SUNDHEDSSTYRELSEN

Kræftplan IV

Søren Brostrøm
Direktør, Sundhedsstyrelsen

SUNDHEDSSTYRELSEN

KP I 2000

Tobak

Uddannelse

Strålekapacitet

Kvalitetsdatabaser

KP II 2005

Tobak

Patientforløb

Kræftkirurgi

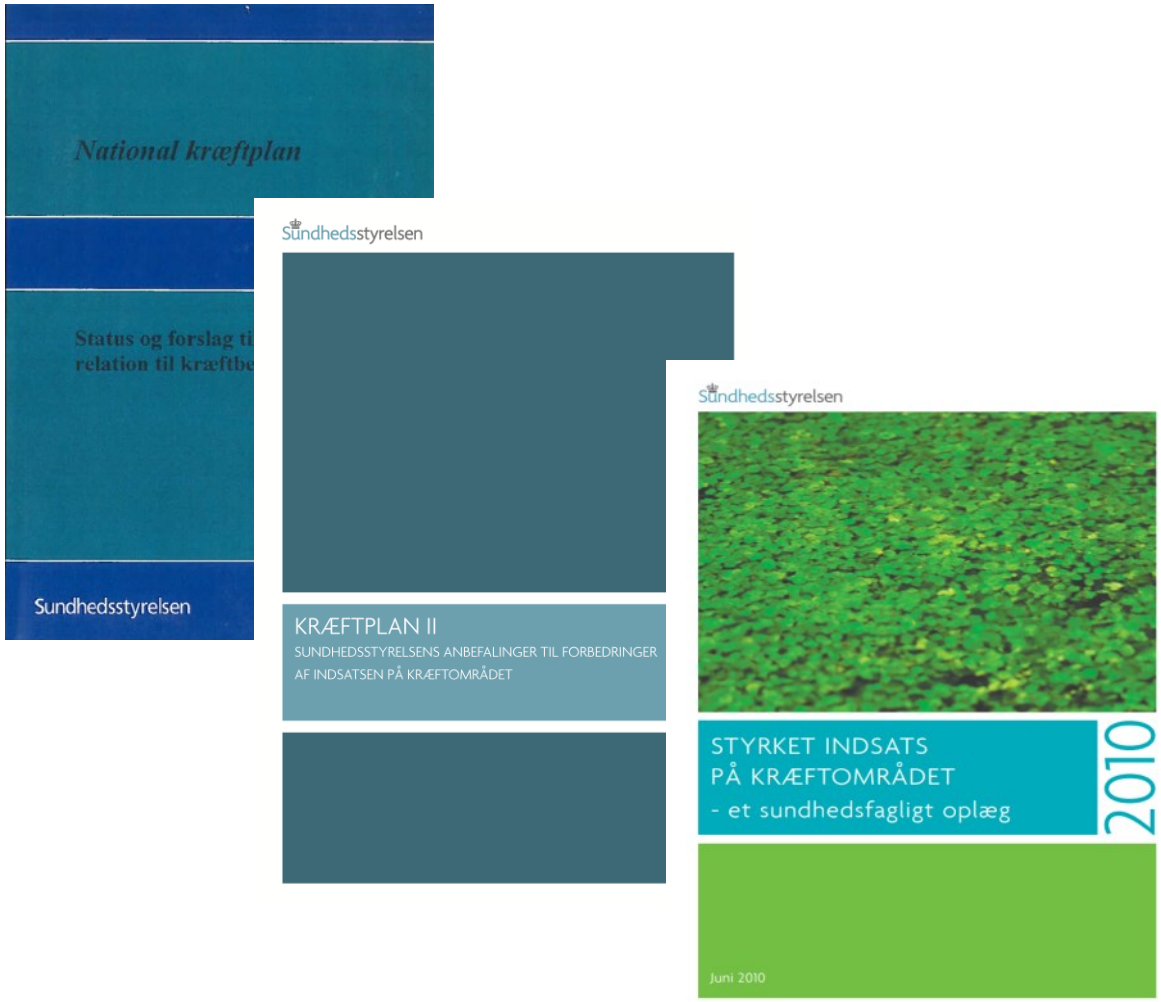
KP III 2010

Diagnostisk pakke

Rehabilitering og palliation

Pakkeforløb 2

Tarmscreening



SUNDHEDSSTYRELSEN

1999/2001
Maksimale ventetider

