



SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundhedsstyrelsens planer og aktiviteter på kræftområdet



Danske Kræftforskningsdage, d.30. August 2018

Astrid Nørgaard

Sektionsleder, overlæge, Ph.d.

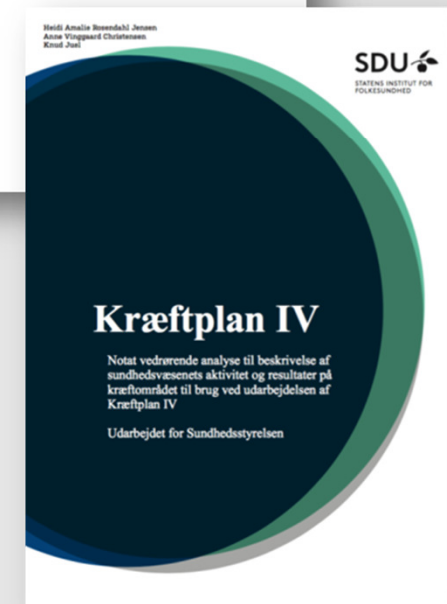
Kræftplaner

- KP I 2000
 - Tobak
 - Uddannelse
 - Strålekapacitet
 - Kvalitetsdatabaser
- KP II 2005
 - Tobak
 - Patientforløb
 - Kræftkirurgi
- KP III 2010
 - Diagnostisk pakke
 - Rehabilitering og palliation
 - Pakkeforløb 2
 - Tarmscreening



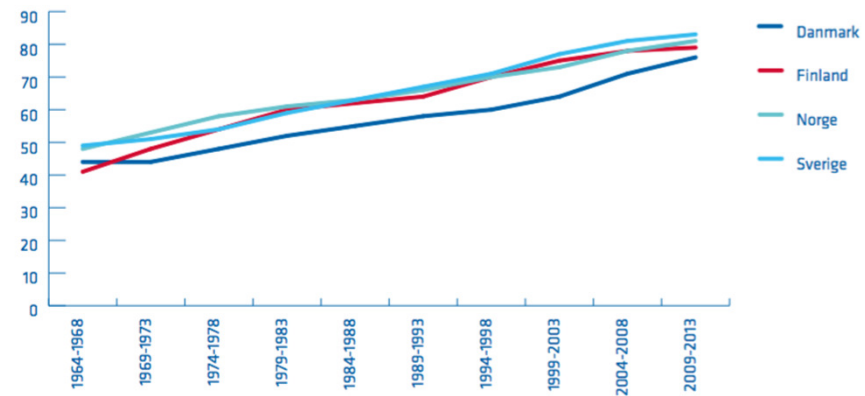
Udvikling frem mod KPIV

- 1999/2001
 - Maksimale ventetider
- 2004
 - Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG)
- 2007:
 - 'Akut behandling og klar besked'
 - Kræftpakkeforløb
 - Task Force
 - Strukturreform
 - Specialeplanlægning
 - Lov om tobaksrygning i offentlige rum



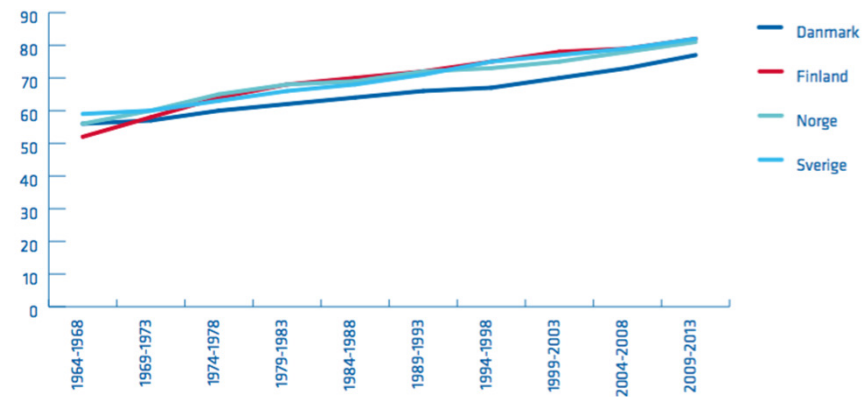
Udvikling i overlevelse

Figur 12. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos mænd i de nordiske lande



