



Kræft 2020 i Danmark

 facebook.com/KraeftensBekaempelse

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

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

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

Redaktion: Katrine Asp-Poulsen, kommunikationschef (ansvh.),
Arne Notkin, Marianne Vestergaard og
Nanna Berentzen Østergaard (designredaktør)
Design og layout: AM Copenhagen
Omslagsdesign: Nanna Berentzen Østergaard
Foto: Tomas Bertelsen, Anita Graversen, Adobe Stock og Colourbox
Oplag: 1.200 stk · ISSN: 2597-078X

Rapporten kan bestilles hos Kræftens Bekæmpelse på
35 25 75 40 eller hentes på www.cancer.dk/kid

Indhold

1

Kræft i tal

2

Forebyggelse

3

Screening og
tidlig opsporing

4

Patientinvolvering og
palliativ indsats

5

Livet med - og
efter kræft

Referencer

Danskere og kræft



1 ud af 3

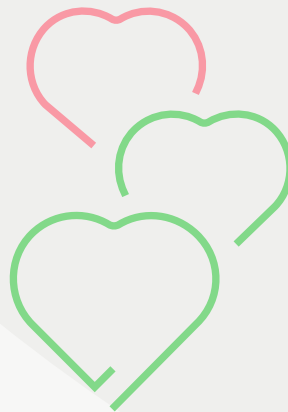
får kræft inden
de fylder 75 år.

339.000

danskere lever med
eller efter kræft.

2 ud af 3

overlever kræft.



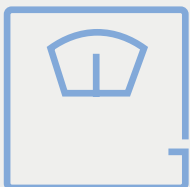


Ryging er den største enkeltårsag til kræft.

Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark.



Overvægt øger risikoen for mindst 13 kræftformer.



4 ud af 10

kræfttilfælde skyldes risikofaktorer, der kan forebygges.

Over

50%

af alle kræftpatienter oplever en eller flere senfølger af kræft.



For at bekæmpe kræft må vi også bekæmpe ulighed



Af Jesper Fisker
Administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse

Velkommen til "Kræft i Danmark 2020". 2020 er præget af corona-epidemien, der betyder en ekstra belastning for mange kræftpatienter og deres familier. I en periode har mange mennesker afholdt sig fra at søge læge med symptomer, der kan være tegn på kræft. Disse forhold afspejler sig ikke i denne rapport, hvor Kræftens Bekæmpelse har samlet de nyeste tilgængelige fakta og data fra store dele af kræftområdet fra mange forskellige registre, institutioner og organisationer. Formålet er at gøre status, at gøre opmærksom på fremskridt, tilbageskridt og udfordringer som udgangspunkt for dialog om nødvendige indsatser.

Aldrig før har så mange danskere fået kræft. Det skyldes den omstændighed, at den danske befolkning bliver ældre og ældre - og jo ældre, man bliver, desto større er risikoen for at få kræft.

Samtidig kan vi glæde os over, at muligheden for at overleve kræft aldrig har været bedre.

Men selvom der er sket markante fremskridt i overlevelsen, så ligger Danmark et stykke fra både Kræftens Bekæmpelses og skiftende regeringers fastlagte mål om, at vi senest i 2025 skal være på niveau med det bedste af de nordiske lande, og at tre ud af fire skal overleve kræft.

Et vigtigt skridt på vej mod dette mål er, at hele det danske samfund for alvor kommer ind i kampen mod den sociale ulighed i sundhed. Over en femårig periode ville mere end 11.000 flere danske kræftpatienter overleve, hvis alle klarede sig lige så godt som de bedst stillede.

Ulighed i sundhed starter tidligt. Derfor skal vi gøre mere for, at alle børn, uanset hvilke kår de kommer fra, får bedre mulighed for at leve et sundt liv.

Vi skal forebygge kræft ved at oplyse og skabe rammer, der fremmer sundhed. Det skal være nemmere for danskerne at træffe det sunde valg og ned-sætte risikoen for kræft for eksempel ved at undgå rygning, for meget alkohol og ved at holde vægten.

Ud over kampen mod uligheden og for bedre forebyggelse er det også nødvendigt at forbedre den tidlige opsporing og diagnosticering af kræft.

Jo tidligere kræft opdages, jo større er muligheden for at få en helbredende behandling. Desværre falder deltagelsen i screeninger, især blandt udsatte grupper. Den tendens skal vendes.

Kræftpakkerne, der skal sikre patienterne hurtig udredning og behandling, har forbedret kræftbehandlingen i Danmark. Men halvdelen af alle kræftpatienter kommer ikke direkte i et kræftpakkeforløb.

Den tidlige opsporing af kræft kan ikke ordnes med nogle få greb. Der skal en bred indsats til, der blandt andet omfatter forskning og udvikling af hurtigere, bedre og billigere diagnostiske redskaber, bedre samarbejde mellem praktiserende læger og hospitaler og folkeoplysning om symptomer på kræft.

For at øge overlevelsen efter kræft skal der også fortsat arbejdes på at forbedre behandlingerne, som har bevæget sig op på et flot niveau.

"Kræft i Danmark 2020" viser, at der sker fremskridt på mange områder. Men det står også klart, at der er vitale områder, som trænger til et løft.

Det gælder den palliative indsats, som mange patienter desværre tilbydes alt for sent. Mange dør, inden de får hjælp. Og det gælder også hjælp til kræftoverleverne, hvor det kniber med at få behandlet fysiske, psykiske og sociale senfølger.

1

Kræft i tal





Kræft i tal

I 2018 fik 43.037 danskere den alvorlige besked, at de havde kræft. Nogle fik mere end én kræftdiagnose, så der i alt blev stillet 44.274 nye kræftdiagnoser. Det viser tal fra Cancerregisteret.¹

2018

Der blev stillet

44.274

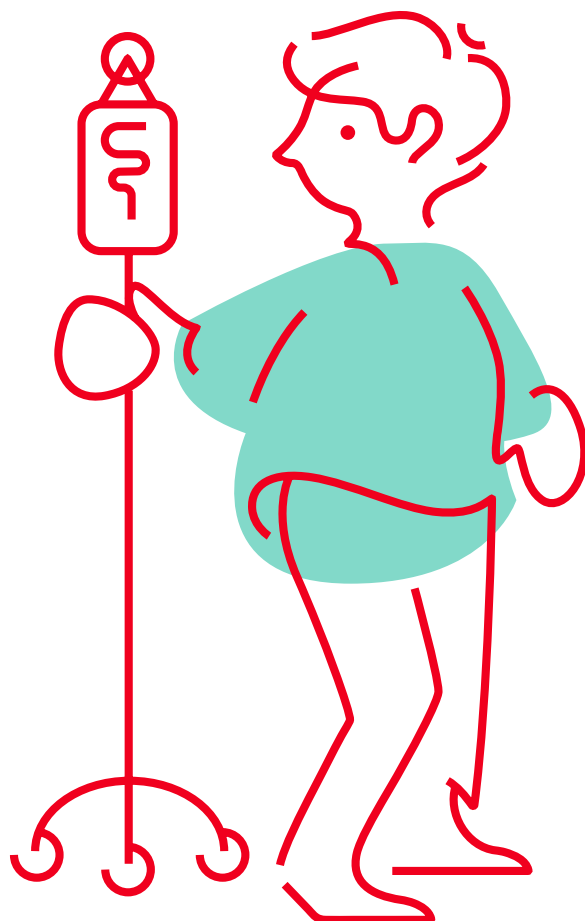
nye kræftdiagnoser hos

43.037

personer i Danmark¹

16.046

døde af kræft²



I løbet af de seneste ti år er der samlet set sket en stigning i antallet af nye kræfttilfælde på 18,7 pct. for mænd og 10,2 pct. for kvinder. Det svarer til en stigning på cirka 550 flere kræfttilfælde om året. Befolkningen vokser, og der bliver stadig flere ældre – og jo ældre, man bliver, jo større er risikoen for at få kræft. Næsten halvdelen af dem, der får kræft, er fyldt 70 år.³

At antallet af kræftpatienter stiger, er derfor ikke ensbetydende med, at risikoen for at få kræft stiger. Når man tager højde for alderssammensætningen i befolkningen, er risikoen for at få kræft i store træk uændret over tid.

De hyppigste kræftsygdomme

Tal fra Cancerregisteret viser, at de mest udbredte kræftsygdomme er brystkræft hos kvinder og prostatakræft hos mænd samt hudkræft, tarmkræft og lungekræft. Disse fem kræftsygdomme tegner sig for seks ud af ti kræfttilfælde.

Hver tiende kvinde rammes af brystkræft og hver tiende mand af prostatakræft. Hver 20. blandt både mænd og kvinder rammes af lungekræft – ligesom hver 20. får tarmkræft, inden de fylder 75 år. Det enkelte menneskes risiko for at blive ramt af kræft og for at dø af kræft afhænger af mange individuelle forhold som alder, genetik, udsættelse for kræftfremkaldende stoffer, socioøkonomiske faktorer og livsstil.

FIGUR 1.1

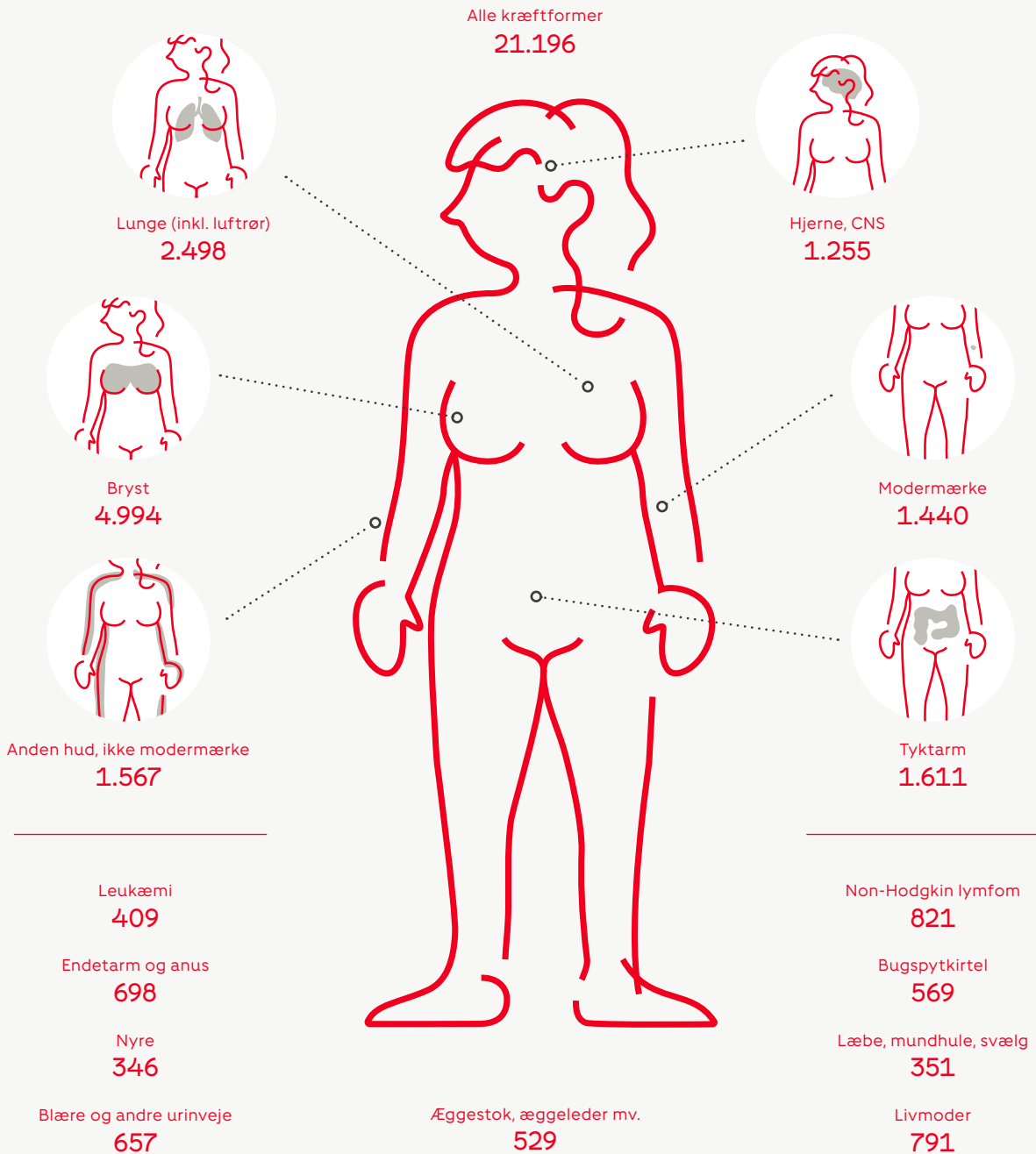
Nye kræfttilfælde i Danmark i årene 2009-2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mænd	19.449	19.308	20.000	20.590	20.582	22.201	22.366	22.804	22.946	23.078
Kvinder	19.241	18.624	19.086	18.969	19.456	20.215	20.702	20.913	21.160	21.196
I alt	38.690	37.932	39.086	39.559	40.038	42.416	43.068	43.717	44.106	44.274

FIGUR 1.2

Hyppige kræftsygdomme i Danmark - antal nye tilfælde i 2018

Kvinder



Mænd

Alle kræftformer
23.078



Lunge (inkl. luftrør)
2.388



Anden hud, ikke modermærke
2.056



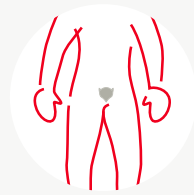
Modermærke
1.353



Tyktarm
1.698



Prostata
4.674



Blære og andre urinveje
1.674

Leukæmi
631

Non-Hodgkin lymfom
1.149

Endetarm og anus
994

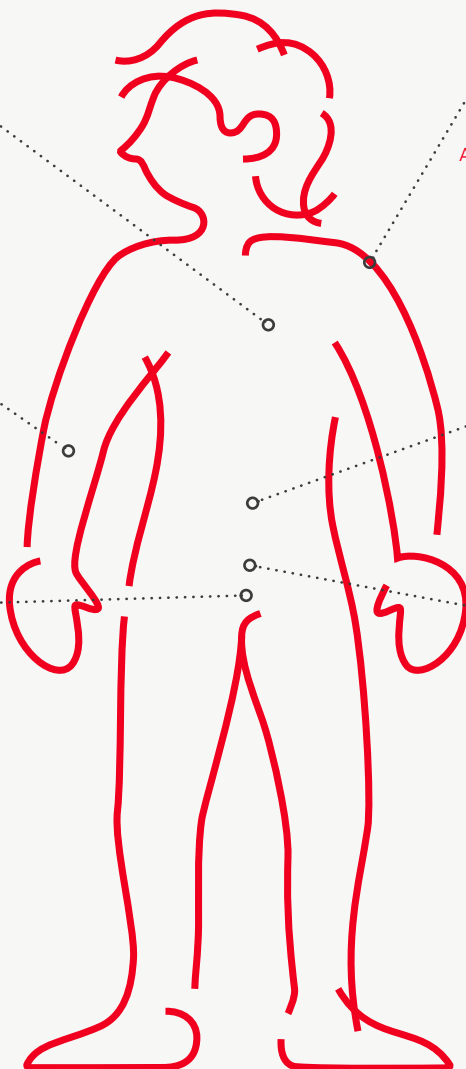
Bugspytkirtel
576

Nyre
675

Læbe, mundhule, svælg
673

Hjerne, CNS
954

Bryst
40



FIGUR 1.2

Hyppige kræftsygdomme i Danmark

	Antal døde i 2018		Hvor mange ud af 100 rammes inden 75 år		Hvor mange ud af 100 dør inden 75 år	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle kræftformer	8.484	7.562	36.4	32.5	13.2	10.8
Bryst	7	1.085	0.1	9.9	0.0	1.7
Lunge (inkl. luftrør)	1.795	1.761	4.8	4.5	3.6	3.1
Prostata	1.313	-	9.9	-	1.2	-
Anden hud, ikke modermærke	Ej oplyst	Ej oplyst	2.0	1.4	0.0	0.0
Tyktarm	669	687	3.4	2.8	1.0	0.8
Modermærke	152	120	2.5	2.9	0.3	0.2
Blære og andre urinveje	394	201	3.0	1.0	0.5	0.2
Hjerne, CNS	321	251	1.7	1.9	0.6	0.4
Non-Hodgkin lymfom	Ej oplyst	Ej oplyst	1.5	1.0	0.3	0.2
Endetarm og anus	291	199	2.3	1.4	0.5	0.3
Bugspytkirtel	555	556	1.1	0.8	1.0	0.8
Leukæmi	294	238	1.1	0.7	0.4	0.2
Læbe, mundhule, svælg	247	94	1.7	0.7	0.6	0.2
Nyre	201	95	1.4	0.7	0.4	0.2
Livmoder	-	150	-	1.7	-	0.1
Æggestok, æggeleder mv.	-	369	-	1.2	-	0.7

Mindre mavekræft – mere modermærkekræft

Udviklingen i antallet af kræfttilfælde er forskellig indenfor de forskellige kræftsygdomme. Siden 1940'erne har vi set et fald i antal tilfælde af mavekræft, der formentligt skyldes udbredelsen af køleskabe til sikker opbevaring af fødevarer – og mindre brug af saltet og røget mad. Vi har også set et fald i livmoderhalskræft, der skyldes indførelsen af screening.³

I en periode er antallet af mænd, der rammes af lungekræft faldet, samtidig med at antallet af kvinder med lungekræft er steget. Udviklingen skyldes, at kvinderne i 70'erne kopierede mændenes rygevaner. Stigningen er heldigvis ved at stagnere.

Modermærkekræft er i stigning blandt især ældre af begge køn på grund af danskernes solvaner.

Prognose: Flere kræftpatienter de næste ti år

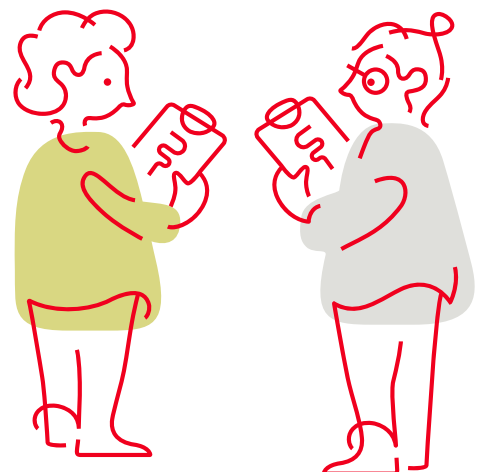
Antallet af kræftpatienter forventes at fortsætte med at stige. En fremskrivning baseret på kræfttal fra perioden 2012 til 2016 i den nordiske kræftstatistikdatabase NORDCAN⁵ og befolkningsprognosen fra Danmarks Statistik⁴ viser, at antallet af kræftdiagnoser forventes at stige fra 43.368 i 2019 til 50.105 i 2029 alene på grund af den forventede befolkningsudvikling, hvilket er en stigning på 15 pct.

Det forventes, at 27.011 mænd vil få kræft i 2029 svarende til en stigning på 18 pct. Tilsvarende forventes, at 23.094 kvinder vil få kræft i 2029 svarende til en stigning på 13 pct.

Det stigende antal kræftpatienter betyder, at vores sundhedsvæsen skal indrette sig på at behandle stadig flere kræftsyge. Det stiller krav om udvikling af mere effektive diagnosemetoder, skånsomme og præcise kræftbehandlinger og til flere og bedre tilbud om rehabilitering og palliative indsatser. (Se kapitel 5: Livet med - og efter kræft).

Prognosen over kræftudviklingen er en fremskrivning på baggrund af den forventede befolkningsudvikling.

Men forekomsten af nogle kræftformer kan påvirkes. Hvis det f.eks. gennem prisstigninger og ny lovgivning lykkes at nedbringe antallet af børn og unge, der begynder at ryge, kan vi på længere sigt forvente en mindre stigning i lungekræft og blærekræft, end den, vi ellers beregner. Stigende tilslutning til vaccination mod HPV-virus vil tilsvarende betyde at antallet af mennesker, der rammes af bl.a. livmoderhalskræft og analkræft, kan forventes at falde. (Se kapitel 2: Forebyggelse).



FIGUR 1.3

Forventet antal kræfttilfælde i Danmark i 2019 og i 2029

Mænd

Kræftform	2019	2029	Stigning i pct.
Tyktarm	1.905	2.301	21%
Endetarm og anus	1.149	1.347	17%
Bugspytkirtel	538	625	16%
Lunge	2.592	3.096	19%
Modermærke, hud	1.155	1.299	12%
Anden hud, ikke modermærke	1.653	2.197	33%
Prostata	4.908	5.735	17%
-			
-			
-			
Nyre	626	695	11%
Blære og andre urinveje	1.755	2.141	22%
Hjerne, CNS	728	806	11%
Non-Hodgkin lymfom	752	880	17%
Leukæmi	576	688	19%
Alle	22.864	27.011	18%

Fremskrivning af antal kræfttilfælde for udvalgte kræftformer samt stigning i procent. Fremskrivningen er foretaget på baggrund af udviklingen i befolkningens størrelse og sammensætning i køn og alder fra befolkningsprognosen fra Danmarks Statistik. Kilder: NORDCAN, Danmarks Statistik^{3,4}

Kvinder

Kræftform	2019	2029	Stigning i pct.
Tyktarm	1.792	2.108	18%
Endetarm og anus	772	878	14%
Bugspytkirtel	502	585	17%
Lunge	2.484	2.829	14%
Modermærke, hud	1.298	1.392	7%
Anden hud, ikke modermærke	1.177	1.448	23%
Bryst	4.894	5.325	9%
Livmoderhals	382	402	5%
Livmoder	849	949	12%
Æggestok, æggeleder mv.	585	650	11%
Nyre	336	375	12%
Blære og andre urinveje	600	699	17%
Hjerne, CNS	876	952	9%
Non-Hodgkin lymfom	575	658	14%
Leukæmi	384	442	15%
Alle	20.504	23.094	13%

I alt blev der registreret 16.046 dødsfald på grund af kræft i 2018, hvilket svarer til, at der hver dag dør 44 danskere af kræft.

Tre ud af ti dør af kræft

Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark. Ifølge Dødsårsagsregisteret var kræft årsag til tre ud af ti dødsfald i 2018.² Til sammenligning er hjertekarsygdomme årsag til 15 pct. af dødsfaldene i Danmark. De seneste ti år har nye effektive behandlinger ned-sat risikoen for at dø af hjertesygdom markant.

I alt blev der registreret 16.046 dødsfald på grund af kræft i 2018, hvilket svarer til, at der hver dag dør 44 danskere af kræft. Den største dræber er lungekræft, der er skyld i 22 pct. af dødsfald på grund af kræft.

Flere overlever kræft

Den gode nyhed er, at sandsynligheden for at overleve en kræftsygdom er stigende.

Tal fra Cancerregisteret⁵ viser, at femårsoverlevelsen er 64 pct. for mænd og 67 pct. for kvinder. For ti år siden var den 52 pct. for mænd og 57 pct. for kvinder. I dag dør færre end 20 pct. af patienterne af deres kræftsygdom inden for det første år, efter at de har fået en kræftdiagnose.

