



# Introduktion til kliniske retningslinjer for generelle, tværgående senfølger efter kræft og kræftbehandling

29. august, 2025

# Introduktion til kliniske retningslinjer for generelle, tværgående senfølger efter kræft og kræftbehandling

29. august, 2025

## INDHOLD

1. Introduktion.....	3
1.1. Baggrund og formål .....	3
1.2. Definitioner .....	3
1.3. Målgruppe .....	4
2. Generelle senfølger i den kliniske kontekst .....	4
2.1. En senfølge optræder sjældent alene.....	4
2.2. Kliniske implikationer.....	5
2.3. Udfordringer i arbejdet med senfølger .....	5
3. Screening og udredning.....	6
3.1. Screening for senfølger gennem hele opfølgingsforløbet efter kræftbehandling .....	6
3.2. Individualiseret udredning af senfølger.....	7
4. Intervention.....	7
4.1. Inkluderede behandlinger .....	7
4.2. Ikke-inkluderede behandlinger.....	8
4.3. Personlig behovsbestemt behandling .....	8
5. Omsætning til praksis.....	9
6. Brugerperspektivet.....	10
7. Metode .....	11
8. Referencer .....	11

Styregruppen for udarbejdelse af kliniske retningslinjer for generelle senfølger efter kræft og kræftbehandling: Peer Christiansen, Peter Christensen, Anders Bonde Jensen\*, Christoffer Johansen og Bobby Zachariae\*

\*) Hovedansvarlige for introduktionsteksten

# 1. INTRODUKTION

## 1.1. BAGGRUND OG FORMÅL

Formålet med nærværende retningslinjer er at præsentere de på den aktuelt bedste evidens baserede anbefalinger for udredning og behandling af de mest hyppigste generelle senfølger efter kræft og kræftbehandling, som forekommer på tværs af kræfttyper og kræftbehandlinger. Behovet for disse retningslinjer skal ses på baggrund af en betydelig stigning i antallet af personer, som lever med en kræftdiagnose, en stigning som dels skyldes en stigning i antallet af diagnosticerede kræfttilfælde og dels en betydelig forbedret overlevelse som resultat af mere effektiv kræftbehandling. Denne udvikling har betydet et øget fokus på kræftoverleverens situation og på at sikre den bedst mulige helbredsrelaterede livskvalitet efter afsluttet primær kræftbehandling.

Det har samtidig været nødvendigt at nytænke opfølgning efter afsluttet kræftbehandling. Hvor der tidligere har været en tradition for opfølgning med regelmæssige fysiske fremmøder på en hospitalsafdeling for de fleste kræftoverlevende, er denne tilgang udfordret af flere forhold. Dels er sundhedsvæsenet udfordret af mangel på personaleressourcer, hvilket har medført et krav om at nytænke en række arbejdsgange i hospitalsvæsenet. Der er her tale om en grundlæggende transformation af sundhedsvæsenets indsats med større vægt på behovsbestemte tilgange til sundhedsydelse og en mere kritisk holdning til hidtidige arbejdsgange. Desuden er der, som beskrevet i Sundhedsstrukturkommissionens rapport (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2024), et ønske om nye tilgange til organiseringen af sundhedsvæsenet, herunder ikke mindst flytning af opgaver fra hospitalerne til den primære sundhedssektor.

Parallelt med denne udvikling er der opstået en voksende erkendelse af, at mange kræftoverlevende oplever senfølger som resultat af diagnose og behandling. Der er her tale om senfølger, der kan være yderst belastende, og som har en negativ indvirkning på borgerens livskvalitet og mulighed for at leve et normalt liv uden væsentlige funktionsnedsættelser. Denne problematik fremhæves i Kræftplan V, hvor der i anbefaling 7 står: ”I alle kræftpatienters forløb vurderes behovet for at tilbyde indsatser rettet mod potentielle senfølger. Indsatserne skal have samme høje kvalitet landet over, og skal være kendte for både patienter og sundhedsprofessionelle” (Sundhedsstyrelsen 2025).

## 1.2. DEFINITIONER

### 1.2.1. Tværgående senfølger

Ved generelle, tværgående senfølger forstås de generelle biopsykosociale senfølger, som ses på tværs af kræftdiagnoser, og som ikke er specifikt relateret til et bestemt organ eller en bestemt kræftbehandling. Det er her tale om fysiske problemstillinger som kræftrelateret træthed/fatigue og smerter, adfærdsmæssige udfordringer som søvnforstyrrelser (insomni) og psykiske problemstillinger i form af angst, depression og frygt for tilbagefald. Dertil kommer kognitive udfordringer i form af vanskeligheder med hukommelse og koncentration. Fælles for disse senfølger er, at de har væsentlige konsekvenser for kræftoverleverens trivsel,

funktion og generelle helbredsrelaterede livskvalitet. Sådanne senfølger forekommer ofte i klynger af samtidige symptomer, som udløser, vedligeholder og forstærker hinanden.

