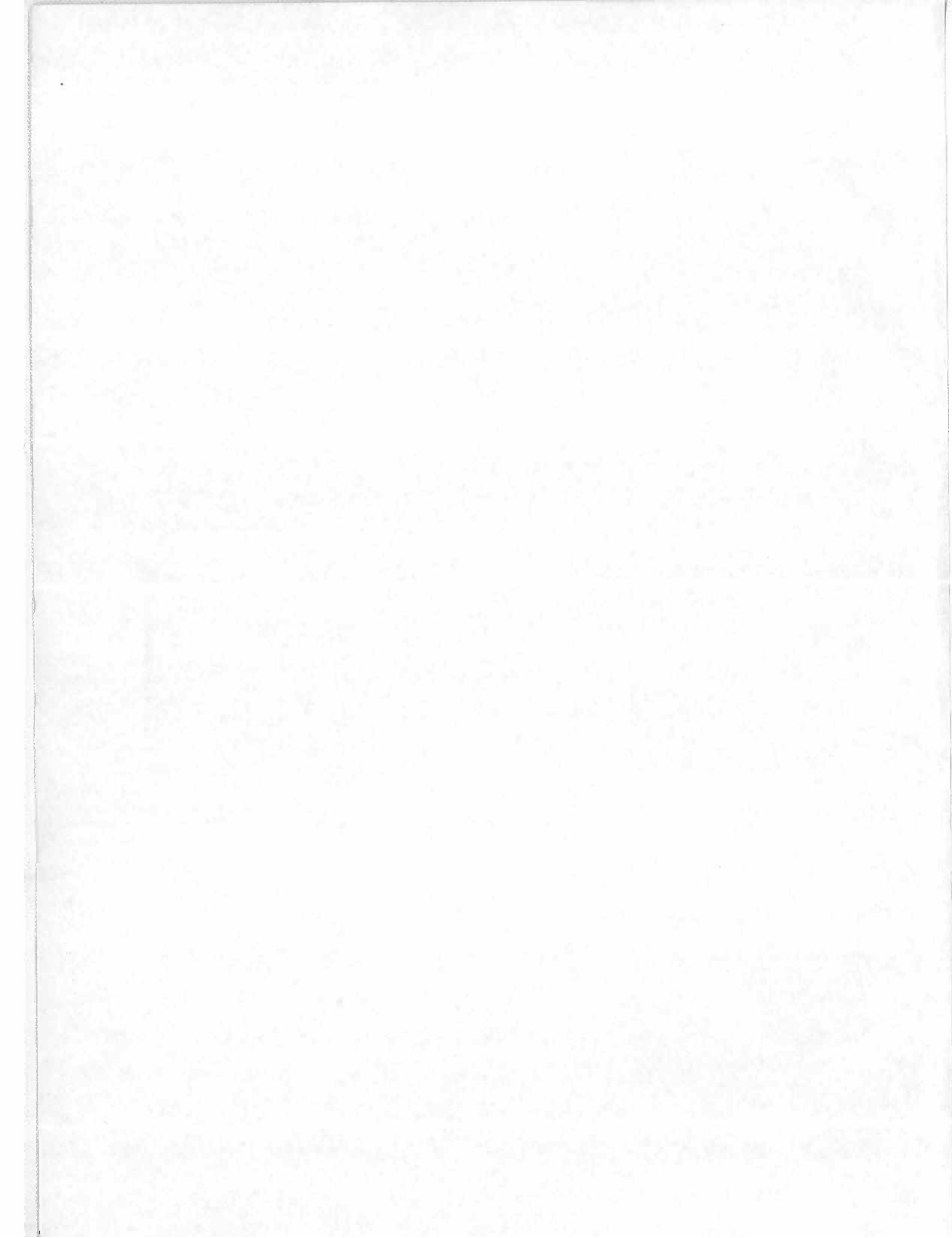


National kræftplan

**Status og forslag til initiativer i
relation til kræftbehandlingen**

Februar 2000



Indholdsoversigt

<i>I Indledning</i>	5
<i>II Sammenfatning og anbefalinger</i>	9
Kræftstyregruppens anbefalinger og forslag til det videre arbejde.....	13
<i>III Introduktion</i>	20
Hvad er kræft?.....	21
Overordnede mål for indsatsen mod kræft	22
<i>IV Kræft epidemiologi</i>	26
Indledning.....	26
Forekomst.....	27
Dødelighed.....	37
Overlevelse.....	41
Behandling og helbredelse.....	46
<i>V Forebyggelse</i>	53
Livsstilsfaktorer	53
Miljøfaktorer.....	53
Regeringens folkesundhedsprogram	54
Tobak	55
Alkohol	56
Kost og motion	57
Potentialet i en forebyggende indsats.....	60
<i>VI Sundhedsvæsenets indsats</i>	60
Forebyggelse.....	61
Screening	63
Tidlig diagnostik	64
Generel uddannelse af sundhedspersonalet.....	64
Tilrettelæggelse af patientforløb	64
Diagnostik og udredning	66
Patientrelaterede faktorer	67
Behandling.....	67
Organisering af behandlingsindsatsen	68

<i>VII Gennemgang af udvalgte kræftsygdomme.....</i>	<i>70</i>
Lungekræft.....	71
Brystkræft	76
Tarmkræft (tyktarmskræft og endetarmskræft - colorectal cancer)	81
Kræft i blærehalskirtlen (prostatacancer).....	88
Kræft i urinblæren (blærecancer)	92
Kræft i de kvindelige kønsorganer (de gynækologiske cancersygdomme: æggestokskræft, livmoderkræft og livmoderhalskræft).....	95
Modermærkekræft (malignt melanom).....	100
Kræft i blod og bloddannende organer, samt i immunsystemet (leukæmi, malignt lymfom og myelomatose).....	104
Kræft i hjerne og nervesystem	113
Kræft i hoved- halsregionen	115
Testikelkræft.	120
Familiær forekomst af kræftsygdomme.....	123
<i>VIII Kirurgisk kræftbehandling.....</i>	<i>127</i>
Udredning og behandling	127
Uddannelse af kirurger	130
Forskning og kvalitetsudvikling.....	131
<i>IX Ikke-kirurgisk kræftbehandling.....</i>	<i>132</i>
Strålebehandling.....	132
Anvendelse af strålebehandling.....	133
Effekt af strålebehandling.....	134
Betydning af ventetid på strålebehandling	134
Anbefalinger vedrørende kapacitetsudvidelse.....	134
Medicinsk kræftbehandling.....	136
Anvendelsesområder	137