Bag denne gode udvikling i kræftoverlevelse ligger en række forskellige initiativer og faktorer. Fire kræftplaner med massive investeringer i kræftområdet, kræftpakker, der skal sikre hurtig udredning og behandling, indførelsen af screening for livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft,

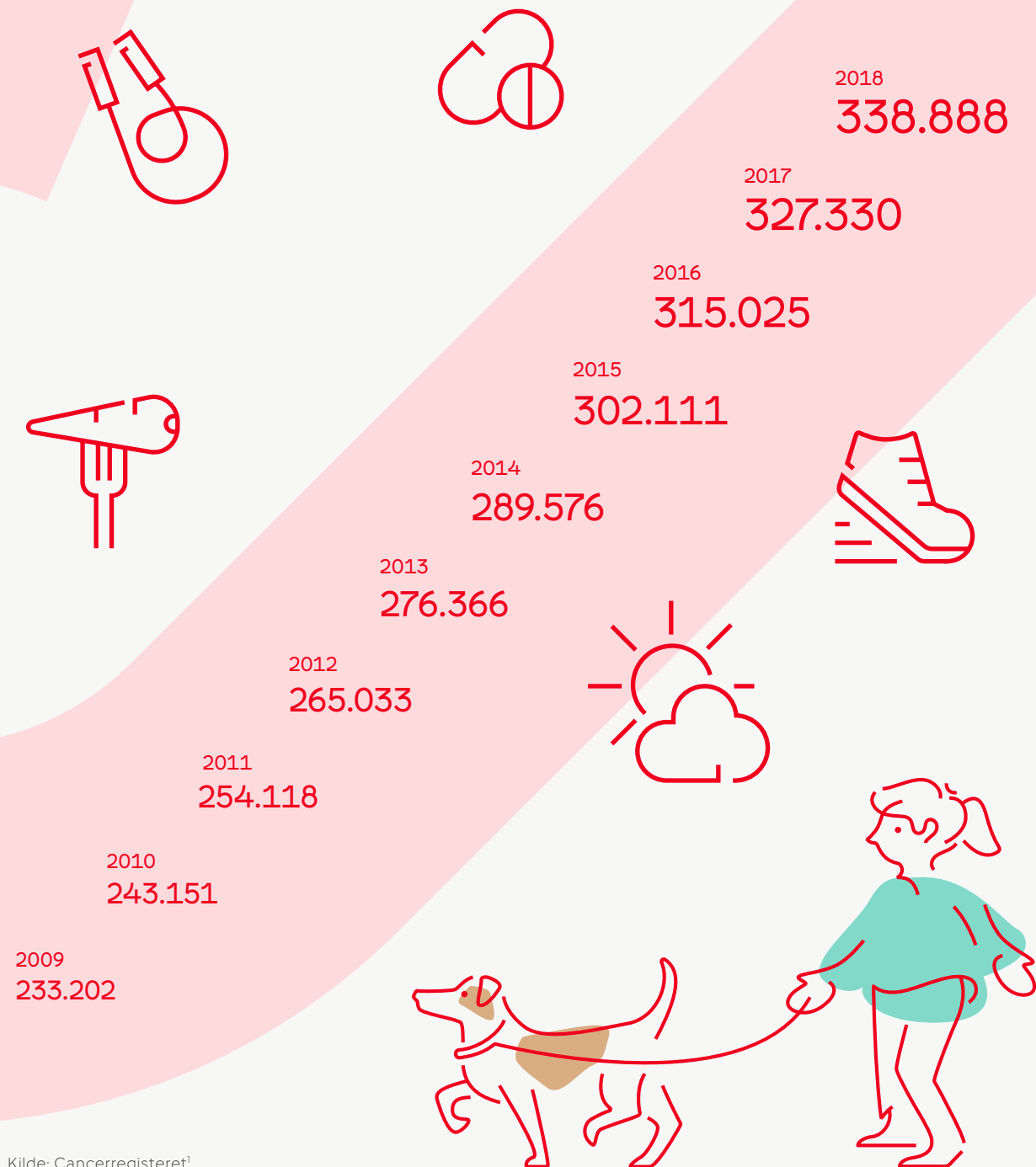
nye metoder til mere præcis diagnostik, nye behandlingsmuligheder indenfor kirurgi, stråleterapi og medicinsk behandling, samling på færre behandlingsenheder og styrket samarbejde omkring behandling.

Muligheden for at overleve kræft varierer mellem de forskellige kræftsygdomme. Patienter med testikelkræft, modermærkekræft og brystkræft har en god mulighed for at blive kræftfri, mens udsigterne er dårligere for patienter med for eksempel lungekræft og bugspytkirtelkræft. Det skyldes primært, at disse sygdomme ofte opdages så sent, at de er svære at behandle. Selvom dobbelt så mange kvinder får brystkræft som lungekræft, er der flere kvinder, som dør af lungekræft end af brystkræft.

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 2018 havde 5,8 pct. af danskerne en kræftdiagnose i bagagen.¹ Samlet set lever 339.000 danskere med eller efter kræft. Det er en stigning på mere end 100.000 personer på bare ti år.¹ Det stiller stigende krav til rehabilitering og behandling af senfølger forårsaget af kræftsygdommen og den ofte fysisk og psykisk belastende kræftbehandling. (Se kapitel 5: Livet med - og efter efter kræft).

FIGUR 1.4

Antallet af personer, der lever med eller efter kræft, 2009-2018



Kilde: Cancerregisteret¹

Danmark i nordisk perspektiv

Selvom kræftoverlevelsen i Danmark stiger, er den endnu ikke på niveau med vores nabolande. Det viser en sammenligning af de nyeste tal fra den nordiske kræftstatistikdatabase NORDCAN, hvor man kan sammenligne kræftudviklingen i de nordiske lande. Den viser, at kræftoverlevelsen stiger i både Danmark, Norge, Sverige og Finland – men at Danmark stadig halter bagud.

Danmark har haft en større stigning i overlevelsen, men fra et lavere udgangspunkt, og overlevelsen

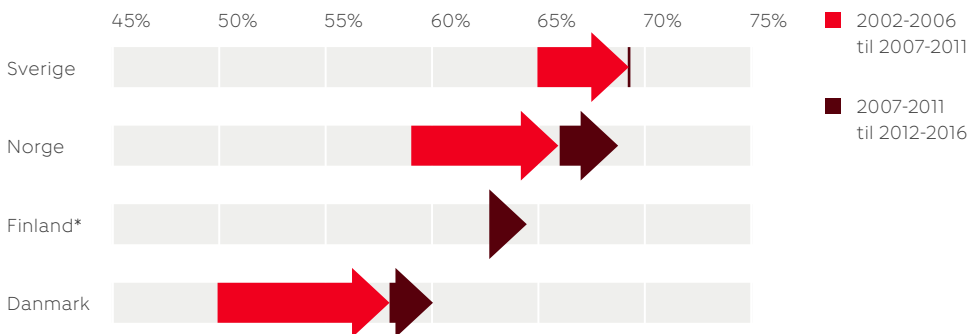
er samlet set stadig lavere end i de øvrige lande. Ambitionen i Kræftplan IV er, at kræftoverlevelsen i Danmark i 2025 skal være på højde med de bedste af vores nordiske nabolande, og at mindst tre ud af fire skal overleve en kræftsygdom.⁶

FIGUR 1.5

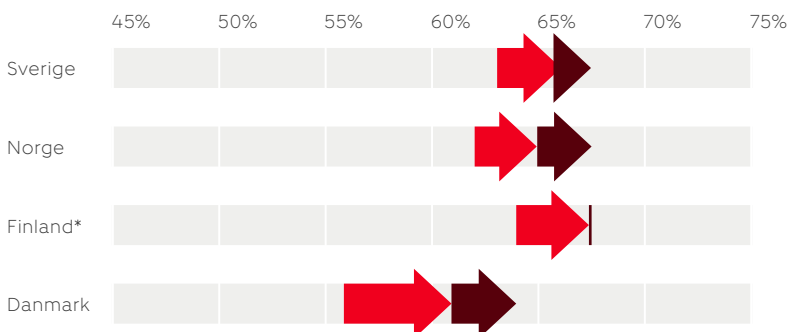
Forbedring i femårs-overlevelse

Alle kræftformer op til 89 års alder, undtagen 'anden hud'
(dvs. hudkræft, som ikke er modermærkekræft)

MÆND



KVINDER



* Finland har ikke oplevet så store forbedringer, at de kan aflæses tydeligt på grafikken.

Kilde: NORDCAN⁵

ULIGHED I KRÆFT: OVERLEVELSE

De seneste års fremskridt på kræftområdet har ikke gavnet alle danskere lige meget. Danskere, der bor alene, eller som har kort uddannelse og lav indkomst har større risiko for at få kræft og har dårligere chancer for at overleve en kræftsygdom i forhold til danskere, der er samboende, eller som har længere uddannelse og højere indkomst.^{7,8}

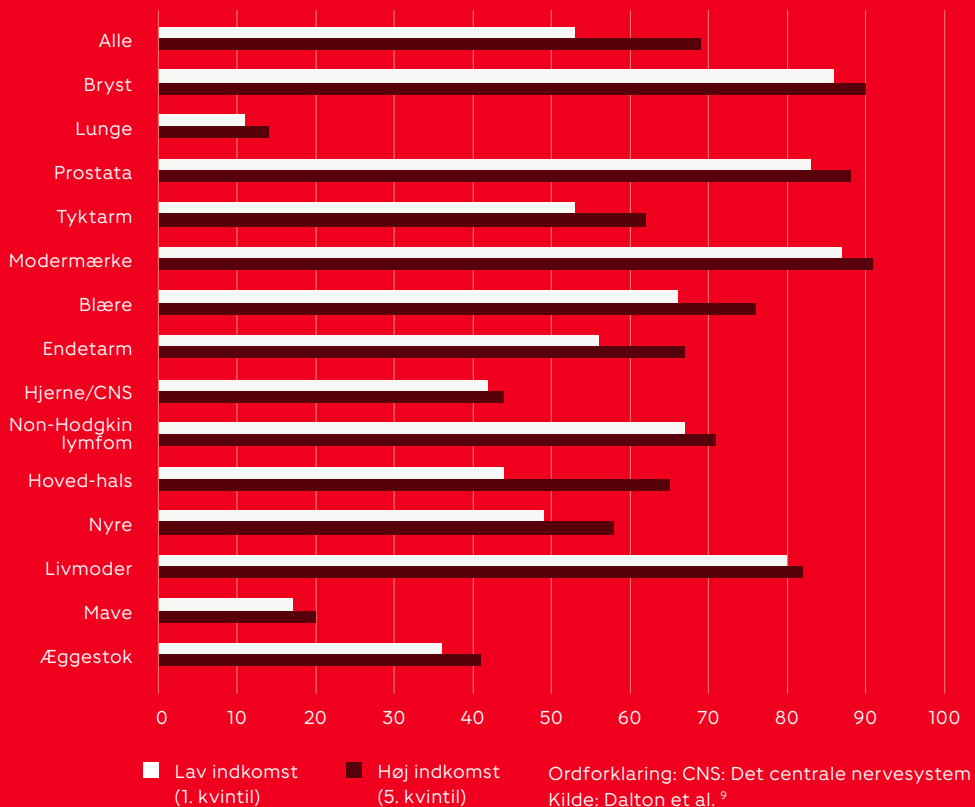
En analyse baseret på danskere, der fik kræft, i perioden 2005-2009, viser, at den femtedel af

patienterne, der har den højeste indkomst, har en femårsoverlevelse på 69 pct., mens den femtedel, der har de laveste indkomster, har en femårsoverlevelse på 53 pct.⁹ Det er en forskel på 16 procentpoint. Over en femårig periode ville mere end 11.000 flere danske kræftpatienter overleve, hvis alle klarede sig lige så godt som de bedst stillede. Uligheden i overlevelse efter kræft er steget uafbrudt siden 1980'erne.

FIGUR 1.6

Social ulighed i overlevelse efter kræft

5-års relativ overlevelse for de hyppigste kræftformer diagnosticeret 2005-9 for den femtedel af kræftpatienterne, der har den højeste indkomst, sammenlignet med den femtedel, der har den laveste indkomst, Danmark, 2005-2013. De to indkomstgrupper, der sammenlignes, har bortset fra indkomsten, samme køns- og alderssammensætning.

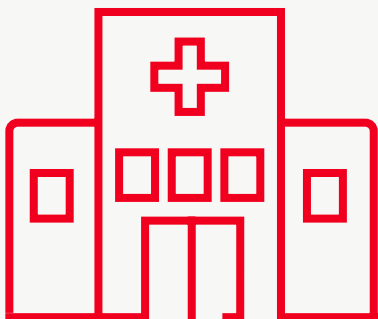


KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

- Beregninger viser, at antallet af kræfttilfælde i løbet af ti år vil stige med 15 pct. Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet udbygger kapaciteten og udvikler bedre diagnosemetoder, mere skånsomme og mere præcise kræftbehandlinger. Samtidig er der behov for flere og bedre tilbud om rehabilitering og palliative indsatser.
- Andelen af patienter, som overlever kræft, er de seneste ti år heldigvis også steget, men det er ikke alle patienter, som nyder samme gavn af sundhedsvæsenets fremskridt. Der er en stor ulighed i sundhed, som skal adresseres, hvis alle uanset indkomst, køn, social status skal nyde godt af fremskridtene.
- Der er et væsentligt potentiale i at prioritere forebyggelse endnu højere. Fire ud af ti kræfttilfælde kan forebygges, hvis vi lever sundere og for eksempel undgår rygning og for meget alkohol, bevæger os mere og holder vægten.

Ny praksis

Kræftens Bekæmpelse har i denne rapport inkluderet kategorien 'anden hud' i antallet af nye kræfttilfælde, det vil sige hudkræft, som ikke er modermærkekræft. Det svarer til rapporteringen fra Sundhedsdatastyrelsen. Kræftens Bekæmpelse har tidligere ikke medtaget nye tilfælde af 'anden hudkræft' i det samlede kræfttal, da disse registreres uensartet på tværs af lande, hvorfor tallene ikke kan sammenlignes. I de nordiske kræftregistre er registreringen i dag ensartet. 'Anden hud' er dog ikke medregnet i tal for overlevelse.



FAKTA

Cancerregisteret

Sundhedsdatastyrelsen registrerer alle nydiagnosticerede tilfælde af kræft i Danmark i Cancerregisteret.

Kræfttilfældene indrapporteres via Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI), Patologiregisteret og Dødsårsagsregisteret. For at sikre kvaliteten sker en løbende validering af 10-25 pct. af indberetningerne.

For nogle kræftformer registrerer man også forstadier til kræft, såkaldt dysplasi i livmoder og i tarmpolypper, uden at de dog indgår i kræfttallet. Nogle godartede tumorer, for eksempel meningiomer og hypofysetumorer er også inkluderet som kræft i Cancerregisteret.

Dødsårsagsregisteret

Sundhedsdatastyrelsen samler oplysninger om alle dødsfald i Danmark i Dødsårsagsregisteret. For den enkelte person kan der registreres op til fire dødsårsager, og når det gælder kræft, er Cancerregisteret en mere sikker kilde til data omkring kræftisiko og prognose.

NORDCAN

NORDCAN (www.ancr.nu og nordcan.iarc.fr) er den nordiske kræftstatistik-database med oplysninger om nye kræfttilfælde (incidens), kræftdødsfald, antal personer der lever med en kræftdiagnose (prævalens), og kræftoverlevelse.

Alle de nordiske cancerregistre indrapporterer til NORDCAN. Herved sker en kodning og tilpasning til international standard med henblik på at kunne sammenligne data på tværs af landegrænser, og det betyder, at der kan være en mindre forskel på antal i Cancerregistrene og i NORDCAN.

2

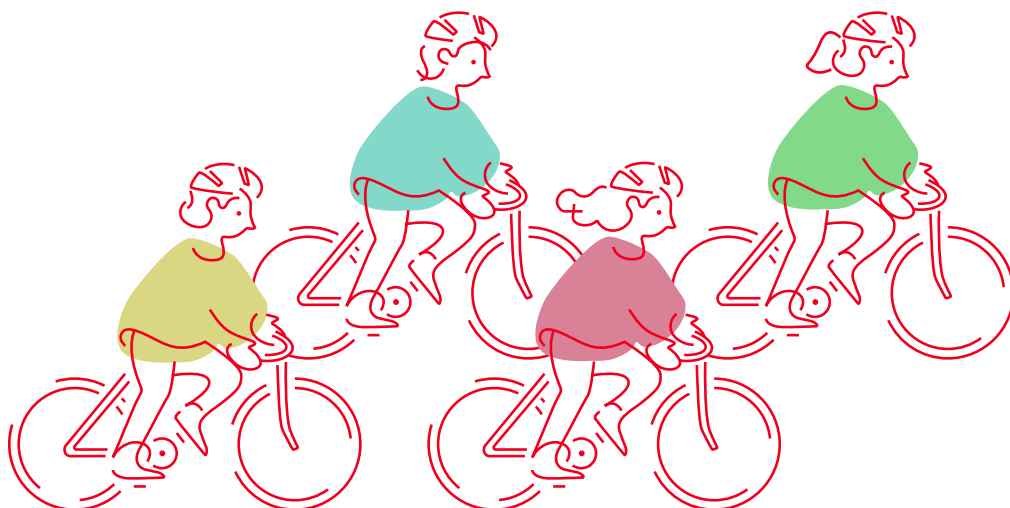
Forebyggelse





Forebyggelse

Fire ud af ti kræfttilfælde kan forebygges. Op mod 40 pct. af alle kræfttilfælde skyldes altså faktorer, vi som enkeltpersoner og som samfund har mulighed for at påvirke.



Ryging er den faktor, der øger risikoen for kræft og andre dødelige sygdomme allermest. Overvægt er den næststørste risikofaktor for kræft, men det er meget få danskere, der kender den sammenhæng.

Også indtagelse af alkohol, kostvaner og fysisk inaktivitet har betydning for risikoen for kræft. Derudover kan for meget uv-stråling fra solen eller solarium, infektioner med HPV, visse stoffer i miljøet og arbejdsmiljøet øge risikoen.

Der er mange ting, man selv kan gøre for at leve sundere og nedsætte risikoen for at udvikle kræft. Men forebyggelse er ikke kun ens eget ansvar. Hvis flere skal undgå kræft, er det også nødvendigt at ændre samfundets indretning. Effektiv forebyggelse kræver samfundsmæssige rammer, som

fremmer sundhed og gør det sunde valg lettere for danskerne.

Forestil dig et Danmark uden rygning, druk og overvægt

Forskere fra Kræftens Bekæmpelse har beregnet, hvor mange kræfttilfælde der potentielt kan undgås over en 30-årig periode, hvis man forestiller sig, at ingen danskere havde overvægt, og at vi allesammen helt stoppede med at ryge, indtage alkohol, bruge solarium, være fysisk inaktive og spise forarbejdet kød og kød fra firbenede dyr.

Beregningerne viser altså det antal kræfttilfælde, som potentielt kunne undgås, hvis vi slet ikke blev udsat for de nævnte risikofaktorer.

FIGUR 2.1

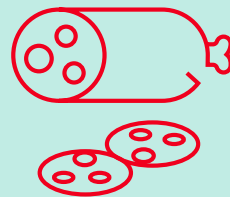
Antal kræfttilfælde, der kunne undgås, fra 2016 til 2045

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: Andersson m.fl: Avoidable cancers¹⁰⁻¹⁴

Forarbejdet kød og kød fra firbenede dyr

36.767



Overvægt

47.771



Alkohol

32.301



Uv-stråling fra solarium

26.512



Ryning

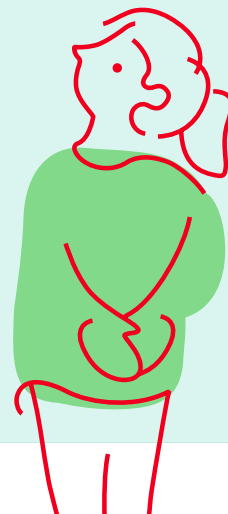
142.130



Fysisk inaktivitet

2.683

*For uv-stråling fra solarium er antallet af kræfttilfælde, der kunne undgås, hvis ingen brugte solarium, beregnet for perioden 2014-2045 (basalcellekræft undtaget).
Kilde: Køster B et al.¹⁵



FIGUR 2.2

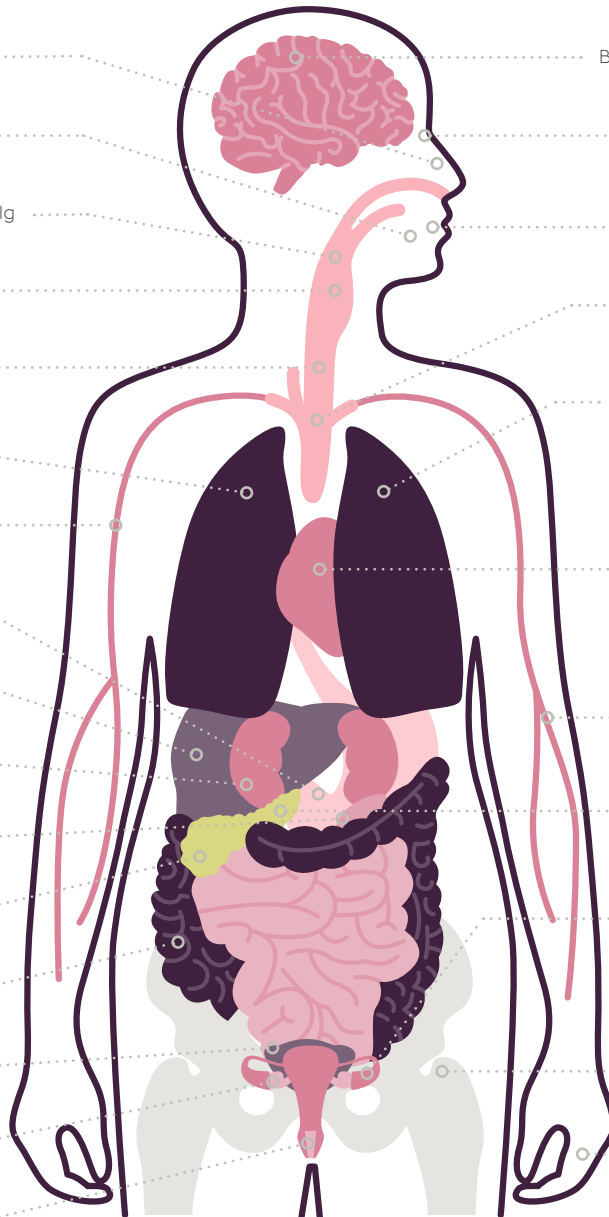
Kræft og andre sygdomme, der kan forbindes med rygning

KRÆFTFORMER

Næse- og bihuler
 Mundhule, tunge og læber
 Næse-, strube-, og mundsvælg
 Strubehoved
 Spiserør
 Lunger
 Akut myeloid leukæmi
 Mave
 Lever
 Nyrer
 Urinledere
 Bugspytkirtel
 Tyk- og endetarm
 Blære
 Æggestokke
 Livmoderhals

KRONISKE SYGDOMME

Blodprop i hjernen, hjerneblødning
 Blindhed, grå stær
 Parodontose
 Udposning på hovedpulsåren
 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma, lungebetændelse og andre luftvejssygdomme
 Hjerte-kar-sygdom
 Åreforkalkning
 Diabetes
 Påvirkning af kvindelig reproduktion, inkl. nedsat fertilitet. Impotens
 Hoftebrud
 Leddegigt



RYGNING

Rygning er den største dræber

To ud af ti kræfttilfælde skyldes rygning.¹⁶ Rygning øger risikoen for lungekræft og mindst 15 andre kræftformer.¹⁵⁻¹⁷ Det gør rygning til den største enkeltårsag 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.^{17,18}

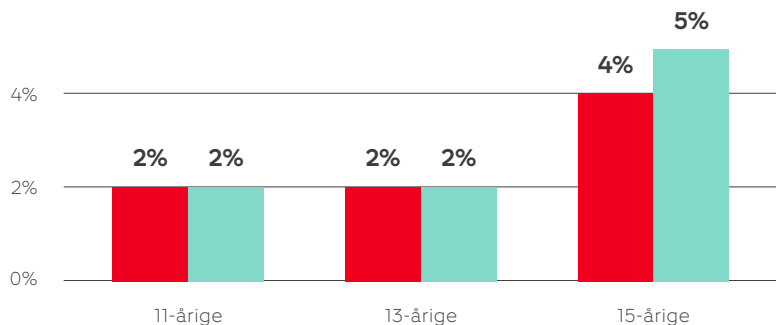
Rygning blandt børn

Rygevaner grundlægges i ungdommen. Det er derfor afgørende at forebygge, at børn og unge begynder at ryge, så den samlede andel af rygere i fremtiden vil falde, og færre vil få kræft og andre sygdomme på grund af rygning.