### *1.2.2. Kræftoverlevende*

De nærværende retningslinjer omhandler senfølger blandt kræftoverlevende, dvs. personer som har afsluttet den primære behandling for en kræftsygdom og som vurderes at være sygdomsfri. Mens begrebet sommetider anvendes bredere, refererer "kræftoverlever" i disse retningslinjer ikke til personer, der har en dissemineret sygdom, afventer en operation eller er i mere intensiv antineoplastisk behandling som kemoterapi eller strålebehandling. Derimod kan begrebet kræftoverlever godt omfatte personer i langvarig adjuverende behandling, f.eks. kvinder i langvarig adjuverende anti-hormonel behandling.

## 1.3. MÅLGRUPPE

Disse retningslinjer retter sig mod såvel sundhedsprofessionelle som kræftoverlevende og deres pårørende, som har brug for viden om de hyppigste generelle senfølger efter kræft og kræftbehandling og evidensbaserede anbefalinger vedrørende den bedste tilgængelige behandling for disse senfølger.

### *1.3.1. Kræftoverlevende*

Den primære målgruppe for de nærværende retningslinjer er personer, som har afsluttet den primære behandling for en kræftsygdom og som vurderes til at være sygdomsfri. Anbefalingerne fra disse retningslinjer vil dog i en række situationer også kunne finde anvendelse blandt patienter, der stadig er i aktiv behandling, f.eks. med kemoterapi, og blandt patienter i et kronisk kræftforløb. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at der ved udgangen af 2023 var 396.775 personer herhjemme, som levede med kræft eller som tidligere havde fået en kræftdiagnose og i dag er kræftfri ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)).

### *1.3.2. Sundhedsprofessionelle*

Den professionelle målgruppe er alle sundhedsprofessionelle, der i deres arbejde møder kræftpatienter og kræftoverlevende. Da de generelle senfølger udgør en bred vifte af problemer, og da behovet for udredning og behandling af disse kan opstå på mange forskellige tidspunkter i opfølgingsforløbet, vil mange forskellige personalegrupper på tværs af sektorer komme i kontakt med borgere med et senfølgeproblem. Det drejer sig om personale på forskellige hospitalsafdelinger, personale i almen praksis og sundhedsprofessionelle i den kommunale kræftrehabilitering. De nærværende retningslinjer sigter mod at levere et fælles vidensgrundlag for alle faggrupper på tværs af sektorer.

## 2. GENERELLE SENFØLGER I DEN KLINISKE KONTEKST

### 2.1. EN SENFØLGE OPTRÆDER SJÆLDENT ALENE

En særlig udfordring i forbindelse med udredning og behandling af generelle, tværgående senfølger er, at disse problematikker ofte manifesterer sig som klynger af samtidigt forekommende symptomer, hvis sammensætning kan variere afhængigt af faktorer såsom

kræfttypen, den modtagne behandling og den enkelte patients almene helbredstilstand (Miaskowski, Barsevick et al. 2017). For eksempel viser en undersøgelse af senfølger blandt brystkræftoverleverere, at én ud af fem kvinder udvikler flere samtidige, vedvarende belastende symptomer, f.eks. smerter, insomni og kognitive vanskeligheder. Ubehandlet har sådanne symptomklynger en tendens til at være gensidigt forstærkende og er blevet observeret i op til mange år efter endt primær behandling (Johannsen, Christensen et al. 2015, Nielsen, Lunderhoff et al. 2021). Dette påvirker forskellige aspekter af den fysiske og emotionelle funktionsevne samt den generelle livskvalitet, hvilket kræver en omfattende vurdering og håndtering af sundhedsprofessionelle (Emery, Butow et al. 2022).

## 2.2. KLINISKE IMPLIKATIONER

Mens de symptomspecifikke senfølger behandles hver for sig i nærværende retningslinjer, skal det understreges, at det altid bør undersøges, om der kan være tale om flere samtidige senfølger, når kræftoverleveren henvender sig til sundhedsvæsenet med en konkret senfølge. Dette gælder også, når henvendelsesårsagen er organ- og behandlingsspecifikke senfølger. Dernæst bør det afklares, hvilket problem det er væsentligst at få hjælp til. Det er således centralt at få afdækket hvilket problem kræftoverleveren vurderer vil gøre den største positive forskel at få håndteret eller reduceret (Se 3.2. Individualiseret udredning af senfølger).

## 2.3. UDFORDRINGER I ARBEJDET MED SENFØLGER

I arbejdet med udredning og behandling af senfølger efter kræft og kræftbehandling foreligger der en række udfordringer. En af udfordringerne består i, at der for nogle senfølgeproblematikker endnu ikke foreligger veldokumenterede behandlinger. For andre senfølger findes der effektive evidensbaserede behandlinger, men deres tilgængelighed i det danske sundhedsvæsen er begrænset. I andre tilfælde består udfordringerne i utilstrækkelige økonomiske ressourcer og fysiske, geografiske, bureaukratiske og juridiske begrænsninger, som begrænser kræftoverleveres mulighed for at få gavn af disse behandlinger. Endelig kan en udfordring bestå i manglende viden blandt sundhedsprofessionelle om de tilgængelige evidensbaserede behandlinger, hvilket kan bidrage til, at nogle sundhedsprofessionelle vil være unødigt tilbageholdende med at engagere sig i de problemer som kræftoverleverer oplever.

