

DANMARK

Landeprofil for kræft

2025



Serien af landeprofiler vedrørende kræft

Det europæiske register over uligheder på kræftområdet er et flagskibsinitiativ i Europas kræftbehandlingsplan. Det er kilde til solide og pålidelige data om kræftforebyggelse og -behandling med henblik på at identificere tendenser, forskelle og uligheder mellem medlemsstater, regioner og befolkningsgrupper. I kræftlandeprofilerne identificeres styrker, udfordringer og specifikke indsatsområder for hver af de 27 EU-medlemsstater samt Island og Norge, og disse informationer skal være retningsgivende for investeringer og indgreb på EU-plan samt på nationalt og regionalt plan inden for rammerne af Europas kræftbehandlingsplan. Det europæiske register over uligheder på kræftområdet støtter også flagskib 1 i handlingsplanen for nulforurening. Profilerne er udarbejdet af OECD i samarbejde med Europa-Kommissionen. Teamet er taknemmeligt for de værdifulde input fra nationale eksperter og for kommentarer fra OECD's sundhedsudvalg og EU's tematiske arbejdsgruppe om registret over uligheder på kræftområdet.

Data- og informationskilder

Dataene og oplysningerne i kræftlandeprofilerne er hovedsagelig baseret på officielle nationale statistikker leveret til Eurostat og OECD, som er blevet valideret for at sikre de højeste standarder for datasammenlignelighed. De kilder og metoder, der ligger til grund for disse data, findes i Eurostats database og OECD's sundhedsdatabase.

Der kommer også yderligere data og oplysninger fra Europa-Kommissionens Fælles Forskningscenter (EC-JRC), undersøgelsen om EU-statistikker over indkomstforhold og levevilkår (EU-SILC), Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Det Internationale Kræftforskningscenter (IARC), Den Internationale Atomenergiorganisation (IAEA), Det Europæiske Selskab for Pædiatrisk Onkologi (SIOPE), Den Europæiske Unions Agentur for Grundlæggende Rettigheder (FRA LGBTIQ), undersøgelsen om sundhedsadfærd hos børn i skolealderen (HBSC) samt fra de landespecifikke sundheds- og kræftprofiler for 2023 og andre nationale kilder (uafhængigt af private eller kommercielle interesser). Det beregnede EU-gennemsnit er et vægtet gennemsnit af de 27 medlemsstater, medmindre andet er angivet. Disse EU-gennemsnit omfatter ikke Island og Norge. Dødelighed og incidens er -standardiseret i henhold til alder for den europæiske standardpopulation, der blev vedtaget af Eurostat i 2013.

Købekraftsparitet (PPP) defineres som den omregningskurs, der udligner forskellige valutaers købekraft ved at fjerne forskellene i priseniveauer mellem landene.

Ansvarsfraskrivelse: OECD's generalsekretær og formanden for Europa-Kommissionen er ansvarlige for offentliggørelsen af dette arbejde. De synspunkter og argumenter, der udtrykkes heri, afspejler ikke nødvendigvis OECD-medlemslandenes eller Den Europæiske Unions officielle synspunkter. Dette dokument samt eventuelle data eller kort heri er uden betydning for status for eller suveræniteten over de pågældende områder, afgrænsningen af internationale grænser eller navnet på et territorium, en by eller et område. Navnene på lande og territorier og kort, der anvendes i denne fælles publikation, følger OECD's praksis.

Specifikke territoriale ansvarsfraskrivelse, der gælder for OECD: Bemærkning fra Republikken Tyrkiet: Oplysningerne i dette dokument vedrørende "Cypern" omhandler den sydlige del af øen. Der er ingen enkeltmyndighed, der repræsenterer både den tyrkisk-cypriotiske og den græsk-cypriotiske befolkning på øen. Tyrkiet anerkender Den Tyrkiske Republik Nordcypern. Indtil der er fundet en varig og retfærdig løsning inden for rammerne af De Forenede Nationer, beholder Tyrkiet sin holdning til "Cypern-spørgsmålet".

Bemærkning fra alle Den Europæiske Unions medlemsstater i OECD og Den Europæiske Union Republikken Cypern anerkendes af alle medlemmer af De Forenede Nationer med undtagelse af Tyrkiet. Oplysningerne i dette dokument vedrører det område, hvor regeringen for Republikken Cypern udøver faktisk kontrol.

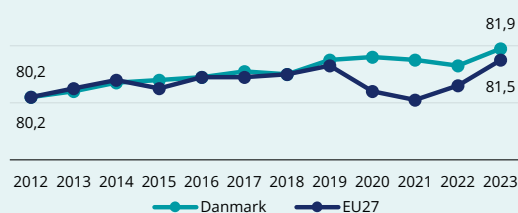
© OECD/Den Europæiske Union 2025. I tilfælde af, at der er uoverensstemmelse mellem det originale værk og eventuelle oversatte versioner af dette værk, betragtes kun teksten til det originale værk som gyldig.

Indholdsfortegnelse

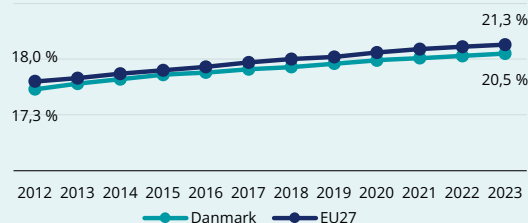
1. HIGHLIGHTS	3
2. KRÆFT I DANMARK	4
3. RISIKOFAKTORER OG FOREBYGGELSESPOLITIKKER	10
4. TIDLIG PÅVISNING	15
5. KRÆFTBEHANDLINGSRISIKO	17
5.1 Tilgængelighed	17
5.2 Kvalitet	20
5.3 Omkostninger og værdi for pengene	23
5.4 Velvære og livskvalitet	24
6. FOKUS PÅ ULIGHEDER	26

Sammenfatning af sundhedssystemets vigtigste karakteristika

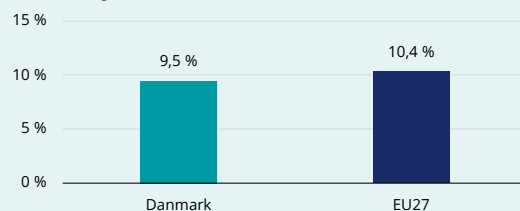
Forventet levetid ved fødslen (antal år)



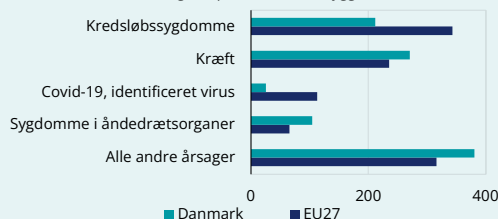
Andel af befolkningen på 65 år og derover (%)



Sundhedsudgifter i % af BNP, 2022 eller nærmeste år

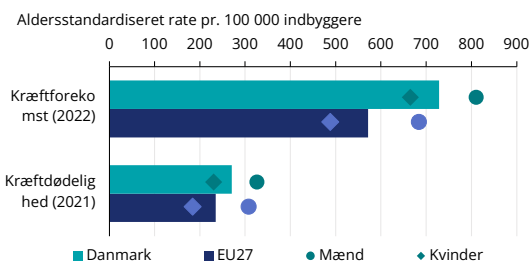


Aldersstandardiseret dødelighed pr. 100 000 indbyggere, 2021



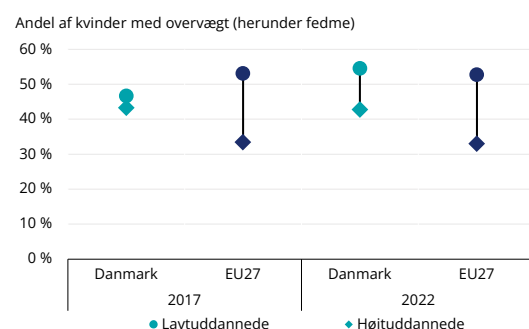
Source: Eurostat Database.

1. Højdepunkter



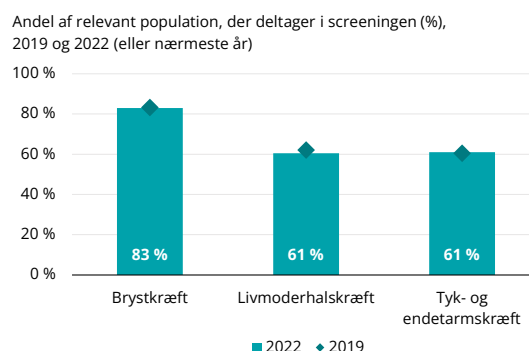
Kræft i Danmark

Den anslåede kræftforekomst og -dødelighed i Danmark ligger over EU-gennemsnittet. I Danmark steg incidensraten mellem 2000 og 2021, og kløften mellem Danmark og de fleste andre nordiske lande voksede i denne periode. En mere positiv tendens er, at kræftdødeligheden faldt i samme periode. Mellem 2011 og 2021 faldt andelen med 15 % blandt kvinder og mænd.



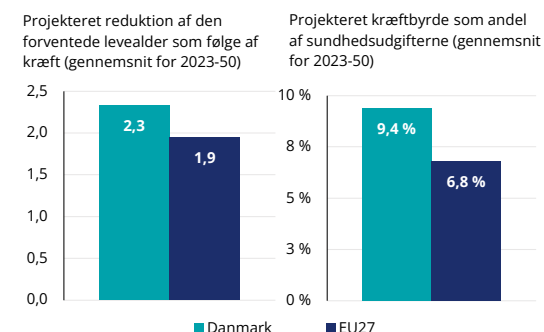
Risikofaktorer og forebyggelsespolitikker

Andelen af daglige rygere i Danmark faldt betydeligt mellem 2010 og 2021. Fedmeraten blandt voksne fordobledes imidlertid mellem 2010 og 2021 til næsten 20 %, og alkoholforbruget steg med 6 % mellem 2012 og 2021. Kræfttrisici er mere almindelige blandt lavere socioøkonomiske grupper. Andelen af overvægtige er f.eks. 28 % højere blandt kvinder med lavere uddannelsesniveau end blandt kvinder med højere uddannelsesniveau. Udsættelse for ultraviolet stråling er også et alvorligt folkesundhedsproblem i Danmark.



Tidlig påvisning

Danmark har befolkningsbaserede screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft samt tyk- og endetarmskræft. Screeningsraten for brystkræft og tyk- og endetarmskræft i Danmark er højere end i de fleste andre EU-lande og nordiske lande. Screeningsraten for livmoderhalskræft er dog faldet over tid og er den laveste blandt de nordiske lande. Et pilotprojekt om lungescreening for kræft blev indledt i 2024.