Omkring hver femte dagligryger tænder sin første cigaret i skoletiden eller på en efterskole.²² Andelen af 15-årige, der ryger dagligt, er omkring 5 pct. Selv om der er få, der ryger hver dag, har knap 30 pct. af de 15-årige prøvet at ryge, og 17 pct. ryger enten hver dag eller en gang i mellem.²³

FIGUR 2.3

Andel af 11-15-årige, der ryger dagligt (2018)

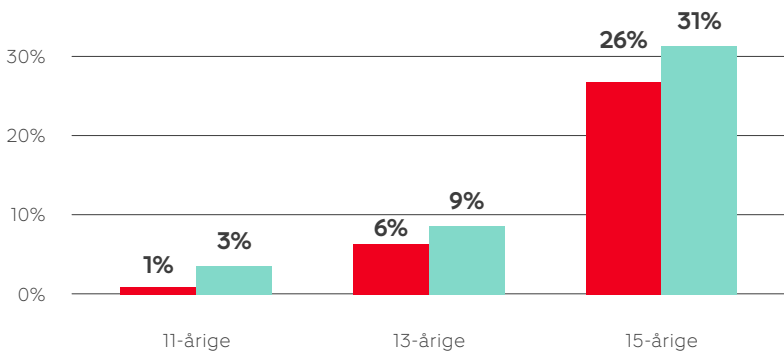


Kilde: Statens Institut for Folkesundhed²³

■ Piger ■ Drenge

FIGUR 2.4

Andel af 11-15-årige, som nogensinde har røget (2018)



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed²³

■ Piger ■ Drenge



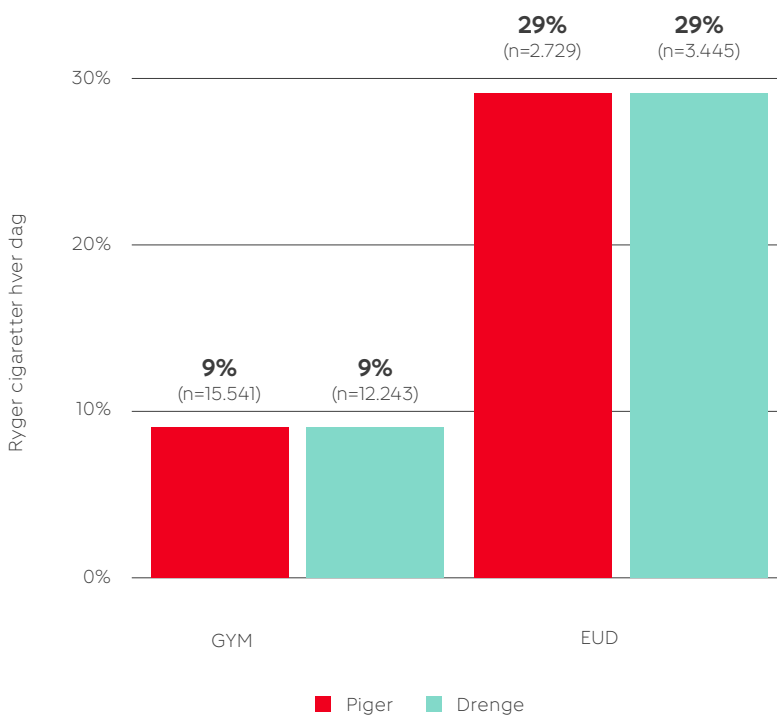
Ryging på ungdomsuddannelser

I skiftet fra grundskole til ungdomsuddannelse sker der en stor stigning i andelen af elever, der ryger dagligt. Eleverne har friere rammer end i grundskolen, forældre- og trivselssamarbejdet er mindsket, og rygning bliver for nogle elever en del af den sociale kultur.

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.

FIGUR 2.5

Rygevaner på ungdomsuddannelser



Andelen af daglige rygere på hhv. de gymnasiale uddannelser (GYM) og erhvervsuddannelserne (EUD) i 2019 fordelt på køn.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed²⁴

Norske unge har droppet cigaretterne

I Danmark er det 16 pct. af de unge mellem 16 og 24 år, der ryger dagligt. I Norge er det kun 3 pct. For 15 år siden var det 23 pct. Det skyldes, at man i Norge har hævet prisen på cigaretter, så en pakke cigaretter koster cirka 90 kroner.

Samtidig har man indført neutrale cigaretpakker uden logo og anden grafik og forbud mod synlig opstilling af tobaksvarer.

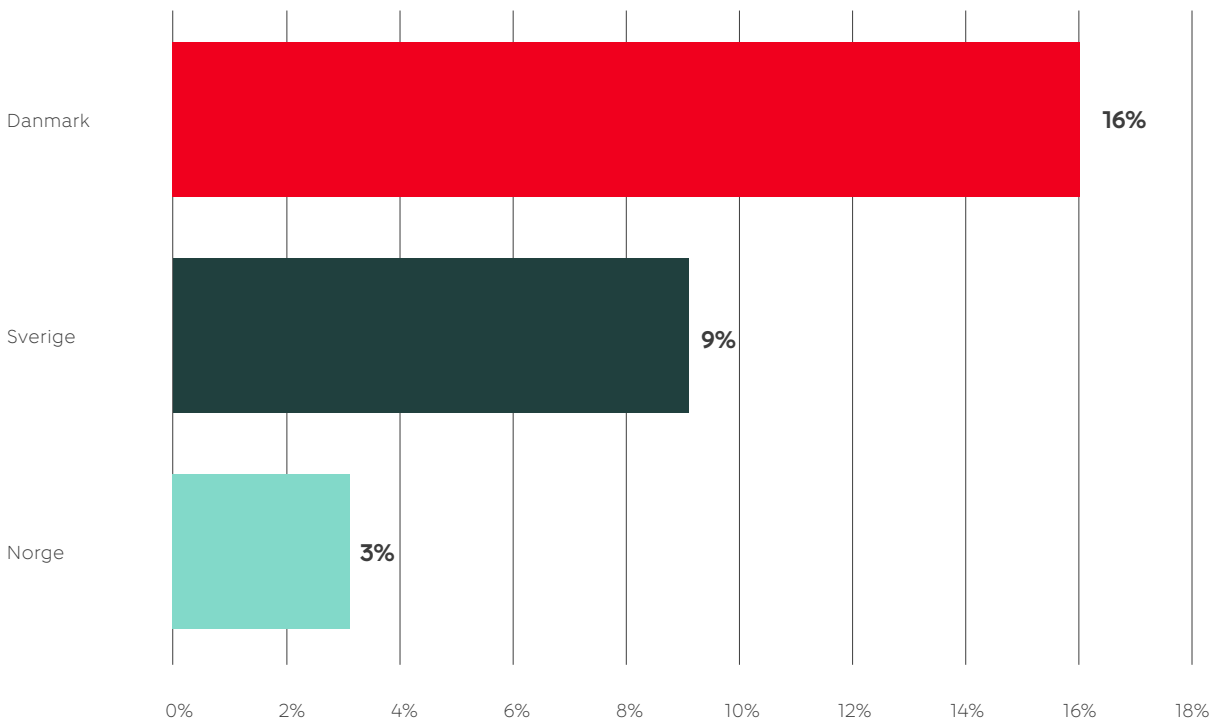
Desuden blev der i 2014 indført røgfri skoletid for både grundskoler, gymnasier og erhvervsskoler i

Norge. Det vil sige, at der er rygeforbud i hele skoletiden, også selv om man forlader matriklen. Forbuddet gælder også elever over 18 år.²⁵

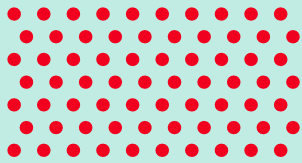
I tråd med tiltagene i Norge præsenterede et bredt flertal i Folketinget i slutningen af 2019 en række ambitiøse tiltag, der skal forebygge rygning blandt børn og unge i Danmark: Højere pris, røgfri skoletid på grundskoler og ungdomsuddannelser, tobak under disken og neutrale cigaretpakker.

FIGUR 2.6

Andel af 16-24-årige, der ryger dagligt (2017)



Årligt dør cirka 13.000 personer for tidligt på grund af rygning - ofte efter mange år med dårligt helbred^{17, 18}



Cirka

25%

af dødsfald i Danmark skyldes rygning

KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

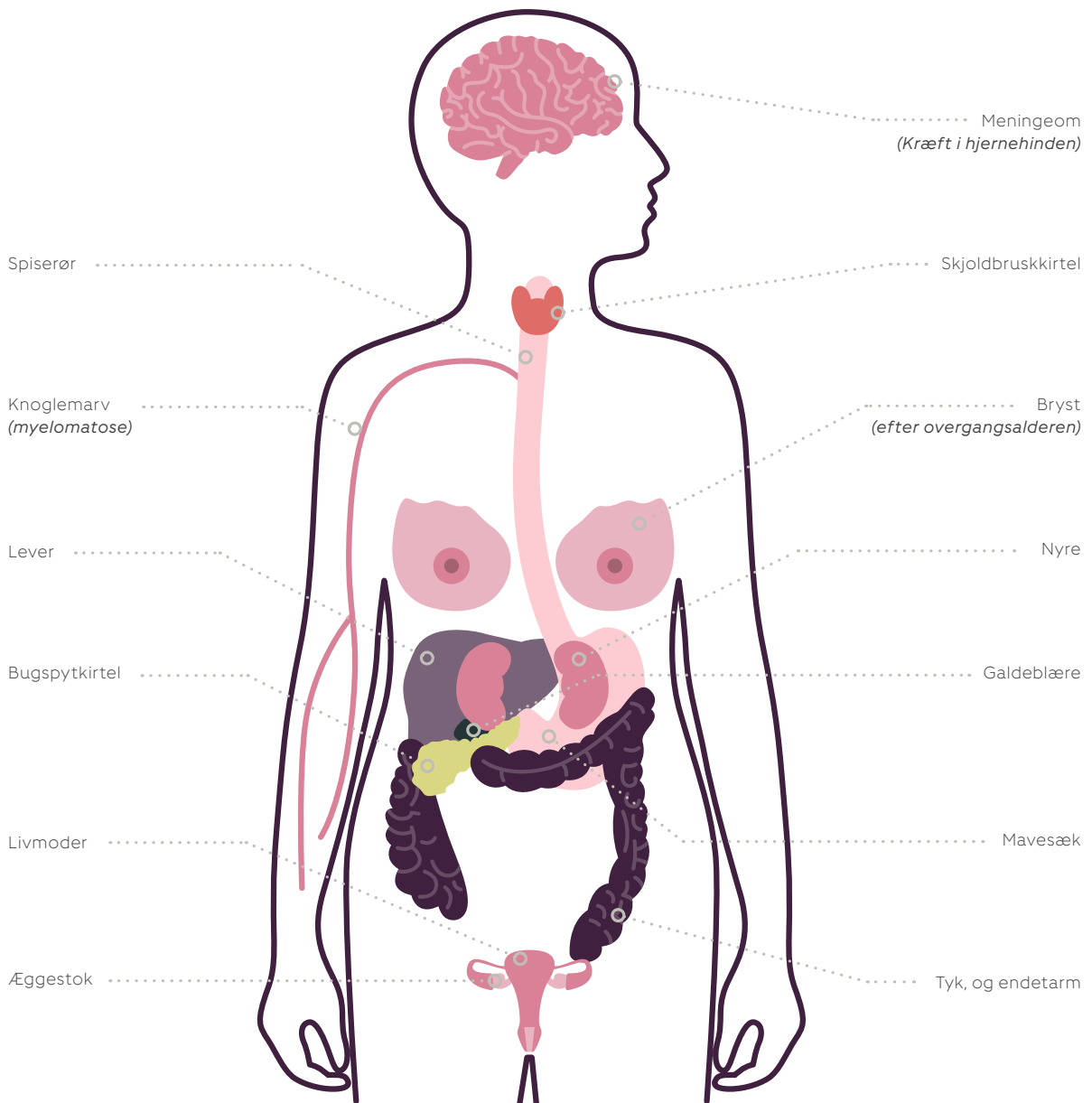
Rygning er ikke for børn og unge. Derfor skal det politisk besluttede mål om en røgfri generation i 2030 opnås. Kræftens Bekæmpelse anerkender de tiltag mod tobak, som et politisk flertal har besluttet, og opfordrer til:

- At afgifter på tobaksvarer sættes yderligere op, herunder at prisen på cigaretter hæves til 90 kr. for en pakke.
- At regeringen følger udviklingen i rygning blandt især børn og unge og vedtager forpligtende mål for faldet i andelen af rygere med henblik på eventuelle yderligere indsatser, der sikrer, at målet om en røgfri generation i 2030 opnås.
- At regeringen iværksætter indsatser, der sikrer, at børn og unge ikke bliver afhængige af alternative nikotinholdige produkter.



FIGUR 2.7

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 Prevention, volume 16: Absence of Excess Body Fatness²⁹

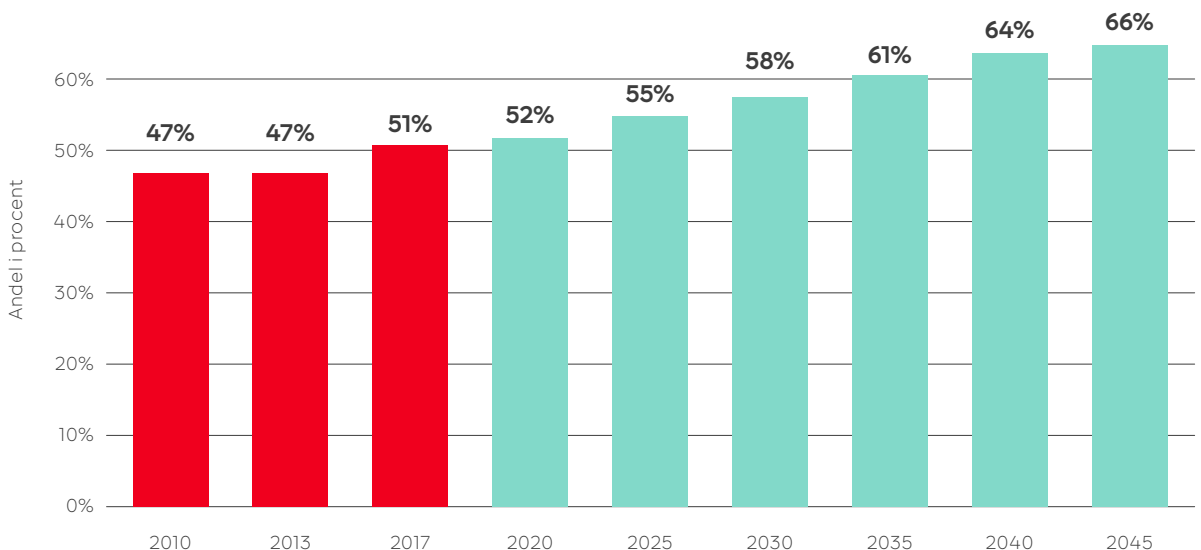
OVERVÆGT

Flere vil få kræft på grund af overvægt

Overvægt er den næststørste risikofaktor for kræft og er et stigende problem i Danmark, hvor over halvdelen af befolkningen i dag har overvægt. Hvis udviklingen fortsætter uændret, vil 66 pct. af befolkningen leve med overvægt i 2045. Heraf vil 30 pct. have svær overvægt. Overvægt øger risikoen for mindst 13 forskellige kræftformer, og nogle af dem er de mest hyppige kræftformer som brystkræft og tarmkræft.

FIGUR 2.8

Andel, der har overvægt (moderat og svær overvægt) i Danmark, fremskrevet til 2045



Andel, der har overvægt (moderat og svær overvægt) i Danmark, fremskrevet til 2045. Moderat overvægt defineres ved et BMI på 25-29,9 og svær overvægt ved et BMI over 30.

Kilder: Sundhedsstyrelsen, Lund et al.^{26,30}

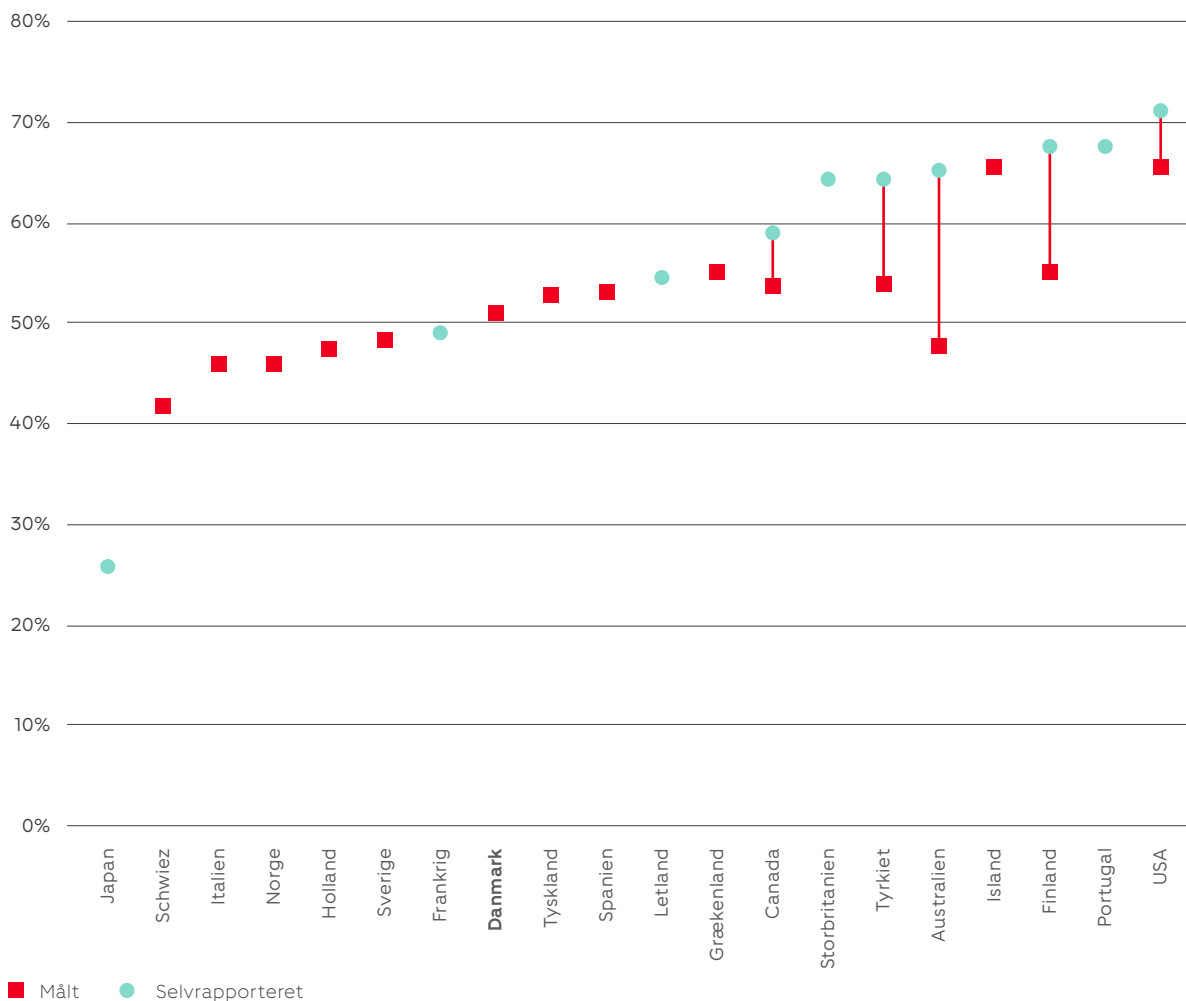
Danskerne er ikke de tungeste

Der er stor forskel på forekomsten af overvægt på verdensplan. I Japan har 26 pct. af befolkningen overvægt. I USA er det op til 70 pct. af befolkningen. Her ventes det, at overvægt overhaler rygning som vigtigste årsag til kræft.

Selvom danskernes overvægt er stigende, er vi endnu ikke blandt de tungeste sammenlignet med andre vestlige lande, og der er stadig mulighed for at vende udviklingen.

FIGUR 2.9

Andel, der har overvægt (moderat og svær overvægt) OECD



Målt og selvrapporteret overvægt (moderat og svær overvægt) i befolkningen 15+ år fordelt på udvalgte lande. Data er fra 2018 eller de senest tilgængelige.

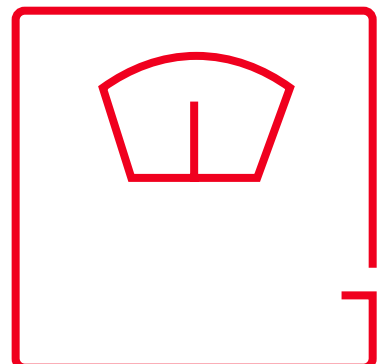
Kilde: OECD³¹

KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

Der er mange årsager til overvægt, men kendetegnende for langt de fleste, der rammes af overvægt, er, at det ikke er noget, de vælger aktivt. For at støtte mennesker til at holde vægten, er det nødvendigt med politiske og strukturelle tiltag.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til:

- At regeringen lægger afgift på sodavand og højere afgift på sukker.
- At regeringen indfører obligatorisk kaloriemærkning på fastfood hos de større kæder.
- At erhvervslivet gennem mindre portioner og pakkestørrelser hjælper forbrugerne til at reducere kalorieindtaget.
- At kommunerne gør det nemt for borgerne at være fysisk aktive. Især skal børn og unge opmuntres til fysisk aktivitet, fordi vi ved, at børn og unge bærer overvægten i barndommen og ungdommen med sig ind i voksenalderen.



HPV-VACCINATION

Flere piger bliver HPV-vaccineret – og nu er drengene også kommet med

Hver dag får to danskere kræft på grund af infektion med HPV-virus. De fleste af tilfældene kan undgås med HPV-vaccination. Vaccinen har været gratis for piger i ti år og er nu også gratis for drenge.