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret. Alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Figur 13. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos kvinder i de nordiske lande

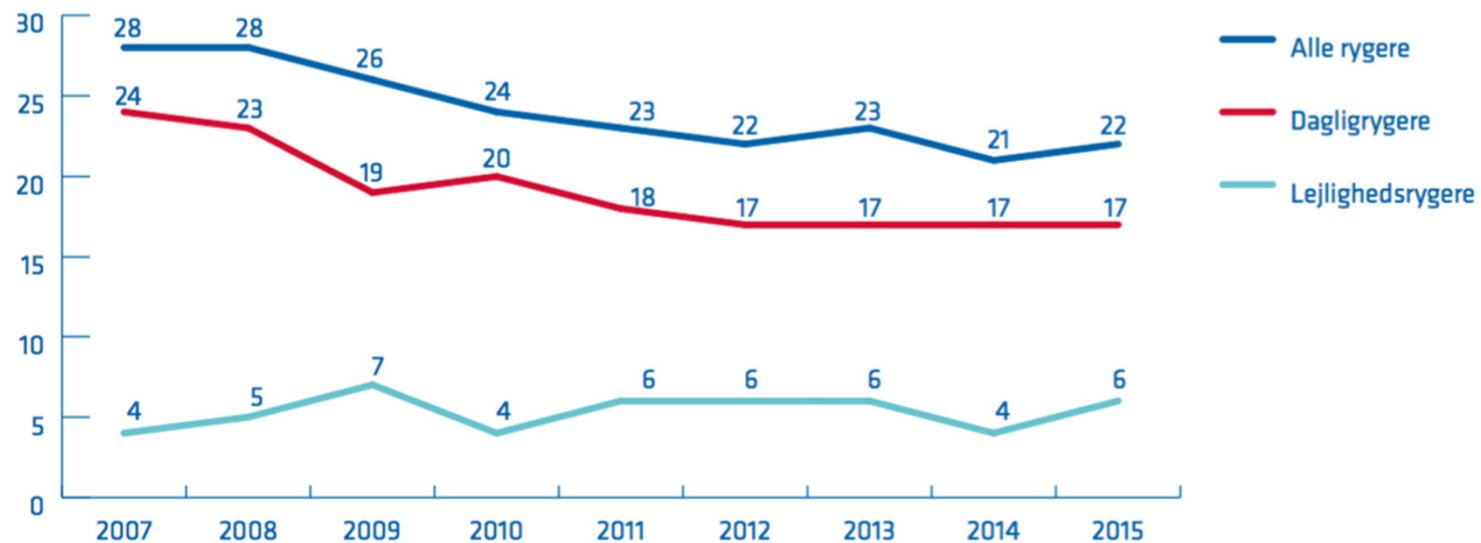


Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret. Alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Forebyggelse

Tobak

Figur 1. Udvikling i andel rygere i den danske befolkning, procent



Kilde: Danskernes rygevaner – udvalgte resultater 2015 og historisk udvikling. København: Sundhedsstyrelsen, 6. januar 2016. Note: Deltagere fra 15 år eller ældre er medtaget i undersøgelsen

Kræftplan IV



Regeringen
Danske Regioner
KL

15. feb. 2017

Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020)

Kræftbehandlingen i Danmark har de seneste 10-15 år gjort store og markante fremskridt og stadig flere overlever en kræftsygdom. Samtidig er der områder, hvor parterne er enige om i fællesskab at styrke indsatsen for kræftpacienterne.