Kræftbehandlingsresultater

Fire faser af den nationale kræftplan i Danmark har været retningsgivende for en vellykket national indsats for at forbedre kræftbehandling, forebyggelse, tilgængelighed og kvalitet. Koncentrationen af læger og sygeplejersker med speciale i kræft er steget en smule i de seneste årtier, og antallet af strålebehandlingsudstyr pr. indbygger er højere end i de fleste andre EU-lande. Udgifterne til kræft pr. indbygger er blandt de højeste i EU, men kræft vil fortsat belaste sundhedssystemet og velfærden: Det forventes, at kræfttilfælde mellem 2023 og 2050 vil reducere den forventede levealder i Danmark med gennemsnitligt 2,3 år sammenlignet med et scenarie uden kræft.

2. Kræft i Danmark

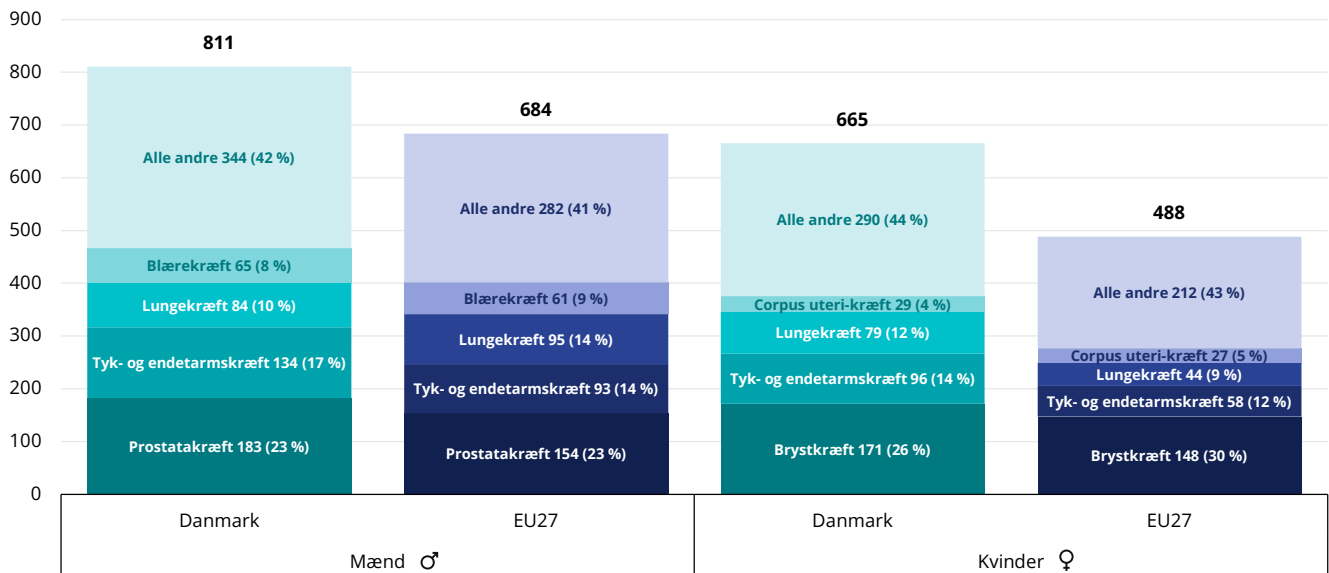
Incensraten for kræft er væsentligt højere i Danmark end EU-gennemsnittet.

Ifølge Det Fælles Forskningscenters europæiske informationssystem om kræft (ECIS) forventedes der på grundlag af incidenstendenser fra årene før pandemien ca. 811 nye kræfttilfælde pr. 100 000 mænd og 665 nye kræfttilfælde pr. 100 000 kvinder i Danmark i 2022. Den aldersstandardiserede incidensrate for alle kræftformer forventedes at være 20 % højere for danske mænd og 36 % højere for danske kvinder sammenlignet med EU-gennemsnittet.

De mest almindelige kræftformer blandt mænd er prostata-, kolorektal- og lungekræft¹, mens blandt kvinder er det brystkræft, tyk- og endetarmskræft samt lungekræft (Figur 1). Stigningen i antallet af nye tilfælde skyldes befolkningens aldring, befolkningens voksende størrelse, udbredelsen af risikofaktorer såsom rygning, alkoholforbrug, overvægt og fedme samt forbedret tidlig diagnosticering. ECIS skønner, at antallet af kræfttilfælde vil stige med 18 % mellem 2022 og 2040.

Figur 1. Incensraten for kræft er betydeligt højere end EU-gennemsnittet

Aldersstandardiseret incidensrate pr. 100 000 indbyggere, skøn, 2022



Noter: Tallene for 2022 er skøn baseret på incidenstendenser fra tidligere år og kan afvige fra de rater, der er observeret i de senere år. Omfatter alle kræfttyper undtagen ikke-melanom hudkræft. Corpus uteri omfatter ikke livmoderhalskræft.

Kilde: Det europæiske informationssystem på kræftområdet (ECIS). Fra <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, tilgået den 10. marts 2024. © Den Europæiske Union 2024 Fordelingen af incidensprocenten blev genberegnet på grundlag af aldersstandardiserede incidensrater, og den adskiller sig derfor fra den procentvise opdeling af absolutte tal, der vises på ECIS-hjemmeside.

Kløften mellem incidensraten i Danmark og de fleste andre nordiske lande er blevet større siden 2005.

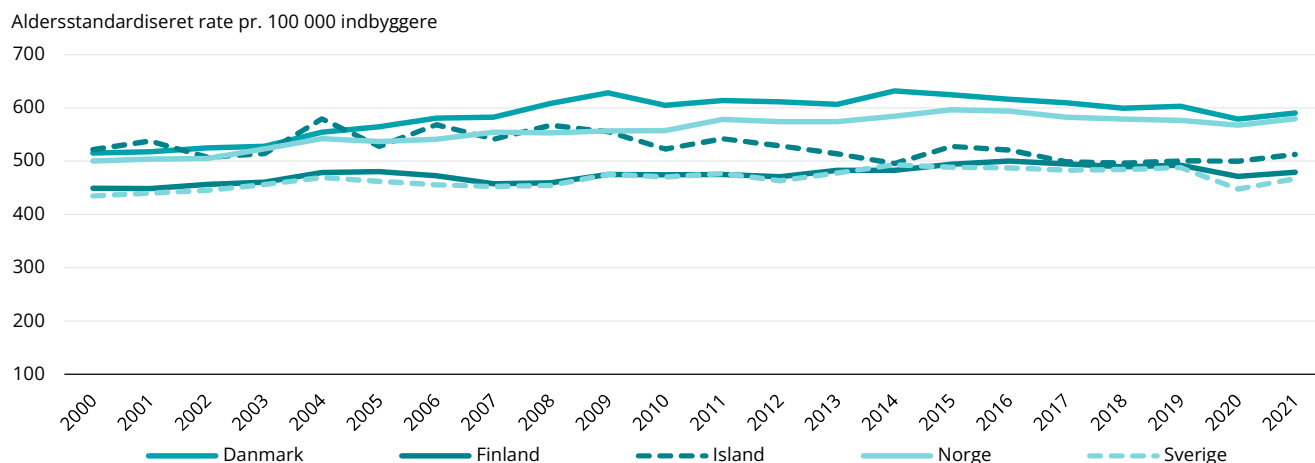
Siden 2005 har Danmark haft den højeste aldersstandardiserede incidensrate blandt de nordiske lande² (lidt højere end Norge og meget højere end de andre lande). Forskellen mellem Danmark og de fleste andre nordiske lande blev større mellem 2000 og 2021 (Figur 2). Incidensraten

i Danmark steg hurtigt mellem 2000 og 2009 og var derefter forholdsvis stabil indtil 2014, hvorefter den gradvist faldt til 590 pr. 100 000 indbyggere i 2021. Mellem 2000 og 2021 steg incidensraterne i Norge gradvist, mens raterne i Finland og Sverige steg meget langsommere, og raterne i Island faldt.

¹ Lungekræft omfatter også kræft i luftrøret og i bronkierne.

² De nordiske lande henviser til Danmark, Finland, Island, Norge og/eller Sverige.

Figur 2. Forskellen i incidensraten for kræft mellem Danmark og de fleste andre nordiske lande forøgedes lidt mellem 2000 og 2021



Noter: Data omfatter alle kræftformer undtagen ikke-melanom hudkræft.
 Kilde: Nordic Health and Welfare Statistics' (Nordcan) websted. Fra <https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz>.

Risikofaktorer er hovedårsagerne til disse høje aldersstandardiserede incidensrater af kræft. Sammenlignet med de øvrige nordiske lande i de seneste 5-10 år havde Danmark højere daglige rygningssrater, der faldt langsomt. Danskerne havde også et højere alkoholforbrug, som steg i samme periode, og en større andel af befolkningen, der ikke spiste grøntsager og frugt hver dag, hvilket også udviste en stigende tendens (se afsnit 3).

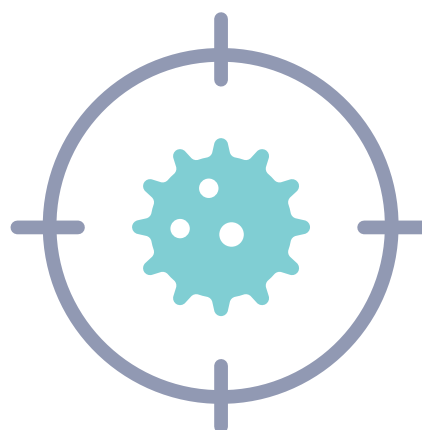
Når man ser på tendenser i incidensen af specifikke kræftformer, blev den aldersstandardiserede incidensrate af hudkræft (melanom) mere end fordoblet fra 21 til 44 pr. 100 000 indbyggere mellem 2000 og 2021 (se afsnit 3). Incidensraten af hudkræft steg også i de øvrige nordiske lande undtagen Island.

Mens incidensraten af lungekræft blandt mænd i Danmark, ligesom i alle de øvrige nordiske lande, faldt betydeligt mellem 2000 og 2021, steg den blandt kvinder med over 26 % i denne periode, som i de øvrige nordiske lande undtagen Island. Tobaksrygning (inkl. passiv rygning) er hovedårsagen til lungekræft (se afsnit 3).