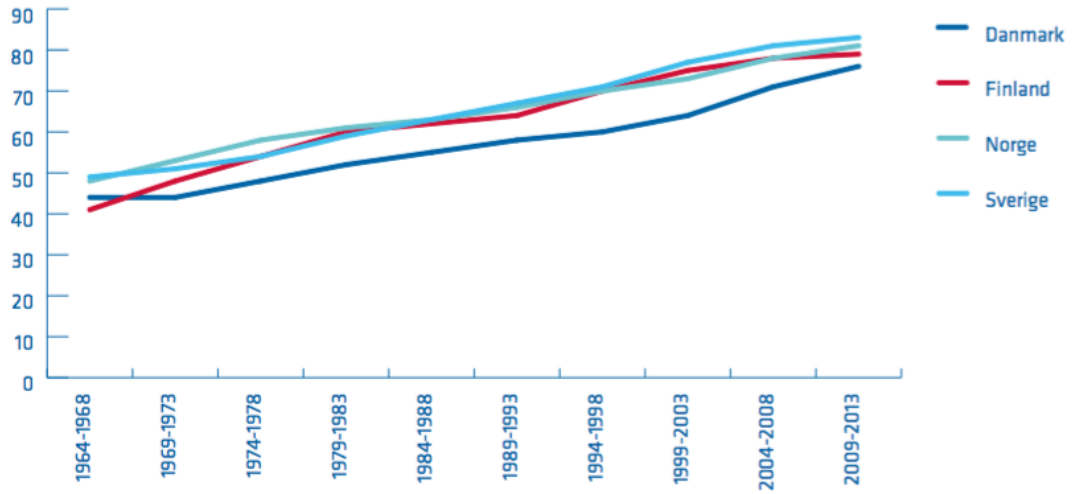
2004
Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG)

2007:
’Akut behandling og klar besked’
Kræftpakkeforløb
Task Force
Strukturreform
Specialeplanlægning
Lov tobaksrygning i offentlige rum

SUNDHEDSSTYRELSEN

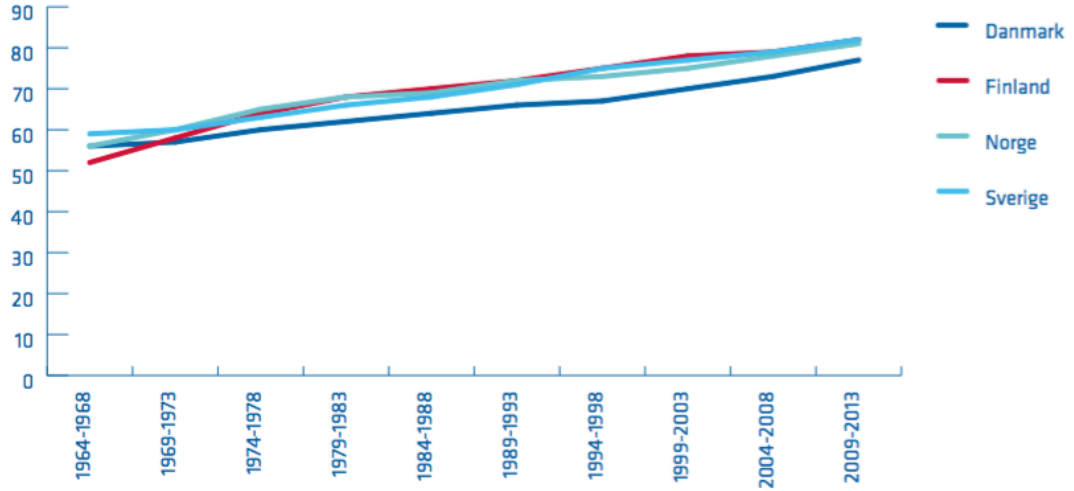
SUNDHEDSSTYRELSEN

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 undtaget anden kræft i hud.

