



SUNDHEDSSTYRELSEN

Ansvar for indsatser til senfølger i forbindelse med kræft

Sundhedsstyrelsens retningslinjer

Ansvar for indsatser til senfølger i forbindelse med kræft
Sundhedsstyrelsens retningslinjer

© Sundhedsstyrelsen, 2026.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-722-4

Version: 1

Versionsdato: 02.07.2026

Foto: Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2026

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion	4
1.1. Baggrund og formål.....	4
1.2. Individualisering opfølgning	5
2. Senfølger efter kræft	7
2.1. Typer af senfølger	7
2.2. Sværhedsgrad	8
3. Organisering	9
3.1. Stepped care	9
3.2. Ansvarsfordelingen.....	10
4. Data og redskaber	20
5. Kliniske retningslinjer.....	22
6. Sammenhæng til andre kræftplan V initiativer	23
Referenceliste.....	24
Bilagsfortegnelse	25

1. Introduktion

1.1. Baggrund og formål

I Danmark lever i dag over 400.000 mennesker med eller efter en kræftsygdom, og antallet forventes at stige yderligere i de kommende år [1]. Det er ikke mindst et resultat af betydelige fremskridt i kræftbehandling, som har øget overlevelsen, men det betyder samtidig, at flere borgere lever med senfølger som følge af en kræftsygdom eller behandling heraf. Det skønnes, at op mod 70 % af kræftpatienter oplever en eller flere senfølger, som kan variere fra fysiske gener som smerter, træthed og organspecifikke symptomer til psykiske helbredsproblemer som angst og depression. Dertil kommer en række eksistentielle og sociale problematikker, som sammen kan medføre nedsat funktionsevne og vanskeligheder med at vende tilbage til arbejdslivet og et normalt hverdagsliv [2].

Kvaliteten og tilgængeligheden af de eksisterende senfølgetilbud varierer betydeligt på tværs af landet, og mange borgere¹ er i dag usikre på, hvor de kan få relevant hjælp og støtte. Med sundhedsreformen overgår blandt andet myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse fra kommuner til regioner [3], mens den almene genoptræning, herunder genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau efter sundhedsloven, forbliver i kommunerne^{2 3}. På senfølgeområdet er det derfor nødvendigt at tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem det almenmedicinske tilbud, de patientrettede forebyggelsestilbud og genoptræning⁴ samt behandling i specialiserede enheder på sygehusene, herunder de regionale senfølgeklinikker.

Med Kræftplan V er der sat fokus på livet med og efter kræft, herunder på senfølger efter kræft og behovet for en mere systematisk og ensartet indsats på tværs af landet. Senfølgeindsatsen udgør endvidere en vigtig del af den generelle styrkelse af rehabiliteringsområdet i Kræftplan V [4].

Med Kræftplan V har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at udarbejde retningslinjer med tydeliggørelse af, hvem der har ansvaret for at afhjælpe de senfølger, der kan opstå som følge af en kræftsygdom eller behandling heraf. Retningslinjerne i dette notat skal bidrage til, at borgere med senfølger efter kræft tilbydes støtte, behandling og rehabilitering på rette niveau, i overensstemmelse med en stepped care-tilgang, udmøntningsaftalen for Kræftplan V (2026 og frem) samt sundhedsreformens principper om nærhed, kvalitet og bedre ressourceudnyttelse.

Retningslinjerne henvender sig både til sundhedsprofessionelle og planlæggere af sundhedstilbud. Retningslinjerne kan også være relevante for patienter og pårørende, som ønsker indsigt i organiseringen af senfølgeindsatsen. Retningslinjerne træder i kraft ved publicering og implementeres i henhold til udmøntningsaftalen for Kræftplan V (2026 og frem) [5].

¹ Betegnelsen *borger* bliver i nærværende retningslinje anvendt uafhængigt af hvor i forløbet vedkommende befinder sig, herunder også patienter i aktiv behandling.

² For et overblik over lovgrundlag og indsatser i de patientrettede forebyggelsestilbud og genoptræningstilbud henvises til bilag 1.

³ Målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau udvides til at omfatte den mest specialiserede del af avanceret genoptræning jf. Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen.

⁴ Betegnelserne *patientrettede forebyggelsestilbud* og *genoptræning* anvendes, da opgaven i nærværende retningslinje er at præcisere ansvarsforankringen og myndighedsansvaret. Det anerkendes samtidig, at disse indsatser kun udgør en del af rehabilitering, som bygger på et bredt helhedsperspektiv. Dette omfatter også sociale, psykologiske og arbejdsmæssige aspekter, som i vidt omfang varetages i kommunalt og fortsat bør tænkes ind i den samlede indsats.

Retningslinjerne vedrører organiseringen af senfølgeindsatsen for voksne. De dele af retningslinjerne, som vedrører de regionale senfølgeklinikker skal implementeres som led i klinikernes etablering i 2026.

De dele af retningslinjerne, som vedrører det almenmedicinske tilbuds styrkede opfølgingsindsats for kræftpatienter i forhold til opfølgende samtaler og opfølgingsplaner skal implementeres fra 2027 i takt med, at opgaverne tilgår de almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nye opgavebeskrivelse og basisfunktion for de almenmedicinske tilbud [6]. For at understøtte varetagelsen af de nye opgaver i de almenmedicinske tilbud vil den opfølgende indsats blive udfoldet som generiske og vejledende beskrivelser i Sundhedsstyrelsens kommende videreudvikling af kræftpakkeforløbene.

De dele af retningslinjerne, som vedrører patientrettet forebyggelse, skal implementeres i takt med og under hensyntagen til den kommende revision af kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i 2026 [7]. Kræftrehabilitering, herunder rehabilitering af senfølger vil indgå som et element i revisionen af kvalitetsstandarderne.

Retningslinjerne er udarbejdet, så de afspejler den opgavefordeling, som indføres med sundhedsreformen fra 2027. Året 2026 udgør en overgangsperiode, hvor myndighedsansvaret for de patientrettede forebyggelsestilbud fortsat vil være forankret i kommunerne.

1.2. Individualiseret opfølgning

Sundhedsstyrelsen introducerede med opfølgningsprogrammer for kræft (2015) begrebet opfølgning i forbindelse med kræft, hvor de tidligere standardiserede kontrolforløb efter endt kræftbehandling blev nytænkt. Opfølgning i forbindelse med kræft dækker over en bred vifte af mulige indsatser, herunder rehabilitering, genoptræning, palliation, støtte til egenomsorg, undersøgelser med henblik på opsporing af recidiv og resttumor mv. De opfølgende indsatser differentieres på baggrund af en afdækning af individuelle behov, som er forskellige alt efter den specifikke kræftsygdom, sygdomsstadie og behandling.

Med Kræftplan V styrkes forløbet med og efter kræft yderligere, blandt andet ved at tydeliggøre ansvaret for opfølgning i forbindelse med kræft samt tilrettelæggelsen og struktureringen af senfølgeindsatsen, ligesom rehabiliterings- og palliationsindsatserne løftes. Dette gennem en række initiativer, der understøtter en individuel tilgang, så alle kræftpatienter med behov herfor enten bliver hjulpet til egenomsorg eller får adgang til den rette professionelle hjælp. Sundhedsstyrelsen har desuden påbegyndt et arbejde med at videreudvikle kræftpakkerne i henhold til ambitionerne i regeringens Kræftplan V, så pakkeforløbene i endnu højere grad kan tage højde for individuelle hensyn i forhold til den enkeltes helbred, behandlingsmuligheder og ønsker for forløbet, og i den forbindelse også et større fokus på blandt andet rehabilitering og senfølger.