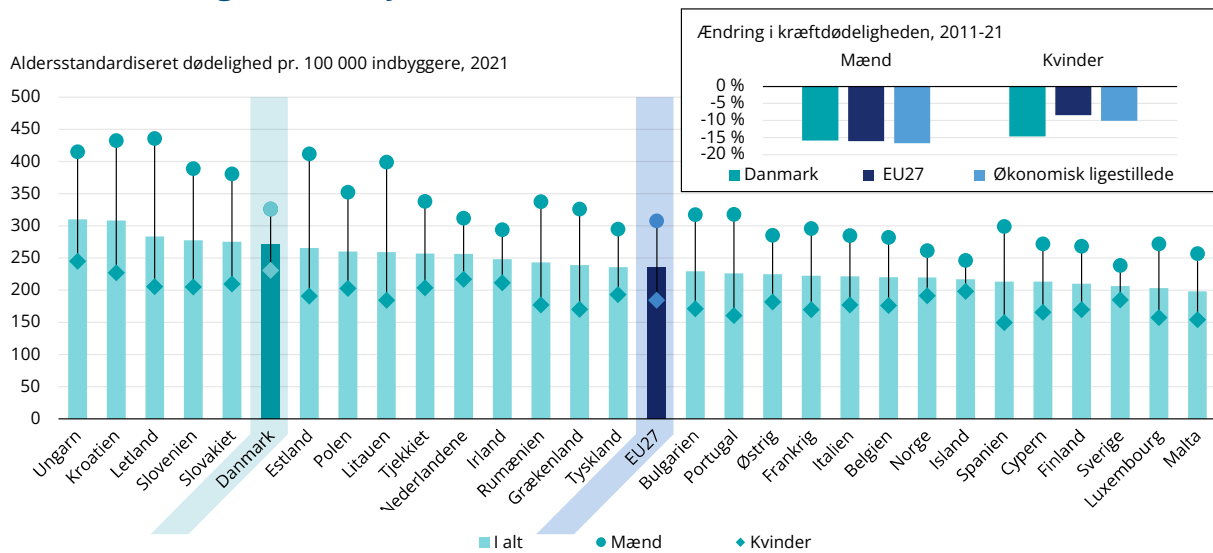
Ifølge Nordic Health and Welfare Statistics (Nordcan) steg de aldersstandardiserede incidensrater med 33 % for prostatakræft, 9 % for kræft i bugspytkirtlen og 8 % for brystkræft mellem 2000 og 2021.

Omkring 16 000 mennesker døde af kræft i 2021, hvilket udgjorde over en fjerdedel af alle dødsfald.

I 2021 døde over 16 000 mennesker af kræft i Danmark – en dødelighed på 271 pr. 100 000 indbyggere, hvilket er et godt stykke over EU-gennemsnittet på 235 pr. 100 000 (Figur 3). I Danmark, som i kun få andre EU-lande (som f.eks. Frankrig, Holland og Irland), er kræft den hyppigste dødsårsag foran kredsløbssygdomme som hjerteanfald og slagtilfælde. Over hvert fjerde dødsfald (28 %) i Danmark i 2021 skyldtes kræft. Mens kræftdødeligheden er over 40 % højere blandt mænd end kvinder, har Danmark den tredje mindste kønsforskel blandt EU-landene.



Figur 3. Kræftdødeligheden er højere i Danmark end i de fleste andre EU-lande



Noter: Økonomiske jævnbyrdige lande defineres som tercilgrupper baseret på BNP pr. indbygger i 2022 målt i købekraftstandard. For DK er økonomiske jævnbyrdige lande AT, BE, DE, IE, IS, LU, NL, NO og SE. Kilde: Eurostats database.

Kræftdødeligheden blandt kvinder er faldet meget hurtigere i Danmark end i EU-landene i gennemsnit, mens kræftdødeligheden blandt mænd er faldet i samme tempo som EU-gennemsnittet. Den samlede kræftdødelighed blandt kvinder er i det seneste årti faldet med 15 % sammenlignet med et fald på 8,5 % i EU-gennemsnittet, mens den blandt mænd er faldet med 16 % i både Danmark og EU. Sammenlignet med sine økonomiske jævnbyrdige lande³ faldt kræftdødeligheden for mænd i Danmark tilsvarende, mens den for kvinder faldt hurtigere.

Lunge-, tarm- og brystkræft var de tre førende årsager til kræftdødsfald i Danmark i 2021. Lungekræftdødelighed tegnede sig for 21 % af alle kræftdødsfald, tyk- og endetarmskræft for 11 %, prostatakræft for 8 %, og bryst- og bugspytkirtelkræft for 7 % hver.

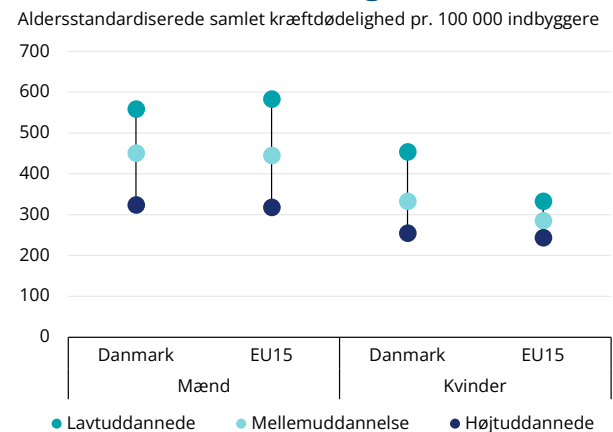
Mellem 2011 og 2021 faldt dødeligheden for næsten alle disse kræftformer hos både mænd og kvinder. Dette kan til dels tilskrives betydelige terapeutiske fremskridt og en stigning i tidlige diagnoser (se afsnit 4 og 5). Dødeligheden for kræft i bugspytkirtlen steg imidlertid.

Danskere med et lavere uddannelsesniveau er over 70 % mere tilbøjelige til at dø af kræft end dem, der har et højere uddannelsesniveau.

Socioøkonomiske uligheder påvirker ikke kun forekomsten af kræft, men også dens diagnose- og dødelighedsrate. Den aldersstandardiserede samlede kræftdødelighed i Danmark blev anslået

til at være 73 % højere blandt mænd med et lavere uddannelsesniveau end blandt mænd med et højere uddannelsesniveau mellem 2015 og 2019 (Figur 4). Denne forskel er lidt mindre end EU-gennemsnittet. Den socioøkonomiske kløft er større blandt kvinder: Den aldersstandardiserede samlede kræftdødelighed er 78 % højere blandt danske kvinder med et lavere uddannelsesniveau end blandt kvinder med et højere uddannelsesniveau. Denne forskel er meget større end EU-gennemsnittet.

Figur 4. Uddannelsesrelaterede uligheder med hensyn til kræftdødsfald er større blandt kvinder i Danmark end EU-gennemsnittet



Noter: Data fra EU-Cancerundersøgelsen vedrører 2015-19. EU15 henviser til et uvægtet gennemsnit af 14 EU-lande og Norge. Kilde: Europa-Kommissionen/IARC/Erasmus MC (2024), Kortlægning af socioøkonomiske uligheder med hensyn til kræftdødeligheden i de europæiske lande. ECIR-faktablad om uligheder.

³ Økonomiske jævnbyrdige lande defineres som tercilgrupper baseret på BNP pr. indbygger i 2022 målt i købekraftstandard. For DK er økonomiske jævnbyrdige lande AT, BE, DE, IE, IS, LU, NL, NO og SE.

Den undgåelige dødelighed som følge af flere kræftformer faldt mellem 2011 og 2021, hvilket antyder, at der er gjort fremskridt inden for forebyggelse og onkologisk behandling.

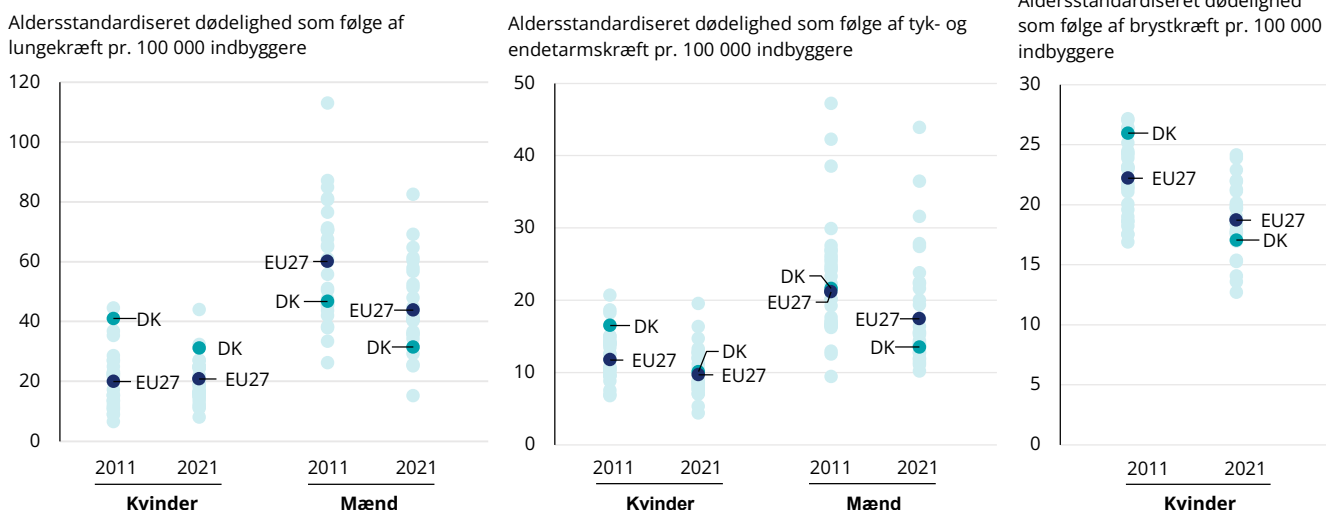
Takket være forbedrede forebyggelsesstrategier og fremskridt inden for behandlingsmuligheder anses en betydelig andel af kræftdødsfald hos personer under 75 år i dag for potentielt at kunne undgås – enten gennem folkesundhedsindgreb, der minimerer eksponeringen for kræftfremkaldende faktorer (dødelighed fra kræft, der kan forebygges) eller gennem optimal onkologisk behandling (dødelighed fra kræft, der kan behandles).

Danmark havde i 2021 en relativt lav undgåelig dødelighed som følge⁴ af lungekræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft sammenlignet med andre EU-lande, bortset fra lungekræft blandt kvinder (Figur 5). Danmark oplevede i overensstemmelse med den generelle tendens i EU som helhed et vedvarende fald i dødeligheden for lungekræft,

som kunne forebygges, i perioden 2011-21, hvilket afspejler den positive virkning af politikker til bekæmpelse af tobaksrygning i de seneste årtier. Dødeligheden blandt mænd faldt med en tredjedel og blandt kvinder med en fjerdedel, hvilket oversteg det gennemsnitlige fald i hele EU.