Det skal her fremhæves, at ubehandlede senfølger kan være forbundet ikke alene med store individuelle omkostninger for borgeren og dennes pårørende men potentielt også med store samfundsmæssige omkostninger i form af vanskeligheder med at vende tilbage til arbejde og et øget forbrug af sundhedsydelser. Det skal ligeledes understreges, at selvom der er få tilgængelige løsninger, er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle i mødet med kræftoverleverer med kræftrelaterede senfølger undersøger, identificerer og italesætter problemerne. Alene det at møde en anerkendelse af deres problem har en betydelig værdi for mange af de kræftoverleverer, der belastes af senfølger, også selv om mulighederne for at afhjælpe problemet er begrænsede.

### 3. SCREENING OG UDREDNING

#### 3.1. SCREENING FOR SENFØLGER GENNEM HELE OPFØLGNINGSFORLØBET EFTER KRÆFTBEHANDLING

Som fremhævet i Kræftplan V, vil det fremover være en vigtig opgave i alle kræftpatienters forløb at *"vurdere behovet for at tilbyde indsatser rettet mod potentielle senfølger"* (Sundhedsstyrelsen 2025), herunder de generelle tværgående biopsykosociale senfølger, som er hyppigt forekommende senfølger på tværs af forskellige kræfttyper og behandlinger. For at kunne vurdere behovet for indsats, vil der være behov for at gennemføre løbende screening for forekomst af disse senfølger blandt personer behandlet for kræft.

Da senfølger kan optræde mange år efter afsluttet behandling, bør løbende screening foretages gennem hele opfølgingsforløbet ved brug af standardiserede instrumenter til registrering af patientrapporterede oplysninger (PRO) for såvel de sygdoms- og behandlingsspecifikke som de generelle senfølger behandlet i nærværende retningslinjer (Zachariae, Christiansen et al. 2024). Som det fremgår af NCCN Survivorship Guidelines (Sanft, Day et al. 2023) og ESMO Consensus Statements on Cancer Survivorship (Vaz-Luis, Masiero et al. 2022), foreligger der international konsensus om behovet for at identificere generelle biopsykosociale senfølger blandt personer behandlet for kræft.

Som det vil fremgå for hver af de generelle senfølger behandlet i nærværende retningslinjer, foreligger der en række spørgeskemabaserede PRO-instrumenter til vurdering af angst, depression, frygt for tilbagefald, søvnforstyrrelser, kræftrelateret træthed (fatigue), kognitive vanskeligheder og smerter. Der vil i de fleste tilfælde findes flere forskellige instrumenter, og for at sikre en ensartet vurdering på tværs af kræfttyper vil det på længere sigt være relevant at opnå en national konsensus om, hvilke instrumenter man vil anvende til screening for de generelle senfølger.

I takt med at automatisk opfølgning med fysisk fremmøde efter afsluttet primær kræftbehandling vil blive reduceret og i nogle tilfælde helt elimineret, bliver der tale om et øget behov for andre former for opfølgning, f.eks. i form af digitale løsninger. I Kræftplan V fremhæves det således, at *"(patienters) tryghed, mestring og egenomsorg (bør) understøttes (...) på anden vis, fx gennem udbredelse af apps til registrering af symptomer på tilbagefald og senfølger samt information og rådgivning"* (Sundhedsstyrelsen 2025). Dette kræver, at der ikke blot indsamles PRO-data til brug for kvalitetsvurdering og forskning, men at patienterne får mulighed for at modtage umiddelbar og relevant feedback, information og rådgivning på basis af deres indrapportering. Det vil ligeledes kræve, at klinikere på tværs af sektorer kan få adgang til relevante patientdata mhp. at kunne levere den bedste kvalitet i konsultation med patienten. For hver kræftsygdom anbefales det således, at der arbejdes på at udvikle redskaber til digital indsamling af data vedr. såvel de sygdoms- og behandlingsspecifikke som de generelle biopsykosociale senfølger. Dansk Brystkræftgruppe (DBCG) har f.eks. besluttet at anbefale brugen af den interaktive mobile applikation DCCL-PRO app i den behovsbestemte opfølgning af brystkræftpatienter. Formålet er først og fremmest at hjælpe den enkelte patient med råd og vejledning samt være et vigtigt bindeled mellem patient og forskellige sundhedsprofessionelle. Samtidig genereres vigtige PRO-data, der kan supplere DBCG-databasen og

kvalitetsdatabasen med vigtig information om senfølger, patientens adhærens til behandling samt opdatering af kræfthændelser.

### 3.2. INDIVIDUALISERET UDREDNING AF SENFØLGER

Mens løbende screening under anvendelse af relevante grænseværdier vil kunne identificere mulige personer med klinisk relevante senfølger, vil det kræve en yderligere individuel udredning for at kunne vurdere, hvorvidt der er tale om behandlingskrævende senfølger, hvorvidt personen ønsker hjælp, samt hvilke behandlingstilbud, der vil være relevante i det konkrete tilfælde. Da en del kræftoverlevende med klinisk signifikante senfølger vil opleve flere samtidige problemstillinger, vil den nødvendige individualiserede udredning af sådanne komplekse samtidige senfølger ofte kræve indsats fra mere end én faggruppe. Der vil således være brug for multidisciplinære tilgange med adgang til den relevante tværfaglige specialviden.

