

Input til kræftplan V: Brystkræft

Dette dokument fremlægger en række forslag til tiltag og initiativer, der har til formål at optimere hele forløbet for patienter med brystkræft, lige fra screening og diagnosticering til behandling, opfølgning og palliation.

Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt kvinder i Danmark. I Danmark har forekomsten af brystkræft været stigende gennem de senere år, og det er nu hver niende kvinde, der oplever at få brystkræft på et tidspunkt i løbet af livet. Over 75.000 lever med diagnosen, og årligt er der næsten 5.000 nye tilfælde af brystkræft i Danmark. Hvert år dør cirka 1.100 kvinder som følge af sygdommen, hvilket svarer til næsten tre kvinder om dagen¹.

Brystkræft er en alvorlig sygdom, men jo tidligere sygdommen opdages og behandles, jo større er mulighederne for helbredelse. Det er afgørende, at patienterne oplever et velkoordineret og effektivt forløb fra den første mistanke om sygdommen til behandlingen og den efterfølgende opfølgning. Dette dokument indeholder derfor forslag, der har til formål at forbedre denne proces, til gavn for både de brystkræftramte, deres familier samt sundhedsvæsenet og samfundet som helhed.

Dokumentet er udviklet på baggrund af samtaler med henholdsvis Brystkræftforeningen og den onkologiske kliniske enhed på Rigshospitalet.

Diagnostik

1. Risikobaseret screeningsprogrammer

Arbejdet med at lave et risikobaseret screeningsprogram skal styrkes. Programmet skal inddrage data om arvelige faktorer, livsstil, alder, familiehistorie og vævstæthed. Ved at introducere et risikobaseret screeningsprogram kan man spore sig ind på kvinder med høj risiko for at udvikle brystkræft samtidig med, at man sjældnere behøver at scanne kvinder med lav risiko, hvis de kan acceptere det. Samlet set kan det betyde, at der alt andet lige skal laves færre mammografier².

Forslag til handling

For at Sundhedsstyrelsen kan indføre risikobaseret mammografiscreening, skal der udarbejdes faglige anbefalinger. Der er allerede udviklet en IT-baseret risikomodel for brystkræft, som blev CE-mærket i foråret 2020.

2. Nedsæt aldersgrænsen for mammografiscreeninger til 40 år

I dag screenes danske kvinder for brystkræft, når de er i alderen 50 til 69 år. Når man får brystkræft som ung, er sygdommen ofte mere aggressiv og kan sprede sig hurtigt. Dertil kommer, at yngre kvinder ikke får diagnosen hurtigt, hvilket i høj grad skyldes, at de ikke indgår i

¹ Tal fra Kræftens Bekæmpelse: <https://www.cancer.dk/find-kræftsygdom/>

² <https://onkologisktidsskrift.dk/behandlinger/brystkraeft/1967-professor-vil-ivaerksaette-risikobaseret-mammografiscreening.html>

screeningsprogrammet. For at imødegå dette problem ønsker patienterne, at man lader kvinder ned til 40 år indgå i det risikobaserede screeningsprogram.

Forslag til handling

Det er nødvendigt, at man til stadighed øger kapaciteten af relevant sundhedspersonale for at kunne indfri en målsætning om at nedsætte aldersgrænsen til 40 år. Forslaget om de risikobaserede screeninger, som også omfatter personer i aldersgruppen 40-50 år, vil imidlertid frigive en del ressourcer. Hvis det ikke er tilstrækkeligt, må man enten tilføje ressourcer ude fra eller styrke arbejdet med at gøre screeningerne mere effektive gennem udnyttelse af kunstig intelligens.

3. Genetisk udredning af alle brystkræftpatienter

Alle patienter med brystkræft bør få lavet en genetisk udredning, der dels kan bruges af patienten til at informere familiemedlemmer, hvis de har en forhøjet arvelig risiko for brystkræft, og dels kan bruges til at vælge den bedste behandling til patienten.

Forslag til handling

En række patienter får allerede dette tilbud, og det burde være overkommeligt at udvide tilbuddet til at omfatte samtlige patienter med brystkræft.

Behandling

4. Pulje til kræftlægemidler

For patienter er en hurtig adgang til nye medicinske behandlinger af afgørende betydning, ikke kun for at forbedre og forlænge livet, men også for at bevare håbet. Imidlertid oplever kræftpatienter og onkologer, at Danmark ikke længere er blandt de førende, når det kommer til hurtig implementering af nye og innovative behandlinger. Det er primært på grund af langsomme sagsbehandlingstider i Medicinrådet samt hyppige afvisninger af behandlinger.

Dette kan skyldes, at nye behandlinger rettet mod små patientgrupper ikke opfylder Medicinrådets evidenskrav, eller det kan være på grund af betydelig usikkerhed i det tilgængelige datagrundlag. Denne udfordring forventes at blive endnu mere udtalt i fremtiden, især i lyset af udviklingen inden for personlig medicin, hvilket vil gøre det endnu vanskeligere at indsamle det nødvendige datagrundlag.