Det almenmedicinske tilbud får en styrket rolle i den opfølgende indsats, når et kræftforløb på sygehus er afsluttet eller ved langvarige behandlingsforløb. Som led i Kræftplan V indebærer det, at det almenmedicinske tilbud fra 2027 og frem skal tilbyde alle kræftpatienter en opfølgende konsultation⁵ og en

⁵ Det Nationale PRO-sekretariatet i Sundhedsdatastyrelsen er, i regi af national klinisk koordinationsgruppe, ved at udvikle et nationalt PRO-skema målrettet opfølgningskonsultationen for kræftpatienter. Skemaet kan understøtte dialogen i den opfølgende samtale.

individuel opfølgningsplan med fokus på blandt andet senfølger. Formålet med indsatsen er at sikre, at der følges systematisk op på borgere, der har været i et kræftforløb.

Det almenmedicinske tilbud har et særligt ansvar for at følge op på borgere med komplekse behandlingsforløb både under og efter deres kræftforløb. Det kan dreje sig om borgere med eksempelvis multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og borgere med nedsat funktionsevne eller sundhedskompetence.

En forudsætning for en effektiv individuel opfølgningsindsats er, at den tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte borgers samlede livssituation, herunder helbredstilstand, ressourcer, sundhedskompetencer, motivation og ønsker. For at understøtte det almenmedicinske tilbud vil den opfølgende indsats blive yderligere udfoldet som generiske og vejledende beskrivelser i Sundhedsstyrelsens kommende videreudvikling af kræftpakkeforløbene. Dette skal understøtte det almenmedicinske tilbuds indsatser i forhold til kræftpatienter, herunder for så vidt angår opfølgning, håndtering af senfølger og patientinddragelse.

En individualiseret tilgang er afgørende for, at indsatserne giver størst mulig sundhedsmæssig værdi for borgeren og bidrager til at understøtte funktionsevnen og livskvaliteten. En veltilrettelagt, differentieret og fleksibel opfølgning kan dermed bidrage til bedre sundhed for den enkelte og til at mindske ulighed i sundhed.

2. Senfølger efter kræft

2.1. Typer af senfølger

Senfølger er helbredsproblemer, som enten opstår under kræftbehandling og kan blive kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter afsluttet behandling. Senfølgerne kan omfatte både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne [6]. Senfølgerne kan variere over årene og nogle bliver kroniske.

Overordnet kan senfølger inddeles i nedenstående tre hovedtyper, og den enkelte borger kan opleve forskellige typer af senfølger samtidigt.

Tværgående senfølger

Tværgående senfølger⁶ er de hyppigst forekommende og omfatter et bredt spektrum af symptomer [7]. Der er tale om biopsykosociale senfølger, som ikke er specifikt relateret til en bestemt kræftsygdom eller behandling, men forekommer på tværs af kræfttyper og behandlingsformer. Eksempler på denne type af senfølger er træthed/fatigue, søvnproblemer, kroniske smerter, seksuelle senfølger, frygt for tilbagefald, angst, depression og kognitive udfordringer såsom koncentrations- og hukommelsesbesvær, sociale samt eksistentielle udfordringer. En væsentlig udfordring består i, at disse senfølger langt oftest optræder i klynger, dvs. at borgere oplever flere samtidige symptomer, som vedligeholder og forstærker hinanden, fx smerter, søvnbesvær, træthed og depressive symptomer. Klynge symptomer med betydelig indvirkning på funktionsevnen kan betragtes som komplekse tværgående senfølger.

Organspecifikke senfølger

Organspecifikke senfølger er oftest relateret til kirurgiske indgreb og/eller strålebehandling rettet mod et specifikt organ eller område i kroppen. Et klassisk eksempel er lymfødem i armen efter kirurgisk fjernelse og strålebehandling af lymfeknuder i armhulen ved brystkræft. Andre typer organspecifikke senfølger inkluderer fordøjelsesbesvær og afføringsinkontinens efter operation for tarmkræft, synkebesvær, produktion af sejt slim og stramhed i vævet efter strålebehandling mod en hoved- og halskræft eller seksuel dysfunktion efter behandling i bækkenområdet. Organspecifikke senfølger kan optræde i flere organer samtidig, således også i andre organer, end der hvor kræftknuden sad, da både sygdom og behandling kan påvirke flere områder enten direkte eller indirekte.

Behandlingsspecifikke senfølger

Ved behandlingsspecifikke senfølger er der tale om senfølger, der opstår som følge af systemisk behandling, herunder kemoterapi og immunterapi. De specifikke senfølger varierer afhængigt af, hvilken behandling borgeren har modtaget. Eksempler på behandlingsspecifikke senfølger kan være nerveskader, der resulterer i smerter og føleforstyrrelser i hænder og fødder efter visse typer af kemoterapi eller autoimmune tilstande i fx hud eller lunger efter immunterapi [6].

⁶ I Kræftplan V og de tilhørende udmøntningsaftaler anvendes betegnelsen 'generelle senfølger' om tværgående senfølger og 'komplekse (generelle) senfølger' om komplekse tværgående senfølger.

2.2. Sværhedsgrad

Alle former for senfølger kan forekomme i varierende sværhedsgrad og afhænger af flere faktorer: symptomtyngde, effekt af givne behandlinger og indsatser, mestring og særligt påvirkning af funktionsevnen. Et særligt vigtigt pejlemærke i forhold til vurdering af sværhedsgraden - udover indvirkningen på funktionsevnen - er, om der har været tilstrækkelig effekt af almen senfølgebehandling⁷. Manglende effekt kan være tegn på øget kompleksitet og behov for specialiseret indsats. Det handler således ikke alene om antal eller type af symptomer. Det er væsentligt at fremhæve, at nogle senfølger ikke forsvinder, hvorfor effekt ikke nødvendigvis indebærer symptomophør, men også - og i særlig grad - kan vurderes ud fra, i hvilket omfang senfølgerne fortsat påvirker hverdagslivet negativt.

Sværhedsgraden kan desuden ændre sig over tid - fx som følge af borgerens tilpasning, ændrede livs-omstændigheder eller symptomudvikling. Dette understreger behovet for løbende vurdering og fleksibel tilpasning af indsatsen.

På flere områder findes validerede spørgeskemaer med cut-off-værdier, som kan indikere sværhedsgraden. Disse kan være nyttige som supplement til den faglige helhedsvurdering, men bør ikke stå alene.

⁷ Ved almen senfølgebehandling forstås de indsatser, der ydes på laveste relevante trin, dvs. i det almenmedicinske tilbud og/eller de patientrettede forebyggelsestilbud eller almen genoptræning.

3. Organisering

3.1. Stepped care

Fordelingen af ansvaret for senfølgeindsatsen organiseres ud fra en såkaldt stepped care tilgang, hvor der tages udgangspunkt i, at nogle borgere med milde symptomer og højt niveau af sundhedskompetencer fx selv kan håndtere visse symptomer med den rette støtte til egenomsorg, mens andre borgere vil have brug for en indsats eller behandling i sundhedsvæsenet.