Sådanne multidisciplinære tilgange vil for eksempel være mulige i regi af regionale senfølgeklinikker med tværfaglig bemanding med fagpersoner med den relevante onkologiske, kirurgiske, psykologiske og fysioterapeutiske ekspertise. Vurderingen af kræftoverleverens situation kan ske i form af en multidisciplinær team konference, hvor målet er a) at identificere og verificere omfanget og sværhedsgraden af de senfølgerrelaterede problemstillinger, som patienten er henvist på grundlag af, b) at afdække hvilke symptomer, der har størst betydning for patientens funktion og livskvalitet, c) at udforske de sandsynlige mekanismer bag ved de pågældende symptomer, herunder hvorvidt bestemte symptomer (f.eks. søvnvanskeligheder) bidrager til at vedligeholde og forstærke andre symptomer (f.eks. træthed/fatigue), d) at undersøge om patienten ønsker hjælp til sin problematik, og e) at vurdere hvilken tilgængelig evidensbaseret behandling forventes at være bedst egnet i det konkrete tilfælde. Under afprøvning af MDT-konferencer for udredning af senfølger efter behandling for tyktarmskræft (Balachandran, Thaysen et al. 2025) er det endvidere blevet tydeligt, at inddragelse af den senfølgeramte person selv i MDT-konferencen kan øge præcisionen og kvaliteten af udredningen samt patienttilfredsheden med denne.

Mens der endnu ikke foreligger tilstrækkelig dokumentation for betydningen af at arbejde med et MDT-format, når det gælder senfølger efter kræft, foreligger der mere generelle data, som tyder på, at MDT-konferencer generelt øger sandsynligheden for mere præcis diagnostisering, en mere helhedsorienteret tilgang til udredning og behandling og at patienten behandles efter gældende retningslinjer (Lewis, Nurgalieva et al. 2016). Endvidere vil man forvente, at anvendelse af MDT-konferencer vil være forbundet med forbedrede kliniske resultater (Huang, Mihalache et al. 2024).

## 4. INTERVENTION

### 4.1. INKLUDEREDE BEHANDLINGER

Som det fremgår af de nærværende retningslinjer for de generelle, tværgående biopsykosociale senfølger, foreligger der en række mulige psykologiske, fysiske og farmakologiske behandlinger for hver af disse senfølgeproblematikker. De hyppigst afprøvede psykologiske behandlinger omfatter forskellige former for konventionel kognitiv adfærdsterapi, f.eks.

kognitiv adfærdsterapi for depression (Beck and Alford 2009) og kognitiv adfærdsterapi for insomni (Morin and Espie 2003), samt nyere ”tredje-bølge” kognitive adfærdsterapier, f.eks. mindfulness-baserede terapier (Kabat-Zinn 1990, Segal, Williams et al. 2002) og såkaldt acceptance and commitment therapy (ACT) (Hayes, Strosahl et al. 1999). Den hyppigst afprøvede fysiske behandling er fysisk træning, hvor der foreligger dokumenterede effekter på tværs af flere af de forskellige enkeltstående senfølger (Rodriguez-Canamero, Cobo-Cuenca et al. 2022). Lysbehandling er en anden, men mindre udforsket fysisk behandling, f.eks. for træthed/fatigue og insomni (Johnson, Garland et al. 2018). Som det vil fremgå af de nærværende retningslinjer for de enkelte senfølger, er den foreliggende dokumentation for farmakologiske behandlinger relativt begrænset. De hyppigst afprøvede farmakologiske behandlinger omfatter antidepressiva (Grassi, Nanni et al. 2018), melatonin for insomni og træthed/fatigue (Jafari-Koulaee and Bagheri-Nesami 2021) og antikrampesmeder, tricykliske antidepressiva og SSRI-præparater for neuropatiske smerter (Fallon, Giusti et al. 2018).

#### 4.2. IKKE-INKLUDEREDE BEHANDLINGER.

Nærværende retningslinjer inddrager ikke såkaldte komplementære og alternative behandlinger, her defineret som behandlinger for hvilke der aktuelt ikke foreligger videnskabeligt underbyggede teorier om deres virkningsmekanismer, og som aktuelt ikke betragtes som en del af det konventionelle sundhedsvæsen (NCACM 2004). Eksempler på sådanne behandlinger er homøopati, zoneterapi, akupunktur og forskellige former for naturmedicin. Nærværende retningslinjer omfatter heller ikke brug af cannabis. Det bør dog bemærkes, at mange nuværende og tidligere kræftpatienter anvender alternativ og komplementær behandling. I en større kohorte af danske kvinder behandlet for brystkræft havde f.eks. halvdelen af kvinderne anvendt en eller anden form for alternativ behandling i perioden fra 3 til 15 måneder efter diagnosen (Pedersen, Christensen et al. 2013). Dette kunne tale for, at fremtidige versioner af nærværende retningslinjer bør inddrage dette aspekt.