Forslag til handling

Danske patienter bør få hurtig adgang til nye, innovative kræftbehandlinger gennem oprettelsen af en medicinpulje til kræftlægemidler. Puljen skal kunne benyttes til at dække omkostningerne ved behandlinger, der er godkendt af Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA), men som enten ikke er godkendt af Medicinrådet endnu eller er blevet afvist af Medicinrådet på grund af deres vurdering af manglende evidens.

5. Fælles beslutningstagen

Patienterne skal i højere grad inddrages i beslutningerne om deres egen behandling. Alt for mange patienter oplever, at de kun tilbydes en standardbehandling, som de forventes at acceptere uden

en god samtale om muligheder, fordele og ulemper. Patienterne skal have indflydelse på alle elementerne i behandlingsforløbet. Det skal eksempelvis være muligt at beslutte, om man ønsker en rekonstruktion af et fjernet bryst eller om man ønsker at få fjernet det modsatte bryst. Ved at indføre en reel patientinddragelse i hele forløbet er det forventningen, at patienten opnår bedre accept af egen behandling, bedre forebyggelse af senfølger samt en opfattelse af at blive behandlet som 'helt menneske' frem for bare et sygt bryst.

Forslag til handling

Der er to værktøjer, som umiddelbart kan bringes i anvendelse, når det handler om at sætte patienterne i centrum for egen behandling. Dels kan lægerne bruge værktøjet BeslutningshjælperTM til alle samtaler med patienterne. Det er et såkaldt beslutningsstøtteværktøj, der kan bruges, når man ønsker at fremme 'fælles beslutningstagen'. En anden vej til at fremme fælles beslutningstagen er ved, at det i højere grad end i dag er erfarne speciallæger, der tager samtalerne med patienterne frem for yngre læger. I kraft af deres erfaring har de bedre forudsætninger for at tage samtalen og give patienten de reelle valgmuligheder, der måtte eksistere på det gældende behandlingstrin.

Opfølgning og tiden efter kræftbehandling

6. Ulighed i rehabilitering

Der er stor variation i rehabiliteringsindsatsen mellem kommunerne, og det skaber ulighed i rehabiliteringsforløbet for brystkræftpatienter.

Forslag til handling

For at adressere denne ulighed bør der gennemføres et markant kompetenceløft i kommunerne, hvis de fortsat skal være ansvarlige for rehabilitering. Derudover er det nødvendigt med klare retningslinjer og standarder for rehabiliteringsindsatsen på tværs af kommunerne for at sikre en mere ensartet rehabilitering.

7. Senfølgeklinikker i alle regioner

70 pct. oplever én eller flere senfølger efter kræftforløb, der fylder i deres hverdag – og det kan både være fysiske og psykiske senfølger³. Desværre er området fortsat underbelyst, og der er mangel på senfølgeklinikker samt alt for lange ventetider.

Forslag til handling

Senfølger skal først og fremmest forebygges ved bedre fokus på systematisk opsporing samt information og dialog under selve behandlingen. Der er også behov for flere ressourcer til senfølgeklinikker for at håndtere både behandlingen af patienter med senfølger og indsamlingen af data om disse. Senfølgeklinikker med samme høje kvalitetsniveau bør være et tilbud, som alle regioner kan tilbyde patienterne.

³ Tal fra Kræftens Bekæmpelse: <https://www.cancer.dk/nyheder-og-fortaellinger/2024/ny-undersogelse-syv-ud-af-10-ramt-af-senfoelger-efter-kræft---mange-med-behov-for-hjaelp-oplever-ikke-at-faa-den-i-tilstraekkelig-grad/>

8. Bedre palliativ behandling og flere hospice-pladser

Mange uhelbredeligt syge brystkræftpatienter med fjernmetastaser får ikke en henvisning til en palliativ afdeling eller et andet palliativt tilbud. Der er brug for, at patienter med kræft får hjælp til at løfte livskvaliteten, og derfor bør alle patienter modtage rådgivning om, hvordan man bekæmper de fysiske, psykiske, sociale og åndelige problemer, der kan opstå i forbindelse med en livstruende sygdom. Den palliative indsats er særligt vigtig i den sidste fase af livet, og derfor bør alle med behov kunne få en plads på et hospice eller i det mindste henvises til en palliativ enhed.

Forslag til handling

Der bør opstilles krav til, hvad regionerne som minimum skal tilbyde af palliative tilbud. Og så bør den nuværende kapacitet med 257 hospicepladser udbygges. Det gælder i særdeleshed i Region Hovedstaden og i Region Nordjylland.

Sponsoreret af

AstraZeneca Danmark
Daiichi Sankyo Nordics
Eli Lilly Danmark
Novartis Healthcare