Indsatserne skal varetages på rette trin med de rette kompetencer. Størstedelen af patienter med tværgående senfølger vil kunne håndteres i det almenmedicinske tilbud, det patientrettede forebyggelsestilbud og gennem genoptræning. Nogle borgere vil have enten komplekse tværgående eller organ- og behandlingsspecifikke senfølger. Disse borgere skal tilbydes hjælp i en regional senfølgeklinik eller på en relevant sygehusafdeling, da sådanne symptomer kræver tilstedeværelse af særlige fagspecifikke eller tværfaglige kompetencer samme sted.

Senfølger efter kræft kan optræde meget forskelligt afhængigt af typen: tværgående, organ- og/eller behandlingsspecifikke og sværhedsgraden: milde, moderate eller komplekse, jf. kapitel 2. Både typen og sværhedsgraden af senfølger samt borgerens egne ønsker og behov indgår i vurderingen af, hvilket indsatstrin i sundhedsvæsenet, der er relevant for den enkelte.

Et grundprincip i stepped care-tilgangen er, at indsatser på det laveste relevante trin som udgangspunkt skal være afprøvede, før henvisning til det næste indsatstrin overvejes. Nogle borgere kan imidlertid have komplekse senfølger tidligt, eller have senfølger med en karakter, der fordrer en direkte "matched care" indsats på et højt indsatstrin uden forudgående indsats på et lavere trin.

Det er derfor vigtigt at understrege, at stepped care ikke er en lineær proces, men en dynamisk, hvor borgere kan bevæge sig både op og ned på de forskellige indsatstrin afhængigt af deres aktuelle behov. Desuden vil mange forløb bestå af parallelle opfølgende indsatser, da den enkelte borger kan have forskellige samtidige senfølger, der kræver indsats/behandling på forskellige trin. En borger kan eksempelvis modtage patientrettede forebyggelsestilbud og samtidig være i forløb med opfølgende undersøgelser på den behandlende sygehusafdeling, mens det almenmedicinske tilbud fortsat har en koordinerende rolle.

De regionale senfølgeklinikker for komplekse tværgående senfølger skal ikke udelukkende have en udredende og behandlende rolle, men skal også fungere som videnscentre, der i et gensidigt samarbejde kan yde faglig sparring og rådgivning til aktører i det nære sundhedsvæsen. En stepped care-tilgang indebærer derfor en arbejdsdeling og et velfungerende samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud, patientrettede forebyggelsestilbud samt sygehusbaserede enheder i overensstemmelse med nedenstående ansvarsfordeling.

Figur 1 nedenfor viser den overordnede fordeling af behov for indsatser i senfølgeindsatsen. Alle tilbydes en opfølgende samtale i det almenmedicinske tilbud efter endt kræftforløb eller langvarige behandlingsforløb på sygehus; en del patienter har milde til moderate senfølger, der kan håndteres i det almenmedicinske tilbud og det patientrettede forebyggelsestilbud; mens færre har komplekse senfølger, der kræver specialiseret indsats på sygehus.

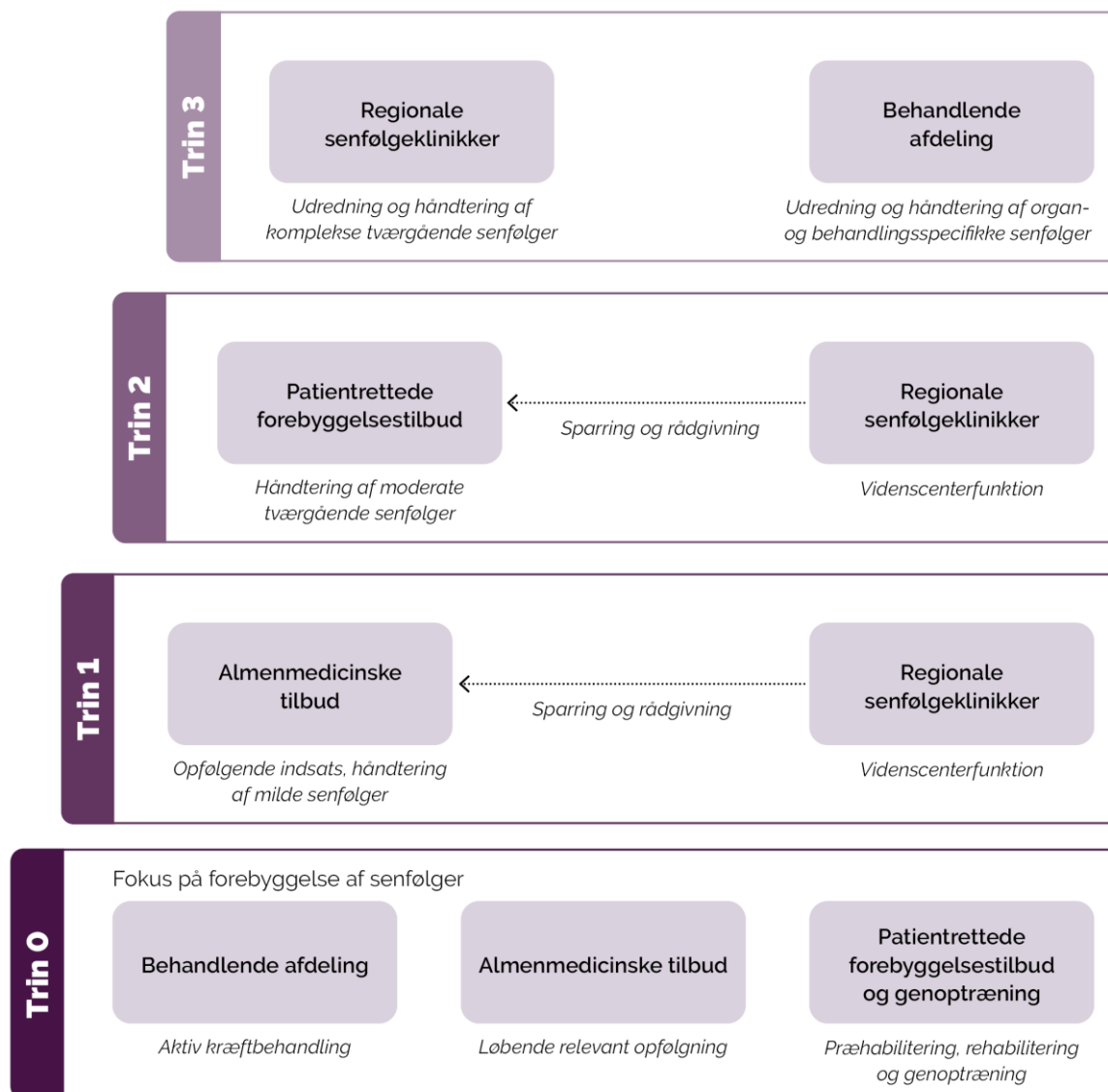
Figur 1. Fordeling af borgere og behov for indsatser ved senfølger i forbindelse med kræft



3.2. Ansvarsfordelingen

Afhængigt af typen og graden af senfølger støttes eller behandles borgere med senfølger i forbindelse med kræft i overensstemmelse med rolle- og ansvarsfordeling, der er beskrevet i de følgende afsnit.