Som det første ser parterne et behov for at sikre endnu bedre sammenhæng og overblik for patienterne. For det andet skal det i endnu højere grad sikres, at patienter i hele landet får behandling, rehabilitering og palliativ indsats af høj og ensartet kvalitet. For det tredje skal forebyggelsen af kræft forbedres og overlevelsen efter kræft øges, og som det fjerde skal der udvises rettidig omhu og sundhedsvæsenet skal forberedes på, at der i fremtiden kommer flere kræftpacienter, bl.a. fordi vi bliver flere ældre.

Kræftplan IV indeholder 16 konkrete initiativer, som skal bidrage til at understøtte udviklingen på kræftområdet over de næste år. Indsætterne er fordelt på fire indsatsområder, som tilsammen sikrer bedre sammenhæng og patientinddragelse, styrker forebyggelsen, behandlingen og opfølgningen af kræft og understøtter, at der også fremover er tilstrækkelig kapacitet på kræftområdet.

Initiativerne ligger både inden for det regionale, det kommunale og det statslige område, og flere af initiativerne går på tværs og fordrer derfor også et tæt samarbejde mellem parterne både centralt og lokalt.

Med denne udmøntningsaftale ønsker Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening at understøtte de nationale målsætninger, intentioner og konkrete initiativer i Kræftplan IV, og parterne vil i fællesskab arbejde på realiseringen af disse. Udmøntningsaftalen beskriver indhold, implementering og opfølgning for de enkelte indsatser i Kræftplan IV.

Parterne lægger vægt på, at udmøntningen, hvor det er meningsfuldt, sker i samarbejde med relevante parter, herunder patientforeninger.

Udover denne aftale vil parterne indgå separate aftaler vedrørende tiltaget om patientansvarlig læge og etablering af nye digitale redskaber til at styrke det tværsektorielte samarbejde i sundhedsvæsenet og etableringen af et center for kræftbehandling, forskning og udvikling.

Opfølgning

Parterne vil følge kræftområdet og kræftindsatsen tæt de kommende år for at kunne tage bestik af udviklingen på kræftområdet og handle, hvis der viser sig behov herfor. Dette sker bl.a. gennem den løbende monitorering af kræftområdet, herunder monitorering af overlevelsen efter kræft, kræftpakkeforløb og maksimale ventetider.

Samtidig er parterne enige om løbende at følge op på de nationale målsætninger for kræftområdet:

Kræftplan IV

Inddragelse, sammenhæng, kontinuitet, nærhed

Patientansvarlig læge

Servicetjek pakkeforløb

Beslutningsstøtteværktøjer (22 mio)

Behandling i hjemmet (10 mio/år)

Unge med kræft (25 mio)

Forebyggelse

Rygning: børn/unge, hjælp til rygestop

HPV-vaccine: information; pilotprojekt præ-MSM

Styrket screening livmoderhalskræft

Behandling, rehabilitering, palliation

Ekspertuddannelse kræftkirurgi (13 mio/år)

Eksperimentel kræftkirurgi (10 mio + 2 mio/år)

DMCG kliniske retningslinjer (4 mio/år)

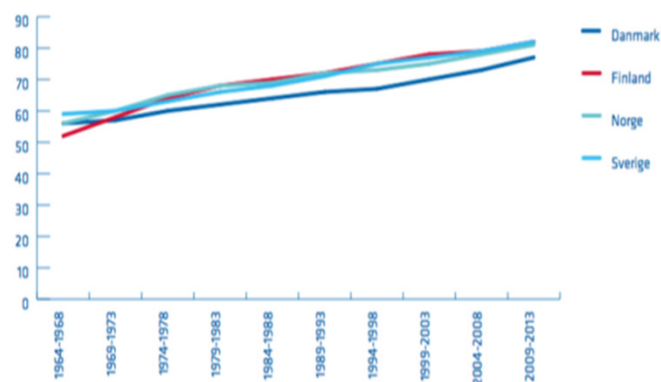
Senfølger, rehabilitering (135 mio + 50 mio/år)