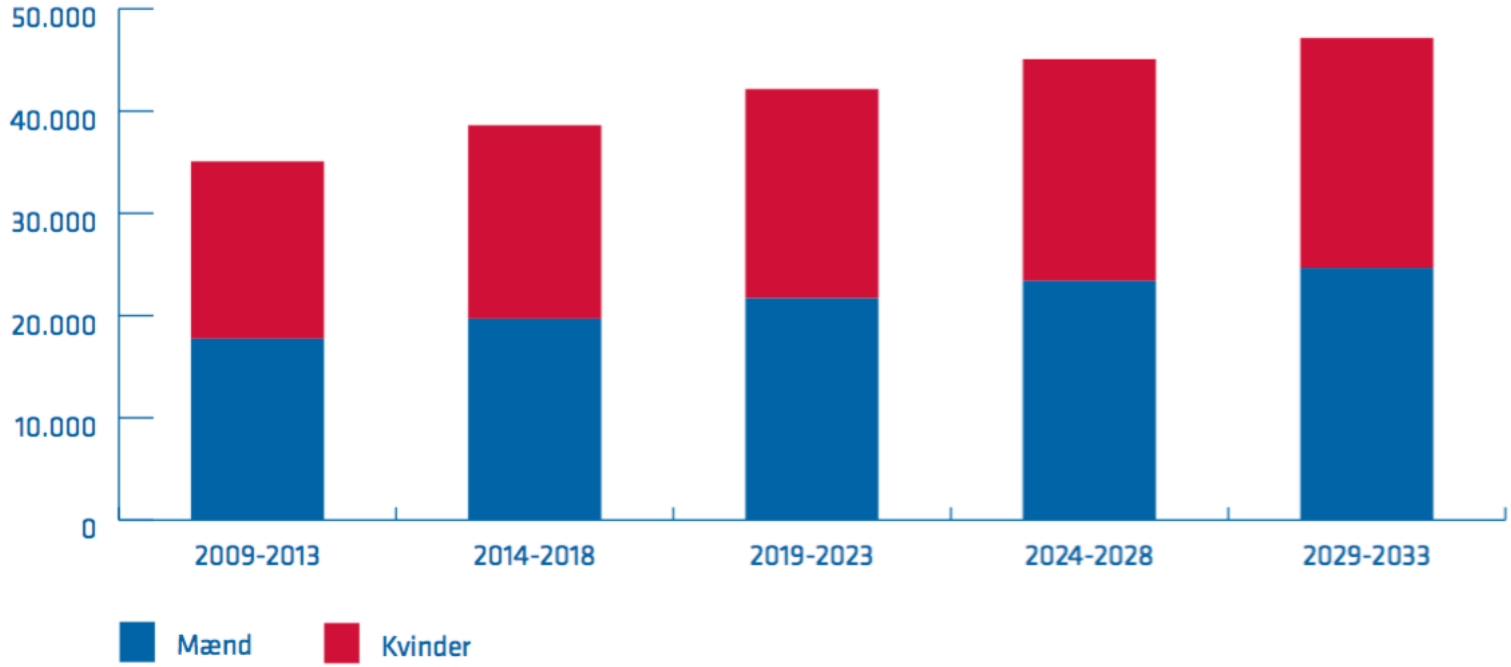
Figur 13. Udvikling i 1-års relativ overlevelse for kræft hos kvinder i de nordiske lande



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 undtaget anden kræft i hud.