Den nedenstående stepped care-model (figur 2) giver et overblik over den trinvis tilgang og ansvarsfordeling mellem aktørerne i sundhedsvæsenet. Modellen udgør et overordnet udgangspunkt, og skal ses som en dynamisk ramme, hvor borgerens behov og indsatser kan ændre sig over tid.

Figur 2. Stepped care model

Trin 0: Fælles indsats med fokus på forebyggelse - sideløbende med den aktive kræftbehandling

En tidlig patientrettet forebyggende indsats under det initiale kræftbehandlingsforløb kan være afgørende for at forebygge eller reducere udviklingen af senfølger. Forebyggelsesperspektivet udgør et forudgående trin i en samlet stepped care-tilgang med henblik på at mindske antallet af borgere, der udvikler behandlingskrævende senfølger, og sikre, at eventuelle behov for støtte, behandling og rehabilitering identificeres og imødekommes så tidligt som muligt.

Allerede på den behandlende afdeling er der fokus på fælles beslutningstagning, hvor behandlingens effekt, risici og mulige senfølger drøftes med borgeren med blik på at træffe informerede valg, der afvejer behandlingsgevinst og langsigtede konsekvenser. På den behandlende afdeling gives information om potentielle senfølger samt håndtering af behandlingsrelaterede følgevirkninger, ligesom rehabiliterende indsatser – herunder præhabilitering, genoptræning og patientrettede forebyggelsestilbud – tænkes ind tidligt i forløbet og sideløbende med den aktive behandling, idet disse indsatser også bidrager til forebyggelse af senfølger (se bilag 1),

Målgruppe

- Borgere med kræft i et aktivt eller nyligt afsluttet behandlingsforløb.

Ansvarlig og ansvarsområder

- Sygehuse: håndterer umiddelbare følger og bivirkninger af behandlingen, forebygger og opsporer senfølger sideløbende med behandling og opfølgning, inkl. information om potentielle senfølger, afdækker behov for og henviser til genoptræning eller afklarende samtale mhp. patientrettede forebyggelsestilbud (se bilag 1). Fælles beslutningstagen indgår som en integreret del af behandlingsforløbet, hvor borgeren informeres om behandlingsmuligheder, effekt, bivirkninger og potentielle senfølger, så beslutninger træffes på et oplyst grundlag.
- Det almenmedicinske tilbud: tilbyder relevant individualiseret opfølgning til borgere i langvarig behandling for kræftsygdom, og varetager behandling af konkurrerende sygdom. Det almenmedicinske tilbud har desuden et ansvar for yde en særlig koordinerende indsats for borgere med komplekse behandlingsforløb⁸ både under og efter deres kræftforløb, hvilket også følger af tovholderrollen for sårbare patienter iht. den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinsske tilbud 2026.
- Regioner og kommuner: Regioner og kommuner er ansvarlige for hhv. patientrettede forebyggelsestilbud og genoptræningstilbud til de borgere som det er relevant for, sideløbende med kræftbehandlingen for at understøtte borgerens funktionsniveau, optimere behandlingsudbyttet og forebygge eller reducere risikoen for udvikling af behandlingskrævende senfølger.
- Der bør arbejdes på at etablere et tæt samarbejde og informationsudveksling mellem behandlende sygehusafdelinger, det almenmedicinske tilbud, det patientrettede forebyggelsestilbud og/eller genoptræningstilbuddet for at sikre et sammenhængende forløb⁹. Koordinering mellem regioner og kommuner i regi af sundhedsrådene kan understøtte det tværsektorielle samarbejde, planlægning og sammenhæng i senfølgeindsatsen.
- Civilsamfundsaktører og patientforeninger – eksempelvis tilbud hos Kræftens Bekæmpelse og Senfølgerforeningen - kan indgå som et supplerende tilbud og bidrage med rådgivning, viden og peer-baseret støtte, der understøtter borgerens mestring og egenomsorg som led i den samlede forebyggende indsats.
- Videnscenterfunktion: Senfølgeklivkerne har i kraft af deres videnscenterfunktion en vigtig rolle i formidlingen af viden om senfølger efter kræft og eksisterende kliniske retningslinjer. Dette omfatter koordineret vidensdeling på tværs af sektorer og de regionale senfølgeklivker og kan

⁸ Det kan dreje sig om borgere med multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og borgere med nedsat funktionsevne eller sundhedskompetence.

⁹ Som en del af Kræftplan V har Sundhedsstyrelsen igangsat et projekt, der skal se på udfordringer og mulige løsninger til at styrke videregivelse af information og kommunikation mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne, herunder bl.a. se på, hvordan man kan understøtte en mere ensartet henvisningspraksis til patientrettede forebyggelsestilbud (§ 119) og genoptræning (§ 140).

målrettes både borgere og sundhedsprofessionelle.

Samarbejde ved overgangen til det almenmedicinske tilbud

- Den behandlende sygehusafdeling overdrager borgeren til opfølgning i det almenmedicinske tilbud efter afsluttet aktiv behandling eller ved langvarig behandling, og det almenmedicinske tilbud tilbyder borgeren en opfølgende samtale og en individuel opfølgningsplan (se trin 1).
- Den behandlende afdeling varetager opfølgende undersøgelser (fx billeddiagnostik, blodprøver o.l.) i overensstemmelse med de gældende kliniske retningslinjer.
- Ved udskrivelse/overdragelse giver den behandlende afdeling relevant information videre til det almenmedicinske tilbud via epikrisen. Dette omfatter en beskrivelse af allerede igangsatte behandlingsmæssige og lindrende indsatser samt evt. henvisninger til patientrettet forebyggelse samt genoptræningstilbud med genoptræningsplan. Desuden information om hyppigste senfølger til kræftforløbet, recidivsuspekterede symptomer, samt relevante kontaktmuligheder i forbindelse med den videre opfølgning. Den behandlende afdeling kan desuden med fordel angive, om der er særlige forhold i borgerens behandlingsforløb, helbredstilstand eller livssituation, som bør give anledning til en mere proaktiv opfølgning i det almenmedicinske tilbud.
- Der kan mod slutningen af behandlingsforløbet på sygehuset afholdes en fælles videokonference med borgeren, den behandlende afdeling og det almenmedicinske tilbud samt evt. patientrettede forebyggelsestilbud. Videokonferencen kan bidrage til en fælles forståelse af behandlingsforløbet, eventuelle senfølger og den videre plan for opfølgning. Samtalen kan styrke kontinuiteten i forløbet, særligt for borgere med øget risiko for senfølger eller komplekse forløb.

Trin 1: Det almenmedicinske tilbud

Målgruppe

- Alle borgere efter endt kræftforløb eller i langvarige behandlingsforløb samt borgere med behov for indsatser, hvor almenmedicinske tilbud har en koordinerende rolle.

