatastyrelsen. Kræftoverlevelse i Danmark 2004-2018. Sundhedsdatastyrelsen 2020.
9. Lundberg FE, Andersson TM, Lambe M, Engholm G, Mørch LS, Johannesen TB, et al. Trends in cancer survival in the Nordic countries 1990–2016: the NORDCAN survival studies. *Acta Oncologica*, 2020;59:1266-1274.
10. European Commission. Communication from the commission to the european parliament and the council. Europe's Beating Cancer Plan. Tilgået: 8. marts 2021. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf
11. Kræftens Bekæmpelse. Social ulighed i kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse, 2019.
12. Andersson TM, Engholm G, Brink AL, Pukkala E, Stenbeck M, Tryggvadottir L, et al. Tackling the tobacco epidemic in the Nordic countries and lower cancer incidence by 1/5 in a 30-year period-The effect of envisaged scenarios changing smoking prevalence. *Eur J Cancer*, 2018;103:288-298.
13. Lourenço S, Gunge VB, Andersson TM, Andersen CLE, Lund AQ, Køster B, et al. Avoidable colorectal cancer cases in Denmark – The impact of red and processed meat. *Cancer Epidemiology*, 2018;55:1-7.
14. Andersson TM, Engholm G, Pukkala E, Stenbeck M, Tryggvadottir L, Storm H, et al. Avoidable cancers in the Nordic countries-The impact of alcohol consumption. *Eur J Cancer*, 2018;103:299-307.

15. Andersson TM, Weiderpass E, Engholm G, Lund AQ, Olafsdottir E, Pukkala E, et al. Avoidable cancer cases in the Nordic countries - The impact of overweight and obesity. *Eur J Cancer*, 2017;79;106-118.
16. Andersson TM, Engholm G, Lund AQ, Lourenço S, Matthiessen J, Pukkala E, et al. Avoidable cancers in the Nordic countries-the potential impact of increased physical activity on postmenopausal breast, colon and endometrial cancer. *Eur J Cancer*, 2019;110;42-48.
17. Køster B, Meyer MKH, Andersson TM, Engholm G, Dalum P. Skin cancer projections and cost savings 2014-2045 of improvements to the Danish sunbed legislation of 2014. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 2019;35;78-86.
18. Juel K. Hjertekarsygdomme - En vurdering af rygningens betydning for dødeligheden og nye tilfælde. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
19. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2016.
20. TrygFonden og Kræftens Bekæmpelse. Røgfri Fremtids Ungeundersøgelse 2017-2020. TrygFonden og Kræftens Bekæmpelse, 2021.
21. Kræftens Bekæmpelse. Røgfri skoletid på ungdomsuddannelser. Tilgået 8. marts 2021. <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/indsatser-mod-rygning/roegfri-skoletid/roegfri-skoletid-pa-ungdomsuddannelser/danmarkskort-ungdomsuddannelser/>
22. Statens Institut for Folkesundhed. UNG19, sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
23. International Agency for Research on Cancer (IARC). Absence of excess body fatness. IARC Handbooks of Cancer Prevention, 2018.
24. Sundhedsstyrelsen. HPV-vaccination mod kræft og kønsvorter. Tilgået: 3. marts 2021. <https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/vaccination-af-boern/hpv-vaccination>
25. Hansen PR, Schmidtblaicher M, Brewer NT. Resilience of HPV vaccine uptake in Denmark: Decline and recovery. *Vaccine*, 2020;38;1842-1848.
26. Statens Serum Institut. HPV vaccination af drenge kan nu følges på SSI.DK. Tilgået 10. marts 2021. <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2021/hpv-vaccination-af-drenge-kan-nu-folges-pa-ssi-dk>
27. Sundhedsstyrelsen. COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet. Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemien - 7. rapport. Sundhedsstyrelsen, 2021.
28. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk tarmkræftscreeningsdatabase - årsrapport 2019. RKKP, 2021.
29. Harder E, Juul KE, Jensen SM, Thomsen LT, Frederiksen K, Kjaer SK. Factors associated with non-participation in cervical cancer screening - A nationwide study of nearly half a million women in Denmark. *Prev Med*, 2018;111;94-100.
30. Deding U, Henig AS, Salling A, Torp-Pedersen C, Bøggild H. Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening. *Int J Colorectal Dis*, 2017;32;1117-1124.
31. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening--population-based registry study of participation and socio-demography. *BMC Cancer*, 2012;12;518.
32. Kræftens Bekæmpelse. Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb - Viden om kvalitet i opsporing og diagnostik af kræft. Kræftens Bekæmpelse, 2020.
33. Kræftens Bekæmpelse. Den lange vej til lægen: Hvad får danske mænd over 50 år til at gå til lægen? - En samling af kvalitative målgruppeindsigter. Kræftens Bekæmpelse, 2020.
34. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik. Kontakt til almen læge - hver for sig. Tilgået 13. april 2021. <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=30625>

35. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i pakkeforløb 2013-2018. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
36. Jensen H, Tørring ML, Olesen F, Overgaard J, Vedsted P. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study. *BMC Cancer*, 2014;14:636.
37. Skovlund CW, Friis S, Dehlendorff C, Nilbert MC, Mørch LS. Hidden morbidities: drop in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Denmark. *Acta Oncologica*, 2021;60:20-23.
38. Sundhedsdatastyrelsen. Kvartalsopgørelse, 1. - 4. kvartal 2020, Monitorering af kræftområdet, 7. april 2021. Sundhedsdatastyrelsen 2021.
39. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk). Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. DMCG.dk, 2016.
40. Sundhed.dk. Kræft. Tilgået: 11. februar 2021. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/kræft/>
41. Kræftens Bekæmpelse. Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb. Kvalitetsmonitorering i de kliniske kvalitetsdatabaser. Kræftens Bekæmpelse 2020.
42. Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. Danske Regioner, 2017.
43. Regeringen, Danske Regioner og KL. Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020). Tilgået 10. marts 2021. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Kraeft/Kr%C3%A6ftplaner/Kr%C3%A6ftplaner-IV/Udmøntningsaftale-om-Krftplan-IV-20172020-mellem-SUM-Danske-Regioner.ashx?la=da&hash=FE7AE7D9F5C95BA2F5661B-5F020826F607EC861E>
44. Center for patientinddragelse (CPI). Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. CPI, 2021.
45. Sundhedsstyrelsen, Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2017.
46. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølg-
- nings- og efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2019. Kræftens Bekæmpelse, 2019.
47. Kræftens Bekæmpelse. Temaanalyse om senfølger og sundhedsvæsenets indsats. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. Kræftens Bekæmpelse, 2021.
48. Folketinget Statsrevisorerne, Folketinget Rigsrevisionen. Adgangen til specialiseret palliation. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Folketinget, 2020.
49. Videnscenter for Rehabilitering og Palliation REHPA. Kortlægning af den kommunale palliative indsats i Danmark - spørgeskemaundersøgelse blandt 28 kommuner, 2019. REHPA, 2020.
50. Neergaard MA, Brogaard T, Jensen AB. Øst, vest - hjemme bedst - undersøgelser af danske terminalt syge kræftpatienters foretrukne dødssted. *Omsorg*, 2012;3:2-9.
51. Hansen MB, Adsersen M, Grønvold M. Dansk Palliativ Database: Årsrapport 2019. DMCG-PAL, 2020.



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)

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