

Statusartikel

Senfølger efter kræft i almen praksis

Lisa Maria Sele Sætre, Jens Søndergaard & Dorte Ejj Jarbøl

Forskningsenheden for Almen praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V12250990. doi: 10.61409/V12250990

HOVEDBUDSKABER

- Regeringen ønsker at styrke egen læges rolle i opfølgningen efter kræftforløb.
- Systematik og proaktiv opfølgning kan sikre relevante tilbud til alle patienter.
- Tværsektorielt samarbejde er en forudsætning for differentieret og god kræftopfølgning.

Hvert år diagnosticeres cirka 48.000 danskere med kræft, og to ud af tre er i live fem år efter diagnosen, hvilket betyder, at 400.000 danskere i dag lever med eller efter en kræftsygdom [1]. Grundet den demografiske udvikling og den fortsatte forbedring af såvel diagnostik som behandling af kræft, forventes disse tal at stige de kommende år. Der er derfor et øget fokus på livet med og efter kræft, herunder en særlig opmærksomhed på senfølger.

Sundhedsstyrelsen definerer senfølger som helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter både ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne [2]. Tilstedeværelsen af senfølger kan medføre komplekse belastninger og påvirke patienternes livskvalitet i væsentlig grad [3].

Langt de fleste kræftforløb begynder i almen praksis [4], og efter afsluttet sygehusbehandling vender størstedelen af patienterne tilbage til opfølgning hos egen læge. En praktiserende læge har i gennemsnit omkring 100 patienter i sin praksis, som lever med eller efter en kræftsygdom, og tallet forventes at stige til cirka 140 i 2040. Dette niveau svarer til eller overstiger antallet af patienter med andre store kroniske sygdomme som type 2-diabetes og KOL. Alligevel har opfølgningstilbuddene til kræftpatienter hidtil været mindre ensartede og strukturerede end for andre kroniske sygdomme [5, 6].

Patienter i almen praksis, der lever med og efter en kræftsygdom, udgør en heterogen gruppe. Mere end 100 kræfttyper udredes og behandles på forskellige specialiserede sygehusafdelinger, ofte i intensive og accelererede forløb med varierende opfølgingspraksis. Nedjusteringen af sygehusenes kontrol- og opfølgingsforløb de seneste år har imidlertid øget behovet for systematisk opfølgning i både almen praksis og kommunerne [7].

»Man står ret alene i opfølgingsforløbet. Forvirret, utryg, og med en masse tanker, som man selv er nødt til at redde ud og bearbejde ..., det ville være rart, hvis nogen havde vist den rigtige vej ... jeg endte med ikke at gøre så meget, for jeg kunne ikke overskue at sætte mig ind i noget« kræftpatient, Barometerundersøgelsen 2023 [8].

Ikke alle patienter formår selv at kontakte egen læge, som det fremgår af ovenstående citat. Regeringen vil med Kræftplan V give egen læge en styrket rolle for den opfølgende indsats, når kræftforløbet på sygehuset afsluttes. I Kræftplan V beskrives, at patienter ved afslutningen af det aktive kræftforløb skal tilbydes en samtale med egen

læge med afdækning af behov og iværksættelse af relevante indsatser som f.eks. videre opfølgning i praksis, henvisning til tilbud om fysisk træning, kostvejledning, kurser i sygdomsmestring eller til en senfølgeklinik. Samtidig ønsker regeringen et øget fokus på patienter i sårbare situationer [9].

Kræftopfølgning i almen praksis

I 2018 indgik de Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner og Kræftens Bekæmpelse en aftale om, at en del af kræftopfølgningen fremover skulle varetages i almen praksis, og i 2019 udgav Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) en vejledning om kræftopfølgning i almen praksis, der sætter rammerne for, hvad kræftopfølgning i praksis kan indeholde, og hvordan det kan organiseres [10]. Vejledningen forholder sig imidlertid ikke til de nuværende og kommende rammer og ansvarsfordeling. En undersøgelse har vist, at knap hver tredje almen praksis har implementeret en systematisk opfølgning af kræftpatienterne, men at der er usikkerhed omkring ansvarsfordelingen for kræftopfølgning mellem sektorerne [11].