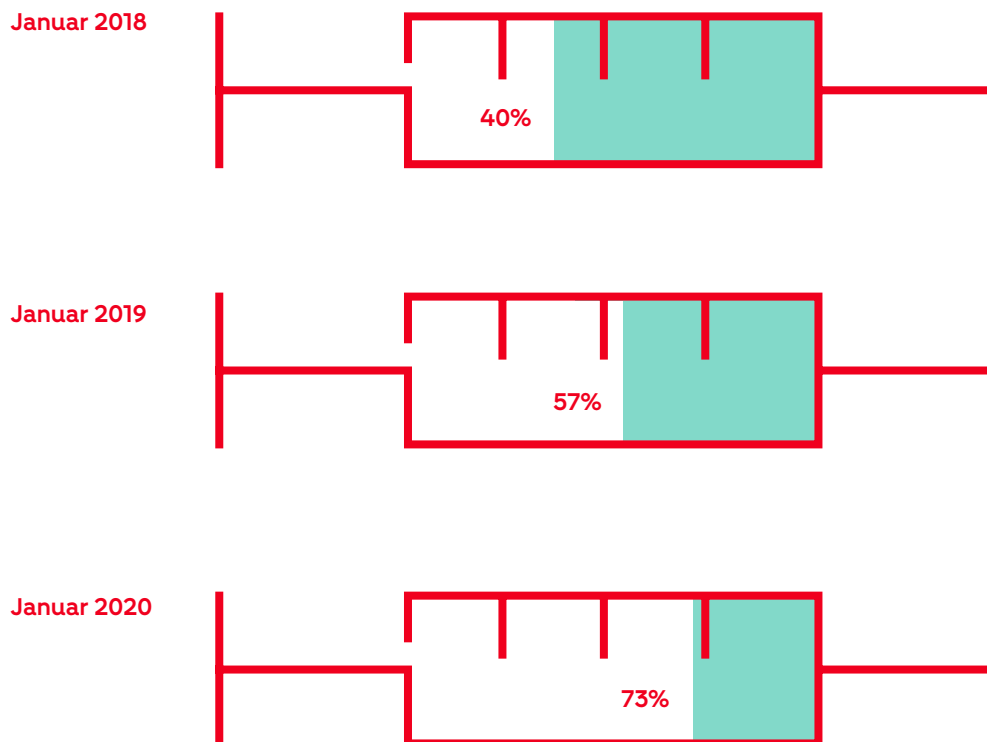
HPV-vaccination indgår i det danske børnevaccinationsprogram, hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at piger og drenge får vaccinen, når de er 12 år gamle, som beskyttelse mod livmoderhalskræft, analkræft og kønsvorter. HPV-vaccinens forebyggelsespotentiale er nemlig allerstørst, hvis man bliver vaccineret, før man bliver seksuelt aktiv.

Antallet af piger, der bliver HPV-vaccineret, er steget de seneste år. Vaccinationsdeltagelsen nærmer sig langsomt niveauet før 2015, da blandt andet mediehistorier skabte mistillid til vaccinen og fik tilslutningen til at styrtdykke. I januar 2018 var kun 40 pct. af pigerne på 14 år færdigvaccinerede. I dag er tallet oppe på 73 pct. Målet er, at 80 pct. i en årgang skal være færdigvaccinerede.

Særligt godt går det i Region Syddanmark og Midtjylland, mens Region Hovedstaden og Sjælland halter noget bagefter.

FIGUR 2.10

Andel af 14-årige piger, som er færdigvaccinerede mod HPV



Antallet af piger, der bliver HPV-vaccineret, er steget de seneste år.

FIGUR 2.11

Andel af færdigvaccinerede piger fordelt på region og alder

Pigernes alder	17 år	16 år	15 år	14 år	13 år
Hele landet	72%	71%	75%	73%	60%
Region Syddanmark	74%	73%	76%	75%	63%
Region Midtjylland	75%	74%	78%	75%	62%
Region Nordjylland	71%	69%	75%	72%	61%
Region Sjælland	70%	70%	75%	72%	58%
Region Hovedstaden	66%	68%	72%	69%	54%

Andel af færdigvaccinerede piger, årgang 2002-2006, pr. januar 2020.
Tallene er trukket fra statistik.ssi.dk

Når man zoomer ind på lokalområder, bliver forskellene endnu større. I Assens er 83 pct. af de 14-årige piger færdigvaccinerede, mens tallet kun er 60 pct. for piger fra Lolland. I Frederikssund er 81 pct. færdigvaccinerede, mens tallet for Ishøj er 62 pct.

Siden september 2019 har drenge, der fyldte 12 år 1. juli eller senere, også fået tilbudt gratis HPV-vaccination i børnevaccinationsprogrammet. Siden er alle drenge født i 2006 og senere kommet med. Kræftens Bekæmpelses mål er, at tilslutningen blandt drengene også når op på 80 pct. Andelen af vaccinerede drenge er endnu ikke opgjort.

Der er mange ting, man selv kan gøre for at leve sundere og nedsætte risikoen for kræft. Men det er også nødvendigt at ændre samfundets indretning, så det er nemmere for den enkelte at træffe sunde valg.

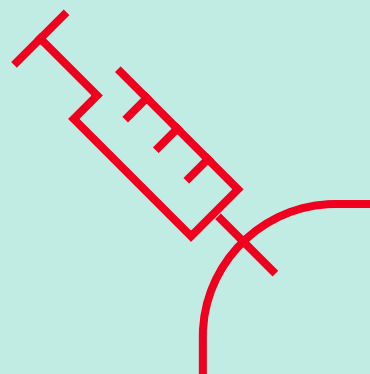


KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

Målet er, at 80 pct. af drenge og piger i en årgang skal vaccineres mod HPV i alle egne af landet og i alle samfundsgrupper.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til:

- At statslige myndigheder og regioner skal sikre nuanceret information til forældre om HPV-vaccination, særligt i områder, kommuner og grupper med lav tilslutning.
- At tilbuddet om gratis HPV-vaccination til drenge skal udvides, så det gælder alle drenge op til 18 år.



ULIGHED I KRÆFT: FOREBYGGELIGE RISIKOFAKTORER

Der er en markant social ulighed i risikoen for både at få kræft og dø af kræft på grund af det skæve sociale mønster i rygning, overvægt og kost.

Over

60%

af den sociale ulighed i kræft-dødelighed (se kapitel 1) skyldes rygning.³² Det skyldes dels, at grupper med kort uddannelse og lav indkomst har større risiko for at udvikle rygerelateret kræft. Og dels at rygerelaterede kræftformer ofte har en lav overlevelse.

- I 2017 røg 25 pct. af de kortest uddannede danskere dagligt. Blandt de længst uddannede røg kun 7 pct.²⁶
- I 2017 havde 27 pct. af de kortest uddannede danskere et usundt kostmønster mod 5 pct. af danskere med en lang videregående uddannelse.²⁶
- I 2017 var 26 pct. af de kortest uddannede danskere svært overvægtige mod 8 pct. af danskere med en lang videregående uddannelse.²⁶
- Uligheden i usundt kostmønster og overvægt vokser.³³
- Piger, der har mødre med kort uddannelse eller lav indkomst, og piger med minoritetsbaggrund, bliver i mindre grad vaccineret mod HPV som led i børnevaccinationsprogrammet.³⁴

A woman with blonde hair is shown in profile, facing left, in a medical setting. She is wearing a dark, strapless top. In the background, there is a large piece of medical equipment, likely a mammography machine. A large, bold red number '3' is overlaid on the left side of the image, partially obscuring the woman's torso and the background. The number is set against a light pink, triangular background that points towards the top right.

3

Screening og
tidlig opsporing



GE Medical Systems
Dec-09-2015
13:03

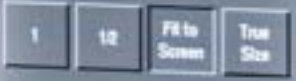


Input

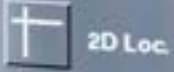
View Composition



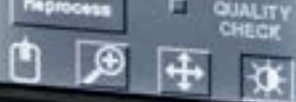
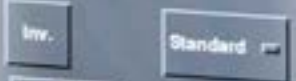
Zoom



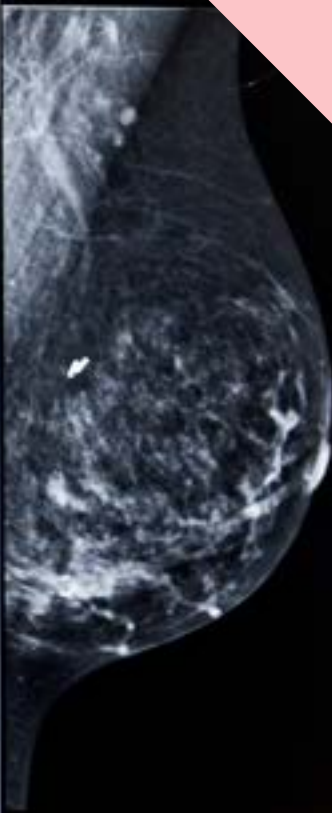
Display Parameters



2D Loc.



DOB
ID=TOP1



LMLO

LML

HL=02533 NR=00900 Zoom=0.64
PREMIUM_VIEW_FV, 27-Oct-2015 18:20:24 [] 24X31 * 24X31
Mag=1.00

PREMIUM_VIEW_FV, 27-
Mag=1.00

Screening og tidlig opsporing

Jo tidligere kræft opdages, jo større er muligheden for at overleve og for at få en skånsom behandling. Derfor har kræftplan IV som mål, at vi i Danmark skal blive bedre til at opspore kræft tidligere. Og at udredning og behandling skal ske hurtigt.⁶



SCREENING

Kræftplan IV fastslår, at tidlig opsporing af kræft blandt andet kræver velfungerende screeningsprogrammer. I dag bliver befolkningen tilbudt screening for livmoderhalskræft, brystkræft og kræft i tyk- og endetarm. Formålet er at opdage forstadier eller kræft, endnu inden patienten mærker symptomer på kræft, og inden sygdommen når at udvikle sig.

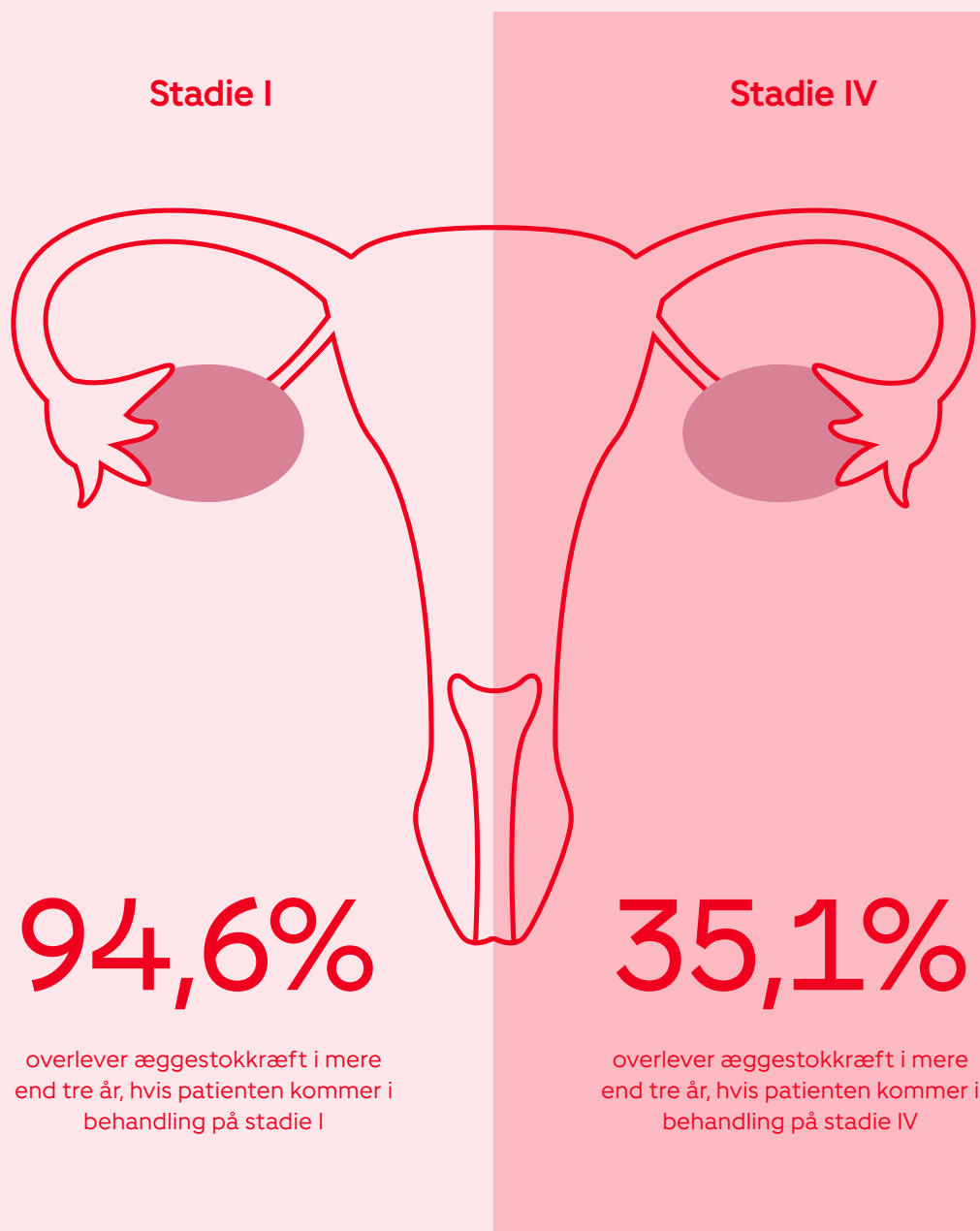
Screening for brystkræft: Deltagelse forbedrer overlevelsen

Alle kvinder mellem 50 og 69 år bliver hvert andet år tilbudt en mammografi – en røntgenundersøgelse af brystet. Røntgenundersøgelsen kan afsløre forandringer i brystet ned til få millimeter, som man ikke selv kan mærke.

FIGUR 3.1

Tidlig diagnose giver bedre overlevelse

Tre-års relativ overlevelse for patienter med kræft i æggestokkene



Screening er medvirkende årsag til, at flere kvinder får en mere skånsom behandling, og at færre kvinder dør af brystkræft. Beregninger viser, at deltagelse i brystkræftscreening kan nedsætte dødeligheden af brystkræft med 20 pct.³⁶

Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt kvinder. Hver dag får 13 kvinder brystkræft, og tre dør af sygdommen. Dobbelt så mange kvinder overlever brystkræft i dag sammenlignet med for 25 år siden. Sygdommen forekommer hyppigst i de aldersgrupper, som tilbydes screening, altså kvinder mellem 50 og 69 år.³⁷

Over 80 pct. af de inviterede kvinder deltager i brystkræftscreeningen. Deltagelsen har været svagt dalende over de tre seneste runder på nær i Region Hovedstaden, men er stadig tilfredsstillende i forhold til den ønskede standard på 75 pct.³⁸

Som noget nyt undersøges på europæisk plan muligheden for at tilpasse hyppigheden af mammografi til den enkelte kvindes individuelle risiko for brystkræft. Det kan betyde, at vi i fremtiden får et

screeningsprogram, hvor kvinder med en særlig risiko for brystkræft skal undersøges oftere end kvinder med lavere risiko.

Screening for livmoderhalskræft:

Deltagelsen er for lav

Alle kvinder mellem 23 og 64 år tilbydes tjek for livmoderhalskræft. Op til 50-årsalderen hvert tredje år, og derefter hvert femte år. Screening har mere end halveret antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft siden 1960'erne.³⁷

Hver dag får en kvinde i Danmark livmoderhalskræft. Halvdelen af dem, der får sygdommen, er ikke blevet screenet regelmæssigt.³⁹

Den nuværende deltagerprocent, både regionalt og på landsplan, er et alarmerende stykke under de ønskede 75 pct. Og den er desværre faldende. Kun cirka halvdelen af de 23-årige kvinder møder op, når de inviteres første gang.⁴⁰

FIGUR 3.2

Deltagelse i screening for brystkræft

Andelen af målgruppen, der deltager i brystkræftscreening.

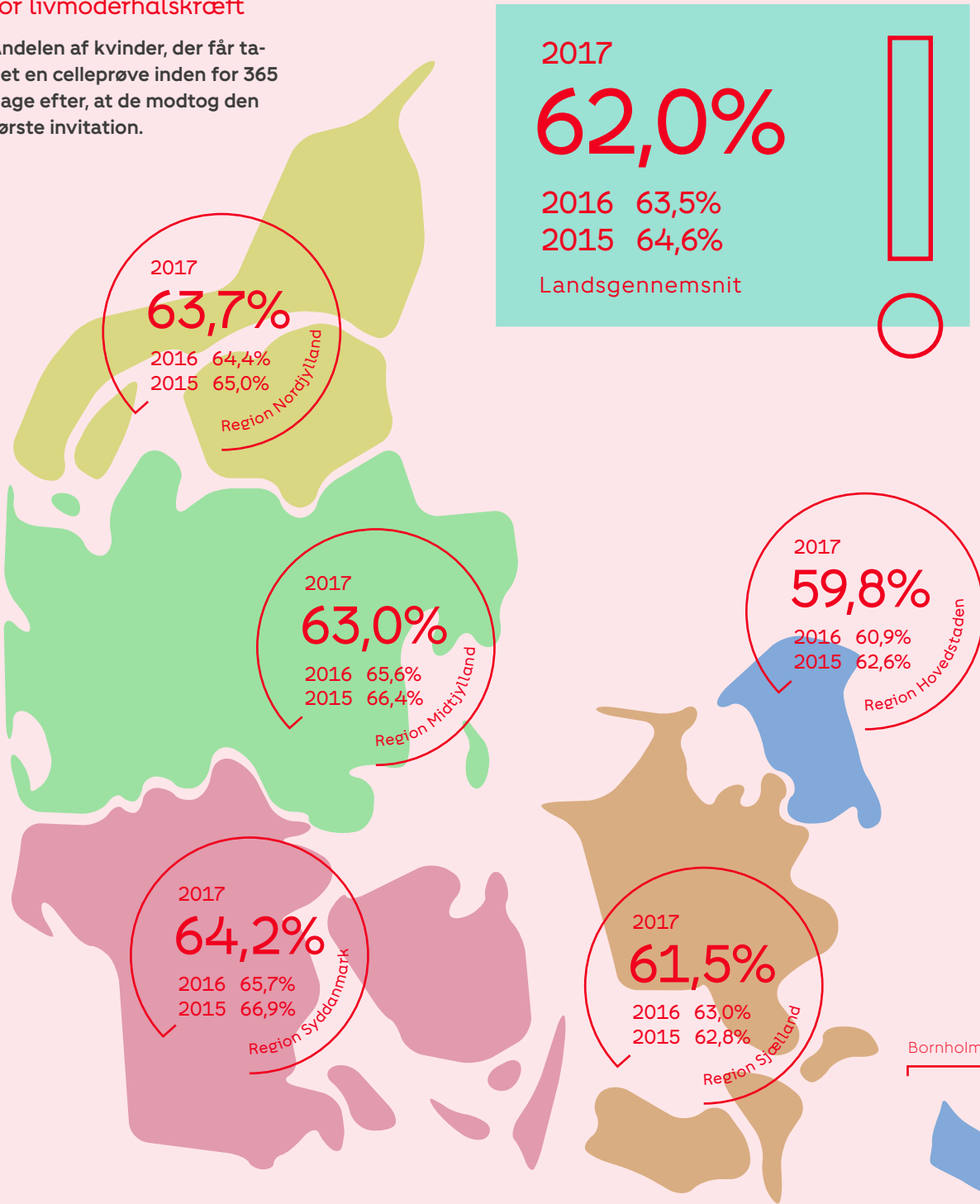
Region	2017-18*	2015-16*	2013-14*
Lands gennemsnit	83,2%	83,0%	84,3%
Hovedstaden	83,0%	77,6%	80,2%
Sjælland	81,0%	82,2%	82,5%
Syddanmark	85,3%	87,9%	92,4%
Midtjylland	82,5%	85,3%	83,2%
Nordjylland	84,1%	83,9%	84,2%

*Hver region opgør deres 2 årspærioder (runder) mellem forskellige datoer
Kilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening³⁸

FIGUR 3.3

Deltagelse i screening for livmoderhalskræft

Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve inden for 365 dage efter, at de modtog den første invitation.



Kilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening⁴⁰

Screening for tarmkræft: Endnu flere skal tage imod tilbuddet

Screening for tarmkræft blev indført i Danmark i 2014 og tilbydes mænd og kvinder i alderen 50-74 år hvert andet år. Et effektivt screeningsprogram vil føre til en nedgang i både forekomst og dødelighed af sygdommen.⁴¹

Befolkningen skal vænne sig til et nyt screeningsprogram, og for nogle er det grænseoverskridende at tage en afføringsprøve. Deltagelsen i screeningsprogrammet er faldet, og i alle regioner er deltagelsen lavest blandt de 50-54-årige. Den faldende deltagelse kan bl.a. skyldes, at der er mindre omtale af tarmkræftscreening i medierne nu, end da screeningsprogrammet blev indført.⁴²

FIGUR 3.4

Deltagelse i screening for tarmkræft

Andelen af kvinder og mænd, der har indsendt en afføringsprøve inden for 4,5 måned efter invitation.

Region	2017	2016	2015
Lands gennemsnit	61%	61%	64%
Hovedstaden	56%	57%	59%
Sjælland	58%	59%	62%
Syddanmark	64%	64%	66%
Midtjylland	63%	64%	66%
Nordjylland	64%	64%	66%

ULIGHED I KRÆFT: SCREENING

Der er social ulighed i screening for kræft

- Der er systematisk lavere deltagelse i screening blandt danskere med kort uddannelse, lav indkomst, minoritetsbaggrund, eller som bor alene.⁸
- Blandt danskere, der har en lang uddannelse, er der 15 procentpoint flere, der deltager i livmoderhalskræftscreening (91 pct.), end blandt danskere med kort skolegang (76 pct.).⁴³ For tarmkræftscreening og brystkræftscreening er forskellene mellem personer med lang og kort uddannelse hhv. 10 procentpoint (69 pct. og 59 pct.) og 6 procentpoint (76 pct. og 82 pct.).^{44, 45}

KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

For at realisere de positive effekter af screening er det nødvendigt at sætte målrettet ind for at øge deltagelsen i screeningsprogrammerne for livmoderhalskræft og tarmkræft.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til:

- At regionerne gør en særlig indsats målrettet grupper med særlig lav deltagelse som personer med kort uddannelse, lav indkomst og anden etnisk baggrund. Det kan f.eks. ske med let læsbart informationsmateriale, gerne på andre sprog end dansk.
- At regionerne sikrer, at de praktiserende læger taler om livmoderhalskræftscreening med især unge kvinder, kortuddannede og enlige samt kvinder med minoritetsbaggrund.
- At regionerne iværksætter forskellige informationsindsatser, der skal skabe fornyet opmærksomhed om tarmkræftscreening og bryde med et eventuelt tabu.

Otte ud af ti kræfttilfælde opdages på baggrund af patientens henvendelse til egen læge.



FAKTA

Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelser

Kræftens Bekæmpelse gennemfører løbende landsdækkende undersøgelser af kræftpatienters behov og oplevelser i kræftforløbet. Den seneste undersøgelse er delt i to, hvor de samme patienter først spørges om udrednings- og behandlingsforløbet fire til syv måneder efter diagnosen, og igen to et halvt år efter diagnosen spørges om deres opfølgings- og efterforløb.

Undersøgelsen er ikke helt repræsentativ. Nogle grupper er overrepræsenteret. Det gælder de 60-80 årige, personer, der er gift/samlevende, personer med bryst- eller tarmkræft samt personer med mellemlang eller lang uddannelse.