Palliation (34 mio/år)

Kræftplan IV

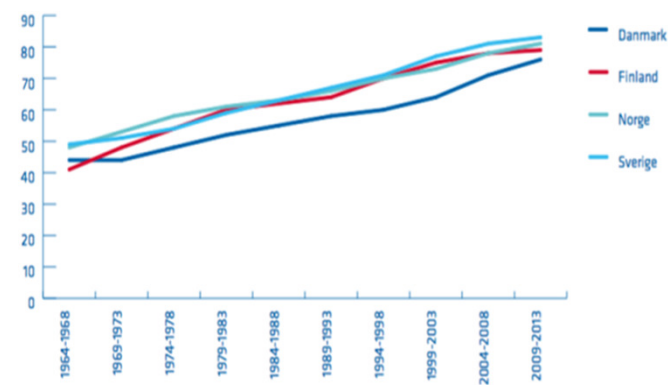
DK kræftoverlevelse 2025 på niveau bedste nordiske nabolande
2030 røgfri generation børn og unge
90 % i 2020 oplever en patientansvarlig læge

Figur 13. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos kvinder i de nordiske lande



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret. Alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Figur 12. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos mænd i de nordiske lande



Kilde: Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, juni 2016. Note: 1-års relativ overlevelse. Alder 0-89 år. Aldersstandardiseret. Alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Kræftplan IV

DK kræftoverlevelse 2025 på niveau bedste nordiske nabolande
2030 røgfri generation børn og unge
90 % i 2020 oplever en patientansvarlig læge



Kræftplan IV

DK kræftoverlevelse 2025 på niveau bedste nordiske nabolande
2030 røgfri generation børn og unge
90 % i 2020 oplever en patientansvarlig læge



Ulighted

**DMCG.dk Benchmarking II Consortium:
Uddybende rapport om canceroverlevelse i
Danmark 1995-2014**

En analyse af data fra

- Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)
- Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG)
- Danish Colorectal Cancer Group (DCCG)
- Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG)

gennemført i samarbejde mellem



DANSKE MULTIDICPLINÆRE CANCER GRUPPER
DMCG.dk



databasernes
Fællessekretariat
oplysningscenter for kræft og sundhed



Institute for
Applied Research
and Health Research
ApEHR

Benchmarking II Rapport. Endelig version, 31. januar 2017, revision 27. februar 2017

VOLUME 36 | NUMBER 23 | NOVEMBER 16, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ORIGINAL REPORT

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

Lene Sofie Christakis Hegland, Mette Nørgaard, Bente C. Abildgaard, Lene Christang Peters, Claudia Schellkopf, Morten Teng, Steen Steen, Claus Winberg, Morten, and Jan Møller Nørgaard

ABSTRACT

Purpose
Previous US studies have shown that socioeconomic status (SES) affects survival in acute myeloid leukemia (AML). However, no large study has investigated the association between education or income and clinical characteristics, treatment, and outcome in AML.

Methods
To investigate the effects of education and income in a tax-supported health care system, we conducted a population-based study using individual-level SES and clinical data on all Danish patients with AML, 2000 to 2014. We compared treatment intensity, allogeneic transplantation, and response rates by education and income level using logistic regression (odds ratios). We used Cox regression (hazard ratios [HRs]) to compare survival, adjusting for age, sex, SES, and clinical prognostic markers.