Det danske fokus på kræftopfølgning i almen praksis i 2018-2019 kom i slipstrømmen af en international satsning, hvor særligt England, Holland og Australien er fremtrædende. Erfaringer fra udlandet viser, at kræftopfølgning i almen praksis giver stor værdi for både patienter, sygehusene og de praktiserende læger [12-14], men også at det kræver både tålmodighed, tid og omtanke at flytte opgaver fra sekundærsektoren til primærsektoren [15], (Tabel 1). Dette fremhæves i både hollandske og danske studier, der beskriver, at flytning af opgaver er meningsfuldt og kan øge kvaliteten for både patienter og læger på såvel relationelt plan, som for håndtering af følgerne efter kræft og for behandling af eksisterende sygdom [14, 16].

TABEL 1 Krav for succesfuld implementering af kræftopfølgning i primærsektoren.

<i>Trinvis implementering</i>
Klare retningslinjer
Ressourcetilførsel
Kvalitetsmonitorering
Tæt samarbejde med specialisterne i sekundærsektoren
Patientopbakning

Symptomer, senfølger eller ny sygdom

Undersøgelser viser, at 60-70% af alle kræftpatienter oplever mindst en senfølge, og mange oplever flere [8]. Hovedparten af patienter med milde til moderate senfølger skal have hjælp i almen praksis og i kommunerne. Nogle patienter vil have komplekse senfølger, som kræver specialiserede indsatser på sygehus, og nogle vil have behov for flere parallelle indsatser. De regionale senfølgeklinikker for komplekse generelle 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 øvrige aktører i sundhedsvæsenet [9].

De hyppigste senfølger efter kræft er psykiske senfølger som angst, depression og frygt for tilbagefald, samt

fysiske gener som smerter, træthed og udfordringer med mave-tarm-funktionen [8, 17]. En særlig udfordring er, at senfølger ofte manifesterer sig som klynger af flere symptomer. Ubehandlet har symptomklynger en tendens til at være gensidigt forstærkende og kan bestå i op til mange år efter endt primær behandling [18]. Disse symptomer og tilstande ses imidlertid også hyppigt blandt patienter, der ikke har haft kræft. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på, at symptomerne ikke nødvendigvis skyldes kræft eller følger heraf. De kan også være tegn på andre sygdomme, en del af en eksisterende lidelse eller bivirkninger til en behandling. Det kan gøre det vanskeligt at finde den præcise årsag og vælge den rette udredning og behandling. Omvendt kan det også ses som en styrke for arbejdet med senfølger i almen praksis, at symptomerne og tilstandene er velkendte, og at den praktiserende læge har stor erfaring med håndteringen heraf.

En spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger i 2021 viste, at 70% følte sig kompetente til at håndtere psykiske senfølger efter kræft [5]. Behandling af angst og depression er en kerneopgave i almen praksis, og når kræftpatienter oplever senfølger som angst og depression, skal de som udgangspunkt behandles på samme måde som andre patienter med disse tilstande. En væsentlig opgave er også at hjælpe patienterne med deres frygt for tilbagefald af kræftsygdommen. Vedvarende tanker om, at kræften vender tilbage, er hyppige, og kan påvirke patienternes livskvalitet [19]. Flere studier har afdækket effektive håndteringsstrategier som internetbaserede e-læringsprogrammer til de milde symptomer på frygt for tilbagefald [20]. En opgave, som den praktiserende læge også kan guide og vejlede i. Nyligt publicerede studier viser, at for fire ud af ti patienter, der får tilbagefald af deres kræftsygdom, indledes udredning med præsentation af symptomer i almen praksis [21, 22].