I 2021 indberettede Danmark en dødelighed som følge af brystkræft, der kunne behandles, på 17 pr. 100 000 kvinder – 9 % lavere end EU-gennemsnittet. Dødeligheden som følge af tyk- og endetarmskræft blandt mænd, der kunne behandles, var desuden over 20 % lavere end EU-gennemsnittet, hvilket udgør et fald på 37 % i perioden 2011-21. Lavere dødelighed som følge af brystkræft og tyk- og endetarmskræft, der kan behandles, tyder på, at der er foretaget mere screening og gjort bedre brug af onkologisk kræftbehandling over tid – navnlig gennem etableringen af Danish Comprehensive Cancer Centre (se afsnit 5.2).

Figur 5. Danmark havde færre undgåelige dødsfald som følge af brystkræft, tyk- og endetarmskræft og lungekræft i 2021 end i 2011



Noter: Tal for dødelighed, der kan undgås, vedrører dødsfald blandt personer under 75 år.
Kilde: Eurostats database. Oplysningerne vedrører 2021.

Femårs-kræftprævalensen i Danmark er den højeste blandt EU+2-landene.

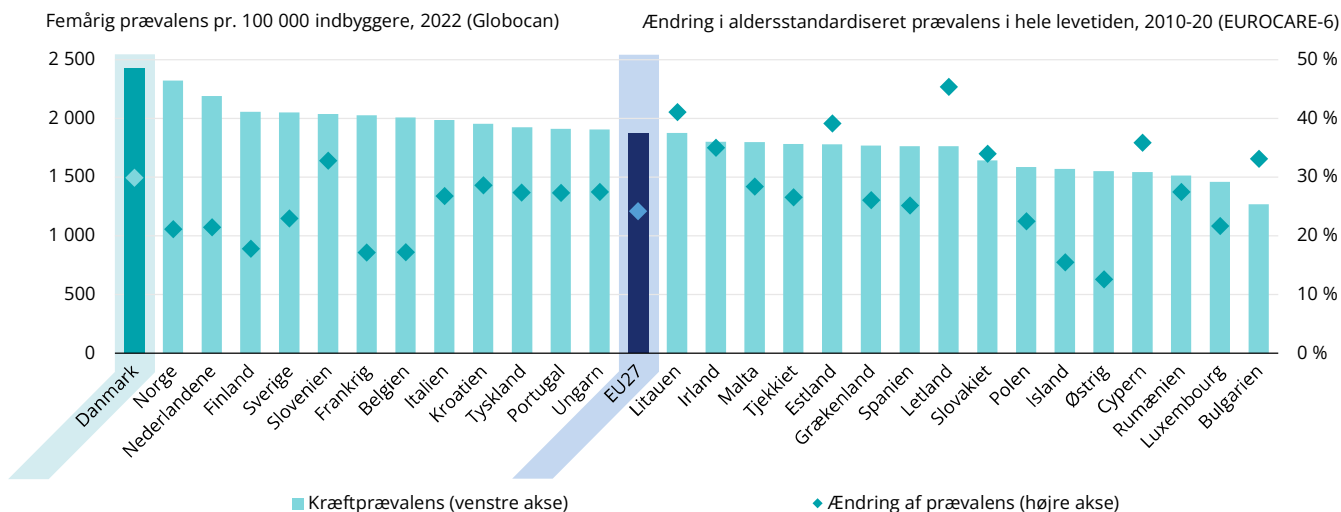
I 2022 var femårs-kræftprævalens⁵ i Danmark den højeste blandt EU+2-landene⁶ med 2 424 kræfttilfælde pr. 100 000 personer, der er blevet diagnosticeret inden for de seneste fem år, og som stadig er i live (Figur 6).

Mellem 2010 og 2020 steg prævalensen af livslang kræft med 30 % i Danmark, hvilket er hurtigere

end i EU som helhed, hvor den i gennemsnit steg med 24 %. Denne stigning viser den voksende betydning af at fokusere på livskvalitet og overlevelse (se afsnit 5.4), da folk lever længere med kræft, og flere mennesker har haft fortilfælde af kræft. Denne stigning viser også, at der vil være brug for en kraftig stigning i antallet af kræftbehandlingstjenester, hvilket er en udfordring i betragtning af de begrænsede ressourcer.

4 Undgåelig dødelighed omfatter både dødsfald, der kan forebygges gennem en effektiv folkesundheds- og forebyggelsesindsats, og dødsfald af årsager, der kan behandles, og som kan undgås gennem rettidig og effektiv sundhedsbehandling.
5 Kræftprævalens henviser til den andel af befolkningen, der er blevet diagnosticeret med kræft, og som stadig er i live, herunder dem, der i øjeblikket modtager kræftbehandling, og dem, der har afsluttet behandlingen. Femårs-kræftprævalens omfatter dem der er blevet diagnosticeret inden for de sidste fem år, mens livstidsprævalens omfatter dem, der på et eller andet tidspunkt i livet har fået en kræftdiagnose.
6 EU+2-landene omfatter 27 EU-medlemsstater (EU27) samt Island og Norge.

Figur 6. Danmarks femårs-kræftprævalens er den højeste i EU

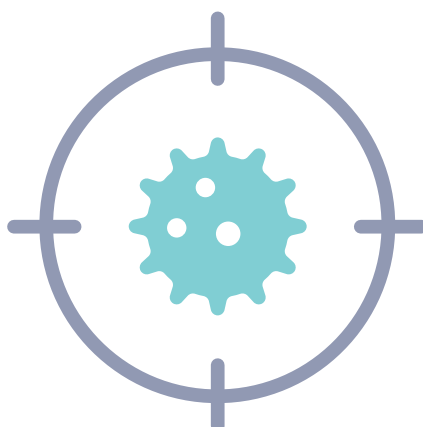


Kilder: IARC Globocan Database 2024, EURO CARE-6 study (De Angelis et al., 2024).

Den nationale kræftplan har været retningsgivende for den danske kræftindsats siden 2000.

Sundhedsstyrelsen har siden 2000 iværksat fire faser af den nationale kræfthandlingsplan. I den indledende fase var der fokus på at udvikle et epidemiologisk evidensgrundlag og styrke den nationale kapacitet til strålebehandling samt kirurgisk og farmakologisk kræftbehandling. Dette grundlæggende arbejde, der bygger på omfattende registerdata siden oprettelsen af det danske børnekræftregister i 1985, har i betydelig grad fremmet kræftforskningen – især inden for pædiatrisk onkologi.

I de efterfølgende faser af planen, der blev iværksat i 2005 og 2010, blev tidlig screening, rehabilitering og palliativ behandling prioriteret. Med disse faser blev der indført strenge tidsfrister for kræftdiagnoser, -henvisninger og -behandlinger, som håndhæves ved hjælp af sanktioner, og der blev fastlagt en trepartsstrategi, der garanterer hurtig kræftbehandling af patienter. I den seneste fase af planen, der blev indledt i 2016, er fokus skiftet mere i retning af patientinddragelse med et øget engagement i forebyggelse af rygning og generel patientpleje (rubrik 1).



Rubrik 1. Den nationale kræftplan er delvis i overensstemmelse med den europæiske kræftbehandlingsplan

I den seneste fase af den danske kræftplan prioriteres følgende:

- politikker til bekæmpelse af tobaksforbrug, minimering af eksponeringen for radon og forbedring af vaccinationsraterne – især for human papillomavirus (HPV)
- politikker til at øge deltagelsen i screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft og tyk- og endetarmskræft
- fremme af patientdeltagelse i behandlingsbeslutninger, formidling af oplysninger om bivirkninger, etablering af digitale værktøjer til tværsektorielt samarbejde, fremme af hjemmebaseret behandling, investering i programmer for unge kræftpatienter og forbedring af kvaliteten af palliativ behandling
- forbedring af kvaliteten af og adgangen til pleje for alle kræftpatienter, styrkelse af rehabiliteringsprogrammer og tildeling af gratis psykologisk støtte.

Ingen af de tre tværgående temaer i den europæiske kræftbehandlingsplan er hovedfokusområder i den nationale kræftplan (tabel 1). Regeringen bevilgede midler til forskning og innovation, men programmet blev stoppet på grund af tekniske udfordringer. Regionale forskelle hindrer adgangen til behandling, men de nationale styringsudvalg har til formål at løse dette problem. Børnekræftregistret overvåger kvaliteten af børns kræftbehandling.

Tabel 1. Danmarks nationale kræftplan er delvis i overensstemmelse med Europas kræftbehandlingsplan

Søjler i EBCP				Tværgående temaer i EBCP		
Forebyggelse	Tidlig påvisning	Diagnosticering og behandling	Livskvalitet	Uligheder i kræftbehandling	Kræft hos børn	Forskning og innovation
●	●	●	●	●	●	●

Noter: EBCP = Den europæiske kræftbehandlingsplan. Blå angiver, at den nationale kræftplan indeholder et særligt afsnit om emnet. Orange angiver, at emnet er omfattet af et af planens afsnit uden at være det eneste fokus. Lyserød angiver, at dette emne ikke er omfattet af planen.

Kilde: Tilpasset fra "Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe's Beating Cancer Plan" (endnu ikke offentliggjort).

Sundhedsstyrelsen er i gang med at forberede den femte fase af den nationale kræftplan, som forventes offentliggjort i 2025 (rubrik 2). Sammenlignet med den fjerde fase, forventes der at være meget mere fokus på kræftbehandling end på kræftforebyggelse. Gennemførelsen vil blive overvåget af Sundhedsstyrelsens kræftudvalg og Task Force for Patientforløb på kræft- og hjerteområdet.

Derudover afsatte Kræftens Bekæmpelses Forskningscenter – et nationalt kræftorgan, der primært er donationsfinansieret, og som består af patientgrupper, lokale repræsentanter, frivillige og tværfaglige fagfolk – i 2022 154,6 mio. DKK (ca. 20,7 mio. EUR) til forskning, hovedsagelig inden for biologi og epidemiologi (Kræftens Bekæmpelse, 2022).

Rubrik 2. Den femte fase af den nationale kræftplan vil omfatte tidlig påvisning, behandling og livet efter behandling

Fra 2025 forventes regeringen at afsætte 600 mio. DKK (80,4 mio. EUR) årligt til femte fase af den nationale kræftplan, som skal dække tidlig påvisning, behandling og livet efter behandling (Sundhedsstyrelsen, 2023). Den vil omhandle livskvalitet for patienter og kræftoverlevende, herunder bivirkninger og senvirkninger af behandling, rehabilitering og palliativ behandling.