Ansvarlig og ansvarsområder

- Det almenmedicinske tilbud har en koordinerende rolle i opfølgningen efter kræftforløb og har ansvar for den løbende vurdering af borgerens behov samt visitation og henvisning til relevante indsatser på øvrige indsatstrin. Det almenmedicinske tilbud varetager primært indsatsen ved milde senfølger.
- Det almenmedicinske tilbud tilbyder en opfølgende samtale til borgere efter afsluttet kræftforløb eller ved langvarige forløb på sygehus. Forud for samtalen kan der indhentes oplysninger vha. PRO-skema målrettet opfølgningskonsultationen til borgere med kræft¹⁰. Oplysningerne inddrages i dialogen med borgeren for at afdække forekomsten og sværhedsgraden af senfølger samt vurdere behovet for indsatser. Behovet for støttende indsatser afdækkes med udgangspunkt i borgerens funktionsevne og hverdagsliv. Vurderingen tager højde for, at senfølger kan

¹⁰ Skemaet er under udarbejdelse af national klinisk koordinationsgruppe, Det Nationale PRO-sekretariat.

udvikle sig eller ændre karakter over tid, og at behovet for indsats derfor kan opstå eller forstærkes senere i forløbet. På baggrund af vurderingen af senfølgernes karakter og kompleksitet varetager det almenmedicinske tilbud følgende roller:

- Mild – Borgeren har aktuelt ingen eller milde senfølger. Hvis det vurderes, at borgeren selv kan mestre sin situation med information om potentielle senfølger efter kræft og støtte til egenomsorg, kan borgeren henvende sig til sit almenmedicinske tilbud ved behov. Hvis det vurderes, at borgeren har behov for en indsats, skal det almenmedicinske tilbud planlægge en individuel opfølgning og yde relevant indsats (svarende til trin 1 i stepped care-modellen).
 - Moderat – Borgeren har allerede tegn på senfølger, og/eller borgerens egne forudsætninger for at opsøge hjælp er begrænsede (fx lavt niveau af sundhedskompetencer). Her skal det almenmedicinske tilbud planlægge en individuel opfølgning og være opmærksom på behov for henvisning til et patientrettet forebyggelsestilbud, andre relevante kommunale indsatser eller supplerende tilbud i civilsamfundet (svarende til trin 2 i stepped care-modellen).
 - Kompleks – Borgeren har allerede komplekse senfølger og/eller et komplekst behandlingsforløb med risiko for, at borgeren ikke selv reagerer rettidigt. Her skal det almenmedicinske tilbud planlægge en individuel opfølgning. Borgeren skal følges tæt og henvises til en regional senfølgeklinik for komplekse tværgående senfølger eller et sygehustilbud målrettet organ- eller behandlingsspecifikke senfølger (svarende til trin 3 i stepped care-modellen). Der bør samtidig være opmærksomhed på behov for kommunale indsatser samt understøttende tilbud i civilsamfundet som led i en samlet indsats.
- I forbindelse med den opfølgende samtale gives borgeren information om senfølger.
 - På baggrund af den opfølgende samtale udarbejder det almenmedicinske tilbud i samarbejde med borgeren en individuel opfølgningsplan, der beskriver borgerens behov for opfølgende indsatser, herunder indsatser til at afhjælpe eventuelle senfølger og evt. henvisning til indsats på et højere indsatsstrin ved moderate eller komplekse senfølger. Opfølgningsplanen bør desuden beskrive, hvornår og hvilke omstændigheder, der foranlediger fornyet kontakt, fx ved forværring af symptomer eller funktionsevnen.
 - Det almenmedicinske tilbud er ansvarlig for indsatser ved milde senfølger. Der ydes indsatser svarende til dem, som det almenmedicinske tilbud i forvejen kan tilbyde borgerne.
 - Hvis indsatsen i det enkelte almenmedicinske tilbud ikke er tilstrækkelig til at afhjælpe senfølgerne, henvises der til et relevant tilbud på et højere trin.

- Behandelende sygehusafdeling: bidrager ved behov med gensidig faglig sparring til det almenmedicinske tilbud i forbindelse med vurdering og håndtering af senfølger. Dette gælder særligt ved tvivl om sammenhæng mellem symptomer og tidligere behandling og ved behov for afklaring af, om der foreligger behandlingskrævende organ- eller behandlingsspecifikke senfølger.

Eksempler på indsatser på trin 1

- Systematisk og løbende behovsvurdering i henhold til opfølgningsplanen, herunder at afdække karakteren og kompleksiteten af senfølgerne samt borgerens sociale forhold, ressourcer, sundhedskompetencer og eventuel multisygdom.
- Støtte borgeren i selv at kunne håndtere milde senfølger (støtte til egenomsorg, rådgivning). Støtte til egenomsorg kan fx bestå af: kendskab til sygdommen og tegn på forværring, håndtering af symptomer på psykiske reaktioner, kendskab til senfølger og mestring i hverdagen. Ved behov for længe-revarende indsatser, herunder mestrings- og livsstilsforløb, henvises borgeren til patientrettede forebyggelsestilbud. Der findes også digitale værktøjer og tilbud i patientforeninger/civilsamfundet, som kan understøtte egenomsorgen.
- Symptomlindring og medicinsk håndtering af almindeligt forekommende symptomer (fx let diarré og obstipation, milde smerter).
- Udredning og behandling af depression og/eller angst i mild og moderat grad.

Samarbejde ved overgangen

Det almenmedicinske tilbud kan ved behov søge gensidig faglig sparring og rådgivning hos en regional senfølgeklinik eller behandelende afdeling med viden om organ- og behandlingsspecifikke senfølger. Særligt ved borgere med moderate eller komplekse senfølger kan der tidligt i forløbet indhentes rådgivning som led i senfølgeklinikkens videnscenterfunktion, herunder med henblik på vurdering af behov for videre udredning, behandling eller henvisning.

Trin 2: Patientrettede forebyggelsestilbud**Målgruppe**

- Borgere med tværgående senfølger, som påvirker funktionsevnen i moderat grad.

Visitationskriterier til trin 2:

- Et eller flere samtidige symptomer, der ikke kan håndteres alene i det almenmedicinske tilbud
- Symptomer, som påvirker funktionsevnen i moderat grad.
- Borgeren har behov for et patientrettet forebyggelsestilbud, der kan omfatte tværfaglige indsatser

Ansvarlig og ansvarsområder

- Regionerne har fra 1. januar 2027 myndighedsansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse til personer med tværgående senfølger i moderat grad og som beskrives i den kommende revision af kvalitetstandarden for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.¹¹

Eksempler på indsatser på trin 2

- Som led i den afklarende samtale efter henvisning til et patientrettet forebyggelsestilbud foretages en systematisk afdækning af karakteren og kompleksiteten af senfølgerne samt borgerens sociale forhold, ressourcer, sundhedskompetencer og eventuel multisygdom.
- Indsatser i de patientrettede forebyggelsestilbud har blandt andet fokus på hverdagsmestring og fysisk aktivitet. Ligeledes bør der være en opmærksomhed på en kontakt til kommunale forvaltninger (eksempelvis ift. beskæftigelse).
- Senfølgeindsats: Indsatser og forløb rettet mod eksempelvis fatigue, søvn, kognitive udfordringer, seksualitet og samliv
- Brobygning til det relevante aktører i civilsamfundet, hvor der er mulighed for at deltage i støttende fællesskaber, der blandt andet kan fremme egenomsorg.

Sammenhæng til øvrige indsatser og samarbejde ved overgangen

- Tæt samarbejde og overlevering af information mellem det almenmedicinske tilbud og det patientrettede forebyggelsestilbud¹².
- Henvisning fra det almenmedicinske tilbud eller anden sygehusafdeling med beskrivelse af:
 - senfølgerne og hvordan de påvirker borgeren
 - hvilke tiltag der allerede er afprøvet
 - eventuel multisygdom eller sociale faktorer af betydning
- Mulighed for sparring og rådgivning fra en af de regionale senfølgeklinikker for komplekse tværgående senfølger ved tvivl eller usikkerhed.
- Ved manglende eller utilstrækkelig effekt af det patientrettede forebyggelsestilbud varetager det almenmedicinske tilbud som tovholder efter dialog med den patientrettede forebyggelse, vurdering af behov for videre indsats og henvisning til relevante tilbud på et højere indsatstrin.