Del 1: Barometerundersøgelsen (2017)⁴⁹
Tema: Udredning og behandling
Deltagere: 5.389
Svarprocent: 52%

Del 2: Barometerundersøgelsen (2019)⁵⁰
Tema: Opfølgings- og efterforløbet
Deltagere: 3.153
Svarprocent: 73%

TIDLIG OPSPORING

Skiftende regeringer har siden 2014 haft som mål, at kræft skal opdages tidligere og behandles hurtigere, så flere kan overleve.⁴⁶

I dette afsnit ser vi på de enkelte led i det forløb, som en typisk patient skal igennem for at blive udredt og behandlet for kræft.

Før patienten går til læge

Otte ud af ti kræfttilfælde opdages på baggrund af patienternes henvendelse til egen læge.⁴⁷

Derfor spiller tiden, fra patienten mærker de første symptomer, til patienten opsøger sin læge, en væsentlig rolle for at opdage kræft så tidligt som muligt. For at kunne reagere er det vigtigt, at især den ældre del af befolkningen ved, hvilke symptomer der kan være tegn på kræft.

Fra løbende rundspørger foretaget for Kræftens Bekæmpelse blandt repræsentative udsnit af den danske befolkning ved vi, at kendskabet til symptomer på kræft stiger i kølvandet på en oplysningskampagne med fokus på emnet. Den seneste rundspørge viser, at kvinder (44 pct.) og personer med en lang uddannelse (47 pct.) i højere grad end mænd (33 pct.) og kortuddannede (31 pct.) mener at kende symptomerne på kræft.

8 ud af 10 angiver, at det er altafgørende for at overleve kræft bedst muligt, at kræften opdages tidligt.⁴⁸

Af Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2017 fremgår det, at der er sket et fald i den tid, der går fra kræftpatienter føler symptomer, til de opsøger egen læge. Blandt den fjerdedel af kræftpatienterne i undersøgelsen, der venter længst tid med at søge læge, er der sket et fald på 16 dage fra 61 dage i 2011 til 45 dage i 2017.⁴⁹

Patienternes oplevelse hos den praktiserende læge

74 pct. af kræftpatienterne, der deltog i Barometerundersøgelsen 2017, oplever, at de bliver taget alvorligt hos egen læge. Og 72 pct. henvises til videre undersøgelse efter ét besøg. 42 pct. oplyser, at lægen nævner, at de henvises med mistanke om kræft, hvilket stemmer meget godt med, at cirka halvdelen af alle kræftpatienter sendes direkte i et kræftpakkeforløb, der skal sikre patienterne et veltilrettelagt forløb gennem sundhedsvæsenet.⁵¹

Men der er stor variation i, hvor mange gange patienten konsulterer den praktiserende læge inden henvisning til undersøgelse hos speciallæge eller sygehus. Nogle kræftsygdomme har meget tydelige symptomer, mens andre er mere lumske.

90 pct. af patienterne med brystkræft henvises efter kun ét besøg.

Blandt patienter med blodkræft er det kun 58 pct., og blandt patienter med lungekræft er det kun 57 pct., der henvises allerede efter én konsultation. 10 pct. af patienterne med disse kræftformer opsøger lægen fire eller flere gange, før de kommer videre.

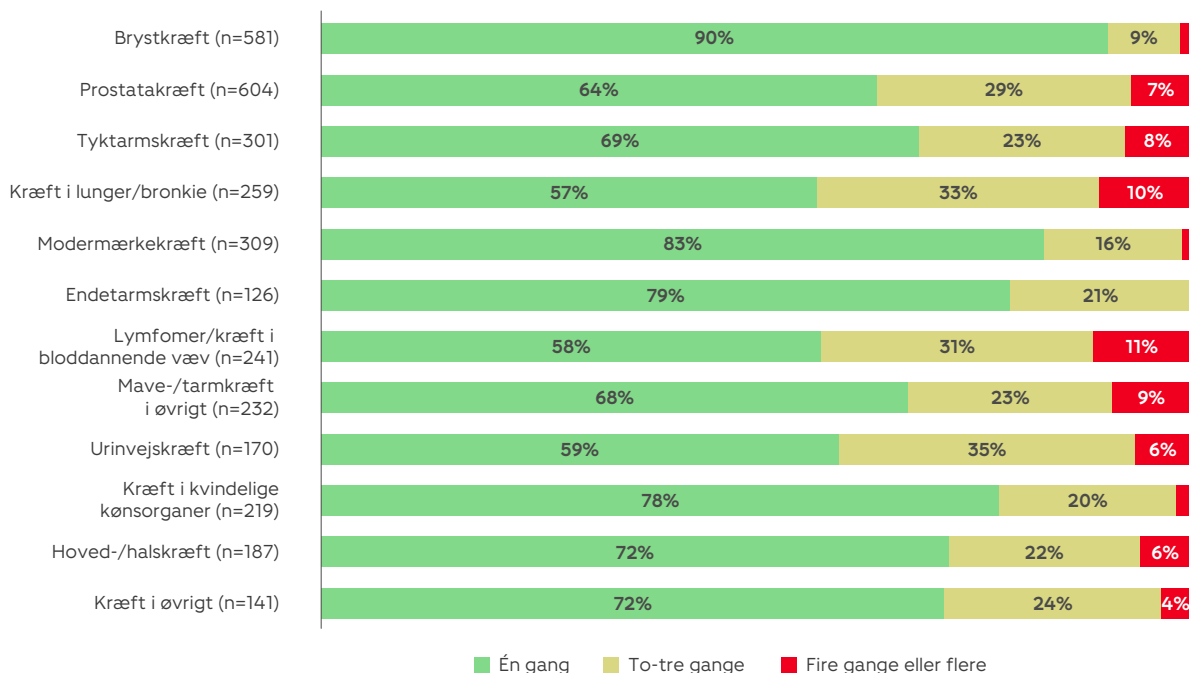
I gennemsnit er det 5 pct. af patienterne, der går til læge fire eller flere gange, før de henvises videre.

FIGUR 3.5

Kræftpatienternes oplevelse af henvisning til kræftudredning

Hvor mange gange var du hos en praktiserende læge, inden du blev henvist til undersøgelse hos en speciallæge eller på sygehus?

(Andel af patienterne, der svarer en, to-tre eller fire eller flere gange)



Kilde: Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017: Sygdomsspecifikke analyser

Flere veje til en kræftdiagnose



Patienter med alarmsymptomer på kræft kommer i et kræftpakkeforløb, hvor udredning og behandling er sat på skinner. For patienter med mere vage symptomer er vejen til den rette diagnose og behandling ofte mere knudret.

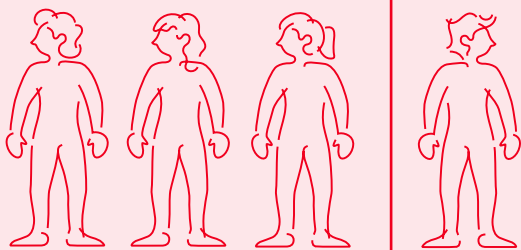
88%

af alle patienter, der viser sig at have kræft, kommer før eller siden i et kræftpakkeforløb.⁵³

Omkring halvdelen af alle af de patienter, der senere viser sig at have kræft, kommer ikke i kræftpakke fra start, fordi de ikke har symptomer, som lægen vurderer som alarmsymptomer, som de er defineret i kræftpakkerne.⁵¹



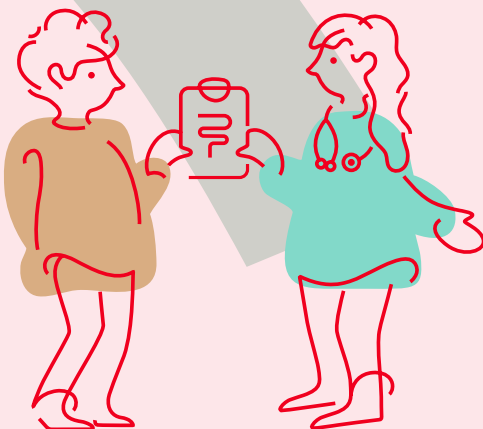
Tre ud af fire i kræftpakkeforløb har ikke kræft



Rask eller anden sygdom



Kræftbehandling



Tre veje til udredning af kræft

Der er tre hovedveje til udredning af kræft i det danske sundhedssystem. Det er typisk den praktiserende læge, som er indgang til de forskellige udredningsveje. Det er den praktiserende læges vurdering af patienternes symptomer, der er af betydning for, hvordan patienten videre udredes.

Kræftpakke

Kræftpakkeforløbene sikrer patienterne et forløb gennem sundhedsvæsenet, der er lagt på skinner med fagligt begrundede tidsfrister, der fastslår, hvor lang tid der højst bør gå, fra henvisningen er modtaget på hospitalet, til udredningen er afsluttet, og behandling påbegyndt, hvis patienten viser sig at have kræft. Pakkerne beskriver også opfølgning efter behandling og efterforløb med rehabilitering og palliativ indsats.

Kræftpakkerne er også i internationalt perspektiv en succes. De har bidraget til markante forbedringer af kræftbehandlingen i Danmark.

Sundhedsstyrelsen opererer med 33 organspecifikke pakkeforløb, der dækker de mest udbredte kræftformer som for eksempel brystkræft, prostatakræft og lungekræft og et enkelt forløb for patienter, der har metastaser, uden man kender den organspecifikke kræfttype.⁵²

For at komme i en kræftpakke skal patienten have alarmsymptomer på kræft, der er nærmere defineret i de enkelte pakkeforløb.

Diagnostisk pakke

Det er imidlertid kun omkring halvdelen af de danske kræftpatienter, der har så klare symptomer, at de fra starten af deres forløb bliver henvist til et organspecifikt pakkeforløb.⁵¹

Hvis patienterne har uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, kan de udredes i et diagnostisk pakkeforløb, der fastsætter en tidsfrist på maksimalt 28 dage for udredningen. Dette forløb kaldes også MAS (Mistanke om Alvorlig Sygdom, der kunne være kræft).

Praktiserende læger bestiller undersøgelser

I de tilfælde hvor patienten har vage symptomer, men hvor den praktiserende læge mistænker kræft, kan den praktiserende læge vælge selv at bestille f.eks. CT-scanninger og blodprøver på hospitalerne for at få mistanken afklaret.

Antallet af kræftpakkeforløb stiger ikke i takt med antallet af kræfttilfælde

Kræftens Bekæmpelse har på baggrund af data fra Landspatientregisteret trukket af Sundhedsdatastyrelsen analyseret kræftpakkeforløb i perioden 2013 til 2018.⁵⁵ De følgende afsnit bringer hovedkonklusionerne fra denne analyse. På grund af arbejdet med en opdatering af Landspatientregisteret har Sundhedsdatastyrelsen ikke offentliggjort tal for hele 2019.

Antallet af pakkeforløb har været forholdsvis konstant i perioden 2013-2018. Det kan umiddelbart undre, fordi et stigende antal danskere har fået kræft. I 2013 blev der gennemført 23.272 pakkeforløb mod 23.566 i 2017 – med et maksimum i perioden i 2015 på 24.910 forløb. I samme periode steg antallet af

kræfttilfælde fra 39.864 (2013) til 42.779 (2017). Det svarer til en stigning i forekomsten af kræft på ca. 7,3 pct. mod en stigning i antallet af kræftforløb på ca. 1,2 pct. over den samlede periode.

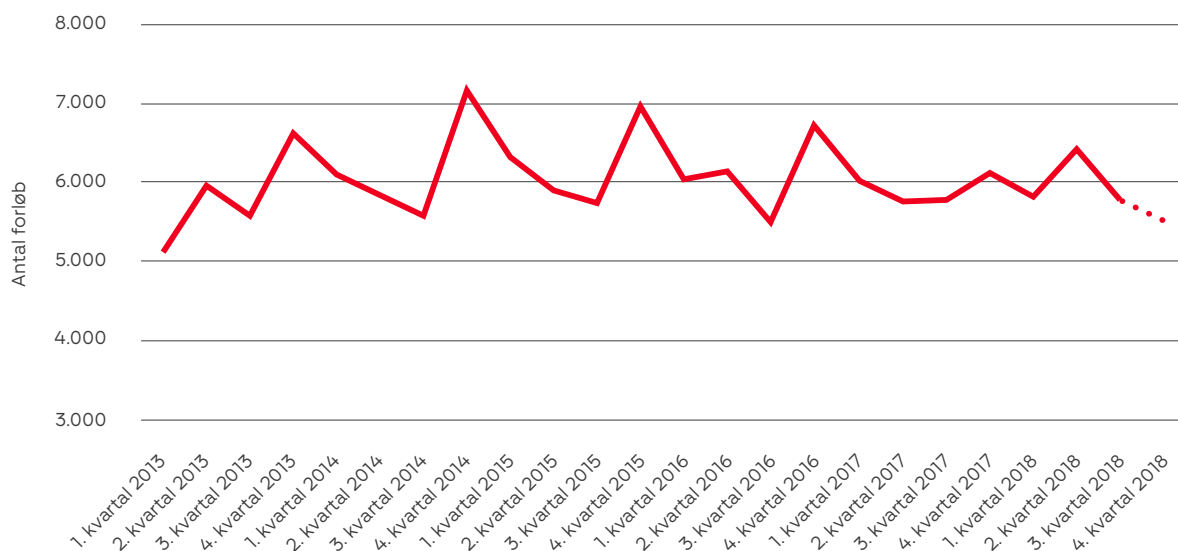
Antallet af pakkeforløb i de enkelte regioner har siden 2014 været rimelig konstant bortset fra Region Hovedstaden, hvor antallet falder i perioden. Det skyldes formentlig indførelsen af Sundhedsplatformen.

Hver femte kræftpakkeforløb overholder ikke tidsfristerne

Andelen af gennemførte pakkeforløb inden for standardforløbstiden, det vil sige de fagligt begrundede tidsfrister, som er defineret i hvert enkelt pakkeforløb, har nærmest ikke ændret sig i perioden 2013-2018.

FIGUR 3.6

Antal kræftpakkeforløb på landsplan



Note: Den stiplede linje angiver de nyeste tal dvs. eksklusiv efterregistreringer.

Den samlede målopfyldelse for fjerde kvartal 2018 er således uden de forventede efterregistreringer.

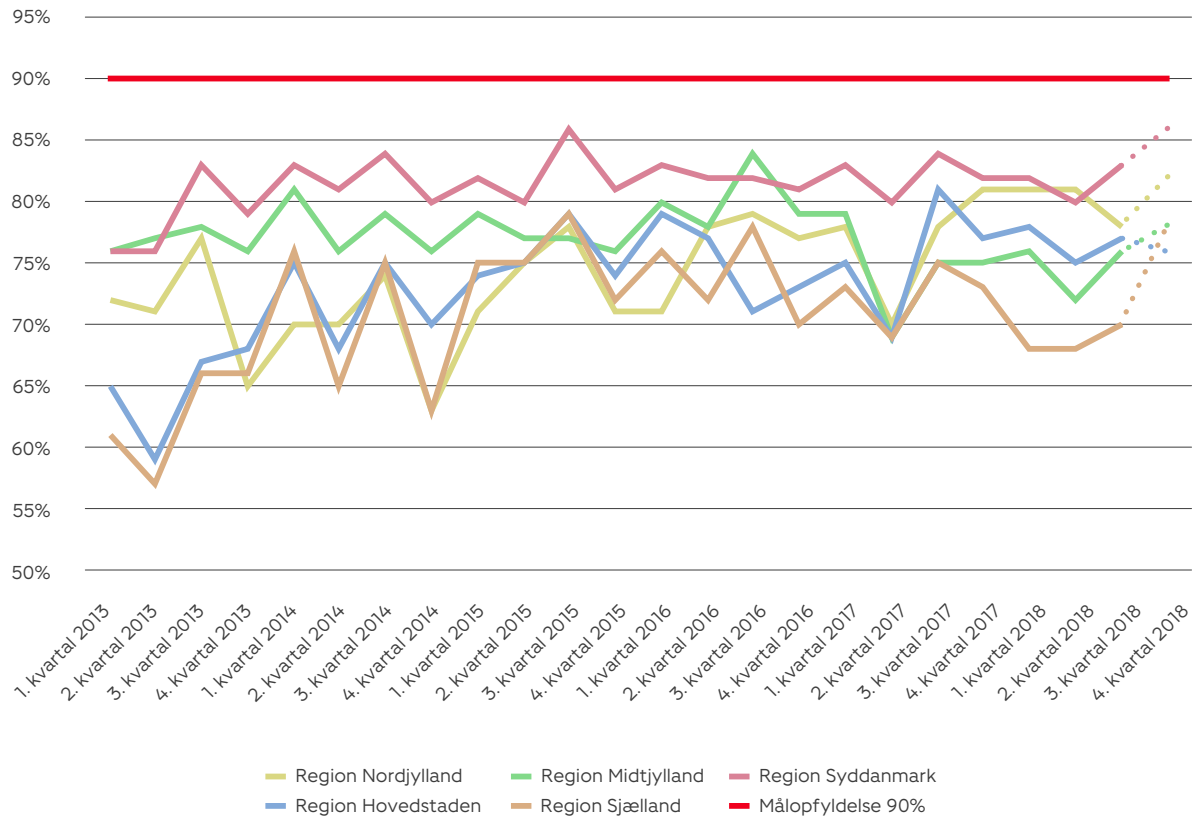
Kilde: Landspatientregisteret pr. 2 februar 2019, Sundhedsdatastyrelsen

I første kvartal 2013 blev tidsfristerne overholdt for 70 pct. af patienterne i kræftpakkeforløbene på landsplan. I perioden mellem første kvartal 2014 til og med andet kvartal 2018 er gennemsnittet 77 pct.

Forskellene mellem regionerne er over tid samlet set snævret ind, men der er ved periodens udgang stadig ca. 17 procentpoints forskel mellem regionerne med højeste og laveste målopfyldelse. Region Syddanmark har samlet set præsteret bedst i perioden i forhold til at få patienterne igennem kræftpakkeforløbene inden for tidsfristerne.

FIGUR 3.7

Andelen af forløb, der gennemføres inden for den lægefagligt begrundede forløbstid



Note: De stiplede linjer angiver de nyeste (stationære) tal dvs. eksklusiv efterregistreringer. Den samlede målopfyldelse for fjerde kvartal 2018 er således uden de forventede efterregistreringer
 Kilde: Landspatientregistret pr. 2 februar 2019, Sundhedsdatastyrelsen

Kræftpakker: Variation i den regionale indsats

Statsrevisorerne kritiserer på baggrund af Rigsrevisionens gennemgang af rettidigheden i indsatsen over kræftpatienter, "at der er forskelle i regionernes opsporing, udredning, behandling og opfølgning af kræftpatienter. Patienter behandles således forskelligt, afhængigt af hvilken region de bor i.⁵⁶

En analyse foretaget af Kræftens Bekæmpelse af 12 udvalgte kræftpakkeforløb opdelt på regioner i perioden 2013-2018 bekræfter de regionale forskelle.⁵⁵

Regionerne har som mål at gennemføre 90 pct. af forløbene inden for de fagligt begrundede standardforløbstider. Af analysen af de 12 udvalgte kræftpakkeforløb fremgår det, at det er lykkedes alle regionerne at leve op til målet i mindst et kvartal

i den femårige periode med ti af de 12 kræftpakkeforløb. Kun for blærekræft og prostatakræft er det aldrig lykkedes.

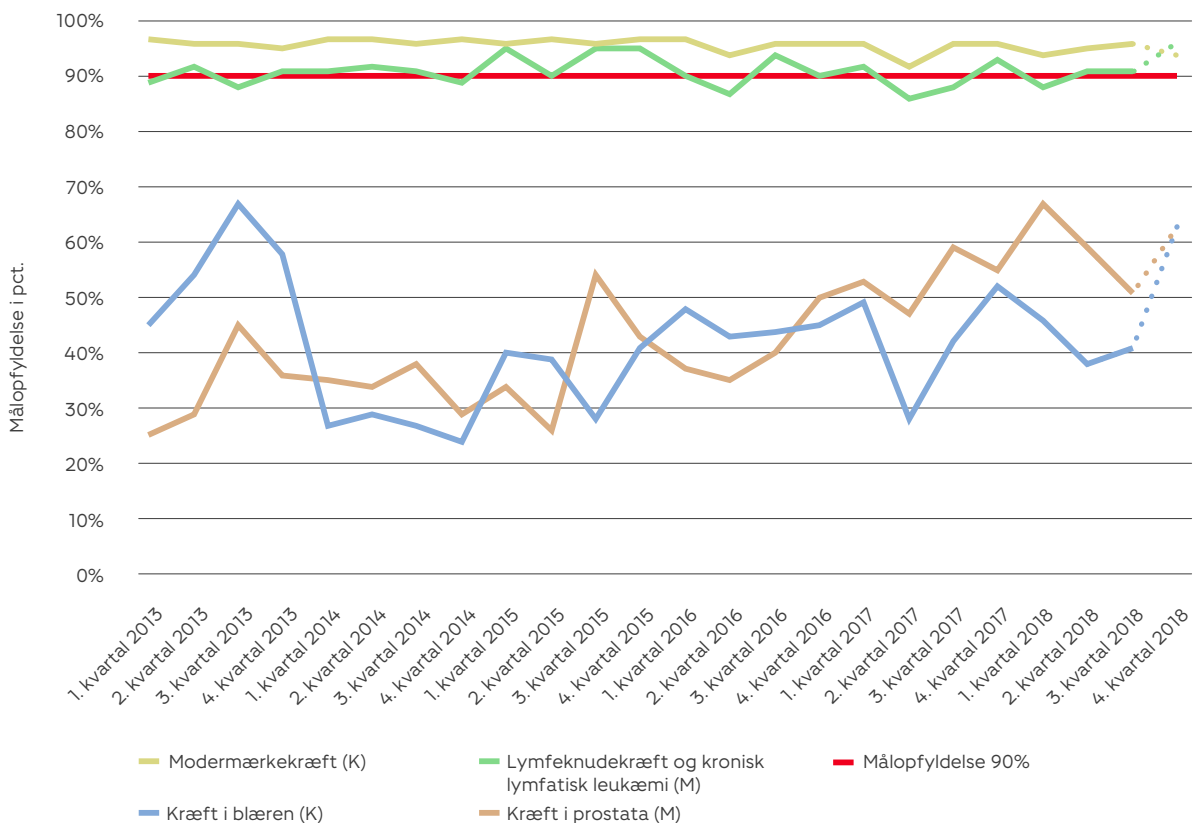
Regionernes mål er således opnåeligt, men det er hidtil ikke lykkedes nogen region at fastholde niveauet for de forskellige kræftformer med en enkelt undtagelse, nemlig modermærkekræft.

Udviklingen i de 12 pakkeforløb viser, at der er betydelige forskelle i målopfyldelse mellem de enkelte kræftområder og betydelige variationer fra kvartal til kvartal.

Således ligger modermærkekræft, lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi konstant og tæt på målet i hele perioden. Mens kræft i blæren svinger op og ned og ligger langt fra målet over tid.