Results
Of 2,382 patients, 1,588 (67.1%) received intensive chemotherapy. Compared with low-education patients, highly educated patients more often received allogeneic transplantation (5.3% v 6.7%) in intensively treated patients younger than 60 years of age, increased mortality was observed in those with lower and medium education (1-year survival, 66.7%, adjusted HR, 1.47; 95% CI, 1.11 to 1.93, and 1-year survival, 67.6%, adjusted HR, 1.55; CI, 1.21 to 1.96, respectively) compared with higher education (1-year survival, 76.9%). Over the study period, 1-year survival improvements were limited to high-education patients (from 39% to 56%), increasing the survival gap between groups. In older patients, low-education patients received less intensive therapy (30% v 46%, adjusted odds ratio, 0.65; CI, 0.44 to 0.98) compared with high-education patients; however, remission rates and survival were not affected in those intensively treated. Income was not associated with therapy intensity, likelihood of complete remission, or survival (high income, adjusted HR, 1.0; medium income, adjusted HR, 0.96; 95% CI, 0.82 to 1.12; low income, adjusted HR, 1.06; CI, .88 to 1.23).

Conclusion
In a universal health care system, education level, but not income, affects transplantation rates and survival in younger patients with AML. Importantly, recent survival improvement has exclusively benefited highly educated patients.

J Clin Oncol 36:3678-3687. © 2017 by American Society of Clinical Oncology

ASSOCIATION CONTENTS

Learning objectives
Key findings
Keywords

INTRODUCTION

Despite improved understanding of cancer biology and the development of novel and targeted treatments, outcomes in patients with acute myeloid leukemia (AML) remain poor.¹⁻³ Biologic risk factors, such as molecular and cytogenetic aberrations, cannot be altered; thus, outcome improvements may depend, in part, on therapeutic refinement strategies and reduction of treatment-related mortality.

Socioeconomic effects on cancer outcome may be cancer, patient, or treatment related. Concealed factors such as tumor burden and stage at diagnosis have been suggested as reasons for the influence of socioeconomic status (SES) on solid cancer survival.⁴ Consistent with these observations,

Downloaded from ascp.sagepub.com by Karol Library on January 26, 2018 from 130.224.239.016
Copyright © 2017 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.



Revision af kræftpakker



Uændret formål

At give patienten vished, højne kvaliteten og undgå unødigt ventetid

Udformning

Minimalistiske kræftpakker

Fusion af opfølgingsprogram + pakkeforløb

Forløbsbeskrivelse til fagfolk + pjecer om kræftpakken til patienter og pårørende

Fokus på sammenhæng gennem hele forløbet

Fokus på behovsvurdering, opfølgning, rehabilitering, og senfølger

Plads til patientens præferencefølsomme valg

Kræftpakker vs. Retningslinjer:

Kræftpakken = Forløbsbeskrivelse

DMCG retningslinje = Faglig vejledning inden for forløbets/pakkens rammer (ny metode, opdateringskadence)