Nye anvendelsesområder for medicinsk kræftbehandling	138
<i>X Rehabiliteringsindsatsen for kræftpatienter.....</i>	<i>142</i>
<i>XI Den palliative indsats</i>	<i>149</i>
<i>XII Driftsøkonomiske overvejelser.....</i>	<i>152</i>

I Indledning

Sundhedsministeren nedsatte i maj 1998 en Kræftstyregruppe på baggrund af en offentlig debat om kræftbehandlingens kvalitet og resultater i Danmark sammenlignet med landene omkring os. Formålet med nedsættelse af styregruppen var at belyse mulighederne for at forbedre kræftbehandlingen i Danmark, med henblik på at nedsætte dødeligheden som følge af kræft. Ved årsskiftet 1998/1999 anmodede Sundhedsministeren Kræftstyregruppen om, med udgangspunkt i styregruppens oprindelige kommissorium, at udarbejde en National Kræftplan, omfattende følgende hovedindsatsområder:

- Undersøgelser af kræftforekomst og behandlingsresultater,
- Gennemgang af et udvalg af kræfttyper,
- Forslag til forbedring af kræftbehandlingen,
- Implementering.

Under indtryk af akutte kapacitetsproblemer i den danske strålebehandling blev det besluttet at tilrettelægge arbejdet med kræftplanen således, at der allerede i juni 1999 blev publiceret en delrapport 1 med forslag til forbedring af en del af indsatsen for kræftpatienter, i form af anbefalinger vedrørende udbygning af strålebehandlingskapaciteten. Denne delrapport 1 om strålebehandling er sammenfattet i kapitel IX. Selve delrapporten indgår som et appendix til kræftplanen.

Arbejdet med selve kræftplanen har taget et bredt udgangspunkt i Kræftstyregruppens kommissorium. Således har man ikke kun fokuseret på at afdække de problemstillinger, der kan ligge til grund for en ringere overlevelse for danske kræftpatienter sammenlignet med forholdene i vore nabolande. Udgangspunktet har været et helhedsperspektiv på kræftsygdomme, således at man udover kravene til behandling og pleje også har beskrevet muligheder og behov for indsats i relation til forebyggelse, rehabilitation og palliation. På basis af den foretagne gennemgang fremlægges i nærværende plan en række anbefalinger, der bredt kan styrke den fremtidige forebyggende og behandlende indsats for danske kræftpatienter.