SUNDHEDSSTYRELSEN

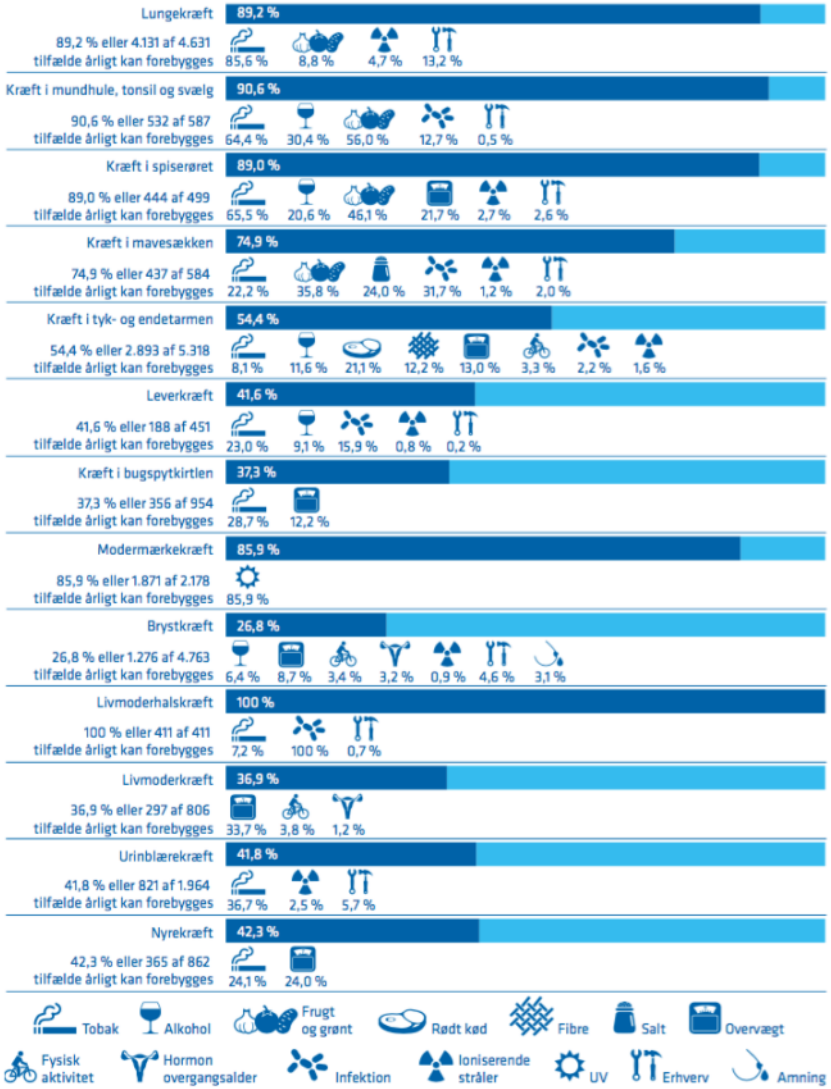
Figur 34. Fremskrivning af nye tilfælde af kræft (gennemsnitligt årligt antal), fordelt på køn og femårsperioder



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.