#### 4.3. PERSONLIG BEHOVBESTEMT BEHANDLING

I Kræftplan V fremhæves det, at der er brug for at kunne individualisere opfølgingsforløbet for at den enkelte kan opnå så en god livskvalitet som muligt, blandt andet da nogle senfølger er mere indgribende end andre (Sundhedsstyrelsen 2025). På tværs af de forskellige generelle senfølger anbefales det generelt at anvende en stepped/matched-care model (Zachariae, Christiansen et al. 2024), dvs. en struktureret metode til levering af sundhedsydelser, hvor behandlinger enten intensiveres eller reduceres baseret på den enkelte patients behov og respons på behandlingen (Davison 2000). Stepped/matched-care tilgange er blevet undersøgt i forbindelse med en række generelle senfølger efter kræft, f.eks. frygt for tilbagefald (Pradhan, Sharpe et al. 2021), angst og depression (Hauffman, Alfonsson et al. 2020) og insomni (Savard, Ivers et al. 2021). Sådanne tilgange fokuserer på at matche behandlingsniveauet med den enkeltes behov, startende med lavintensitetsinterventioner som selvhjælp og gradvist intensiverende over kommunale rehabiliteringstilbud til højt specialiserede behandlinger i hospitalsregi. Stepped/matched-care tilgange har til formål at optimere ressourceanvendelsen, minimere unødvendig behandling og sikre, at borgerne modtager den mest effektive behandling, som passer til deres specifikke behov.



De relevante interventioner spænder fra information og rådgivning om senfølger, for eksempel leveret digitalt (trin 1), over kortvarige patientuddannelses-programmer og komprimerede interventioner, der understøtter borgerens evne til egenomsorg (trin 2) (f.eks. (Sundhedsstyrelsen 2016), til mere intensive personligt eller digitalt leverede terapier (trin 3) (f.eks. (Zachariae, Amidi et al. 2018)). For den resterende gruppe af overlevende med klynger af svære og komplekse senfølger, vil der være behov for en kvalificeret, multidisciplinær vurdering og henvisning til specialiserede psykologiske og fysiske interventioner, eksempelvis varetaget af regionale senfølgeklinikker (trin 4) (Zachariae, Christiansen et al. 2024). Dette trin omfatter også diagnosticering og henvisning af overlevende med organ-specifikke senfølger til relevante specialklinikker. Mens der endnu mangler overblik over behandlingsbehovet på tværs af forskellige kræftformer, skønnes det på baggrund af data for brystkræft (Nielsen, Lunderhoff et al. 2021), prostatakræft (Watts, Leydon et al. 2014) og melanom (Danielsen, Strom et al. 2023), at omtrent hver femte kræftoverlevende vil have behov for specialiseret behovsbestemt udredning og behandling.

Det skal her understreges, at det i forbindelse med udredningen er relevant at udelukke andre behandlelige årsager, inden personen henvises til en specialiseret behandling. Når det drejer sig om træthed/fatigue, vil det f.eks. være relevant at udelukke andre specifikke årsager, eksempelvis anæmi, som udover at være en hyppig komplikation i forbindelse med kræftbehandling også ses blandt kræftoverlevende (Knight, Wade et al. 2004). Andre eksempler på behandlelige årsager til træthed kan være søvnapnø og B12-vitaminmangel.

## 5. OMSÆTNING TIL PRAKSIS

Det skal understreges, at kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede anbefalinger, der bygger på den bedste foreliggende evidens og har til formål at understøtte sundhedsprofessionelle og patienter i beslutningstagen om hensigtsmæssig behandling ved specifikke tilstande. En klinisk retningslinje udsiger ikke noget om, hvordan denne indsats skal implementeres i en konkret, klinisk kontekst, og der bliver derfor behov for udvikling og afprøvning af kliniske forløbsprogrammer for at etablere anbefalinger for, hvordan de kliniske retningslinjer kan omsættes i praksis. I forbindelse med kræftrelaterede senfølger vil der således være behov at etablere en organisering af arbejdet mhp. at optimere opgaveløsningen i den til enhver tid gældende struktur for sundhedsvæsenet. Der vil bl.a. være behov for at sikre løsningen af følgende opgaver:

- 1) For det første vil der være brug for at etablere en hensigtsmæssig fordeling af arbejdsopgaverne mellem kommuner, almen praksis og sygehussektoren, som sikrer, at håndteringen af borgerens senfølgeproblematik er i overensstemmelse med senfølgernes kompleksitet og sværhedsgrad. Mens flertallet af senfølger vil kunne håndteres tæt på borgeren i den primære sundhedssektor, vil der, som angivet i Kræftplan V, være behov for at kunne henvise kræftoverlevende med komplekse senfølger til specialiseret udredning og behandling i regionale senfølgeklinikker (Sundhedsstyrelsen 2025).