Eksistentielle og sociale senfølger præsenteres også ofte i almen praksis, og de praktiserende læger føler sig i rimelig grad kompetente til at håndtere disse [5]. Sociale og eksistentielle udfordringer løses ikke nødvendigvis i almen praksis, men det er vigtigt, at patienterne bliver mødt med forståelse og guides på rette vej. Gennem samtale og viden om håndteringsmuligheder kan den praktiserende læge spille en vigtig rolle i at vejlede og henvise patienten til relevante tilbud [23]. Det kan være kommunale rehabiliteringstilbud, Kræftens Bekæmpelse eller andre patientforeningers rådgivning, psykologer eller åndelige vejledere – alt efter patientens behov.

Med Danske Multidisciplinære Cancer Grupperes præsentation af nye tværgående kliniske retningslinjer for generelle senfølger efter kræft og kræftbehandling i august 2025 blev der sat yderligere fokus på håndtering og behandling af senfølger [18]. Overordnet anbefaler retningslinjerne at bruge en såkaldt stepped care-model [18], hvor behandlingen tilpasses trinvis efter den enkeltes behov [24]. Selv om retningslinjerne ikke er skrevet direkte til almen praksis, vil almen praksis kunne bruge anbefalingerne til at støtte sig op af i valg af håndtering og behandling [18] og fremadrettet vil anbefalingerne kunne integreres i den almen medicinske vejledning.

Tværasektoriel sammenhæng i kræftforløbet

Spørgeskemaundersøgelsen fra 2021 viste, at mere end halvdelen af de praktiserende læger ofte har henvist patienter med kræft til psykolog, mens hver fjerde praktiserende læge har henvist til kommunal rehabilitering, og mere end halvdelen svarer, at de har henvist nogle gange [11]. Rollen som koordinator af patienternes forløb er velkendt i almen praksis, men den kræver tid, overblik, indblik, vidensdeling og sammenhæng. Nogle patienter oplever, at deres praktiserende læge er afkoblet fra kræftforløbene under diagnostik og behandling på sygehuset, og der er ofte behov for at genetablere en kontakt mellem patienten og almen praksis, når behandlingen afsluttes på sygehuset.

»Mens jeg var i behandling, var det svært at vurdere, hvad der skulle tales om på hospitalet, og hvad jeg skulle tale med den praktiserende læge om. Efter to års behandling på hospitalet føles det ,underligt' at blive overladt til den praktiserende læge – for hvad ved de?« Kræftpatient, Barometerundersøgelsen [25].

Kræftens Bekæmpelses seneste Barometerundersøgelse fra 2023 viste, at under halvdelen af kræftpatienterne har været i kontakt med deres praktiserende læge efter endt behandling, og at færre end hver tiende var blevet kontaktet deres praktiserende læge efter diagnosen. Blandt de patienter, der havde været i kontakt med deres praktiserende læge, var tilfredsheden høj – både med lægens viden om kræftforløbet og med håndteringen af de gener, patienterne oplevede [8], men forudsætningen for, at den praktiserende læges kompetencer sættes i spil, er, at patienterne ses i almen praksis.

Der foreligger derfor en stor opgave i at implementere tilbuddet om opfølgningssamtalen i almen praksis. DSAM's vejledning om kræftopfølgning anbefaler, at praksis agerer proaktivt og indkalder patienten. At almen praksis selv henvender sig til patienten, kan bidrage til at reducere den sociale ulighed, som aktuelt er dokumenteret gennem hele kræftforløbet [26].

Af Barometerundersøgelsen 2023 fremgår også, at kun en tredjedel af patienterne har oplevet, at en sundhedsprofessionel på sygehuset har talt om, hvordan den praktiserende læge kan hjælpe, efter at behandling på sygehuset er afsluttet. Dette illustrerer vigtigheden af tværsektoriel deling af viden, herunder at sygehuset gør patienterne opmærksomme på at kontakte almen praksis [11, 13].

Et forsøg med tværsektorielle videokonferencer mellem patient, egen læge og onkolog viste potentiale for bedre koordinering og patientforløb, men tekniske og organisatoriske udfordringer udgjorde betydelige barrierer for implementering [27].