SUNDHEDSSTYRELSEN

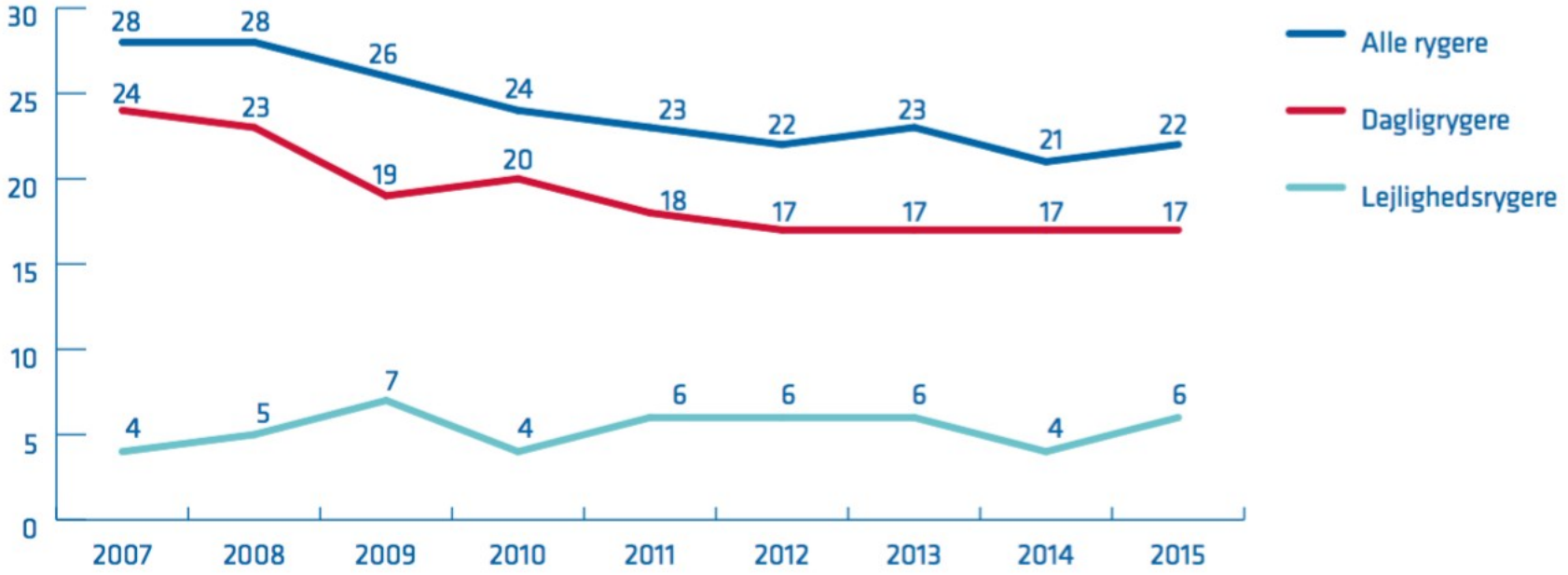
Figur 37. Betydningen af risikofaktorer



Kilder: Parkin. Br J Cancer 2011; 105: S77 – S81. Notat vedr. analyse til beskrivelse af sundhedsvæsenets aktivitet og resultater på kræftområdet til brug for udarbejdelsen af Kræftplan IV. København: Statens Institut for Folkesundhed, maj 2016. Nye kræfttilfælde i Danmark, Cancerregisteret 2014. København: Sundhedsdatastyrelsen. Note: Egne beregninger udfra angivne kilder. Andel af kræfttilfælde som kan tilskrives forskellige risikofaktorer. Flere risikofaktorer mulige.

SUNDHEDSSTYRELSEN

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

SUNDHEDSSTYRELSEN

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 kræftpatienterne.

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 kræftpatienter, 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. Indsatserne 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 tværsektorielle 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 maximale ventetider.

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

SUNDHEDSSTYRELSEN

Kræftplan IV

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

Prioriteringer 2017-2020:
- Finanslov: 1,1 mia. kr. øget kapacitet diagnostik/behandling + dvs. tiltag
- Satspulje: 0,33 mia. kr.
- Tidligere løft kræftudredningen: 0,68 mia. kr.

SUNDHEDSSTYRELSEN

Kræftplan IV

Indsatser:

- Patientansvarlig læge
- Servicetjek pakkeforløb
- Beslutningsstøtteværktøjer (22 mio)
- Behandling i hjemmet (10 mio/år)
- Unge med kræft (25 mio)

inddragelse
sammenhæng
kontinuitet
nærhed

- Rygning: børn/unge, hjælp til rygestop
- HPV-vaccine: information; pilotprojekt præ-MSM
- Styrket screening livmoderhalskræft

forebyggelse

- 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)