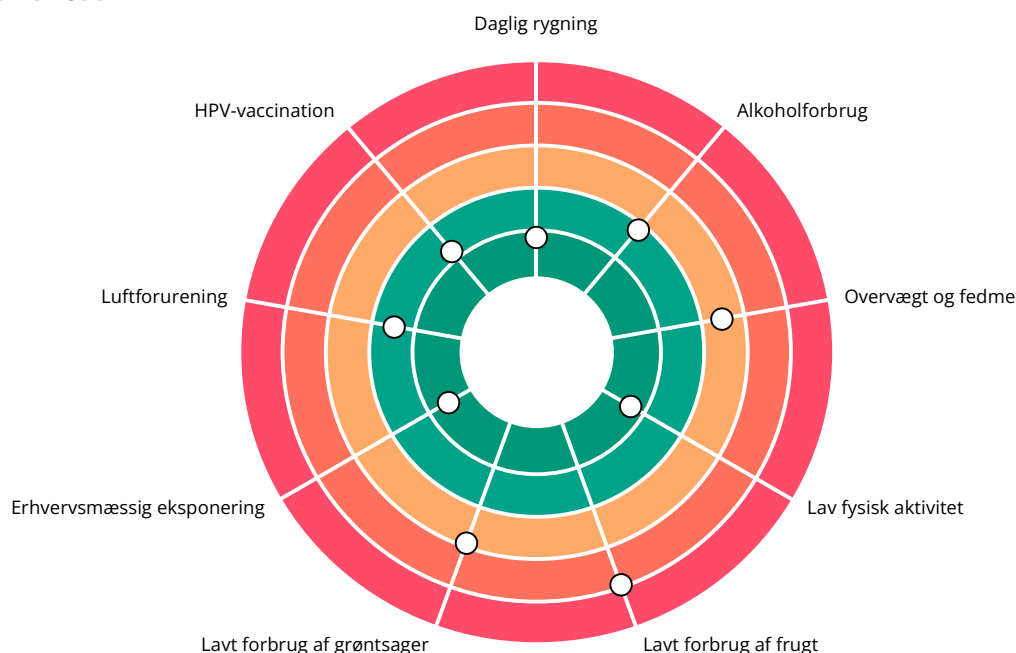
3. Risikofaktorer og forebyggelsespolitikker

Næsten en tredjedel (32 %) af de nye kræfttilfælde kunne tilskrives kendte risikofaktorer i 2018 (Tybjerg AJ et al., 2022). Efter tobak er ultraviolet (UV) eksponering den næstvigtigste risikofaktor for nye kræfttilfælde. Nationale strategier og politikker har til formål at skabe sundhedsfremmende miljøer, der kraftigt tilskynder til lavere rygerater. Politikker vedrørende UV-eksponering (f.eks. solarier), alkoholforbrug og usunde fødevarer er dog fortsat beskedne. Danmark klarer sig bedre end

mange andre EU-lande med hensyn til rygning, luftforurening og HPV-vaccination, erhvervs-mæssig eksponering for kræft- og fysisk aktivitet, men klarer sig mindre godt end de fleste andre EU-lande med hensyn til overvægt, fedme og kost (Figur 7).

Udgifter til kræftforebyggelse⁷ steg kraftigt under pandemien, inden de faldt til 5,1 % i 2022, som er stadig højere end før pandemien (2,2 % i 2019).

Figur 7. Danmark ligger under de fleste andre EU-lande med hensyn til alkoholforbrug, overvægt og fedme samt kost



Noter: Jo tættere prikken er på midten, jo bedre klarer landet sig i forhold til andre EU-lande. Der er ingen lande, der befinder sig i det hvide "målområde", da der er plads til forbedringer i alle lande på alle områder. Luftforurening måles som partikler med en diameter på mindre end 2,5 mikrometer (PM_{2.5}).

Kilder: OECDs beregninger baseret på EU-SILC-undersøgelsen fra 2022 om overvægt, fedme, fysisk aktivitet og forbrug af frugt og grøntsager (hos voksne); Eurofound Survey for occupational exposure; OECD's sundhedsstatistikker over rygning, alkoholforbrug (hos voksne) og luftforurening; og WHO for HPV-vaccination (15-årige piger).

Tobaksrygningen er faldet markant i Danmark.

Rygning er den vigtigste risikofaktor for kræft: ca. 15 % af alle nye kræfttilfælde kunne tilskrives tobak i 2018 (Tybjerg AJ et al., 2022). Andelen af daglige rygere er faldet betydeligt i Danmark i de seneste to årtier som følge af tobaksbekæmpelses- og forebyggelsespolitikker. Andelen af danske

voksne, der ryger tobak dagligt, faldt kraftigt fra 21 % i 2010 til 12 % i 2023. Selv om denne andel er lavere end EU-gennemsnittet (18 %), er den fortsat højere end i andre nordiske lande. For yderligere at begrænse antallet af rygere blev der i 2020 vedtaget en national lov om bekæmpelse af tobaksforbrug. Prisen på en pakke cigaretter steg to gange,

⁷ Udgifter til forebyggelse, som indberettes i sundhedsregnskaber, bør omfatte aktiviteter uden for nationale programmer (f.eks. opportunistisk kræftscreening eller rådgivning om rygestop under en rutinemæssig lægekonsultation), men i praksis kan landene have svært ved at identificere forebyggelsesudgifter uden for sådanne programmer.

fra 40 DKK (5 EUR) til 55 DKK (7 EUR) i 2020, og derefter til 60 DKK (næsten 8 EUR) i 2022. Andre nylige politikker til bekæmpelse af tobaksrygning omfattede at gøre cigaretter og e-cigaretter mindre synlige på købssteder i 2021, restriktioner for offentlig rygning i 2021 og ændringer i emballagen på tobaksvarer og e-cigaretter i 2022. Forebyggelsesplanen for 2023 indeholder yderligere initiativer. Afgiften på røgfri nikotinprodukter blev hævet i juni 2024, hvilket førte til en gennemsnitlig prisstigning på ca. 12 DKK (1,6 EUR) pr. æske med 20 nikotinposer, hvilket i højere grad stemte overens med prisen på cigaretter. Sanktionerne for overtrædelser i forbindelse med tobaks- og nikotinprodukter vil desuden blive skærpet, og der vil blive indført nye regler for anvendelsen af tiltrækkende aromastoffer i tobakserstatninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023).

En røgfri ungdomsgeneration inden 2030 er et centralt mål i Danmarks nationale kræftplan. Som et skridt i retning af at nå dette mål blev der indført rygeforbud i skolerne i 2021. For at forhindre unge

i at ryge foreslog Sundhedsministeriet også i 2022 at forbyde salg af cigaretter og nikotinprodukter til borgere, der er født efter 2010, men denne plan er endnu ikke vedtaget.

Eksponering for ultraviolet stråling er et alvorligt folkesundhedsproblem i Danmark.

Næsten 6 % af alle nye kræfttilfælde i Danmark kunne tilskrives UV-stråling i 2018, hvilket gør det til den næststørste risikofaktor efter rygning (Tybjerg AJ et al., 2022). Eksponering for UV-stråling påvirker mange kræftformer, især hudkræft, hvor 90 % af tilfældene kan tilskrives UV-eksponering fra solstråling og solarier (rubrik 3). Incidensraten for hudkræft blev mere end fordoblet mellem 2000 og 2021. Danmark har i øjeblikket en af de højeste incidens af melanom hudkræft i verden. Ikke-melanom hudkræft, som er mindre dødelig, er den mest almindelige form for kræft i Danmark (Holm AS et al., 2016), og den samlede livstidsrisiko er ca. 22 % (Sieborg J et al., 2024).

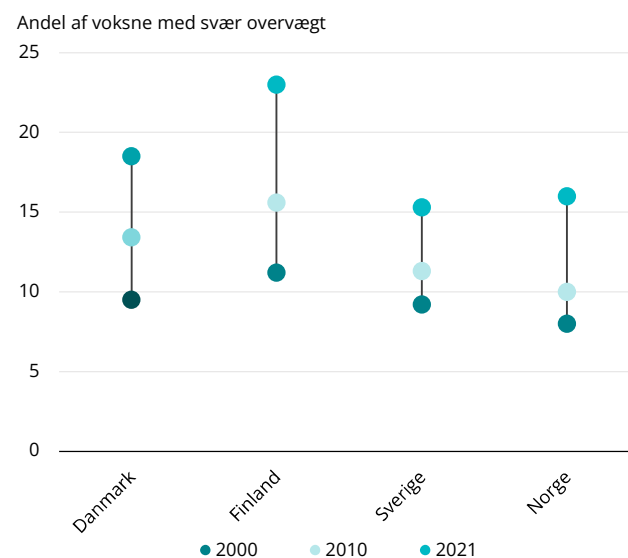
Rubrik 3. Eksponering for ultraviolet stråling har stor indflydelse på den stigende incidens af hudkræft

De fleste danskere har hudtyper, der ikke er velegnede til højintensiv UV-eksponering. Hyppige oplysningskampagner om solbeskyttelse er derfor meget vigtige. Selv om der ikke er nogen sikker grænse for eksponering for UV-stråling fra solarier (SCHEER, 2016), begrænser Danmark kun intensiteten af UV-stråling fra solarier, når den overstiger EU's maksimale erytemale bestråling på 0,3 W/m², hvilket svarer til et UV-indeks på 12. Solarier er i øvrigt ikke ulovlige for personer under 18 år som i mange andre EU-lande. En stor undersøgelse viste, at 22 % af danske studerende i alderen 15-25 år havde anvendt solarier inden for de seneste 12 måneder i 2014 (Hagelskær Meyer MK et al., 2017); En anden undersøgelse viste, at 13 % af brugerne var 12-14 år i 2008 (Krarup AF et al., 2011). En nyere undersøgelse fra 2022 viste, at 23 % af 15-19-årige danskere havde benyttet et solarium en eller flere gange (Kræftens Bekæmpelse, 2023). WHO anslår, at livstidsrisikoen for hudkræft stiger med 75 % for personer, der bruger solarier før de fylder 30 år. Mere positivt er det, at femårs-overlevelseshraten for hudkræft var over 96 % i 2017-21 i Danmark.

Fedmeraten blandt voksne blev næsten fordoblet mellem 2000 og 2021 i Danmark.

Ifølge Institute for Health Metrics and Evaluation kunne 8 % af alle kræftdødsfald og 9 % af alle dødsfald i Danmark i 2021 tilskrives kostrisici. Usund kost er en af de primære årsager til overvægt og fedme. Næsten en ud af fem danske voksne (19 %) var svært overvægtige i 2022 – en andel, der er steget gradvist fra 10 % i 2000 og er højere end i de fleste andre nordiske lande (undtagen Finland) (Figur 8). 55 % af den danske befolkning på 18 år og derover var desuden overvægtige, hvilket er højere end EU-gennemsnittet (51 %).