Konklusion

Målsætningerne for kræftopfølgning og senfølgehåndtering er klare i Kræftplan V, men logistikken og arbejdsfordelingen er endnu ikke på plads. Et fælles digitalt overblik over patienternes forløb på tværs af sektorer, som SAMBLIK er et eksempel på, er en forudsætning for, at patienterne oplever et sammenhængende sundhedsvæsen [28]. Det samlede mål er, at patienterne oplever sammenhæng og nødvendig opfølgning, omsorg og støtte efter et intensivt sygdoms- og behandlingsforløb. Dette indebærer, at kontakten til almen praksis genoptages, samt at målrettet opsporing og håndtering af senfølger sker i alle de sektorer, hvor de nødvendige faglige kompetencer er til stede. De politiske intentioner er tydelige; næste skridt er dialogbaseret planlægning, der omfatter logistik, kompetenceudvikling og – vigtigst af alt – sikring af patienternes livskvalitet og trivsel. Evidensen, vi står på, er ikke solid, men flere igangværende forskningsprojekter afdækker aktuelt viden om opfølgning i primærsektoren og ved sektorovergangene og vil kunne danne basis for efteruddannelse og organisering i fremtiden [29].

Korrespondance *Lisa Maria Sele Sætre*. E-mail: lsele@health.sdu.dk

Antaget 25. februar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 11. maj 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V12250990

doi 10.61409/V12250990

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Late effects of cancer in general practice

Late effects after cancer treatment are common, and more follow-up care will occur in general practice. This review shows how a systematic, proactive approach can ensure appropriate care for all patients and identify those needing extra support. Many late effects can be managed effectively in general practice, while others require specialised care. Strong crosssector communication and collaboration are therefore essential to provide highquality followup for all cancer patients.

REFERENCER

1. Bødtcher H, Bramming FD, Weber MV, et al. Kræft i Danmark 2025, 2025. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/om-os/viden-og-dialog/udgivelser-og-rapporter/viden-om-kraeft/kraeft-i-danmark-2025/> (8. okt 2025)
2. Kjær T, Dalton S, Levinsen AK, Johansen C. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2017. <https://www.sst.dk/udgivelser/2017/vidensopsamling-paa-senfoelger-efter-kraeft-hos-voksne> (10. okt 2025)
3. Tolstrup LK, Dieperink KB, Van Leeuwen M, et al. Health-related quality of life in Danish cancer survivors referred to a late effects clinic: a prospective cohort study. *Acta Oncol.* 2024;63:426-432. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.39937>
4. Lauridsen GB, Jarbøl DE, Thye-Rønn P, et al. Exploring diagnostic events and first referrals in cancer patient pathways in primary care: a questionnaire survey. *Fam Pract.* 2024;41(2):67-75. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm4d110>
5. Sætre LMS, Naamansen SB, Balasubramaniam K, et al. Follow-up cancer care in Danish general practice: a questionnaire study. *BJGP Open.* 2024;8(2):BJGPO.2023.0215. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0215>
6. White V, Gough K, Ristevski E, et al. Understanding experiences of optimal survivorship care: findings from a population-based study of cancer survivors. *Supportive Care in Cancer.* 2025;33(5):401. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09461-2>
7. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, 2018. <https://www.sst.dk/udgivelser/2018/Forloebprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kraeft> (15. apr 2021)
8. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet: Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2023 – del 2, 2023. [https://www.cancer.dk/om-os/viden-og-dialog/barometerundersogelsen/%C3%B8gelsen,_del_2_\(2023\)](https://www.cancer.dk/om-os/viden-og-dialog/barometerundersogelsen/%C3%B8gelsen,_del_2_(2023)) (11. okt 2025)
9. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kræftplan V – Et bedre liv med og efter kræft, 2025. <https://www.ism.dk/Media/638835090309035273/Et-bedre-liv-med-og-efter-kraeft-kraeftplan-V-TILG.pdf> (11. okt 2025)
10. Friedrichsen B, Weibull A, Jensen AN, et al. Kræftopfølgning i almen praksis, 2019. DSAM. https://content.dsam.dk/guides/vejlednings-pdf/vejledning-kr-ftopf-lgning_6korr.pdf (14. maj 2021)
11. Sætre LMS, Nicolaisen A, Søndergaard J, Jarbøl DE. Kræftopfølgning og palliation i almen praksis 2021, 2022. Syddansk Universitet. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/publications/kr%C3%A6ftopf%C3%B8lgning-og-palliation-i-almen-praksis-2021/> (14. aug 2023)
12. Liemburg GB, Korevaar JC, Berendsen AJ, et al. Organizing substitution of oncological follow-up to primary care: perspectives from secondary care providers. *Journal of Cancer Survivorship.* 2025. <https://doi.org/10.1007/s11764-025-01764-x>
13. Liemburg GB, Korevaar JC, Logtenberg M, et al. Cancer follow-up in primary care after treatment with curative intent: views of patients with breast and colorectal cancer. *Patient Edu Couns.* 2024;122:108139. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108139>
14. Liemburg GB, Korevaar JC, van Zomeren WT, et al. Follow-up of curatively treated cancer in primary care: a qualitative study of the views of Dutch GPs. *Br J Gen Pract.* 2022;72(721):e592-e600. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0519>
15. Gopal DP, de Rooij BH, Ezendam NP, Taylor SJ. Delivering long-term cancer care in primary care. *Br J Gen Pract.* 2020;70(694):226-227. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X709481>
16. Guassora AD, Jarlbaek L, Thorsen T. Preparing general practitioners to receive cancer patients following treatment in secondary care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:202. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0856-6>
17. Levinsen AKG, Dalton SO, Jakobsen E, et al. Prevalence of and factors associated with clinically important levels of fatigue,