- 2) For det andet vil arbejdet med senfølger på tværs af sektorer have brug for at sikre den løbende kvalitetsudvikling, afprøvning og formidling af evidensbaserede metoder til screening, udredning og behandling af senfølger efter kræft. Dette kræver understøttelse af multidisciplinære kliniske forskningsmiljøer med fokus på senfølger.
- 3) For at sikre optimal sektoriel arbejdsdeling, samarbejde og ensartet kvalitet på tværs af kommuner og regioner baseret på den nyeste og bedste viden, vil der være brug for løbende formidling af evidensbaseret viden og uddannelse af sundhedspersonale, der kommer i berøring med kræftoverlevende. Der vil her være brug for multidisciplinære kliniske forskningsmiljøer, der via undervisning og anden formidling kan understøtte det borgernære arbejde med senfølger.
- 4) Da faktorer som uddannelse, økonomi, jobstatus og socialt netværk kan påvirke både risikoen for senfølger og mulighederne for at håndtere dem (Levinsen, Kjaer et al. 2023) vil der være et løbende behov for at udvikle strategier til at reducere betydningen af social ulighed i identifikation, udredning og behandling af senfølger.

## 6. BRUGERPERSPEKTIVET

At der er behov for kliniske retningslinjer, der kan understøtte og vejlede opsporing, udredning og behandling af senfølger efter kræft og kræftbehandling, bekræftes af behovsundersøgelser blandt kræftpatienter og kræftoverlevende. Større spørgeskemaundersøgelser fra Kræftens Bekæmpelse har vist, at 41% af patienterne i nogen grad eller slet ikke havde modtaget den information om senfølger, de havde behov for 2½ år efter afsluttet kræftbehandling, at 21% havde oplevet at stå alene med ansvaret for deres opfølgingsforløb, at 40% havde behov for hjælp og støtte til fysiske og psykiske senfølger, og at tre ud af fire af disse ikke oplevede at have fået tilstrækkelig hjælp (Kræftens\_Bekæmpelse 2017, Kræftens\_Bekæmpelse 2019, Kræftens\_Bekæmpelse 2023). Patientrepræsentanter giver desuden udtryk for, at der er stor variation på tværs af regioner og kommuner mht. om der tilbydes hjælp og hvilken hjælp der tilbydes (Kræftens\_Bekæmpelse 2023). Fra et brugerperspektiv er det endvidere et problem, at senfølger blandt kræftoverlevende ikke systematisk bliver dokumenteret i forhold til opsporing (screening), udredning og behandling, hvilket bidrager til, at kræftoverlevende går for lang tid med ubehandlede senfølger med forringet funktionsevne, helbred og livskvalitet til følge. Senfølgerne kan derved forværres og en stor andel af de erhvervsaktive risikerer at miste deres arbejdsevne, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst.

Kliniske retningslinjer er et bidrag til og forudsætning for forbedret identifikation og håndtering af behandlingskrævende senfølger efter kræft og kræftbehandling gennem understøttelse af ensartet kvalitet i udredning og behandling, forbedrede behandlingsresultater gennem evidensbaseret praksis, øget sikkerhed, effektiv ressourceudnyttelse, som grundlag for uddannelse og træning, øget gennemsigtighed og transparens, samt støtte til fælles beslutningstagen for sundhedspersonale og patienter.

## 7. METODE

Arbejdet med kliniske retningslinjer for de fem generelle, tværgående retningslinjer er blevet til på initiativ fra de tre nationale forskningscentre for kræftsenfølger, der hver modtog en bevilling fra Kræftens Bekæmpelse i 2018 (Zachariae, Christiansen et al. 2024). Selve arbejdet med retningslinjerne blev påbegyndt med et to-dagsseminar afholdt den 11.-12. marts 2024 med deltagelse af repræsentanter fra hele landet. De i alt 91 deltagere omfattede primært forskere fra de tre senfølgeforskningscentre, Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL), Center for Forskning i Senfølger efter Kræft Bækkenbundsorganerne og Nationalt Center for Senfølger hos Kræftoverlevende (CASTLE) samt Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi, repræsentanter fra de regionale senfølgeklinikker i Region Syddanmark og Region Sjælland, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Danish Psycho-Oncology Cooperative Group (DPOC), Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA), Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Senfølgerforeningen og Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). På mødet etableredes fem arbejdsgrupper, der har haft ansvar for at udarbejde hver sin kliniske retningslinje. De fem grupper har udarbejdet retningslinjer for følgende senfølger: 1) angst, depression og frygt for tilbagefald, 2) søvnforstyrrelser (insomni), 3) kræftrelateret træthed/fatigue, 4) kognitive vanskeligheder og 5) neuropatiske smerter. Arbejdet har været afgrænset til disse senfølger, og andre hyppige senfølgeproblematikker, som optræder på tværs af kræftdiagnoser og behandlinger, f.eks. seksuelle vanskeligheder, har ikke været inddraget i første omgang. Sådanne problematikker kan med fordel inddrages i forbindelse med efterfølgende opdateringer.

Efter det første seminar har der været afholdt yderligere to plenarmøder med deltagelse af medlemmerne af de fem retningslinjegrupper. Her har der været mulighed for udveksling og feedback, og de fem retningslinjer er blevet drøftet med repræsentanter for forskellige interessenter. Endelig er de færdige udkast til retningslinjer blevet sendt til kommentering blandt relevante faggrupper og organisationer, herunder Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC), Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), Danish Psycho-Oncology Cooperative Group (DPOC), Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Psykologforening (DP), Dansk Sundhedspsykologisk Selskab (DSS), Dansk Center for Søvnsygdomme, Dansk Selskab for Onkologisk og Palliativ Fysioterapi (DSOPF), Senfølgerforeningen og Kræftens Bekæmpelse (KB). Arbejdet med retningslinjerne er foregået med støtte og vejledning fra Retningslinesekretariatet, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, og har fulgt sekretariatets instruktioner for udarbejdelse af kliniske retningslinjer.