Figur 8. Fedmeraten blandt voksne i Danmark blev næsten fordoblet fra 2000 til 2021



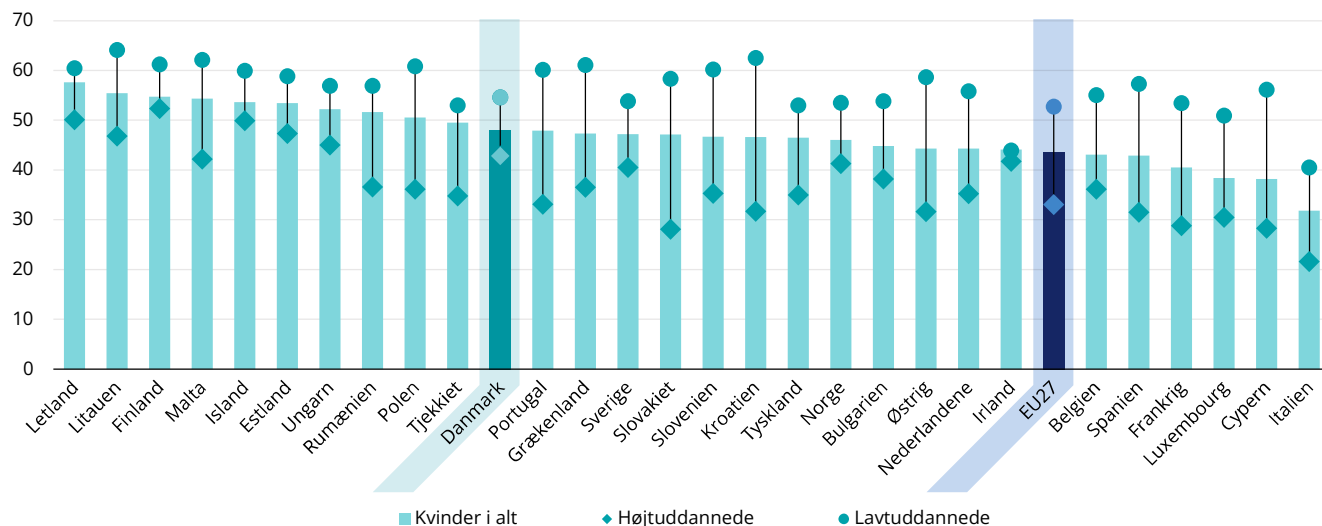
Noter: Fedmerater er selvrapporterede. Data for Finland er fra 2020 i stedet for 2021. Data for Norge er fra 2002, 2012 og 2022. Kilde: OECD Health Statistics 2024.

Denne stigende tendens til overvægt og fedme hænger sammen med den stigende prævalens af overvægt blandt mænd og kvinder, som varierer efter uddannelsesniveau. For eksempel, i 2022 var prævalensen af overvægt (inkl. fedme) blandt voksne danske kvinder 48 %, hvilket er højere end EU-gennemsnittet på 44 % (Figur 9). Som i næsten alle EU-lande var andelen af overvægtige i

Danmark betydeligt højere blandt kvinder med et lavere uddannelsesniveau (55 %) end blandt kvinder med et højere uddannelsesniveau (43 %). Blandt kvinder med et lavere uddannelsesniveau steg prævalensen af overvægt med næsten 17 % mellem 2017 og 2022, mens den faldt en smule i hele EU (-0,8 %).

Figur 9. Uddannelseskloften i overvægt og fedme er lavere i Danmark end i EU

% af kvinder på 18 år og derover med overvægt (herunder fedme), 2022



Bemærk: Overvægt (inkl. fedme) omfatter personer med et kropsmasseindeks (BMI) på over 25.
Kilde: Eurostats database.

Dårlig ernæring er en af årsagerne til overvægt og fedme. I 2022 rapporterede omkring 45 % af danske voksne, at de ikke spiste mindst én portion grøntsager om dagen, hvilket er lidt dårligere end EU-gennemsnittet (40 %). 52 % af de voksne rapporterede desuden, at de ikke spiste mindst én portion frugt om dagen, hvilket også var dårligere end EU-gennemsnittet (39 %). Omkring 90 % af danskerne opfyldte ikke Fødevarestyrelsens anbefalede indtag af frugt og grøntsager på 600 g om dagen i 2019. 60 % af danskerne over 15 år dyrkede imidlertid fysisk aktivitet mindst tre gange om ugen i 2022, hvilket er det dobbelte af EU-gennemsnittet (31 %).



Danmark vedtog Nøglehulsmærket i 2009 som led i et fælles nordisk initiativ med Norge og Sverige. Mærket, der oprindeligt blev indført i Sverige i 1989, har til formål at hjælpe forbrugerne med at træffe sundere fødevalg ved at identificere produkter, der opfylder bestemte kriterier for salt-, sukker-, fedt- og fiberindhold. Danmark har dog ikke afgifter på sukkersødede

drikkevarer i modsætning til Finland, Norge og syv andre EU-lande.⁸

Alkoholforbruget er steget og er nu meget højere end i de øvrige nordiske lande.

Alkoholforbrug øger i høj grad risikoen for bryst-, tyktarms- og endetarmskræft og flere andre kræftformer. Mere end én ud af tre voksne danskere (37 %) rapporterede om regelmæssigt kraftigt drikkeri i 2019 – den højeste andel i EU.⁹ Mængden af alkoholforbrug i Danmark lå imidlertid tættere på EU-gennemsnittet i 2022 (10 liter alkohol pr. person pr. år) end i de øvrige nordiske lande (hvor gennemsnittet var 7 liter).

Forebyggelsesplanen for 2023 omfatter initiativet om at forbyde unge i alderen 16 til 17-år- at købe drikkevarer med en alkoholprocent på over 6 %. Det betyder, at mens det fortsat vil være tilladt at sælge øl, vil det være forbudt at sælge vin (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023).

8 Landene omfatter Belgien, Finland, Frankrig, Ungarn, Irland, Letland, Norge, Portugal og Spanien.

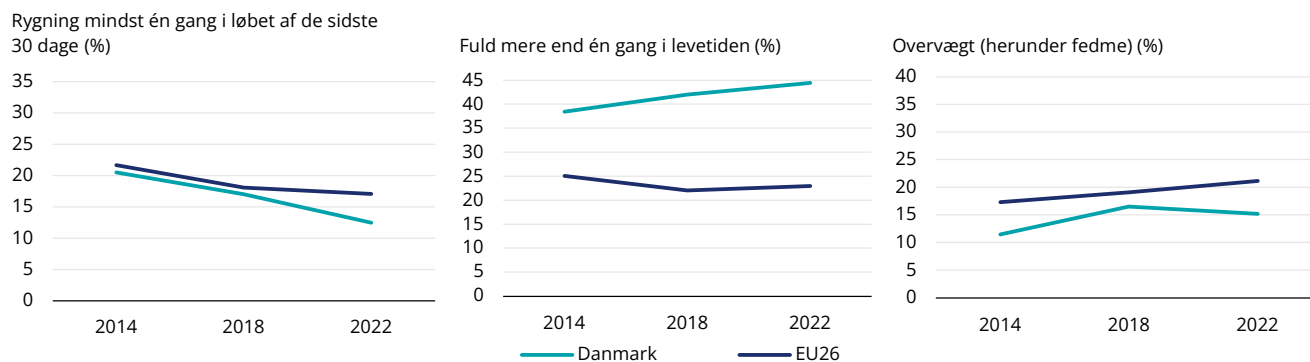
9 Et stort alkoholforbrug defineres for voksne som indtagelse af seks eller flere alkoholholdige drikkevarer ved en enkelt lejlighed.

Andelen af rygere faldt, men forbruget af alkohol og fedme steg blandt danske unge.

Andelen af rygere blandt unge faldt betydeligt mellem 2014 og 2022 (Figur 10). Der er nu færre unge rygere i Danmark end i de fleste andre EU-lande, men andelen er fortsat høj i sammenligning med andre nordiske lande. I 2022 oplyste 13 % af danske 15-årige, at de

havde røget cigaretter i den seneste måned sammenlignet med 22 % i 2014. Andre tobaks- og nikotinprodukter end traditionelle cigaretter er imidlertid blevet mere populære i de senere år, især blandt mindreårige og unge voksne. Omkring 12 % af 15-årige rapporterede regelmæssig brug af e-cigaretter i 2022, ca. 9,8 procentpoint lavere end EU-gennemsnittet.

Figur 10. Andelen af rygere faldt, men alkoholforbruget og overvægten steg blandt 15-årige mellem 2014 og 2022



Bemærk: EU-gennemsnittet er uvægtet. Data refererer til 2022 og er baseret på børn i alderen 15 år.
Kilde: Undersøgelse af sundhedsadfærden hos børn i skolealderen.

Der er ikke for nylig gjort fremskridt med hensyn til at tackle alkoholforbruget blandt unge. I 2022 rapporterede 45 % af 15-årige, at de havde været fulde mere end én gang i livet – den højeste andel blandt alle EU-lande. Denne andel var steget fra 39 % i 2014. Danmark er et af de fem lande i EU, hvor folk har lov til at købe visse typer alkohol, såsom øl, fra de er blot 16 år, mens aldersgrænsen i de fleste EU-lande, herunder alle de øvrige nordiske lande, er 18 år. Over 15 % af 15-årige var overvægtige i 2022 – en stigning fra 12 % i 2014 – men denne andel lå fortsat under EU-gennemsnittet på 21 %. Hertil kommer, at kræfttrisikofaktorer blandt unge i Danmark viser socioøkonomiske uligheder. Den socioøkonomiske kløft – baseret på Family Affluence Scale med hensyn til overvægt og fedme – er 13,5 procentpoint, sammenlignet med 10,9 procentpoint i gennemsnit i hele EU.

I 2022 var 15 % af de danske 15-årige overvægtige eller svært overvægtige, hvilket er meget lavere end EU-gennemsnittet på 21 %. Denne rate var steget med 4 procentpoint i løbet af 2014-22. Blandt de 15-årige i Danmark spiste 29 % frugt dagligt (sammenlignet med 30 % i EU i gennemsnit), og 42 % spiste grøntsager dagligt (sammenlignet med 34 % i EU). Andelen af 15-årige, der dagligt dyrker 60 minutters fysisk aktivitet i Danmark, ligger også tæt på EU-gennemsnittet på 15 %.

Danmarks vaccinationsdækning mod human papillomavirus er meget højere end EU-gennemsnittet.