I forlængelse af arbejdet med den nationale kræftplan, er der iværksat supplerende udredninger og analyser. Således er der ved årsskiftet iværksat en undersøgelse af visitations og henvisningspraksis i relation til udredning og behandling af kræftpatienter i Danmark, sammenlignet med forholdene i Norge og Sverige. Undersøgelsen vil foregå i samarbejde med og under supervision af en følgegruppe nedsat af Kræftstyregruppen. Formålet er at kortlægge om eventuelle forskelle på den organisatoriske tilrettelæggelse af kræftbehandlingen kan bidrage

til forklaring af den påviste forskel i kræftdødelighed mellem Danmark og de øvrige nordiske lande.

Kvaliteten i behandlingen af kræftpatienter er afhængig af, at der er mulighed for at gennemføre den nødvendige diagnostiske udredning indenfor rimelige tidsrammer. Med henblik på at afdække eventuelle kapacitetsproblemer på dette område har Dansk Radiologisk Selskab givet Sundhedsstyrelsen tilsagn om at gennemføre en sundhedsfaglig belysning af behovet for en udvidelse af den danske billeddiagnostiske kapacitet.

Endelig har Kræftstyregruppen nedsat en undergruppe, der i samarbejde med de lægefaglige selskaber er i færd med at kortlægge omfanget af undervisning i kræftsygdomme i de sundhedsfaglige grund- og videreuddannelser sammenlignet med forholdene i Europa og i relation til internationale anbefalinger på området. Denne kortlægning skal danne baggrund for en opprioritering af uddannelsen på kræftområdet med henblik på at sikre et fortsat højt fagligt niveau hos sundhedspersonalet i årene fremover.

Kræftstyregruppen vil løbende følge arbejdet i de nedsatte grupper, og følge op på kræftplanens anbefalinger vedrørende problem- og indsatsområder for udvalgte kræftsygdomme, samt følge resultaterne af tilsvarende udenlandske initiativer[#].

Kræftstyregruppens kommissorium

- Opdatere og sammenligne risikoen for at få kræft og de relative dødelighedsrater mellem Danmark og lande, vi normalt sammenligner os med.
- Redegøre for de relevante undersøgelser og behandlinger, der indgår i evidensbaserede behandlingsforløb.
- Kortlægge de aktuelle tilbud vedrørende undersøgelse og behandling i Danmark.
- Sammenligne de evidensbaserede behandlingsprogrammer med de aktuelle tilbud i Danmark.
- Vurdere organiseringen af kræftbehandlingen i Danmark sammenlignet med organiseringen i de lande, vi normalt sammenligner os med.
- Vurdere kræftbehandlingspersonalets kompetence, herunder den grund- og videreuddannelse i kræftsygdomme lægerne gennemgår, samt forskningen, sammenlignet med forholdene for læger i udlandet.

[#] I relation til udarbejdelsen af en dansk kræftplan kan det nævnes, at der for relativt nylig er udsendt en norsk kræftplan (Norges Offentlige Utredninger. NOU 1997:20. Omsorg og kunnskap! Norsk Kreftplan, Det kongelige Sosial og Helsedepartement. St prp nr 61 (1997-98). Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus). Denne plan giver en god indføring og oversigt over problemerne i den norske kræftbehandling. Således fremhæves det, at omkring 30% af kræfttilfældene i Norge ville kunne forebygges ved en omlægning af befolkningens livsstil, kost og ikke mindst tobaks- og alkoholforbrug. Endvidere peges der på vigtigheden af tidlig opsporing af sygdom, og her nævnes livmoderhalskræftscreening og brystkræftscreening, som initiativer der er, eller bør indføres på landsplan. Endelig anbefales det i den norske kræftplan at udbygge strålebehandlingskapaciteten med 60 procent flere strålebehandlingsapparater (acceleratorer).

- Fremkomme med forslag til ændret organisering.
- Vurdere behovet for udarbejdelse af flere retningslinier for behandling af kræft, samt behovet for ændring af eksisterende retningslinier.
- Foreslå hvordan retningslinier i højere grad implementeres.
- Vurdere de ressourcemæssige konsekvenser ved eventuelle ændringer af behandlingsforløb.
- Foreslå begrundede ændringer af indholdet af lægestudiet og videreuddannelsen for læger.