FIGUR 3.8

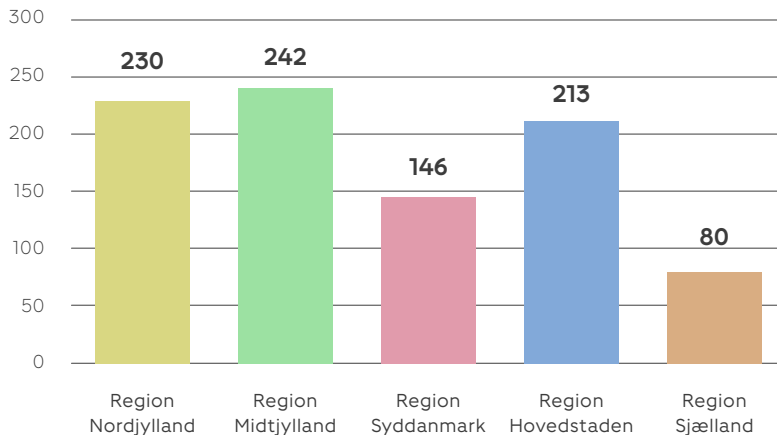
Udvalgte kræftpakkeforløb fordelt på sygdomme



Note: De stiplede linjer angiver de nyeste (stationære) tal dvs. eksklusiv efterregistreringer. Den samlede målopfyldelse for fjerde kvartal 2018 er således uden de forventede efterregistreringer.

FIGUR 3.9

Antal diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 borgere i 2018



Kilder: Landspatientregistret, pr. 2 februar 2019, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

Kræftens Bekæmpelses undersøgelse viser altså, at der kan være stor forskel på, hvor hurtigt man kommer i behandling, alt efter hvilken kræftsygdom man har, hvor man bor i landet, og hvornår man bliver henvist.

Forløb uden for kræftpakkerne

Det er kun omkring halvdelen af kræftpatienterne, der har så klare symptomer, at de bliver henvist direkte til en kræftpakke. 20 pct. af kræftpatienterne har til at begynde med symptomer, som deres egen læge vurderer som alvorlige, men som ikke passer ind i en kræftpakke, og 30 pct. af kræftpatienterne har vage symptomer, som ikke oplagt er alvorlige, men som kunne være tegn på kræft. Det kan f.eks. dreje sig om træthed, vægttab, smerter feber og lignende.^{51, 57} Forskning viser, at den praktiserende læges *fornemmelse* af, om patienten er alvorligt syg, er god til at forudsige, om patienten i en udredning viser sig faktisk at have kræft.⁵⁸ Lægens fornemmelse er da også et af henvisningskriterierne til diagnostisk pakkeforløb.

Flere kommer i diagnostisk pakkeforløb

Patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, kan udredes i det diagnostiske pakkeforløb.

Siden 2013 er brugen af det diagnostiske pakkeforløb på landsplan blevet mere end fordoblet. I 2018 var det 10.000, hvilket svarer til ca. tre forløb per år per praktiserende læge. Oprindeligt var der estimeret det dobbelte antal, nemlig 20.000 forløb om året.⁵⁹

Men der er store regionale forskelle. I 2018 blev der henvist tre gange så mange patienter pr. 100.000 indbyggere til diagnostisk pakkeforløb i Region Midtjylland som i Region Sjælland. I 2013 var der tale om fem gange så mange, så forskellen er blevet mindre.

Danske erfaringer viser, at 11 til 20 pct. af patienterne med uspecifikke symptomer, der bliver udredt i diagnostiske pakker, har kræft.⁶⁰



Nogle kræftsygdomme har tydelige symptomer, mens andre er mere lumske. Brystkræft hører til den første kategori, og hele 90 pct. af patienter med brystkræft svarer i Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, at de blev henvist til kræftudredning, første gang de gik til lægen.

Fungerer forskelligt

Den diagnostiske pakke for alvorlig sygdom samt de diagnostiske enheder fungerer i dag uensartet. Det er forskelligt, hvilke henvisningskriterier der gælder lokalt, hvilken udredning patienterne gennemgår, og hvilket forløb de tilbydes. Det har VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd kortlagt i en interviewbaseret undersøgelse af vilkårene for udredning af patienter uden for kræftpakkerne.⁵⁵ Det kan være en mulig forklaring på forskellene i antallet af diagnostiske forløb i regionerne.

VIVE fremhæver i denne forbindelse talrige eksempler på, at tilbuddene varierer mellem de forskellige enheder, hvilket medfører, at de praktiserende læger risikere at mangle overblik over diagnostiske muligheder for deres patienter. Det indebærer ifølge VIVE væsentlige udfordringer og barrierer for de praktiserende lægers brug af henvisning til diagnostisk pakkeforløb.⁶¹

Patienter med vage symptomer

Patienter med vage symptomer, hvor de praktiserende læger alligevel har en bekymring eller vil udelukke en svag mistanke om, at der kunne være tale om kræft, kan de praktiserende læger i et vist omfang selv udrede.

I 2016 fik de praktiserende læger nemlig mulighed for selv at bestille egne ct-scanninger på hospitalerne, så de hurtigt kunne afklare eller udelukke, om der var tale om kræft.

Vi har ikke systematiske data om de praktiserende lægers brug af denne mulighed. Men ifølge VIVE er der stor forskel på, hvordan denne mulighed fungerer i praksis forskellige steder i landet.

VIVE fremhæver en række eksempler på uenigheder, kommunikationsproblemer og uhensigtsmæssigheder i samarbejdet mellem praktiserende læger og billeddiagnostiske afdelinger på hospitalerne.^{61,56}

” Der er risiko for, at kræftsygdomme ikke opdages så tidligt som muligt, og at kræftsygdomme dermed bliver mere fremskredne og sværere at behandle.”

- Rigsrevisionen

Kritik fra Rigsrevisionen

Rigsrevisionen har i en gennemgang af ”rettidigheden” i indsatsen over for kræftpatienter hæftet sig ved, at det er svært at forbedre den tidlige opsporing af kræft forstået som den del af patienternes forløb, der ligger før en eventuel henvisning til udredning af patienten i et kræftpakkeforløb eller i en diagnostisk pakke. Det skyldes blandt andet, at der mangler systematiske og sammenlignelige data om patienternes forløb, før de eventuelt kommer i en diagnostisk pakke eller i et organspecifikt kræftforløb.

Rigsrevisionen konkluderer, at ”der er risiko for, at kræftsygdomme ikke opdages så tidligt som muligt, og at kræftsygdomme dermed bliver mere fremskredne og sværere at behandle”.⁵⁶

Statsrevisorerne tilslutter sig kritikken og bemærker også, at ”regionerne siden 2014 har haft et mål om, at 90 pct. af kræftpakkerne skulle gennemføres inden for standardforløbstiderne, men det er ikke besluttet, hvornår målet skal nås.”

Hver femte diagnosefejl rammer kræftpatienter

Ifølge en rapport fra Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed koster forkerte diagnoser årligt over 60 mennesker livet.⁶² De seneste ti år har 7.600 patienter fået tilkendt erstatning for skader forårsaget af en fejldiagnose.

Cirka en ud af fem sager om diagnosticeringsfejl handler om kræftpatienter. Heraf flest med brystkræft.

Problemet er formentlig langt større, end rapporten kan påvise. Den er nemlig baseret på afgørelser fra Patienterstatningen, men langt fra alle berørte patienter anmelder skader. Og langt fra alle, der klager, får medhold.

ULIGHED I KRÆFT: TIDLIG OPSPORING

Socialt dårligere stillede får oftere stillet kræftdiagnosen senere og har dermed større risiko for at lide af mere spredt og udviklet kræft end mere velstillede og højere uddannede personer.

- Vi ved kun lidt om sociale forskelle i ventetid fra symptom til lægebesøg⁶³ og ventetid fra lægebesøg til diagnose og behandling.⁶⁴
- Der ses en overordnet tendens til, at personer med kort uddannelse, lav indkomst, eller som bor alene, får stillet diagnosen i et mere fremskredent stadie.⁸
- Der ses social ulighed i stadie ved diagnose hos patienter med livmoderhalskræft⁶⁵, visse former for hovedhalskræft⁶⁶, endetarmskræft⁶⁷, modermærkekræft⁶⁸, lymfekræft⁶⁹ og lungekræft.⁷⁰
- Der er social ulighed i, hvilke patienter som debuterer akut med deres tarmkræft. Disse patienter har behov for akut operation med meget høj dødelighed.⁷¹



KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

Jo tidligere kræft diagnosticeres og behandles, desto bedre er mulighederne for overlevelse med færrest senfølger.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til:

- At offentlige myndigheder medvirker til løbende at oplyse danskerne om, hvornår de bør gå til læge med symptomer, som kan være kræft eller anden alvorlig sygdom.
- At disse indsatser suppleres med særlige indsatser målrettet mænd og kortuddannede, som hyppigere er sene til at reagere på symptomer.
- At Sundhedsministeriet udarbejder en ny og samlet national plan for monitorering og rapportering af de diagnostiske forløb på tværs af almen praksis og sygehuse med henblik på at forbedre og udvikle diagnostikken til gavn for patientens forløb fra symptom til diagnose. I denne forbindelse bør den del af patientforløbene, der ligger før kræftpakkeforløbet, undersøges med henblik på at lette vejen til hurtig udredning for den del af patienterne, der i dag ikke kommer direkte i en kræftpakke.
- At Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen vælger fælles nationale principper for organisering af og adgang til de diagnostiske centre.
- At regionerne letter og sikrer, at praktiserende læger har hurtig og direkte adgang til at få foretaget undersøgelser, der kan be- eller afkræfte, om der er tale om alvorlig sygdom.
- At Danske Regioner fremlægger en plan for, hvornår og hvordan 90 pct. af kræftpakkeforløbene bliver gennemført inden for standardforløbstiderne. Især bør fokus være på de kræftområder og de regioner, der ligger længst fra målet.



Patientinvolvering
og palliativ indsats



Patient- involvering og palliativ indsats

I dette kapitel fokuserer vi på de mål for involveringen af patienter i behandlingen, der er fastlagt i Kræftplan IV. Kvaliteten af selve kræftbehandlingen rapporteres til 24 såkaldte kvalitetsdatabaser.⁷² I denne rapport har vi valgt at fokusere på data om den palliative indsats fra Dansk Palliativ Database, der er en af de 24 kvalitetsdatabaser.

INVOLVERING AF PATIENTER I BEHANDLINGEN

Patientansvarlig læge

Kræftpatienter har ofte komplekse forløb, som kræver specialiseret behandling på flere forskellige afdelinger på flere forskellige hospitaler. Derfor har Kræftplan IV som mål, at 90 pct. af alle kræftpatienter skal opleve at have en patientansvarlig læge, der er ansvarlig for patientens forløb på tværs af alle specialer.⁷³

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) skal i fremtiden følge, hvordan det går med at opfylde denne målsætning for alle kræftpatienter uanset, hvilke afdelinger de er knyttet til. I øjeblikket kan man kun se oplysninger om de 3.549 kræftpatienter i LUP-undersøgelsen fra 2018, der var indlagt eller blev behandlet ambulant på onkologiske afdelinger.⁷⁴

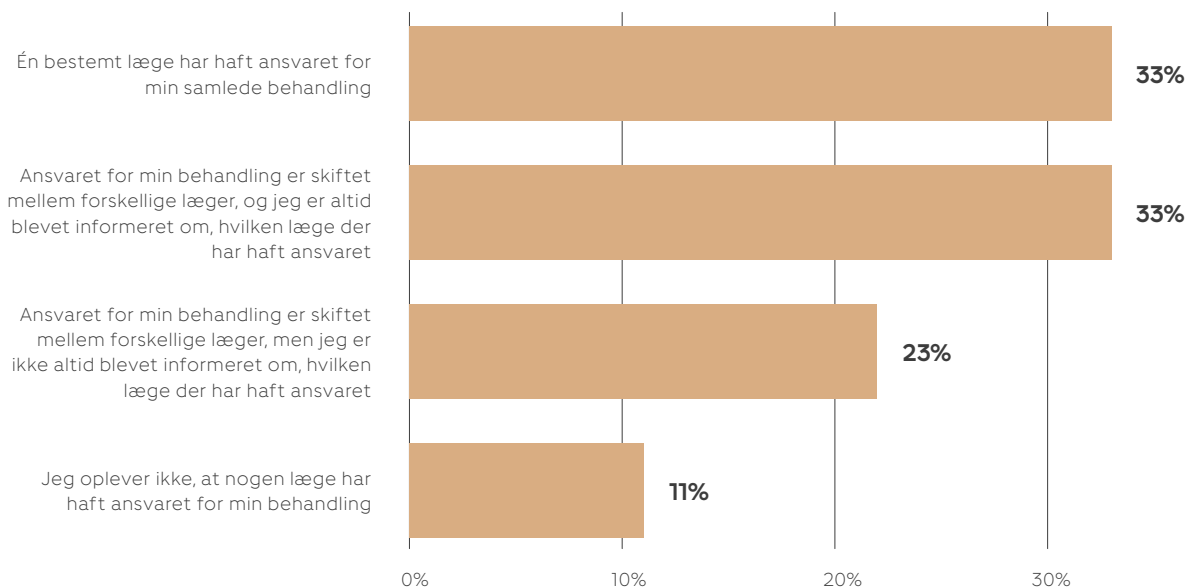
Af dem har 45 pct. hørt om ordningen med den patientansvarlige læge. Og 33 pct. svarer ja til, at de har en patientansvarlig læge. Undersøgelsen er foretaget på et tidspunkt, hvor ordningen endnu ikke var fuldt udbredt.

Forud for indførelsen af den patientansvarlige læge, har Kræftens Bekæmpelse i Barometerundersøgelsen fra 2017 spurgt kræftpatienterne om deres oplevelser. Også i denne undersøgelse er der 33 pct., der oplever, at en bestemt læge har haft ansvaret for deres behandling. Yderligere 33 pct. har oplevet, at ansvaret er skiftet mellem forskellige læger, men at de er blevet informeret om det.⁴⁹

FIGUR 4.1

Patienternes oplevelse af ansvarlig læge (tal i pct.)

Hvilket af følgende udsagn passer bedst på dine oplevelser:



Kilde: Barometerundersøgelsen 2017⁴⁹

Ifølge Kræftplan IV skal mindst ni ud af ti kræftpatienter i 2020 opleve, at de deltager i beslutninger om deres egen behandling, og at de bliver informeret om bivirkninger ved den medicin, de skal have.



Kræftpatienter skal involveres

Mindst ni ud af ti kræftpatienter skal i 2020 opleve, at de deltager i beslutninger om deres egen behandling, og at de bliver informeret om bivirkninger ved den medicin, de skal have. Det mål er også fastsat i Kræftplan IV.

Et nationalt projekt til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer som opfølgning på Kræftplan IV er desværre blevet skrinlagt, og det er nu op til den enkelte region at implementere indsatsen.⁷⁵ Fælles beslutningstagning indebærer, at den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer med den sundhedsprofessionelle.

Tilstrækkelig information om sygdom og behandlingsmuligheder er en vigtig forudsætning for, at man som patient kan træffe informerede valg og indgå i beslutninger om sin behandling, særligt hvis man står overfor to ligeværdige behandlingsmuligheder. Omvendt er der også patienter, der foretrækker at overlade disse beslutninger til lægen.⁴⁹

Ifølge Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse fra 2017 oplever de fleste kræftpatienter, at

de får den information, de har behov for om deres kræftsygdom, sygdommens alvorlighed samt behandlingsmuligheder. Cirka hver femte patient oplever, at de manglede information om mulige komplikationer efter operation (21 pct.) eller bivirkninger af medicin (17 pct.). (Læs fakta om Barometerundersøgelserne på side 50).

Hver tredje kræftpatient angiver, at de manglede lidt eller meget information om, hvilke følger de kan forvente af sygdommen eller behandlingen på langt sigt. Stort set ingen patienter oplever, at de fik for meget information.

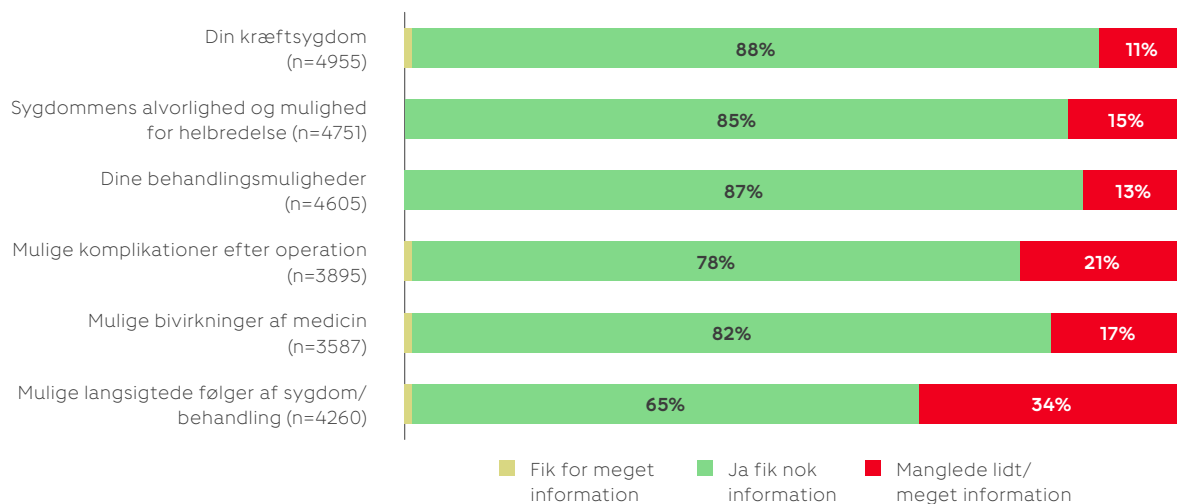
I en uddybende analyse er patienternes oplevelse af involvering blevet sammenlignet med deres ønske om involvering i beslutninger om behandling.

Resultatet viser, at 79 pct. er blevet involveret i beslutninger om deres behandling i overensstemmelse med, hvad de ønskede. 14 pct. oplever, at de blev involveret for lidt, mens 7 pct. omvendt oplever, at de blev involveret for meget.

FIGUR 4.2

Patienternes vurdering af informationen (tal i pct.)

Inden du startede i behandling, gav en læge eller sygeplejerske dig den information, du havde behov for om:



Delpopulation: De personer, der har svaret "ikke relevant for mig" er ekskluderet i opgørelsen, bar 1 (n=182), bar 2 (n=172), bar 3 (n=230), bar 4 (n=828), bar 5 (n=1.213), bar 6 (n=514).

Kilde: Barometerundersøgelsen 2017

KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

- At regionerne sikrer, at 90 pct. af alle kræftpatienter har en patientansvarlig læge.
- At sundhedsvæsenet i samarbejde med forskere og patienter arbejder videre med "fælles beslutningstagning", hvor patienten og den sundhedsprofessionelle sammen finder frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten.

ULIGHED I KRÆFT: KRÆFTBEHANDLING

- Undersøgelser viser, at social ulighed i kræftbehandling ofte delvist forklares ud fra sociale forskelle i sygdommens stadie ved diagnose og så patientens generelle helbredstilstand.
- Der er langt flere kræftpatienter med kort uddannelse eller lav indkomst, som lider af en eller flere andre kroniske sygdomme, som KOL, sukkersyge og hjertekarsygdom.^{26, 81} Disse sygdomme påvirker, hvilken kræftbehandling patienter kan tilbydes.
- Selv når der tages højde for forskelle i stadie og multisygdom, ses der social ulighed i komplekse behandlingsforløb, f.eks. tilbydes færre patienter med kort uddannelse knoglemarvstransplantation for leukæmi.⁸²

PALLIATIV INDSATS

Den palliative eller lindrende indsats er tværfaglig og sigter mod at fremme livskvaliteten hos patienter med livstruende sygdomme og deres pårørende. Den palliative indsats skal så tidligt som muligt forebygge og lindre lidelse gennem behandling af smerter og hjælp til at tackle andre fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle belastninger for kræftpatienterne og deres pårørende.⁷⁴

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den palliative indsats tilbydes patienter og pårørende tidligt i sygdomsforløbet, gerne allerede fra diagnosetidspunktet, også når patienten tilbydes livsforlængende eller mulig helbredende behandling.

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, varetages indsatsen af den praktiserende læge i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje.

Den *specialiserede* palliative indsats varetages af palliative teams og afdelinger samt på hospice. Denne del af indsatsen dokumenteres ud fra en række fælles kvalitetsindikatorer landet over. Derimod foretages der ikke ensartede og sammenlignelige registreringer af den basale palliative indsats på tværs af sygehuse og kommuner.

Kræftens Bekæmpelse opsamler erfaringer fra patienter og pårørende, der gør brug af vores rådgivningstilbud. Derfra ved vi, at patienter og pårørende oplever store forskelle og mangler i den palliative indsats.

De fleste kræftpatienter ønsker at tilbringe mest mulig tid i eget hjem og ønsker at dø hjemme, men



danske undersøgelser viser dog, at det er de færreste, der får dette ønske realiseret. Meget tyder på, at de palliative forløb generelt ikke koordineres i tilstrækkelig grad, og at patienterne således ikke har mulighed for at forberede sig og få tilstrækkelig indflydelse og lindring i den sidste tid.^{75, 76}

Halvdelen af de patienter, der dør i løbet af et år (51 pct.), svarende til 8.042 personer i 2018, tilbydes en palliativ indsats på specialiseret niveau.⁷⁷

Store forskelle på regionernes kapacitet til den specialiserede lindrende indsats

Tal fra 2016 og 2019 fra REHPA og Dansk Palliativ Database viser, at der landet over er forskellig

kapacitet til at give et specialiseret palliativt tilbud til henviste patienter, og at kapaciteten ikke er væsentligt ændret over de seneste år.

Hver femte kræftpatient dør, før den specialiserede indsats, som de er godkendt til, indledes.⁷⁶ Det drejer sig om cirka 2.000 personer om året. Kræftpatienter bliver fortsat henvist til specialiseret palliativ indsats meget sent i deres sygdomsforløb, cirka en måned før de dør, selvom Sundhedsstyrelsen anbefaler en tidlig indsats.

Hver fjerde kræftpatient på landsplan venter fortsat mere end ti dage på at blive modtaget i den specialiserede lindrende indsats.⁷⁶ Som det fremgår af Figur 4.5 er der betydelige regionale forskelle.