Trin 3a: Regionale senfølgeklinikker

Målgruppe

- Borgere der har komplekse tværgående senfølger

Visitationskriterier til trin 3a (overordnede)

¹¹ Sundhedsstyrelsens nuværende 'Kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (2024), som vil blive revideret i 2026.

¹² Der er overlap til digitaliseringsunderstøttelsen af pakkeforløb for borgere med kronisk sygdom, hvor der er igangsat et arbejde med roadmap og udvikling, som efterfølgende vil kunne genbruges i andre borgerforløb.

- De regionale senfølgeklinikker retter sig primært mod borgere uden aktiv fremadskridende kræftsygdom. Borgere med aktiv dissemineret kræftsygdom, som har behov for lindring som led i det aktuelle sygdoms- og behandlingsforløb, vil som udgangspunkt blive varetaget i den palliative indsats eller i regi af den behandlende afdeling.
Der kan dog forekomme situationer, hvor borgere med længerevarende sygdomskontrol eller komplet respons på behandling har komplekse senfølger efter kræftbehandling, som kan begrunde henvisning til en regional senfølgeklinik.
- Komplekse tværgående senfølger med betydelig funktionsevnedssættelse, hvor én eller flere senfølger persisterer trods relevant indsats på lavere indsatstrin.
- Behov for specialiseret tværfaglig udredning og behandling (fx ved komplekse smerter, svære kognitive forstyrrelser, betydelige søvnvanskeligheder, svære psykiske senfølger)
- I nogle tilfælde kan der være behov for en direkte indsats i en regional senfølgeklinik for komplekse tværgående senfølger – uden forudgående almenmedicinsk eller patientrettet forebyggelsestilbud, hvis det er åbenlyst, at de senfølger, borgeren har, kræver specialiseret indsats. Henvisningen bør i disse tilfælde være forudgået af gensidig faglig sparring med den regionale senfølgeklinik. Henvisning kan ske både fra almenmedicinske tilbud og behandlende afdelinger.

Ansvarlig og ansvarsområder

- Udredning og tværfaglig indsats ved komplekse tværgående senfølger.
- Varetage indsatsen for de borgere, der ikke kan hjælpes tilstrækkeligt på et lavere indsatstrin.
- Som led i udredningen foretages en systematisk afdækning af karakteren og kompleksiteten af senfølgerne samt borgerens sociale forhold, ressourcer og sundhedskompetencer.
- Derudover har de regionale senfølgeklinikker en videnscenterfunktion, der har følgende rolle:
 - Tilbyde mulighed for gensidig faglig sparring og rådgivning med det almenmedicinske tilbud og det patientrettede forebyggelsestilbud om problemstillinger og relevante indsatser til borgere med senfølger – både generelt og forud for evt. henvisning til klinikken.
 - Sikre relevant vidensdeling og udbredelse af ny viden om senfølger til relevante faggrupper i sundhedsvæsenet og andre aktører på senfølgeområdet, herunder almenmedicinske tilbud og patientrettede forebyggelsestilbud.
 - vejlede om relevante henvisningsmuligheder for borgere med organ- og behandlingsspecifikke senfølger, herunder have overblik over lokale, regionale og nationale specialiserede tilbud.
 - Bidrage til udvikling, koordinering og kvalitetsudvikling af senfølgeindsatsen med henblik på at understøtte indsatser af høj faglig kvalitet samt evt. deltagelse i forskningsinitiativer. Som led heri forventes klinikkerne at bidrage til en koordineret national dataopsamling, der kan understøtte opfølgning på og videreudvikling af indsatsen.

Eksempler på indsatser på trin 3a

- Specialiseret udredning og behandling ved multidisciplinært team bestående af eksempelvis onkologer, psykologer, sygeplejersker, socialmedicinere, fysioterapeuter, diætister, socialrådgivere m.fl.
- Tilbud om individuelle forløb i klinikken med prioriteret behandling af de komplekse senfølger målrettet fx fysiske, adfærdsmæssige og kognitive faktorer.

Samarbejde ved overgangen

- Klinikken henviser til anden indsats i sundhedsvæsenet eller tilbud i civilsamfundet, hvis det vurderes at kunne imødekomme behovet.

Trin 3b: Behandlende afdelinger

Målgruppe

- Borgere med svære organ- eller behandlingsspecifikke senfølger

Visitationskriterier til trin 3b (overordnede)

- Organ- og behandlingsspecifikke symptomer, der ikke kan håndteres i det almenmedicinske tilbud eller patientrettede forebyggelsestilbud. Relevante indsatser skal være afprøvede uden tilstrækkelig effekt, medmindre tilstanden kræver direkte henvisning til en senfølgeindsats ved den behandlende afdeling. Henvisning kan ske både fra almenmedicinske tilbud og regionale senfølgeklinikker.
- Betydelig påvirkning af borgerens funktionsevne
- Behov for specialiseret diagnostik, medicinsk eller kirurgisk behandling

Ansvarlig og ansvarsområder

- Sygehusafdelinger, der har det primære ansvar for behandling af kræftsygdommen eller ved anden relevant sygehusafdeling efter aftale. Fx borgere med senfølger efter kræft i tarm eller bækkenorganer, hvis senfølger behandles i gastrokirurgisk eller gastromedicinsk regi.

- Udreder og behandler organ- og behandlingsspecifikke senfølger, både under og efter behandlingsforløbet i overensstemmelse med ovennævnte kriterier.
- Som led i udredningen foretages en systematisk afdækning af karakteren og kompleksiteten af senfølgerne samt borgerens sociale forhold, ressourcer, sundhedskompetencer og eventuel multisygdom.

Eksempler på indsatser på trin 3b

- Vandladningsgener efter kræftkirurgi: Medicinsk behandling, botox-injektioner, afløbsforbedrende kirurgi
- Fordøjelses- eller afføringsproblemer efter strålebehandling: Medicinsk behandling, kirurgiske tiltag, ernæringsrådgivning.
- Lymfødembehandling, herunder manuel drænage, bandagering og vurdering af relevant kompressionsprodukt

Samarbejde ved overgangen

- Ved udskrivning eller overdragelse gives relevant information videre til både borgere og samarbejdspartnere, herunder beskrivelse af igangsatte støttende, rehabiliterende og behandlingsmæssige tiltag. Desuden information om senfølger, symptomer og kontaktmuligheder.