Kræftstyregruppens sammensætning:

Cheflæge Jens Kristian Gøtrik, Kræftens Bekæmpelse (til 30. september 1999);

Overlæge Knud Aage Møller, Kræftens Bekæmpelse (fra 1. oktober 1999);

Amtssundhedsdirektør Leif Vestergaard Pedersen, Vejle Amt;

Amtssygehusdirektør Peter Orebo Hansen, Københavns Amt;

Fuldmægtig Heidi Rasmussen, Amtsrådsforeningen;

Lægelig direktør Helle Ulrichsen, Hovedstadens Sygehusfællesskab;

Praktiserende læge, lektor Ivar Østergaard, Dansk Selskab for Almen Medicin;

Overlæge, ph. d. Niels V. Holm, Dansk Selskab for Onkologi;

Overlæge, dr. med. Steen W. Hansen, Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi;

Overlæge, dr. med. Ole Hart Hansen, Dansk Kirurgisk Selskab;

Overlæge, dr. med. Cai Frimodt-Møller, Dansk Kirurgisk Selskab;

Overlæge, dr. med. Finn Hanberg-Sørensen, Dansk Kirurgisk Selskab;

Overlæge, dr. med. Jens Karstoft, Dansk Selskab for Diagnostisk Radiologi;

Overlæge, lic. med. Beth Bjerregaard, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi;

Direktør, lic. med. Finn Kamper-Jørgensen, Statens Institut for Folkesundhed;

Institutchef, professor, lic. med. Finn Børlum Kristensen, Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering;

Kontorchef Peter Bak Mortensen, Sundhedsministeriet (til 31. maj 1999);

Afdelingschef Vagn Nielsen, Sundhedsministeriet (fra 1. juni 1999);

Kontorchef John Erik Pedersen, Sundhedsministeriet;

Kontorchef Olaf Ingerslev, Sundhedsstyrelsen;

Afdelingslæge Marianne Jespersen, Sundhedsstyrelsen;

Kontorchef, overlæge, Hans Peder Graversen, Sundhedsstyrelsen (formand til 30. november 1999);

Konstitueret kontorchef Ruth Truelsen, Sundhedsstyrelsen (fra 1. december 1999);

Medicinaldirektør Einar Krag, Sundhedsstyrelsen (formand fra 1. december 1999);

Læge Eva B. Herner, Sundhedsstyrelsen (sekretær fra 1. oktober 1999);

Fuldmægtig Birgitta B. Winkler, Sundhedsministeriet (sekretær);

Afdelingslæge Jørgen Steen Andersen, Sundhedsstyrelsen (sekretær).

II Sammenfatning og anbefalinger

Kræftplanen hviler på et udredningsarbejde udført af en epidemiologisk undergruppe, der fik til opgave at opdatere foreliggende statistiske oplysninger om kræft, herunder at foretage sammenligning med andre lande, og at føre denne sammenligning så langt frem i tid som muligt. Kræftstyregruppen valgte til denne sammenligning at prioritere landene Sverige, Norge og Finland, og sygdommene lungekræft, brystkræft, tyktarmskræft, endetarmskræft, og testikelkræft. Der er gennemført sammenlignende analyser vedr. forekomst, overlevelse og dødelighed. Endvidere er der gennemført et skøn over, i hvilken grad de forskellige behandlingsmodaliteter (kirurgi, strålebehandling, kemoterapi) enten hver for sig eller i kombination bidrager til helbredelsen af forskellige grupper af kræftpatienter, og der er foretaget vurderinger af potentialet ved en forebyggelsesindsats og - i relation til udvalgte sygdomme - en screeningsindsats i relation til forekomst og dødelighed af kræftsygdom. Denne undergruppes samlede afrapportering indgår i øvrigt i sin helhed som et appendix til kræftplanen (Delrapport 2).

Et af resultaterne af denne kortlægning er, at det må forventes at *antallet af kræfttilfælde fortsat vil være stigende i de kommende år*. Antallet kan estimeres ved en fremskrivning på basis af de danske befolkningsregistre og cancerregisteret, som dels tager højde for, at befolkningens sammensætning ændrer sig i de kommende år (flere personer i de ældre aldersklasser), dels inddrager den stigning i forekomsten af en række kræftsygdomme, der har været observeret som et ret konstant fænomen over en årrække. Alt i alt vurderes det, at antallet af nydiagnosticerede kræftpatienter stiger fra godt 27.200 patienter årligt ved årtusindskiftet til knap 30.000 årligt omkring år 2010, svarende til en stigning på omkring 1% om året. Antallet af patienter som har kræftsygdom, eller som er helbredt herfor (i 1996 ca. 146.500 personer), vil øges i mindst samme takt.