behandling
rehabilitering
palliation

SUNDHEDSSTYRELSEN

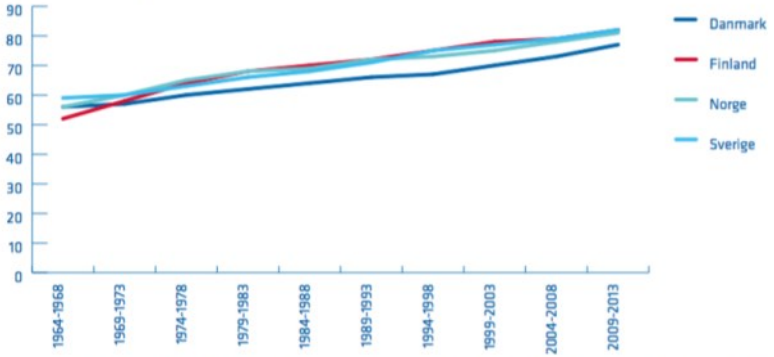
Kræftplan IV

DK kræftoverlevelse 2025 på niveau bedste nordiske nabolande

2030 røgfri generation børn og unge

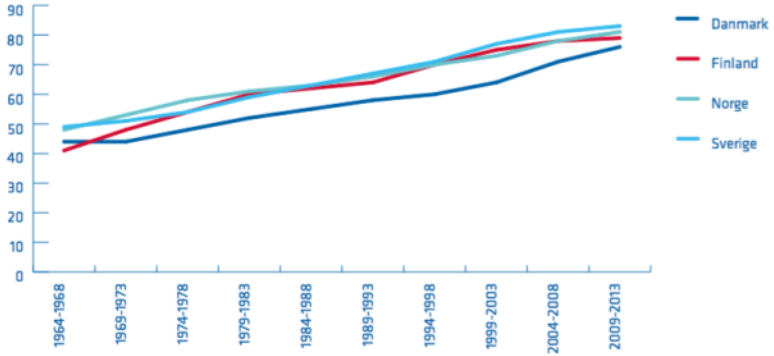
90 % i 2020 oplever en patientansvarlig læge

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 undtaget 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 undtaget anden kræft i hud.

SUNDHEDSSTYRELSEN

Kræftplan IV

DK kræftoverlevelse 2025 på niveau bedste nordiske nabolande

2030 røgfri generation børn og unge

90 % i 2020 oplever en patientansvarlig læge

Røgfri Fremtid

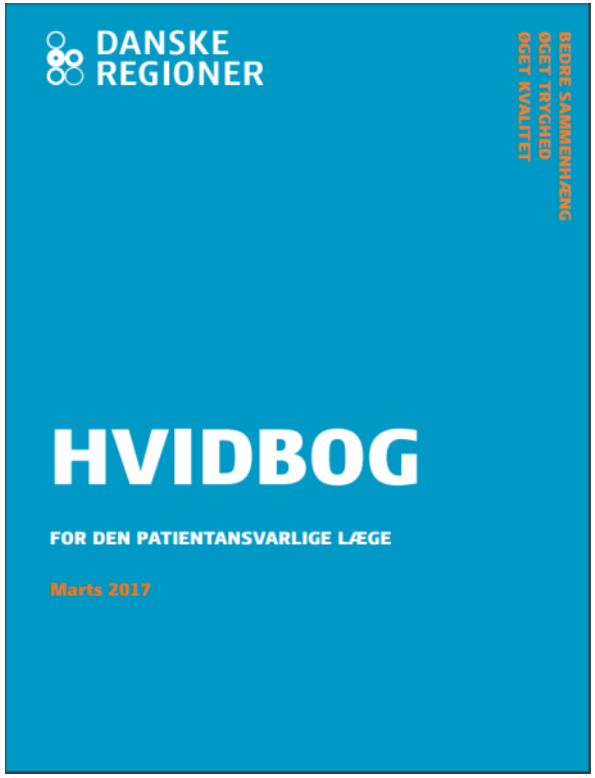
SUNDHEDSSTYRELSEN

Kræftplan IV

DK kræftoverlevelse 2025 på niveau bedste nordiske nabolande

2030 røgfri generation børn og unge

90 % i 2020 oplever en patientansvarlig læge



SUNDHEDSSTYRELSEN

Ulighed

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

DMCG.dk DANSKE MULTIDICIPLINÆRE CANCER GRUPPER

databasernes fællessekretariat

Institute of Applied Economics and Health Research ApEHR

Benchmarking II Rapport. Endelige version, 31. januar 2017, revision 27. februar 2017 1

VOLUME 35 · NUMBER 32 · NOVEMBER 10, 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 Granfeldt Ostgard, Mette Nørgaard, Bruno G. Medeiros, Lone Smidstrup Friis, Claudia Schoellkopf, Marianne Tang Severinsen, Claus Wiencke Mortensen, and Jan Maxwell 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 2,992 patients, 1,588 (53.1%) received intensive chemotherapy. Compared with low-education patients, highly educated patients more often received allogeneic transplantation (16.3% vs 8.7%). 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 1.98, respectively) compared with higher education (1-year survival, 76.9%). Over the study period, 5-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 1.27).

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 benefitted highly educated patients.

J Clin Oncol 35:3679-3687. © 2017 by American Society of Clinical Oncology

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.[1,2] 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. Cancer-related 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.[3] Consistent with these observations,

Downloaded from ascopubs.org by Royal Library on January 29, 2018 from 130.226.229.016
Copyright © 2018 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.