## 8. REFERENCER

Balachandran, R., H. V. Thaysen, P. Christensen, E. R. Nissen, M. S. O'Toole, S. M. Knutzen, C. D. R. Buskbjerg, L. M. Wu, N. Tauber, A. Amidi, J. T. T. Danielsen, R. Zachariae and L. H. Iversen (2025). "Psychological Intervention for Patients with Biopsychosocial Late Effects Following Surgery for Colorectal Cancer with Peritoneal Metastases-A Feasibility Study." *Cancers (Basel)* **17**(7).

Beck, A. T. and B. A. Alford (2009). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Press.

- Danielsen, J. T., L. Strom, S. M. Knutzen, H. Schmidt, A. Amidi, L. M. Wu and R. Zachariae (2023). "Psychological and behavioral symptoms in patients with melanoma: A systematic review and meta-analysis." *Psychooncology* **32**(8): 1208-1222.
- Davison, G. C. (2000). "Stepped care: doing more with less?" *J Consult Clin Psychol* **68**(4): 580-585.
- Emery, J., P. Butow, J. Lai-Kwon, L. Nekhlyudov, M. Rynderman and M. Jefford (2022). "Management of common clinical problems experienced by survivors of cancer." *Lancet* **399**(10334): 1537-1550.
- Fallon, M., R. Giusti, F. Aielli, P. Hoskin, R. Rolke, M. Sharma, C. I. Ripamonti and E. G. Committee (2018). "Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines." *Ann Oncol* **29**(Suppl 4): iv166-iv191.
- Grassi, L., M. G. Nanni, G. Rodin, M. Li and R. Caruso (2018). "The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists." *Ann Oncol* **29**(1): 101-111.
- Hauffman, A., S. Alfnsson, A. Bill-Axelsson, L. Bergkvist, M. Forslund, S. Mattsson, L. von Essen, P. Nygren, H. Igelstrom and B. Johansson (2020). "Cocreated internet-based stepped care for individuals with cancer and concurrent symptoms of anxiety and depression: Results from the U-CARE AdultCan randomized controlled trial." *Psychooncology* **29**(12): 2012-2018.
- Hayes, S. C., K. D. Strosahl and K. G. Wilson (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, Guilford Press.
- Huang, R. S., A. Mihalache, A. Nafees, A. Hasan, X. Y. Ye, Z. Liu, N. B. Leighl and S. Raman (2024). "The impact of multidisciplinary cancer conferences on overall survival: a meta-analysis." *J Natl Cancer Inst* **116**(3): 356-369.
- Indenrigs-og-Sundhedsministeriet (2024). Aftale om Sundhedsreform 2024 (Healthcare Reform 2024).
- Jafari-Koulaee, A. and M. Bagheri-Nesami (2021). "The effect of melatonin on sleep quality and insomnia in patients with cancer: a systematic review study." *Sleep Med* **82**: 96-103.
- Johannsen, M., S. Christensen, R. Zachariae and A. B. Jensen (2015). "Socio-demographic, treatment-related, and health behavioral predictors of persistent pain 15 months and 7-9 years after surgery: a nationwide prospective study of women treated for primary breast cancer." *Breast Cancer Res Treat* **152**(3): 645-658.
- Johnson, J. A., S. N. Garland, L. E. Carlson, J. Savard, J. S. A. Simpson, S. Ancoli-Israel and T. S. Campbell (2018). "Bright light therapy improves cancer-related fatigue in cancer survivors: a randomized controlled trial." *J Cancer Surviv* **12**(2): 206-215.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, Delacorte.
- Knight, K., S. Wade and L. Balducci (2004). "Prevalence and outcomes of anemia in cancer: a systematic review of the literature." *Am J Med* **116 Suppl 7A**: 11S-26S.
- Kræftens\_Bekæmpelse (2017). Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2017. København, Kræftens Bekæmpelse.
- Kræftens\_Bekæmpelse (2019). Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2019. København, Kræftens Bekæmpelse.
- Kræftens\_Bekæmpelse (2023). Holdningspapir: Senfølger efter kræft. Marts 2023. København, Kræftens Bekæmpelse.