Videre bekræfter den epidemiologiske gennemgang, at der fortsat er en større dødelighed af kræft i Danmark sammenlignet med Norge, Sverige og Finland. En analyse af de senest tilgængelige data fra kræftregistrene i de pågældende lande viser således, at der for fire hyppigt forekommende kræftformers vedkommende (lungekræft, brystkræft, endetarms- og tyktarmskræft) var en ringere overlevelse for danske patienter. Sammenlignet med svenske kræftpatienter er forskellen omkring 10%, medens forskellene mellem Danmark, Norge og Finland generelt er mindre markante. Med hensyn til en femte undersøgt kræftform - testikelkræft - er der ingen særlige forskelle på overlevelsen af kræftpatienter i de fire lande. Den er generelt markant øget i de senere år.

Der er ingen entydig forklaring på de fundne forskelle, men det er kendt, at vi i Danmark har et højere tobaksforbrug, især blandt kvinder, et højere kalorieindtag og et større alkoholforbrug end i vore nabolande. Sådanne generelle forskelle i livsstil kan være en forklaring på at *kræftforekomsten er højere herhjemme* end i vore nabolande – især rygning spiller ind her. Dette peger på betydningen af forebyggelse. Potentialet i en forebyggende indsats er generelt beskrevet i kapitel V.

Patienter med visse kræftsygdomme har en dårligere overlevelse i Danmark sammenlignet med vore nabolande. *Den kortere levetid for en dansker med kræft* skyldes formentlig flere forhold. Muligvis kommer patienterne i Danmark senere til læge, muligvis er praktiserende læger i Danmark lidt mere tilbageholdende med at udrede patienter for kræft, f.eks. på grund af en mindre kapacitet til diagnostiske undersøgelser og mindre kapacitet til at gennemføre forundersøgelser på sygehus. En lidt mere tilbageholdende/ mindre radikal indsats overfor især patienter med recidiv kunne ligeledes være en bidragende årsag til de dårligere resultater af behandlingen i Danmark. Det skal pointeres at disse hypoteser ikke er eftervist i Kræftstyregruppens hidtidige arbejde, men at sådanne problemstillinger vil blive søgt nærmere belyst, dels ved en analyse af behovet for scannerkapacitet herhjemme, dels ved en tværnational undersøgelse af henvisnings og visitationspraksis i Danmark, Norge og Sverige. Men en del af forklaringen kan også være, at den gennemsnitlige danske kræftpatient gennem sin livsstil alt andet lige reducerer effekten af behandlingen. Rygning spiller også i den forbindelse en ikke ubetydelig rolle. Bl.a. disse forhold er omtalt i kapitel VI, der overordnet omhandler sundhedsvæsenets indsats.

Visse kræftsygdomme er tilgængelige for *screening*. Dette emne er berørt såvel i kapitel V om forebyggelse, som i kapitel VI om sundhedsvæsenets indsats. Screening for livmoderhalskræft er indført både i Danmark, Norge, Sverige og Finland. Sverige og Finland har indført landsdækkende systematisk screening for brystkræft, dette er kun indført to steder i Danmark svarende til 20 % af befolkningen. Norge indtager en mellemposition. Der er, bl.a. på basis af danske undersøgelser, fra europæisk hold tillige fremlagt evidens og anbefalinger vedrørende indførelse af tarmkræftscreening baseret på undersøgelse af afføringsprøver.

På sygehusene er det *diagnostiske arbejde og den behandlingsmæssige indsats* af afgørende betydning. Med henblik på en nærmere beskrivelse af tilrettelæggelsen af udredning og behandling omfatter kapitel VII en beskrivelse af status, samt problem- og indsatsområder for en lang række relativt hyppigt forekommende kræftsygdomme. Kapitlet er baseret på bidrag fra en række tværfaglige lægelige arbejdsgrupper. Perspektivet omfatter den intenderet kurative behandlingsindsats, hvor man tilstræber at helbrede patienten, og hvis effekt umiddelbart kan vurderes i effekten på overlevelsen af den enkelte patient. Men perspektivet omfatter tillige den