KPIV: Støtte til DMCG kliniske retningslinjer

- Retningslinjesekretariatet

Ny model

- Ensartethed
- Høj kvalitet
- Regelmæssig opdatering



Systematisk kobling ml kræftpakker og retningslinjer

NKR i udvalgte tilfælde, fx

- Tværgående emner på kræftområdet
- Behov for GRADE-baserede retningslinjer

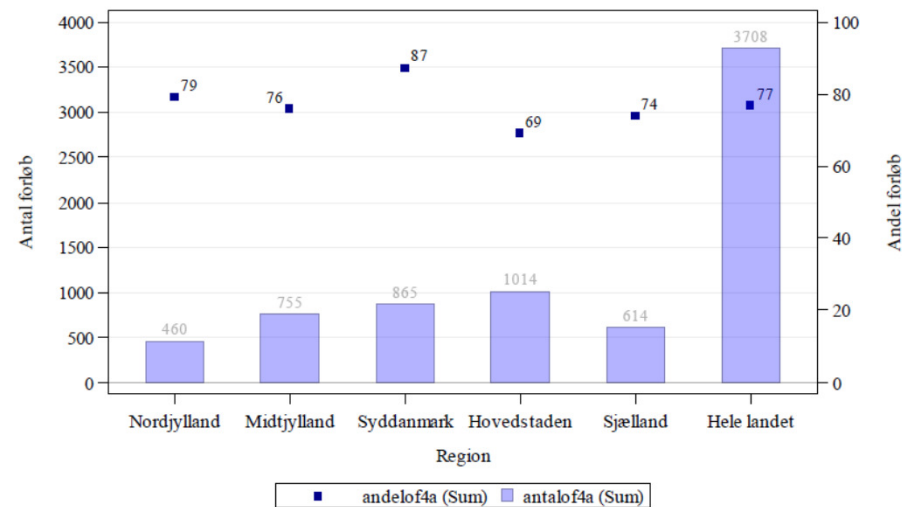
Monitorering

Kvartalsvis og årligt

Sundhedsstyrelsens Task Force for patientforløb på kræft og hjerteområdet

Figur 2.1a Andel forløb (OF4A) gennemført inden for angivne standardforløbstid samt antal forløb i alt, fordelt på sygehusregion og indikator, 2017.

B01 Brystkræft



Kilde: Landpatientregisteret 14. april 2018, Sundhedsdatastyrelsen

Specialeplan

Regulering af specialfunktioner

Højt specialiseret/regionsfunktion/hovedfunktion

Samling af små og komplekse funktioner på få matrikler

Øvelse gør mester, volumen, robusthed, forsyningsforpligtelse

Geografisk spredning i regioner

Samarbejder, fx

- mellem højt specialiserede funktioner nationalt
- mellem højt specialiseret funktion og hoved-/regions-

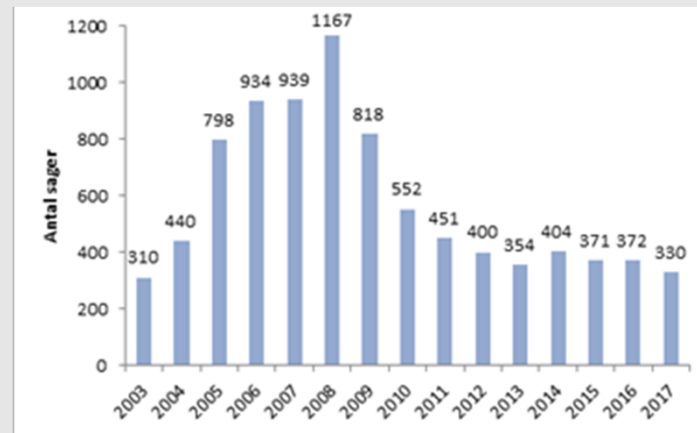
Hjemtagning af nye behandlinger fx partikelterapi forankres i specialeplan, i kræftpakker og i retningslinjer.

Rådgivende panel for eksperimentel behandling

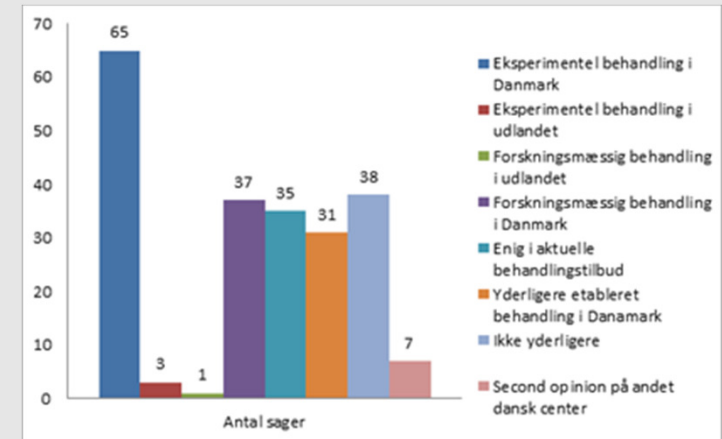
for

mennesker med livstruende sygdom

Årsrapport 2017



Antal nye sager vurderet fra 2003-2017



Fordeling af de 217 sager, hvor panelet har afgivet ét enkelt råd.