Eksempel på organisering af behandling af organ- og behandlingsspecifikke senfølger

- Klinik for senfølger efter tarmkræft ved Afdeling for Mave-, Tarm- og Leversygdomme på Herlev Hospital er et eksempel på, hvordan et organspecifikt senfølgetilbud kan organiseres. Klinikken har en specialtrole ift. de øvrige behandlende afdelinger på området i Region Hovedstaden
- Borgeren har som regel modtaget senfølgebehandling i et almenmedicinsk tilbud eller på anden behandlende afdeling.
- Ved manglende effekt kan borgeren henvises til Klinikken for senfølger efter tarmkræft på Herlev Hospital, som tilbyder tværfaglig udredning og behandling af komplekse organ- og behandlingsspecifikke senfølger efter tarmkræft (colon, rectum og analcancer) samt patienter med tarmdysfunktion som følge af anden kræftbehandling
- I særligt komplekse tilfælde inddrages et tværfagligt team via månedlige MDT-konferencer. Fast deltagerkreds omfatter kirurgisk og medicinsk speciallæge, diætist, senfølgesygeplejersker samt øvrige relevante fagpersoner (fx forskningspersonale og administrativ støtte). Herudover inddrages øvrige fagpersoner ad hoc afhængigt af problemstillingen, herunder eksempelvis urolog, gynækolog, onkolog, dermatolog.
- Ved behov for specialiseret behandling af tværgående senfølger henvises til Klinikken for tværgående senfølger efter kræft.

4. Data og redskaber

Som en del af Kræftplan V (initiativ 14) styrkes og udbredes brugen af patientrapporterede oplysninger (PRO-data) [8], så borgere i højere grad inddrages systematisk og får mulighed for at tilkendegive deres behov, udfordringer og ressourcer. Formålet er desuden, at sundhedsprofessionelle skal kunne differentiere indsatser og tilbyde det rette forløb baseret på borgernes egne perspektiver og vurderinger af deres helbred og livskvalitet.

Eksempler på anvendelse af PRO

I Klinikkerne for senfølger efter kræft i bækkenorganerne ved hhv. Århus og Ålborg Universitetshospitaler anvendes PRO som en integreret del af udredning, behandling og opfølgning. Borgerne besvarer elektroniske spørgeskemaer 3, 12, 24 og 36 måneder efter operation for kolorektal og analcancer. Svarene bruges aktivt til at opspore og identificere senfølger – særligt tarm-, urin- og seksuelle dysfunktioner – og til at tilpasse indsatsen individuelt. Data drøftes i et tværfagligt team og bidrager både til den kliniske vurdering, patientinddragelse og løbende kvalitetsudvikling.

I de etablerede regionale senfølgeklinikker – aktuelt beliggende i Region Syd, Sjælland og Hovedstaden – anvendes PRO rutinemæssigt som led i både udredning, opfølgning og evaluering af indsatsen. Alle henviste patienter anmodes om at besvare EORTC's survivorship-spørgeskema (EORTC QLQ-SURV100) forud for første fremmøde i senfølgeklinikken, ved afslutning af forløbet samt 6, 12 og 24 måneder efter afsluttet forløb. PRO-data anvendes aktivt i den kliniske vurdering og dialogen med borgeren, herunder til at afdække symptomudvikling over tid, vurdere effekt af indsatsen og understøtte patientinddragelse. Samtidig bidrager data til løbende kvalitetsudvikling og forskning.

I Center for Kræft og Sundhed København er PRO integreret i vurderingen af borgerens behov i forbindelse med forløb i centret. Borgeren udfylder forud for behovsvurderingssamtalen et elektronisk spørgeskema med spørgsmål om symptomer, fysisk og mental trivsel samt funktionsevne i hverdagen. I samtalen gennemgår den sundhedsprofessionelle og borgeren sammen besvarelsenerne, som vises på skærm via KommunalPRO, og som anvendes som understøttelse af dialog, behovsvurdering og plan for forløb. PRO anvendes ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløb, samt i opfølgningsforløb efter endt rehabilitering (WHO-5) og i forløb for borgere henvist med senfølger (WHO-5, Distress Thermometer, spørgsmål fra EORTC QLQ-SURV100). På aggregeret niveau bidrager PRO-data til viden om behov hos borgere henvist til centret og anvendes i kvalitetsudvikling og forskning.

PRO anvendes i stigende grad på tværs af sektorer på kræftområdet. I både regionale og kommunale indsatser understøtter PRO en struktureret behovsafdækning, prioritering og opfølgning på kræftforløbet. Kommunal PRO, som er et fælleskommunalt dialog-, samarbejds- og vidensdelingsværktøj, understøtter en fælleskommunal tilgang til PRO-spørgeskemaer. K-PRO har indarbejdet de nationale PRO-skemaer, der aktuelt eksisterer. Der er endvidere en nyt nationalt PRO-skema for patientrettet forebyggelse med fokus på senfølger under udarbejdelse.

Anvendelse af PRO-skemaer og -data kan, når det foreligger, inddrages på tværs af senfølgeindsatsen. PRO kan bidrage til mere målrettede og individualiserede indsatser ved at understøtte kliniske beslutninger og fremme borgerens egenomsorg. Nogle PRO-data kan i dag deles på tværs af forløb via national infrastruktur. Desuden åbnes der med den rette datainfrastruktur potentielt mulighed for anvendelse af avancerede metoder som kunstig intelligens til at udvikle risikomodeller, der kan forudsige, hvilke patienter der har størst risiko for at udvikle svære eller komplekse senfølger. Dette skaber et fundament for forebyggende tiltag og bedre prioritering af ressourcer.

En løbende opsamling af data på de forskellige trin på populationsniveau vil kunne give et nuanceret billede af fx borgernes helbredstilstand, funktionsevne og livskvalitet over tid samt bidrage til en kontinuerlig kvalitetsudvikling af indsatsen gennem forløbet, herunder tidlig opsporing af senfølger, støtte, patientrettet forebyggelse og behandling.

5. Kliniske retningslinjer

- Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) har udarbejdet kliniske retningslinjer for tværgående senfølger: <https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/tvargaende-retningslinjer/senfolger/>
- På nogle organspecifikke områder er der udarbejdet særskilte kliniske retningslinjer for behandling af senfølger:
 - Kolorektal og analcancer: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/analcancer/management-guidelines-of-late-adverse-effects-after-chemoradiation-for-anal-cancer/>

Som led i Kræftplan V har DMCG fået til opgave at afdække og opdatere kliniske retningslinjer for organ- og behandlingsspecifikke senfølger. Arbejdet omfatter både behandling af organ- og behandlingsspecifikke senfølger samt opfølgende indsatser. Arbejdet forventes gennemført frem mod 2027.

6. Sammenhæng til andre kræftplan V initiativer

Som en del af Kræftplan V vil følgende initiativer de kommende år desuden bidrage til at styrke retningslinjer og indsatser på området:

- **Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme:** revideres i 2026, hvor rehabilitering af senfølger i forbindelse med kræftsygdom- og behandling vil indgå.
- **DMCG'ernes kliniske retningslinjer for kræft:** opdateres frem mod 2027, hvor behandling af sygdomsspecifikke senfølger vil indgå.
- **Pakkeforløb for kræft:** vil blive videreudviklet med henblik på, at kræftpakkerne i endnu højere grad skal tage højde for individuelle hensyn i forhold til patientens helbred, behandlingsmuligheder og ønsker for forløbet.
- **Krav og anbefalinger om basal palliation:** udarbejdes i 2026 og indgår som led i de nye kvalitetsstandarder for den kommunale sygepleje.
- **Nationale visitationslinjer til specialiseret palliation:** udarbejdes i 2026 med henblik på at sikre bedre, hurtigere og mere ensartet adgang for borgere med behov for specialiseret palliation.
- **Styrket videregivelse af information mellem sektorer:** Sundhedsstyrelsen har igangsat et projekt, der skal se på udfordringer og mulige løsninger til at styrke videregivelse af information og kommunikation mellem sygehusene, almen praksis og kommunerne, herunder bl.a. se på, hvordan man kan understøtte en mere ensartet henvisningspraksis til patientrettede forebyggelsestilbud (§ 119) og genoptræning (§ 140).
- **PRO-skemaer på kræftområdet:** I regi af det Nationale PRO-sekretariat i Sundhedsdatastyrelsen, og i 2027 i regi af Digital Sundhed Danmark, udvikles der PRO-skemaer på kræftområdet, som skal styrke patientinddragelse i kræftforløb og som udbredes i sundhedsvæsenet, herunder udvikling af et nationalt PRO-skema til rehabilitering / patientrettet forebyggelse og et PRO-skema målrettet opfølgingskonsultationen for kræftpatienter.