FIGUR 4.3

Regionernes kapacitet vedrørende hospicer, palliative afdelinger og palliative teams

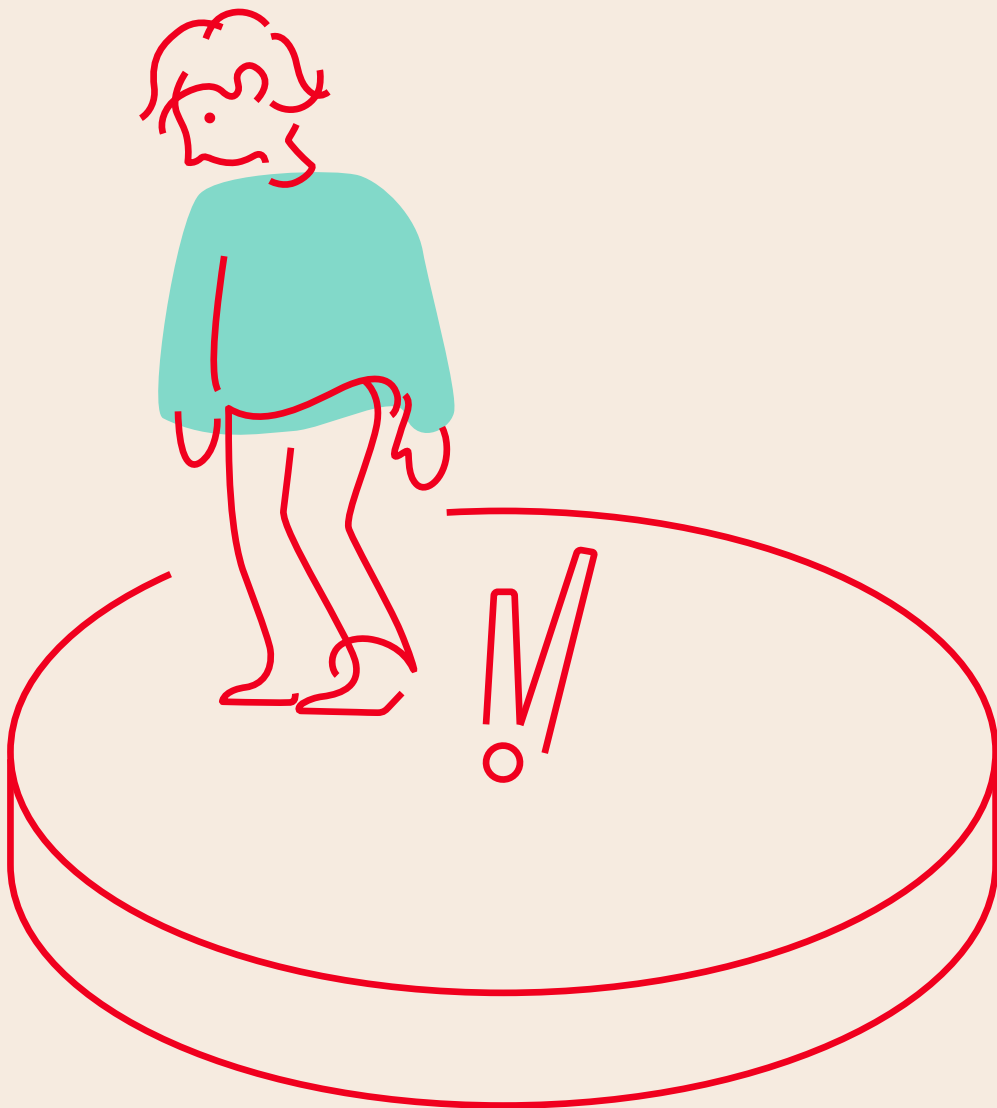
	Antal indbyggere	Hospice sengepladser, antal (pr. mio.)		Palliative afd./afsnit sengepladser, antal (pr. mio.)		Patienter modtaget i palliativt team, antal (pr. mio.)	
		1. jan 2019, mio.	2016*	2019	2016*	2019	2016
Danmark	5,8	252 (42)	254 (44)	80 (14)	93 (16)	7.324 (1.285)	7.168 (1.235)
Region Hovedstaden	1,83	70 (39)	68 (37)	34 (19)	43 (23)	1.629 (910)	2.138 (1.168)
Region Sjælland	0,83	42 (51)	42 (50)	10 (12)	12 (14)	1.370 (1.650)	1.028 (1.238)
Region Syddanmark	1,22	60 (50)	60 (49)	22 (18)	23 (19)	1.525 (1.260)	1.395 (1.143)
Region Midtjylland	1,32	59 (46)	63 (48)	0 (0)	63 (48)	1.454 (1.127)	1.524 (1.155)
Region Nordjylland	0,58	21 (36)	21 (36)	14 (24)	21 (36)	1.346 (2.281)	1.083 (1.867)

* tal for sengepladser pr 1 mio. indbyggere for 2016 er beregnet på ud fra befolkningstal i 2016

** der forefindes ikke aktuelt tal for 2019 (pr. mio. er beregnet ud fra 2019 befolkningstal)

Kilde: Dansk Palliativ Databases sekretariat

Lindrende indsats tilbydes for sent



FIGUR 4.4

Andel af henviste patienter, der dør eller når at blive for dårlige, inden de får kontakt med specialiseret palliativ behandling

	2014	2015	2017	2018
Danmark	20%	21%	19%	18%
Region Hovedstaden	23%	26%	23%	19%
Region Sjælland	24%	21%	20%	18%
Region Syddanmark	22%	23%	21%	23%
Region Midtjylland	22%	16%	16%	15%
Region Nordjylland	12%	12%	15%	12%

Kilde: Årsrapporter fra Dansk Palliativ Database 2014-2018⁷⁶⁻⁸⁰

FIGUR 4.5

Andel af modtagne patienter, der har deres første behandlingskontakt senere end 10 dage efter modtagelse af henvisning

	2014	2015	2016	2017	2018
Danmark	23%	26%	26%	25%	27%
Region Hovedstaden	38%	43%	44%	42%	40%
Region Sjælland	21%	24%	27%	24%	33%
Region Syddanmark	23%	28%	28%	27%	26%
Region Midtjylland	15%	13%	9%	8%	11%
Region Nordjylland	14%	15%	17%	20%	19%

Kilde: Årsrapporter fra Dansk Palliativ Database 2014-2018⁷⁶⁻⁸⁰

Manglen på læger med kompetencer i lindrende indsats stiger markant

Den palliative indsats i Danmark har flere gange opnået ret dårlige vurderinger i internationale sammenligninger, blandt andet under henvisning til, at Danmark har for få læger med speciale i palliativ medicin. Ifølge det faglige selskab Dansk Selskab for Palliativ Medicin modsvarer den nuværende nordiske uddannelse (NSCPM fra 2003) langt fra behovet for egentlige lægefaglige specialister i palliativ medicin. Danmark har otte pladser på den toårige uddannelse, og ved den seneste ansøggerrunde var der 30 kvalificerede ansøgere fra Danmark.

Dansk Selskab for Palliativ Medicin estimerer i en orientering til Kræftens Bekæmpelse, at der er behov for 150 lægestillinger i den palliative indsats i Danmark, hvor der nu eksisterer ca. 100. En del af de specialuddannede læger ventes at gå på pension i de kommende år. Det er landet over svært at besætte ledige lægestillinger i den palliative indsats. Der er ifølge selskabet derfor en stor opgave i forhold til uddannelse af læger i palliativ medicin, der på nuværende tidspunkt ikke bliver løst.



Hver femte kræftpatient dør, før den specialiserede palliative indsats, som de er godkendt til, indledes. Det drejer sig om cirka 2.000 personer om året.

KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

Palliativ indsats kræver rettidig indsats af høj faglig kvalitet.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler derfor:

- At der sker en tidlig og systematisk vurdering af patienternes palliative behov
- At regioner og kommuner sikrer den nødvendige palliative kapacitet.
- At kvalitet og udbud af den basale palliative indsats i hele landet understøttes og sikres gennem indsamling af sammenlignelige data.
- At der sker en systematisk kompetenceudvikling af sundheds- og plejemedarbejdere på det basale palliative område, samt at der uddannes flere læger med specialistkompetencer.



5

Livet med – og
efter kræft





Livet med – og efter kræft

Flere kræftpatienter overlever kræft, og flere kræftpatienter lever længere med kræft end tidligere. I dag er der således over 300.000 kræftoverlevende i Danmark.¹



Mange kræftpatienter har det godt. Men over halvdelen af alle kræftpatienter oplever en eller flere senfølger efter sygdommen og behandlingen. Mange oplyser, at de ikke får deres behov for hjælp dækket.

På tværs af alle kræftsygdomme og behandlinger oplever mange kræftoverlevende smerter, en særlig træthed kaldet fatigue, søvnproblemer, angst, depression, besvær med hukommelse og koncentration og seksuelle problemer. Dertil kommer senfølger, der er relateret til den konkrete kræftsygdom og behandling, som kræftpatienten har fået.

Der er derfor et stort behov for rehabilitering. Det er den fælles betegnelse for alle de forskellige indsatser, der skal sikre, at mennesker, der har eller har haft kræft, får hjælp og støtte til fysiske, psykiske

og sociale behov, så de bedst muligt kan bevare eller genvinde deres funktionsevne.

Opfølgingsplan

Ifølge Sundhedsstyrelsen har alle kræftpatienter ved afslutningen af behandlingen krav på en afsluttende samtale, hvor sygehuspersonalet i fællesskab med patienten foretager en vurdering af patientens behov for et opfølgingsforløb på hospitalet med f.eks. blodprøver og scanninger. Hvis der ikke allerede er udarbejdet en individuel plan for opfølgning, skal det gøres. Om det så også sker, bliver endnu ikke registreret som led i monitoreringen af kræftpakkeforløb.⁸³

I Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse fra 2017 svarede 52 pct. af patienterne, at de ikke

havde modtaget en personlig skriftlig opfølgingsplan fra sygehuset.⁴⁹

I Barometerundersøgelsen fra 2019 er det kun 28 pct., der ved, at de har en skriftlig opfølgingsplan i deres e-journal på sundhed.dk. Men hele 68 pct. kender i høj grad planen.⁵⁰ (Læs fakta om Barometerundersøgelserne på side 50).

Information om tilbagefald og senfølger

Sundhedsstyrelsen skriver, at patienten i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle plan for opfølgning bør informeres om tegn på tilbagefald og senfølger. Sygehuspersonalet skal sikre, at patienten ved endt behandling på sygehuset ved, hvem patienten skal kontakte ved mistanke om tilbagefald, nyopstået kræft, aktivitet i eksisterende kræft og ved nye problemer med bivirkninger og senfølger.⁸³

Mere end en tredjedel af patienterne svarer i Barometerundersøgelsen 2019, at de slet ikke eller kun

i mindre grad ved, hvilke symptomer der kan være tegn på tilbagefald. Og lidt under halvdelen svarer, at de slet ikke eller kun i mindre grad kender til tegn på senfølger.

Langt størstedelen af patienterne (90 pct.) ved, hvem de kan kontakte, hvis de oplever tegn på, at kræftsygdommen er vendt tilbage. Men 29 pct. ved ikke, hvor de skal henvende sig, hvis de oplever tegn på senfølger.

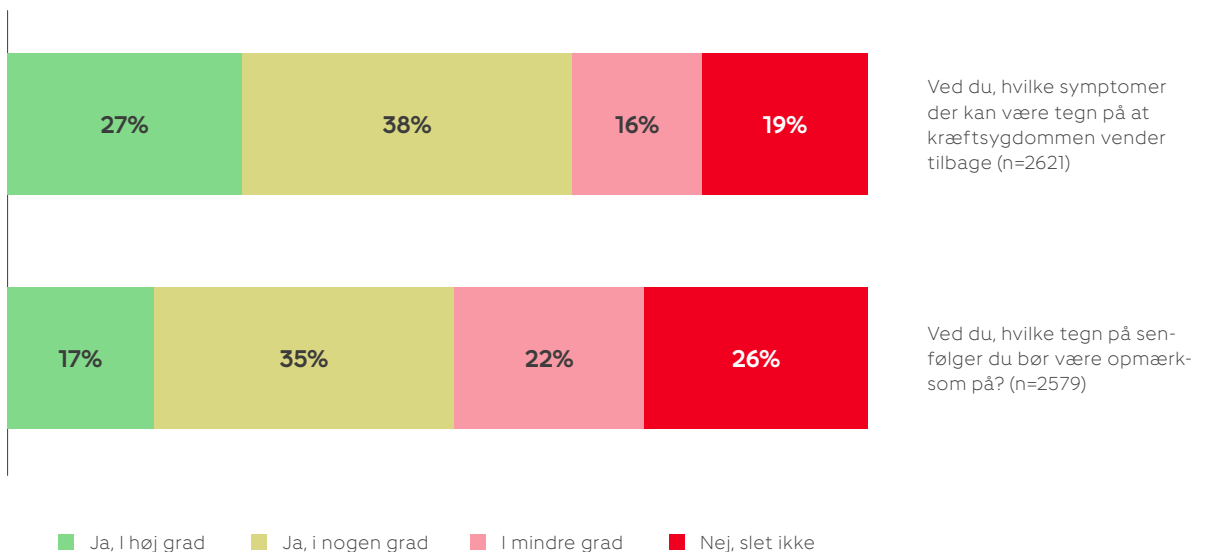
Involvering af patienterne

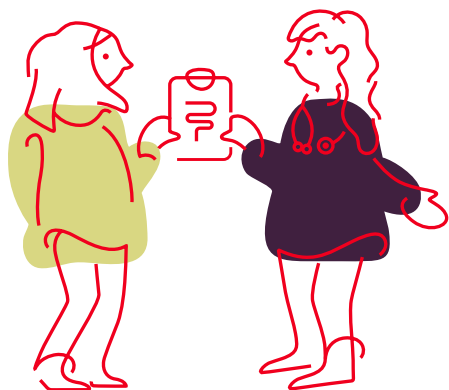
Ifølge Sundhedsstyrelsen skal vurderingen af patientens behov for opfølgning ske i fællesskab mellem sygehuspersonalet og patienten.

Barometerundersøgelsen fra 2019 viser, at mere end halvdelen af kræftpatienterne i undersøgelsen oplever, at de slet ikke (36 pct.) eller kun i mindre grad (15 pct.) var med til at træffe beslutninger om deres opfølgingsforløb.

FIGUR 5.1

Patienternes viden om symptomer og senfølger (tal i pct)





KRÆFTPATIENTERS BEHOV FOR HJÆLP OG STØTTE

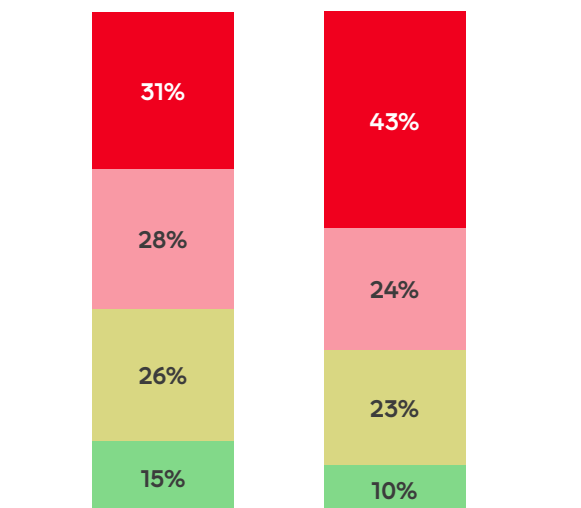
Knap 60 pct. af de kræftpatienter, der deltager i Barometerundersøgelsen 2019, siger, at de har haft ét eller flere behov for hjælp, støtte eller rådgivning til enten fysiske, psykiske eller sociale forhold.

Ud af alle kræftpatienter har 38 pct. ét eller flere behov, som to et halvt år efter kræftdiagnosen kun er blevet dækket i mindre grad eller slet ikke. 41 pct. har ikke haft behov. Og 21 pct. siger, at de har fået tilstrækkeligt hjælp og støtte.

FIGUR 5.2

Patienternes vurdering af hjælp og støtte til senfølger (tal i pct.)

Har du efter behandlingen på sygehuset blev afsluttet fået den hjælp, du har haft behov for i forhold til:



Fysiske udfordringer/
senfølger (n=762)

Psykiske udfordringer/
senfølger (n=702)

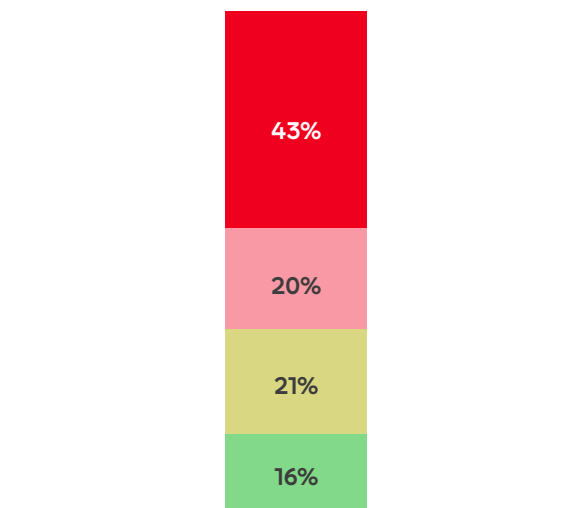
■ Ja, i høj grad
■ Ja, i nogen grad
■ I mindre grad
■ Nej, slet ikke

Delpopulation: Kun opgjort blandt de personer, der havde behov. Kilde: Barometerundersøgelsen 2019⁵⁰

FIGUR 5.3

Patienternes opfattelse af hjælp til seksuelle problemer (tal i pct.)

Har du efter behandlingen på sygehuset blev afsluttet, fået den hjælp, du har haft behov for i forhold til:



At håndtere problemer med
sex-/samliv? (n=902)

■ Ja, i høj grad
■ Ja, i nogen grad
■ I mindre grad
■ Nej, slet ikke

Delpopulation: Kun opgjort blandt de personer, der havde behov. Kilde: Barometerundersøgelsen 2019⁵⁰

Blandt de kræftpatienter, som siger, at de har behov for hjælp, siger 59 pct., at de enten slet ikke eller kun i mindre grad har fået den hjælp, de har behov for til at klare fysiske senfølger. Det tilsvarende tal for de psykiske senfølger er 67 pct.

35 pct. af kræftpatienterne oplyser i Barometerundersøgelsen 2019, at de har behov for hjælp til at klare seksuelle problemer. Men af dem er det kun de færreste, der siger, at de får den hjælp, som de har behov for. Langt de fleste (63 pct.) siger, at de slet ikke eller kun i mindre grad har fået den hjælp, som de har behov for.

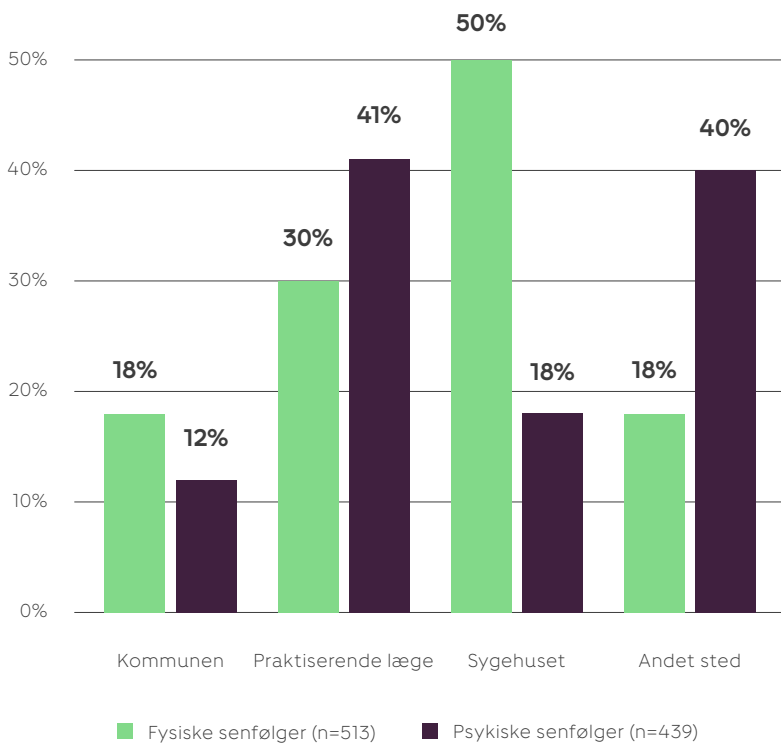
De tilbud om hjælp, som patienterne får eller skaffer sig, kommer fra forskellige dele af sundhedsvæsenet og fra private, hvilket for eksempel dækker over fitnesscentre og privatpraktiserende psykologer.

Undersøgelsen viser, at blandt de cirka 20 pct. af patienterne, der får hjælp til senfølger, er det oftest gennem den praktiserende læge eller 'andet sted' (private udbydere m.v.), at patienterne får hjælp til psykiske senfølger, mens sygehuset primært hjælper patienterne med fysiske senfølger. Kun de færreste angiver, at de har fået hjælp til senfølger gennem kommunen.

FIGUR 5.4

Hvem hjælper patienterne med senfølger (tal i pct.)

Hvor har du fået hjælp til håndtering af udfordringer eller senfølger?



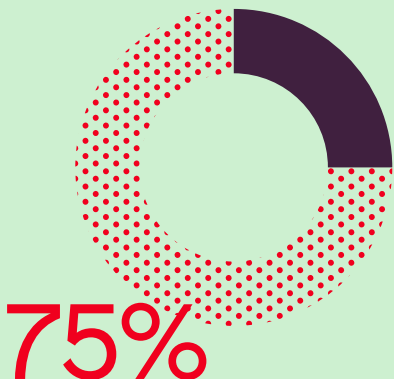
Delpopulation: Kun opgjort blandt de cirka 20 pct. af patienterne, der har fået hjælp til senfølger. *Fordelingen summerer til mere end 100 pct., da det var muligt at angive flere svar.

Kilde: Barometerundersøgelsen 2019⁴⁹

FIGUR 5.5

Patienternes opfattelse af det nære sundhedsvæsen

ALMEN PRAKSIS



oplever ikke, at sygehuspersonalet har talt med dem om, hvordan den praktiserende læge kunne hjælpe

14 pct. angiver, at praktiserende læge i høj grad har spillet en rolle i opfølgingsforløbet

6 pct. er blevet kontaktet af en praktiserende læge efter afsluttet behandling

KOMMUNE

40 pct. har haft kontakt med kommunen

Ud af de 40 pct. oplever:

25 pct. at ansatte i kommunen i ringe grad har sat sig ind i deres forløb

20% vurderer hjælpen fra kommunen som dårlig /særdeles dårlig



Kontakt til kommuner og praktiserende læger

Barometerundersøgelsen fra 2019 viser, at mange kræftpatienter er utilfredse med den hjælp, de får i det nære sundhedsvæsen.

Cirka 40 pct. af kræftpatienterne, der deltager i undersøgelsen, har haft kontakt til kommunen i deres forløb. Heraf oplever hver fjerde, at de ansatte i kommunen ikke har sat sig ordentligt ind i deres forløb, og 20 pct. vurderer, at hjælpen fra kommunen var dårlig eller decideret dårlig. Patienternes dårlige oplevelser af den kommunale indsats gælder både den kommunale hjemmepleje, tilbud om genoptræning samt rådgivning om arbejdssituation.

46 pct. af kræftpatienterne har haft kontakt til deres praktiserende læge, efter at deres behandling var afsluttet, og heraf angiver 25 pct., at den praktiserende læge ikke har hjulpet dem tilstrækkeligt med udfordringer i forhold til livet med/efter kræft.

Hele 75 pct. af patienterne svarer, at sygehuspersonalet ikke har talt med dem om, hvordan den praktiserende læge kan hjælpe dem.

Over halvdelen af kræftpatienterne i undersøgelsen oplever, at det er svært at finde de rigtige tilbud eller steder at få hjælp i sundhedsvæsenet efter deres behandlingsforløb. Samtidig giver 21 pct. af kræftpatienterne udtryk for, at de selv har haft en for stor del af ansvaret i deres opfølgingsforløb, og at det har været svært at navigere mellem kommunale tilbud, praktiserende læge, sygehus m.v.



FYSISK GENOPTRÆNING

Flere kræftpatienter udskrives med plan for fysisk genoptræning

Hjælp til fysisk genoptræning er et lovkrav. Og her er udviklingen positiv. De fleste, der har et behov for fysisk genoptræning, får nemlig et tilbud fortrinsvis fra kommunerne. Men 25 pct. af disse patienter har oplevet selv at måtte tage kontakt til enten sygehuset, kommunen, praktiserende læge – eller et privat tilbud.⁵⁰

Inden en patient udskrives fra sygehus, skal der ifølge sundhedsloven foretages en lægefaglig vurdering af patientens behov for fysisk genoptræning. Hvis lægen vurderer, at patienten har behov for fysisk genoptræning, har patienten ret til at få en skriftlig genoptræningsplan. Planen skal laves sammen med patienten og sendes til det valgte sygehus eller bopælskommune samt egen læge. Planen fungerer efterfølgende som en henvisning, og dermed som en slags faktura, til genoptræning i kommunen eller på sygehuset. Det er derfor muligt at opsamle

komplet og systematisk viden om henvisninger til den fysiske del af rehabiliteringen.