- pain, and insomnia in survivors of cancer: a population-based cross-sectional study. *J Cancer Surviv.* 2025. <https://doi.org/10.1007/s11764-025-01851-z>
18. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. Kliniske retningslinjer for generelle, tværgående senfølger efter kræft og kræftbehandling, 2025. <https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/tvargaende-retningslinjer/senfolger/> (24. feb 2026)
 19. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology.* 2022;31(6):879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
 20. Lyhne JD, Smith AB, Timm S, et al. E-health intervention for fear of cancer recurrence: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2025;8(11):e2542112. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.42112>
 21. Grooss K, Rasmussen LA, Christensen KS, et al. Detecting cancer recurrence in general practice: a Danish national cohort study. *Br J Gen Pract.* 2026:BJGP.2025.0174. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2025.0174>
 22. Grooss K, Rasmussen LA, Christensen KS, et al. Clinical assessment of recurrent cancer: a Danish cohort study in general practice. *Br J Gen Pract.* 2026;76(763):e141-e150. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2025.0316>
 23. Jefford M, Howell D, Li Q, et al. Improved models of care for cancer survivors. *Lancet.* 2022;399(10334):1551-1560. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00306-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00306-3)
 24. Abdalla T, Singh GK, Pourali Roudbaneh S, et al. Stepped-care models for cancer symptom management: a systematic review of efficacy and cost-effectiveness. *J Natl Cancer Inst.* 2026;118(1):26-48. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaf153>
 25. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser i opfølgings- og efterforløbet, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2019, 2019. <https://www.cancer.dk/om-os/viden-og-dialog/udgivelser-og-rapporter/patient--og-paaroerendestoette/2019-kræftpatienters-behov-og-oplevelser-med-sundhedsvaesnet-i--opfoelgnings--og-efterforloebet/> (10. okt 2025)
 26. Ammitzbøll G, Graudal Levinsen AK, Kjær TK, et al. Socioeconomic inequality in cancer in the Nordic countries: a systematic review. *Acta Oncol.* 2022;61(11):1317-1331. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2022.2143278>
 27. Hansen DG, Trabjerg TB, Sisler JJ, et al. Cross-sectoral communication by bringing together patient with cancer, general practitioner and oncologist in a video-based consultation: a qualitative study of oncologists' and nurse specialists' perspectives. *BMJ Open.* 2021;11(5):e043038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043038>
 28. Nielsen J. Alle har behovet for at se det samlede billede. *Ugeskr Læger.* 2025. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/alle-har-behovet-se-det-samlede-billede>
 29. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv.* 2016;10(6):990-1011. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0545-4>