HPV-infektioner kan føre til kræft, hvoraf den mest almindelige form er livmoderhalskræft. Vaccination mod HPV forebygger op til 90 % af de HPV-infektioner, der forårsager kræft. I Danmark er HPV-vaccinationsdækningen meget højere end EU-gennemsnittet for både drenge og piger, men under dækningsgraden i nogle nordiske lande. I 2023 var andelen af piger, der modtog alle anbefalede doser af HPV-vaccinen inden 15-årsalderen, 83 % i Danmark sammenlignet med et EU-gennemsnit på 64 %. For drenge var andelen 80 %.

De nationale organer har øget vaccinationssindsatsen ved at udvide dækningen og øge antallet af påmindelser. HPV-vaccination har været en del af standardprogrammet fra 12-årsalderen for piger siden 2009 og for drenge siden 2019. Forældre begynder at modtage vaccinationspåmindelser, to uger før deres barn fylder 12 år. Derudover har der været flere støtteprogrammer, der tilbyder gratis HPV-vaccination. Programmerne har omfattet piger og kvinder født i 1985 eller senere, drenge og mænd født i 2006 og senere og den gruppe mænd, der har sex med mænd, født i 1994 eller senere. HPV-vaccinationssteder blev indført i skoler i København mellem 2021 og 2024 samt i nogle få andre kommuner for at fremme udbredelsen.

Eksposering for luftforurening og erhvervsmæssig eksposering i Danmark er lavere end EU-gennemsnittet.

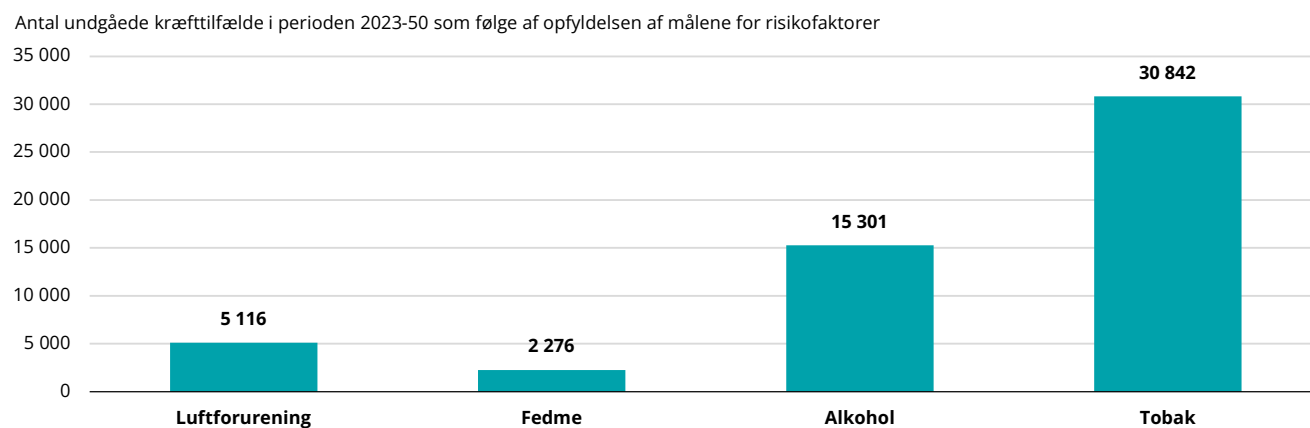
I 2020 blev den gennemsnitlige eksposering for PM_{2,5} anslået til at være ca. 9 µg/m³, hvilket er lavere end EU-gennemsnittet (12 µg/m³). Næsten 20 % af arbejdstagerne berettede, at de havde oplevet erhvervsmæssig eksposering for kemiske produkter eller stoffer i 2021 – en andel, der ligger under andre EU+2-lande. Mænd berettede om en højere eksposering (21 %) end kvinder (18 %).

Danmark kan forebygge tusindvis af nye kræfttilfælde mellem 2023 og 2050 ved at fokusere på primær forebyggelse

Ifølge OECD's strategiske folkesundhedsplanlægning (SPHeP) kan Danmark som alle

andre lande i Europa reducere antallet af nye kræfttilfælde betydeligt ved at fokusere på primær forebyggelse. Opfyldelsen af tobaksreduktionsmålene vil give anledning til den største potentielle reduktion i antallet af kræfttilfælde mellem 2023 og 2050, idet det anslås, at 30 842 tilfælde kan undgås (Figur 11). Opfyldelsen af alkoholmålene kan yderligere reducere kræftbyrden med ca. 15 301 tilfælde i denne periode. En reduktion af andre risikofaktorer vil også have en betydelig effekt: Luftforurening kan forhindre 5 116 kræfttilfælde, mens bekæmpelse af fedme kan føre til en reduktion på ca. 2 276 tilfælde.

Figur 11. Nye kræfttilfælde kan forebygges i de kommende år ved at reducere udbredelsen af tobak, alkohol, fedme og luftforurening



Bemærk: Målsætningen for tobak er en reduktion på 30 % i tobaksforbruget mellem 2010 og 2025, og at mindre end 5 % af befolkningen bruger tobak inden 2040. For alkohol er målet en reduktion på mindst 20 % i det samlede alkoholforbrug og en reduktion på 20 % i det tunge alkoholforbrug (seks eller flere alkoholholdige drikkevarer ved en enkelt lejlighed for voksne) mellem 2010 og 2030. For luftforurening er det et årligt gennemsnitligt PM_{2,5}-niveau, der er begrænset til 10 µg/m³ senest i 2030 og til 5 µg/m³ senest i 2050. For fedme er målet inden 2025 at reducere fedmeniveauet til det, det var i 2010.

Kilde: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Tidlig påvisning

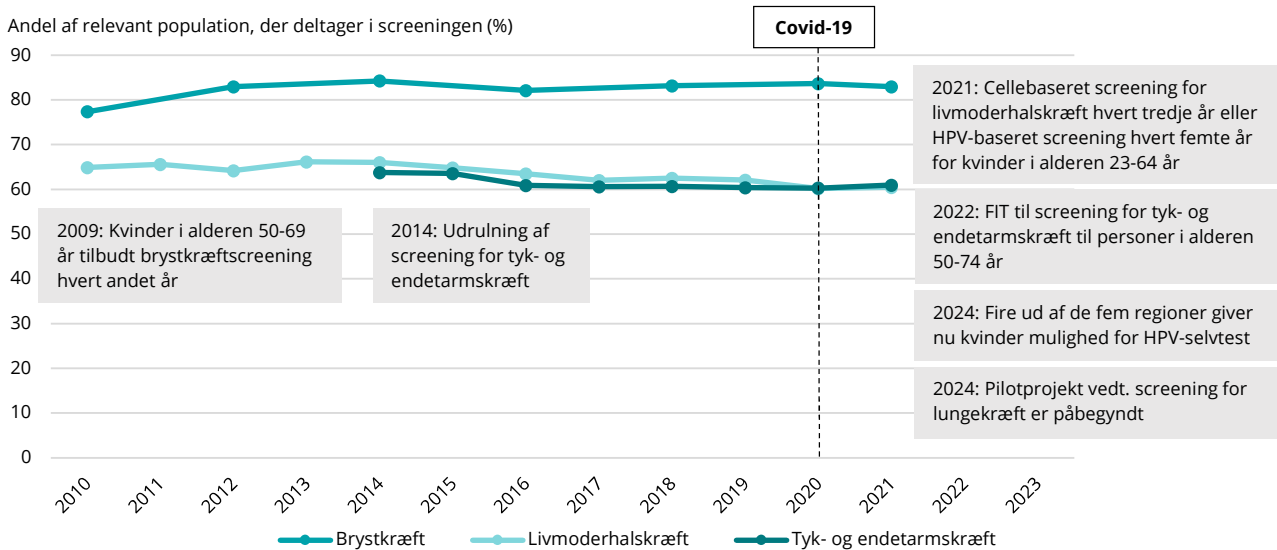
I Danmark findes der populationsbaserede screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft og tyk- og endetarmskræft. Kræftscreening koordineres nationalt og gennemføres regionalt ved hjælp af det digitale folkeregister. Der sendes automatiske screeningsspåmindelser via e-Boks, den nationale digitale postkasse, med detaljerede deltagelsesansvisninger. Afhængigt af typen af screening udføres den enten af det regionale hospitalscenter, en praktiserende læge eller hjemme (screening for tyk- og endetarmskræft, screening for livmoderhalskræft efter anden påmindelse). Når screeningsdataene er færdige, arkiveres de i det centrale personregister, som indeholder en omfattende samling af sundhedsoplysninger, der understøtter forskningsarbejdet og hjælper med at sende fremtidige screeningspåmindelser.

Screeningsraterne for brystkræft i Danmark er de højeste i Norden

Siden 2009 er danske kvinder i alderen 50-69 blevet tilbudt screening for brystkræft hvert andet år. Kvinder i målgruppen modtager en indledende invitation efterfulgt af op til to påmindelser, hvis de ikke reagerer. Kvinder kan fravælge at modtage yderligere invitationer ved at informere det regionale screeningskontor.

Screeningsrater for brystkræft i Danmark ligger over EU-gennemsnittet og er højere end i andre nordiske lande. I 2021 havde 83 % af alle danske kvinder i alderen 50-69 år fået foretaget en mammografi inden for de seneste to år – en stigning fra 77 % i 2010 (Figur 12). Til sammenligning var andelen 56 % i EU-landene i 2022, 81 % i Sverige, 82 % i Finland, 76 % i Norge i 2021 og 56 % i Island i 2023.

Figur 12. Screeningsdeltagelsen er over 80 % for brystkræft, men omkring 60 % for livmoderhalskræft og tyk- og endetarmskræft



Noter: FIT = fækal immunkemisk test. Dataene vedrører mammografiscreening blandt kvinder i alderen 50-69 inden for de seneste to år (baseret på programdata), screening for livmoderhalskræft blandt kvinder i alderen 30-64 inden for de seneste tre år (baseret på programdata) og screening for tyk- og endetarmskræft blandt personer i alderen 50-74 i løbet af de seneste to år (baseret på programdata).

Kilde: OECD Health Statistics 2024.