Der eksisterer ikke tilsvarende krav om systematisk vurdering af behov for psykisk og social rehabilitering. Vi har derfor ikke systematiske data om henvisninger til psykiske og sociale indsatser.

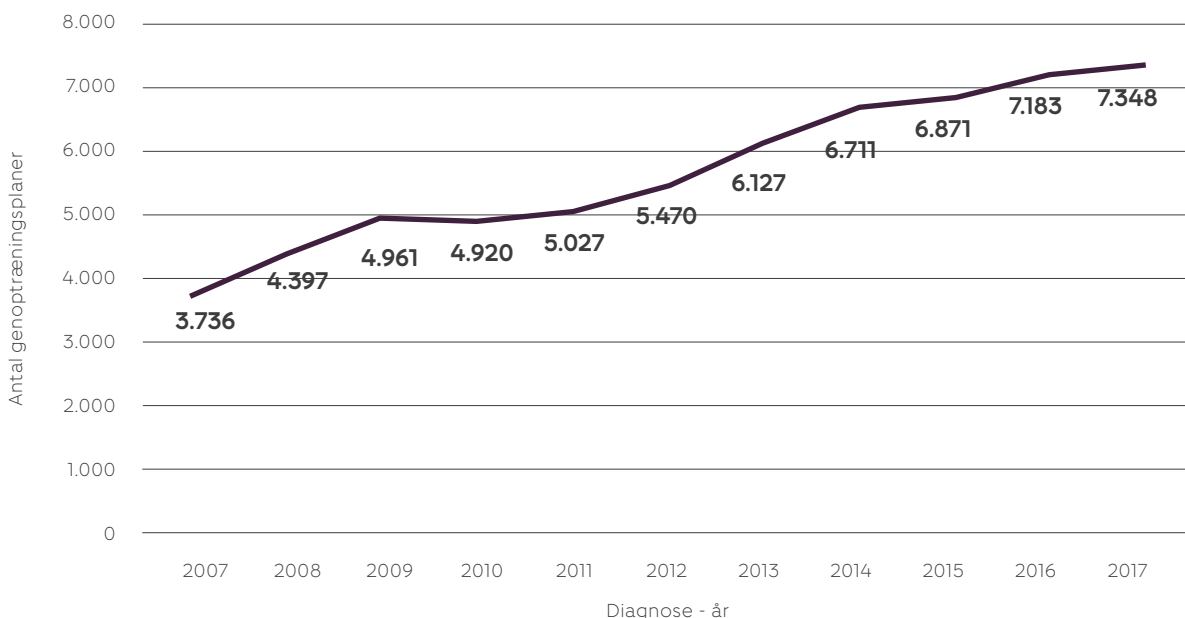
Kræftens Bekæmpelse indsamler og bearbejder årligt data fra offentlige myndigheder om den fysiske genoptræning. Den seneste rapport er fra september 2019.⁸⁴

Til kræftpatienter med diagnose i 2017 (nyeste tilgængelige data) blev der i alt registreret 7.348 genoptræningsplaner i forbindelse med udskrivning efter endt behandling på sygehuset. 90 pct. af disse var almen genoptræning, som varetages i kommunalt regi, mens 10 pct. var specialiseret og foregik på et sygehus.

I 2007 blev der udskrevet 3.736 genoptræningsplaner. Dengang fik 12 pct. af alle kræftpatienter en genoptræningsplan. I 2017 er andelen steget til 19 pct.

FIGUR 5.6

Udviklingen i antal genoptræningsplaner (diagnoseår 2007-2017)



Kilde: Genoptræning af kræftpatienter ved udskrivning fra Sygehus⁸⁴

Hver fjerde kræftpatient opsøger selv genoptræning

Kilde: Barometerundersøgelsen.
Opgjort blandt patienter med behov.

Forskelle mellem kræftsygdomme og regioner

Der er betydelige forskelle på, hvor stor en andel af kræftpatienterne der får en genoptræningsplan alt efter kræftform. På landsplan fik 31 pct. af kvinderne med brystkræft genoptræning mod kun 15 pct. af mændene med prostatakkræft i 2016.

Inden for den samme kræftform er der stor forskel mellem regionerne. For eksempel får 22,9 pct. af mændene med prostatakkræft i Region Midtjylland en genoptræningsplan mod kun 8,4 pct. i Region Nordjylland. De tilsvarende tal for patienter med kræft i tyk- og endetarmen er 20,3 pct. i Midtjylland og 9,9 pct. i Nordjylland, hvilket peger på, at der behov for klarere retningslinjer og fastlæggelse af en praksis, der fungerer uafhængigt af, hvilken region kræftpatienten behandles i.

Hver fjerde kræftpatient opsøger selv hjælp til genoptræning

I den seneste Barometerundersøgelse fra 2019 oplyser 32 pct. af kræftpatienterne, at de har oplevet

behov for genoptræning lige efter udskrivelsen. Selvom antallet af genoptræningsplaner altså er stigende, kan der være op til en tredjedel af kræftpatienter, der ikke får en genoptræningsplan trods behov, men det præcise tal kendes ikke.

Fra Barometerundersøgelsen ved vi, at 44 pct. af de deltagende kræftpatienter på et tidspunkt i deres forløb oplever behov for fysisk genoptræning. Ud af dem har 89 pct. fået et tilbud. Men hver fjerde kræftpatient oplyser, at de i mindre grad eller slet ikke har fået opfyldt deres behov for fysisk genoptræning.

Vi ved også fra Barometerundersøgelsen 2019, at 25 pct. af patienterne oplever kun at få et tilbud om genoptræning, fordi de selv tager initiativet. Patienten kontakter enten kommunen (14 pct.), en praktiserende læge (7 pct.) eller sygehus (4 pct.) for at få et tilbud om fysisk genoptræning. 13 pct. oplyser, at de vælger at træne selv, eller vælger selv at kontakte en ergo- eller fysioterapeut.

ARBEJDSLIV

Hvert år får 14.000 danskere i den erhvervsaktive alder konstateret kræft.^{85,86}

Hovedparten fortsætter med at gå på arbejde efter endt behandling. Størstedelen af kræftpatienterne oplyser i Barometerundersøgelsen 2019, at de ønsker at genoptage arbejdet og vende tilbage til den hverdag, de havde, før de blev syge. Men 27 pct. af deltagerne oplyser, at kræftsygdommen har haft en negativ påvirkning på deres arbejdssituation. Samtidig oplyser 17 pct. at de ikke har været sygemeldt i forbindelse med deres kræftsygdom.

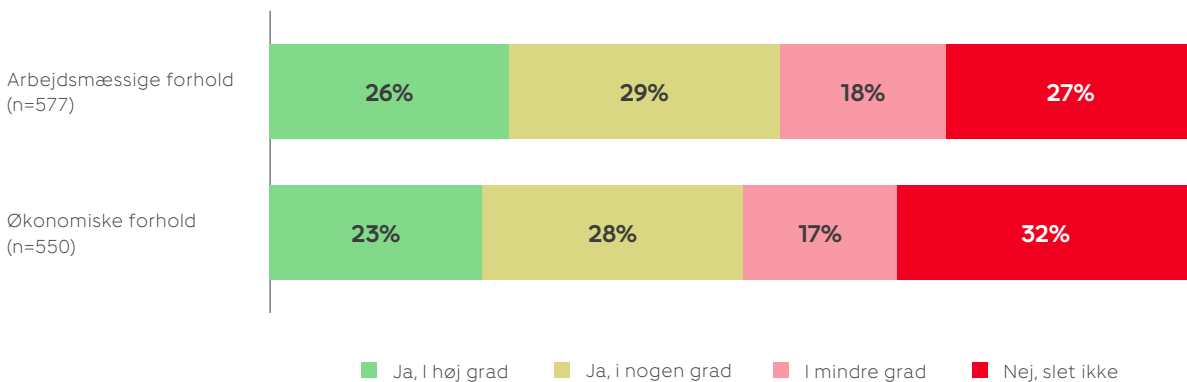
Blandt de sygemeldte har 20 pct. ikke følt sig klar til at genoptage arbejdet på tidspunktet, da de gjorde det. 16 pct. følte sig presset – særligt af jobcenteret eller arbejdsgiver – til at genoptage arbejdet.⁴⁶

Rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med et kræftforløb omfatter også hjælp og støtte, så kræftpatienter kan genoptage deres arbejde. Cirka halvdelen oplever behov for rådgivning i forhold til arbejde eller økonomi. Desværre oplever en hel del kræftpatienter, at de ikke får den rådgivning, som de mener, at de har behov for.

FIGUR 5.7

Kræftpatienternes opfattelse af rådgivning om arbejde og økonomi (tal i pct.)

Har du efter behandlingen på sygehuset blev afsluttet, fået den rådgivning, du havde behov for i forhold til:

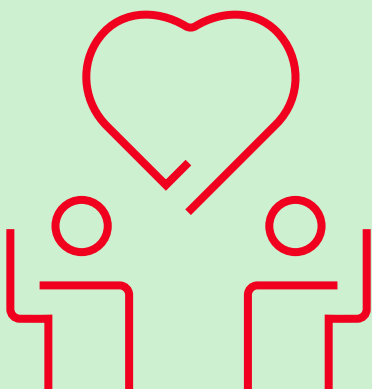


Delpopulation: Kun opgjort blandt de personer, der havde behov og var tilknyttet arbejdsmarkedet på tidspunktet, hvor de blev diagnosticeret med kræft
 Kilde: Barometerundersøgelsen 2019⁴⁶

ULIGHED I KRÆFT: LIVET EFTER KRÆFT

Når det i så høj grad er overladt til patienternes selv at skaffe tilbud om hjælp, så skaber det ulighed, fordi ikke alle patienter har overskud og ressourcer til at finde rundt i sundhedsvæsenet.

- Der er social ulighed i rehabilitering. Kræftpatienter med lang uddannelse bliver i højere grad henvist til rehabilitering efter kræftbehandling end kortuddannede kræftpatienter. Blandt de henviste patienter er det dem med lang uddannelse, der har størst tendens til at møde frem til rehabilitering, sammenlignet med dem med kort uddannelse.⁸⁷
- Kræftoverlevende med kort uddannelse har større risiko for at være arbejdsløse og for at modtage førtidspension året efter diagnose i forhold til kræftoverlevende med lang uddannelse.⁸



KRÆFTENS BEKÆMPELSE ANBEFALER

Manglende rehabilitering kan få alvorlige konsekvenser. Alle kræftpatienter med behov skal tilbydes genoptræning og andre former for hjælp og støtte som en del af en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats.

I den forbindelse anbefaler Kræftens Bekæmpelse:

- At regionerne opretter senfølgeklinikker, hvortil patienter med komplekse senfølger kan henvises.
- At alle sektorer i sundhedsvæsenet får et øget fokus på hjælp til senfølger – ikke alene fysiske, men også psykiske og sociale.
- At praktiserende læger uddannes i at diagnosticere senfølger
- At kommunerne får fokus på senfølger i den kommunale kræftrehabilitering.
- At alle kræftpatienter uanset sygdom og bopæl får nødvendig rehabilitering.
- At regionerne udarbejder retningslinjer og har fælles praksis i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplaner til kræftpatienter, herunder at sikre, at alle kræftpatienter får en samtale om deres genoptræningsbehov.
- At kræftpatienter får den nødvendige støtte og hjælp til at vende tilbage til arbejdslivet i det omfang, de er i stand til det, og på vilkår, som de kan honorere.

Referencer

1. Nye kræfttilfælde i Danmark 2018. Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
2. Dødsårsagsregisteret 2018. Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
3. Danckert B, Ferlay J, Engholm G, Hansen HL, Johannesen TB, Khan S, et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 8.2 (26.03.2019): Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society; Kan tilgås på <http://www.ancre.nu>, tilgået 05/02/2020
4. Danmarks Statistik. <https://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=FRLD119&PLanguage=0&PXSID=0&w-sid=cftree>
5. Kræftoverlevelse i Danmark 2003-2017. Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
6. Patienternes Kræftplan - Kræftplan IV. Regeringen; 2016.
7. Benchmarking II Consortium: Uddybende rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2014. DMCG; 2017.
8. Social Ulighed i Kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse; 2019.
9. Dalton SO, Olsen MH, Johansen C, Olsen JH, Andersen KK. Socioeconomic inequality in cancer survival - changes over time. A population-based study, Denmark, 1987-2013. *Acta Oncologica*, 2019;58(5):737-44.
10. 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. *European Journal of Cancer*, (1990). 2018;103:288-98.
11. Lourenco S, Gunge VB, Andersson TM, Andersen CLE, Lund AQ, Koster B, et al. Avoidable colorectal cancer cases in Denmark - The impact of red and processed meat. *Cancer Epidemiology*. 2018;55:1-7.
12. 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. *European Journal of Cancer* 2018;103:299-307.
13. 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. *European Journal of Cancer* 2017;79:106-18.
14. Andersson TM, Engholm G, Lund AQ, Lourenco 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. *European Journal of Cancer* 2019;110:42-8.
15. Koster 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. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*. 2019;35(2):78-86.
16. Parkin DM, Boyd L, Walker LC. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*. 2011;105 Suppl 2:S77-81.
17. Juel K. Hjertekarsygdomme - En vurdering af rygningens betydning for dødelighed og nye tilfælde. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
18. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer. Sundhedsstyrelsen; 2016.
19. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/fakta-om-rygning/rygning-og-helbred/>
20. Europæisk Kodeks Mod Kræft. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/da/12-muligheder/tobak>
21. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
22. Røgfri Fremtids Ungeundersøgelse 2017. Kræftens Bekæmpelse og Trygfonden; 2018.
23. Skolebørnsundersøgelsen 2018 - Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed; 2019.
24. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. Statens Institut for Folkesundhed; 2019.
25. Vidensråd for forebyggelse. <http://www.vidensraad.dk/nyhed/norge-viser-vejen-til-f%C3%A6rre-unge-rygere>
26. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sund-

- hedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen; 2018.
27. Statistisk sentralbyrå - Statistics Norway. <https://www.ssb.no/en/statbank/table/05307/>
 28. Statistikmyndigheten SCB. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0101__LE0101H/LE0101H25/
 29. Absence of Excess Body Fatness. IARC Handbook Cancer Prev. 16:1-646. International Agency for Research on Cancer; 2018. Kan tilgås fra: <https://publications.iarc.fr/570>
 30. Lund S, Frederiksen K. Notat om fremskrivning af prævalensen af overvægt i Danmark til 2045. Kræftens Bekæmpelse; 2019.
 31. OECD Data. <https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm#indicator-chart>
 32. Nordahl H, Lange T, Osler M, Diderichsen F, Andersen I, Prescott E, et al. Education and cause-specific mortality: the mediating role of differential exposure and vulnerability to behavioral risk factors. *Epidemiology* . 2014;25(3):389-96.
 33. Sundhedsstyrelsen. <http://www.danskernesundhed.dk/>
 34. Slattelid Schreiber SM, Juul KE, Dehlendorff C, Kjaer SK. Socioeconomic predictors of human papillomavirus vaccination among girls in the Danish childhood immunization program. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2015;56(4):402-7.
 35. Cabasag CJ, Butler J, Arnold M, Rutherford M, Bardot A, Ferlay J, et al. Exploring variations in ovarian cancer survival by age and stage (ICBP SurvMark-2): A population-based study. *Gynecologic Oncology*. 2020.
 36. Beau AB, Andersen PK, Vejborg I, Lynge E. Limitations in the Effect of Screening on Breast Cancer Mortality. *J Clin Oncol*. 2018;36(30):2988-94.
 37. NORDCAN. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/StatsFact.asp?cancer=212&country=208>
 38. Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening - Årsrapport 2019. RKKP; 2019.
 39. Dugue PA, Lynge E, Bjerregaard B, Rebolj M. Non-participation in screening: the case of cervical cancer in Denmark. *Preventive Medicine*. 2012;54(3-4):266-9.
 40. Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening - Årsrapport 2018. RKKP; 2019.
 41. Anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer. Sundhedsstyrelsen; 2014.
 42. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase Årsrapport 2017 - Nationale prævalens screeningsrunde. RKKP; 2018.
 43. 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. *Preventive Medicine*. 2018;111:94-100.
 44. Deding U, Henig AS, Salling A, Torp-Pedersen C, Boggild H. Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening. *International Journal of Colorectal Disease*. 2017;32(8):1117-24.
 45. 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.
 46. Jo før – jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Regeringen; 2014.
 47. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Services Research*. 2011;11:284.
 48. Mortensen JH. Tidlig opsporing af kræft: symptomkendskab og lægesøgning - En kortlægning af danskernes viden, holdning og adfærd. Kræftens Bekæmpelse; 2019.
 49. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling - Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017. Kræftens Bekæmpelse; 2017.
 50. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet - Kræftens Bekæmpelse Barometerundersøgelse, 2019. Kræftens Bekæmpelse; 2019.
 51. Jensen H, Topping 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.
 52. Indberetningsvejledning - Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype. Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
 53. Nye kræfttilfælde i pakkeforløb 2013-2018 - Analyse. Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
 54. Monitorering af kræftområdet - Årsopgørelse

2018. Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
55. Monitorering af forløbstider for organspecifikke kræftpakkeforløb fra 2013-2018 - Udvalgte resultater fra Sundhedsdatastyrelsens opgørelser af forløbstider på kræftområdet. Kræftens Bekæmpelse; 2019.
 56. Rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter. Statsrevisorerne 2018.
 57. Vedsted P, Olesen F. A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis - the Danish three-legged strategy. *British Journal of Cancer*. 2015;112 Suppl 1:S65-9.
 58. Ingeman ML, Christensen MB, Bro F, Knudsen ST, Vedsted P. The Danish cancer pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer-a cross-sectional study of patient characteristics and cancer probability. *BMC Cancer*. 2015;15:421.
 59. Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Sundhedsstyrelsen; 2016.
 60. Moseholm E. Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft - Oversigt over forskningslitteraturen. Sundhedsstyrelsen; 2019.
 61. Hauge AM, Vinge S, Kjellberg J, Højgaard B. Kræftudredning uden for kræftpakkerne – Analyse: Hvordan fungerer udredningen i almen praksis og i diagnostisk pakkeforløb? København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
 62. Patienterstatningen. Veje til bedre diagnoser - Hvor tit sker der fejl? Hvor går det galt? Og hvad kan der gøres ved det? Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2019.
 63. Svendsen RP, Jarbol DE, Larsen PV, Stovring H, Hansen BL, Soendergaard J. Associations between health care seeking and socioeconomic and demographic determinants among people reporting alarm symptoms of cancer: a population-based cross-sectional study. *Family Practice*. 2013;30(6):655-65.
 64. Balasubramaniam K, Ravn P, Christensen RD, Sondergaard J, Jarbol DE. Gynecological cancer alarm symptoms: is contact with specialist care associated with lifestyle and socioeconomic status? A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95(9):976-83.
 65. Ibfelt E, Kjaer SK, Johansen C, Hogdall C, Steding-Jessen M, Frederiksen K, et al. Socioeconomic position and stage of cervical cancer in Danish women diagnosed 2005 to 2009. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2012;21(5):835-42.
 66. Olsen MH, Boje CR, Kjaer TK, Steding-Jessen M, Johansen C, Overgaard J, et al. Socioeconomic position and stage at diagnosis of head and neck cancer - a nationwide study from DAHANCA. *Acta Oncologica* (2015;54(5):759-66.
 67. Frederiksen BL, Osler M, Harling H, Jorgensen T. Social inequalities in stage at diagnosis of rectal but not in colonic cancer: a nationwide study. *British Journal of Cancer*. 2008;98(3):668-73.
 68. Ibfelt EH, Steding-Jessen M, Dalton SO, Lundstrom SL, Osler M, Holmich LR. Influence of socioeconomic factors and region of residence on cancer stage of malignant melanoma: a Danish nationwide population-based study. *Clinical Epidemiology*. 2018;10:799-807.
 69. Frederiksen BL, Brown Pde N, Dalton SO, Steding-Jessen M, Osler M. Socioeconomic inequalities in prognostic markers of non-Hodgkin lymphoma: analysis of a national clinical database. *European Journal of Cancer*. 2011;47(6):910-7.
 70. Dalton SO, Frederiksen BL, Jacobsen E, Steding-Jessen M, Osterlind K, Schuz J, et al. Socioeconomic position, stage of lung cancer and time between referral and diagnosis in Denmark, 2001-2008. *British Journal of Cancer*. 2011;105(7):1042-8.
 71. Degett TH, Christensen J, Thomsen LA, Iversen LH, Gogenur I, Dalton SO. Nationwide cohort study of the impact of education, income and social isolation on survival after acute colorectal cancer surgery. *BJS Open*. 2020;4(1):133-44.
 72. RKKP. <https://www.rkkp.dk/databaser>
 73. Regeringen DR, KL. Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020). Regeringen; 2017.
 74. LUP Somatik 2018 - National rapport. Kompetencecenter for Patientoplevelser; 2019.
 75. Status på udmøntning af Kræftplan IV 2019. Sundheds- og ældreministeriet; 2019.
 76. Hansen MB, Adersen M, Grønvold M. Dansk Palliativ Database - Årsrapport 2018. DMCG-PAL; 2018.

77. MB, Adersen M, Grønvold M. Dansk Palliativ Database - Årsrapport 2014. DMCG-PAL; 2015.
78. Hansen MB, Adersen M, Grønvold M. Dansk Palliativ Database - Årsrapport 2015. DMCG-PAL; 2016.
79. Adersen M, Hansen MB, Grønvold M. Dansk Palliativ Database - Årsrapport 2016. DMCG-PAL; 2017.
80. Hansen MB, Adersen M, Grønvold M, . Dansk Palliativ Database - Årsrapport 2017. Copenhagen, Denmark: Dansk Palliativ Database RKKP; 2018.
81. Hovaldt HB, Suppli NP, Olsen MH, Steding-Jessen M, Hansen DG, Moller H, et al. Who are the cancer survivors? A nationwide study in Denmark, 1943-2010. *British Journal of Cancer*. 2015;112(9):1549-53.
82. Ostgard LSG, Norgaard M, Medeiros BC, Friis LS, Schoellkopf C, Severinsen MT, et al. Effects of Education and Income on Treatment and Outcome in Patients With Acute Myeloid Leukemia in a Tax-Supported Health Care System: A National Population-Based Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2017;35(32):3678-87.
83. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer - Begreber, forløbstider og monitorering - For fagfolk. Sundhedsstyrelsen; 2018.
84. Genoptræning af kræftpatienter ved udskrivning fra sygehus - Undersøgelse af genoptræningsplaner for kræftpatienter med diagnose 2007-2017 samt prognose. *Kræftens Bekæmpelse*; 2019.
85. Kræft, rehabilitering og arbejde. Viden, lovgivning, praksis og fremtid. Notat Nr. 14. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2019.
86. Kræftsygdom og tilbagevenden til arbejde - Samspejlet mellem kræftramte og arbejdspladsen. Center for Kræft & Sundhed København; 2018.
87. Oksbjerg Dalton S, Halgren Olsen M, Moustsen IR, Wedell Andersen C, Vibe-Petersen J, Johansen C. Socioeconomic position, referral and attendance to rehabilitation after a cancer diagnosis: A population-based study in Copenhagen, Denmark 2010-2015. *Acta Oncologica* (2019;58(5):730-6.





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

Cancer.dk