- Kræftens\_Bekæmpelse (2023). Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2023 -2. del. København, Kræftens Bekæmpelse.
- Levinsen, A. K. G., T. K. Kjaer, L. C. Thygesen, T. Maltesen, E. Jakobsen, I. Gogenur, M. Borre, P. Christiansen, R. Zachariae, P. Christensen, S. Laurberg, P. de Nully Brown, L. R. Holmich, C. Johansen, S. K. Kjaer, L. van de Poll-Franse, L. Saltbaek and S. O. Dalton (2023). "Social inequality in cancer survivorship: Educational differences in health-related quality of life among 27,857 cancer survivors in Denmark." Cancer Med **12**(19): 20150-20162.
- Lewis, C. M., Z. Nurgalieva, E. M. Sturgis, S. Y. Lai and R. S. Weber (2016). "Improving patient outcomes through multidisciplinary treatment planning conference." Head Neck **38 Suppl 1**: E1820-1825.
- Miaskowski, C., A. Barsevick, A. Berger, R. Casagrande, P. A. Grady, P. Jacobsen, J. Kutner, D. Patrick, L. Zimmerman, C. Xiao, M. Matocha and S. Marden (2017). "Advancing Symptom Science Through Symptom Cluster Research: Expert Panel Proceedings and Recommendations." J Natl Cancer Inst **109**(4).
- Morin, C. M. and C. A. Espie (2003). Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment. New York, NY, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- NCACM, N. C. f. A. a. C. M. (2004). What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?
- Nielsen, A. W. M., M. Lundorff, H. M. Nielsen, J. Alsner, B. Vrou Offersen, M. H. Kristensen and R. Zachariae (2021). "Symptom trajectories in breast cancer survivors: growth mixture analysis of patient-reported pain, fatigue, insomnia, breast and arm symptoms." Acta Oncol **60**(12): 1659-1667.
- Pedersen, C. G., S. Christensen, A. B. Jensen and R. Zachariae (2013). "Use of complementary and alternative medicine (CAM) and changes in depressive symptoms from 3 to 15 months after surgery for primary breast cancer: results from a nationwide cohort study." Breast Cancer Res Treat **141**(2): 277-285.
- Pradhan, P., L. Sharpe and R. E. Menzies (2021). "Towards a Stepped Care Model for Managing Fear of Cancer Recurrence or Progression in Cancer Survivors." Cancer Manag Res **13**: 8953-8965.
- Rodriguez-Canamero, S., A. I. Cobo-Cuenca, J. M. Carmona-Torres, D. P. Pozuelo-Carrascosa, E. Santacruz-Salas, J. A. Rabanales-Sotos, T. Cuesta-Mateos and J. A. Laredo-Aguilera (2022). "Impact of physical exercise in advanced-stage cancer patients: Systematic review and meta-analysis." Cancer Med **11**(19): 3714-3727.
- Sanft, T., A. Day, S. Ansbaugh, S. Armenian, K. S. Baker, T. Ballinger, W. Demark-Wahnefried, K. Dickinson, N. P. Fairman, J. Felciano, T. F. Flores, D. L. Friedman, N. M. Gabel, M. Goldman, N. L. Henry, C. Hill-Kayser, M. Hudson, D. Koura, K. Lee, A. L. McDonough, M. Melisko, K. Mooney, H. C. F. Moore, N. Moryl, H. Neuman, T. O'Connor, L. Overholser, E. D. Paskett, C. Patel, L. Peterson, W. Pirl, A. Porpiglia, M. A. Rodriguez, L. Schapira, A. L. Schwartz, S. Smith, A. Tevaarwerk, E. Yang, P. Zee, N. R. McMillian and D. A. Freedman-Cass (2023). "NCCN Guidelines(R) Insights: Survivorship, Version 1.2023." J Natl Compr Canc Netw **21**(8): 792-803.
- Savard, J., H. Ivers, M. H. Savard, C. M. Morin, A. Caplette-Gingras, S. Bouchard and G. Lacroix (2021). "Efficacy of a stepped care approach to deliver cognitive-behavioral therapy for insomnia in cancer patients: a noninferiority randomized controlled trial." Sleep **44**(11).
- Segal, Z. V., J. M. G. Williams and J. D. Teasdale (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, Guilford Press.
- Sundhedsstyrelsen (2016). Evaluering af satspuljeprojektet: Lær at tackle angst og depression. En randomiseret kontrolleret undersøgelse. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2025). Fagligt oplæg til Kræftplan V, Sundhedsstyrelsen.

Vaz-Luis, I., M. Masiero, G. Cavaletti, A. Cervantes, R. T. Chlebowski, G. Curigliano, E. Felip, A. R. Ferreira, P. A. Ganz, J. Hegarty, J. Jeon, C. Johansen, F. Joly, K. Jordan, B. Koczwara, P. Lagergren, M. Lambertini, D. Lenihan, H. Linardou, C. Loprinzi, A. H. Partridge, S. Rauh, K. Steindorf, W. van der Graaf, L. van de Poll-Franse, G. Pentheroudakis, S. Peters and G. Pravettoni (2022). "ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: promoting high-quality survivorship care and research in Europe." *Ann Oncol* **33**(11): 1119-1133.

Watts, S., G. Leydon, B. Birch, P. Prescott, L. Lai, S. Eardley and G. Lewith (2014). "Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates." *BMJ Open* **4**(3): e003901.

Zachariae, R., A. Amidi, M. F. Damholdt, C. D. R. Clausen, J. Dahlgaard, H. Lord, F. P. Thorndike and L. M. Ritterband (2018). "Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial." *J Natl Cancer Inst* **110**(8): 880-887.

Zachariae, R., P. Christiansen, A. Amidi, L. Wu, L. Ventzel, N. Tauber, A. Von Heymann, B. Skjodt Rafn, J. Fassov, T. Juul, P. Christensen and C. Johansen (2024). "The time has come for national clinical practice guidelines for managing late effects after cancer and cancer treatment." *Acta Oncol* **63**: 491-493.