Referenceliste

1. **Sundhedsdatastyrelsen (2025). Nye kræfttilfælde I Danmark 2024.**
https://cdn1.gopublic.dk/sundhedsdatastyrelsen/media/638863629605245206/Kraeft-tilf%C3%A6lde_2024.pdf (28. maj 2026)
2. **Kræftens Bekæmpelse (2024). Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet: Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2023 – del 2.**
<https://mediebibliotek.cancer.dk/m/5b9dba12203a8c06/original/Barometerundersøgelsen-del2-2023.pdf> (28. maj 2026)
3. **Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025). Kræftplan V – et bedre liv med og efter kræft.**
<https://www.ism.dk/Media/638835090309035273/Et-bedre-liv-med-og-efter-kraeft-kraeftplan-V-TILG.pdf>
4. **Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025). Udmøntningsaftale om Kræftplan V (2026 og frem).**
[https://www.ism.dk/Media/638998265658725107/Udm%C3%B8ntningsaftale%20om%20Kr%C3%A6ftplan%20V%20\(2026%20og%20frem\).pdf](https://www.ism.dk/Media/638998265658725107/Udm%C3%B8ntningsaftale%20om%20Kr%C3%A6ftplan%20V%20(2026%20og%20frem).pdf)
5. **Sundhedsstyrelsen (2026). National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.**
https://www.sst.dk/media/220mlen/opgavebeskrivelse_almenmedicinsk_tilbud.pdf
6. **Sundhedsstyrelsen (2017). Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne.**
<https://www.sst.dk/media/y1totcvi/vidensopsamling-paa-senfoelger-efter-kraeft-hos-voksne.pdf>
7. **Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, DMCG (2025). Introduktion til kliniske retningslinjer for generelle, tværgående senfølger efter kræft og kræftbehandling.**
https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer/opdelt-paa-dmcg/tvargaende-retningslinjer/senfolger/introduktion-til-kliniske-retningslinjer-for-generelle-senfolger-29-08-2025_v.1.1..pdf
8. **Sundhedsdatastyrelsen (2026). Om patientrapporterede oplysninger (PRO).** <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro/om-pro> (28. maj 2026)
9. **Folketinget (2026). Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love.**
https://www.ft.dk/samling/20251/lovforslag/l42/index.htm?__cf_chl_f_tk=n5qOZjDaED-CVE3FxQemtm.mwEPFNL7fhxLin2Ni6VTo-1783414889-1.0.1.1-OGd4UEgj_uqymRfijG36gyO-EhT8m62h.Dl0FGvyFqw4 (2. juli 2026)

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Beskrivelse af indsatserne; patientrettet forebyggelse og genoptræning efter sundhedsloven

	Genoptræning efter § 84 og §§ 139a, 139b og 140 i sundhedsloven ¹³	Patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 og stk. 4 i sundhedsloven ¹⁴
Lovgrundlag i sundhedsloven	Genoptræning § 84 og §§ 139a, 139 b og 140.	Patientrettet forebyggelse § 119 stk. 3 og stk. 4.
Hvornår?	Når der efter udskrivning¹⁵ fra sygehus er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Sundhedslovens bestemmelser om genoptræning efter udskrivning fra sygehus omfatter alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt. Dette gælder altså også patienter, der udskrives fra en psykiatrisk afdeling. Bopælsregionens sygehuse har dog også pligt til at yde genoptræning under indlæggelse på regionens sygehuse. Det er en sundhedsfaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, om en patient har behov for genoptræning under sygehusindlæggelsen, og	Ved en sundhedsfaglig vurdering af behov. Målgruppen er borgere med kronisk eller langvarig sygdom. Det gælder fx borgere med en eller flere sygdomme som eksempelvis type 2 diabetes, hjertekar-sygdomme, KOL, kræft, knogleskørhed og muskel-skelet-sygdomme, såsom lænde- og rygsmerter.

¹³ Fra 1. januar 2027 er genoptræning efter sundhedsloven reguleret efter §§139a, 139b og 140 i sundhedsloven. Ændringen følger af [Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love \(L 42, 2025-26\)](#) [9].

¹⁴ Krav til indsatser i patientrettet forebyggelsestilbud fremgår af Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme som revideres i 2026. Der skal derfor tages forbehold for, at bilag 1 er udarbejdet pba. af de nuværende kvalitetsstandarder (2024). Der henvises til de reviderede kvalitetsstandarder, når de publiceres i 2026.

¹⁵ Udskrivning i relation til sundhedslovens genoptræningsbestemmelser kan ske fra stationært afsnit, ambulatorium eller akut modtageafsnit. Retten til en genoptræningsplan forudsætter således ikke, at patienten har været indlagt (optager normeret seng) på sygehuset.

	afgørelsen heraf træffes af den ansvarlige sundhedsperson.	
Hvem kan henvise?	Sygehuset har ansvar for at udarbejde en genoptræningsplan, som fungerer som henvisning til genoptræning, hvorefter genoptræningsforløb tildeles i hhv. kommune eller region afhængig af borgerens genoptræningsbehov.	Der kan henvises af både sygehus og almenmedicinske tilbud. Derudover kan der være henvisninger fra andre dele i kommunen fx beskæftigelsesområdet, og der kan være mulighed for selvhenvendelse. Forebyggelsestilbud tildeles af kommunen – og fra 1. januar 2027 regionen – på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering. Regionen kan efter de overtager opgaven i 2027 indgå aftale med kommunen om, at det er kommunen der drifter tilbuddene, og kan i den forbindelse også vælge, at kommunen kan tildele.
Hvad kendetegner opgaven?	Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger. Genoptræningsindsatser efter sundhedsloven varetages primært af autoriserede sundhedspersoner. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det	Der er tale om et bredt forbyggende og rehabiliterende tilbud. Tilbuddet vil efter kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (januar 2024) ¹⁴ omfatte en afklarende samtale, og alt efter borgerens behov og den sundhedsfaglige vurdering, kan der tildeles forløb om sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud. Herudover er der fokus på brobygning til civilsamfund for at fastholde livsstilsforandringer. Tilbuddene er i udgangspunktet generiske, men kan også være sygdomsspecifikke, og kan foregå både individuelt og på hold.

	formål at forbedre eller vedligeholde patientens funktionsevne. Genoptræning kan foregå både individuelt og på hold.	Tilbuddene differentieres bl.a. på baggrund af borgerens motivation og sundhedskompetence.
--	--	---

Sundhed for alle ♥ + ●