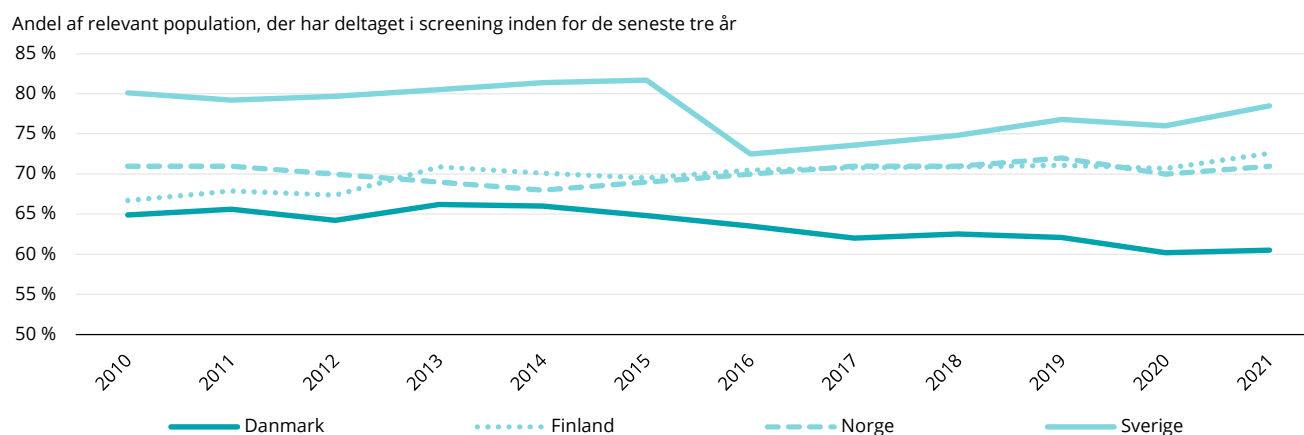
Screening for livmoderhalskræft er mindre udbredt i Danmark end i de øvrige nordiske lande og er faldet en smule siden 2010.

Kvinder i alderen 23-64 år får tilbudt screening for livmoderhalskræft med jævne mellemrum. De seneste ændringer af retningslinjerne omfatter international og national dokumentation, der

understøtter effektiviteten af HPV-baseret screening for livmoderhalskræft.

Deltagelsen i screening for livmoderhalskræft faldt en smule fra 65 % i 2010 til 60 % i 2020, inden den steg en smule til 61 % i 2022. Denne andel er lavere end i de øvrige nordiske lande og ligger nu et godt stykke under EU's mål på 70 % som led i den europæiske kræfthandlingsplan (Figur 13).

Figur 13. Screeningsraten for livmoderhalskræft i Danmark er den laveste blandt de nordiske lande og er faldet en smule siden 2010



Noter: Deltagelsesfrekvensen er baseret på screening inden for de seneste tre år eller i henhold til den specifikke screeningshyppighed, der anbefales i hvert land. Programdata indsamles fra nationale og regionale kræftdatabaser og -registre.
 Kilde: OECD Health Statistics 2024.

Danmark indførte i 2021 en differentieret screeningsstrategi for livmoderhalskræft for at evaluere både sundhedsmæssige virkninger og negative virkninger af alternative screeningsmetoder. For kvinder i alderen 30-49 år omfatter tidsplanen cytologi hvert tredje år eller en HPV-test hvert femte år, mens kvinder i alderen 50-59 år tilbydes enten cytologi eller en HPV-test hvert femte år. For kvinder i alderen 60-64 år foretages der en afsluttende HPV-DNA-test, og der foretages løbende overvågning af HPV-positive kvinder. De indledende resultatevalueringer peger i retning af, at der opnås bedre resultater for kvinder i alderen 30-59 år, når der skiftes til et fuldt HPV-baseret screeningsprogram.

I juni 2024 var fire ud af fem regioner i Danmark begyndt at give kvinder mulighed for at vælge HPV-selvprøvetagning som led i deres screeningsprogram. Denne mulighed for selvprøvetagning tilbydes i en opfølgende påmindelse, hvis de ikke besvarer den første invitation. Region Hovedstaden evaluerede selvprøvetagning for at kvantificere, hvor meget det øgede deltagelsen blandt kvinder, der ikke reagerede på den første invitation. Den tilbød 57 717 ikke-deltagende kvinder at foretage HPV-selvprøvetagning i 2017-18. 27 % af de inviterede valgte at deltage, 17 % returnerede sættene, og 14 % gennemgik regelmæssig klinisk screening, hvilket resulterede i en samlet screeningsrate på 31 % (Ejegod DM et al., 2022).

Screeningsdeltagelsen varierer mellem befolkningsgrupper og regioner i Danmark.

Personer med lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at deltage i screeningsprogrammer, selv om de er gratis. En undersøgelse, der omfattede næsten to millioner

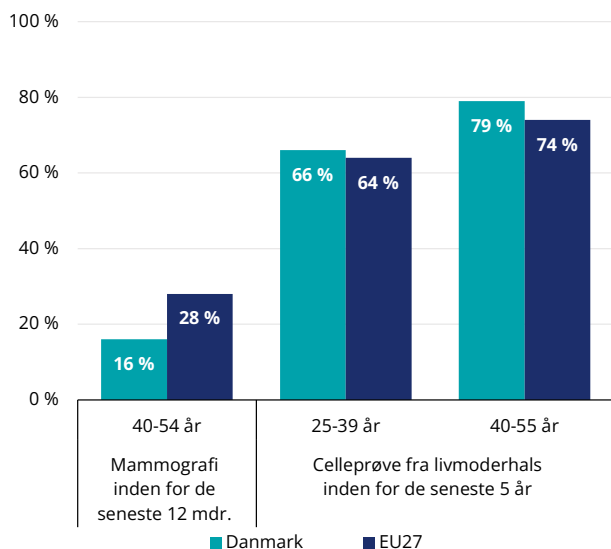
danskere mellem 2014 og 2017, viste f.eks., at den rigeste kvartil af befolkningen alt andet lige var 42 % mere tilbøjelig til at deltage i screening for tyk- og endetarmskræft end den fattigste kvartil (Pallesen AVJ et al., 2021).

Ifølge registerdata fra perioden 2016-18 var deltagelsen i det danske screeningsprogram for brystkræft 78 % blandt kvinder med et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med 83 % blandt kvinder med et højere uddannelsesniveau. Deltagelsesfrekvensen for screening for livmoderhalskræft i 2017 var desuden 55 % blandt kvinder med et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med 73 % blandt kvinder med et højere uddannelsesniveau.

Dertil kommer, at EU's LGBTIQ-undersøgelse III indikerer, at deltagelsen i brystkræftscreening blandt LGBTIQ-personer er lavere i Danmark end i andre EU-lande. I 2023 rapporterede 16 % af LGBTIQ-ciskønnede kvinder, transkvinder og interkønnede i alderen 40-54 år, at de havde fået foretaget en mammografi i de foregående 12 måneder, hvilket er meget lavere end EU-gennemsnittet på 28 % (Figur 14). Dette stemmer ikke overens med de relativt høje screeningsrater for brystkræft i Danmark i den almindelige befolkning sammenlignet med EU. Med hensyn til screening for livmoderhalskræft rapporterede 66 % af den relevante LGBTIQ-befolkning i alderen 25-39 år i Danmark, at de havde fået taget en livmoderhalscelleprøve i de foregående fem år (højere end 64 % i EU), mens 79 % af befolkningen i alderen 40-55 år i Danmark rapporterede at have fået taget en livmoderhalscelleprøve (højere end 74 % i EU).

Figur 14. LGBTIQ-personer i Danmark deltager mere i screening for livmoderhalskræft end deres modpartner i EU

Andel af LGBTIQ-personer, der screenes for brystkræft eller livmoderhalskræft (%)



Bemærk: Resultater af LGBTIQ-undersøgelser vedrører aldersgrupper og/eller screeningsintervaller, der ikke er i overensstemmelse med den tilgang, der anvendes ved screening af populationer i EU-landene, og resultaterne bør derfor ikke sammenlignes.

Kilder: The European Union Agency for Fundamental Rights (EU LGBTIQ Survey III).

Screeningsrater for tyk- og endetarmskræft i Danmark er det fjerdehøjeste i EU.

Alle personer i Danmark mellem 50 og 74 år har været berettiget til screening for tyk- og endetarmskræft siden 2014. De kliniske retningslinjer for håndtering af påviste kræftformer blev i 2022 opdateret i overensstemmelse med de seneste fremskridt, herunder inden for rehabilitering og palliativ behandling, og Danmark

tilbyder fækal immunkemisk testning (FIT) til screening for tyk- og endetarmskræft til personer i alderen 50-74 år.

Der udsendes invitationer med screeningsset, som returneres til laboratorierne. Et positivt FIT-resultat efterfølges af en invitation til en koloskopiundersøgelse, idet der på forhånd bookes en tid senest 14 dage efter resultatet.

I 2021 rapporterede 61 % af danskere i alderen 50-74 ifølge programdata, at de havde fået foretaget screening for tyk- og endetarmskræft inden for de seneste to år – et fald fra 64 % i 2014. Denne udnyttelsesgrad er blandt de højeste i EU efter Finland (77 %), Nederlandene (68 %) og Sverige (64 %) i 2022. Den er blot en lille kønsbestemt forskel i udbredelsen af screeningsundersøgelser i Danmark.

Et pilotprojekt om screening for lungekræft blev indledt i 2024.

Der findes på nuværende tidspunkt ingen screeningsprogrammer for lungekræft i Danmark, men er blevet foreslået af Kræftens Bekæmpelse i form af af lavdosis computer-tomografi (CT)-scanning. Foreningen anbefaler, at der gennemføres analyser og pilotprojekter med henblik på at vurdere omkostningseffektiviteten af programmer til screening af lungekræft. De anbefaler også, at der udføres rutinemæssig screening for højrisikogrupper, og at der tilbydes hjælp til rygestop. Der blev startet et pilotprojekt på Odense Universitetshospital i Region Syddanmark i 2024 (2024-26) for at skabe bedre forståelse for, hvordan der gennemføres et landsdækkende screeningsprogram, herunder gennem brug af kunstig intelligens.

5. Kræftbehandlingsresultater

5.1 Tilgængelighed

Danmark yder universel sundhedsdækning, primært finansieret gennem statslige skatter og forvaltet af landets fem regioner. Størstedelen af sundhedsudgifterne dækkes af en offentlig forsikring, der sikrer, at alle danskere, der er lovligt bosiddende i Danmark, har adgang til sundhedsydelser, hvilket betydeligt reducerer upfyldte medicinske behov. I 2021 blev der

indgået en aftale mellem regeringen, regionerne og kommunerne for at skabe sundhedsklynger omkring de 21 akutte hospitaler, for at lette samarbejdet mellem hospitaler og almen praksis. Der blev oprettet nye forvaltningsmæssige samarbejdsfora i de fem regioner. I 2022 blev der med sundhedsreformpakken afsat 4 mia. DKK (536,4 mio. EUR) til etablering af nærhospitaler, og der blev foretaget yderligere investeringer i kommunal sundhedspleje samt udviklet

kvalitetsmål og indikatorer på kommunalt plan. Sundhedssystemet står på trods af disse fremskridt over for betydelige udfordringer, såsom fragmenteret pleje og kompleks koordinering mellem hospitaler og primære sundhedstjenester.

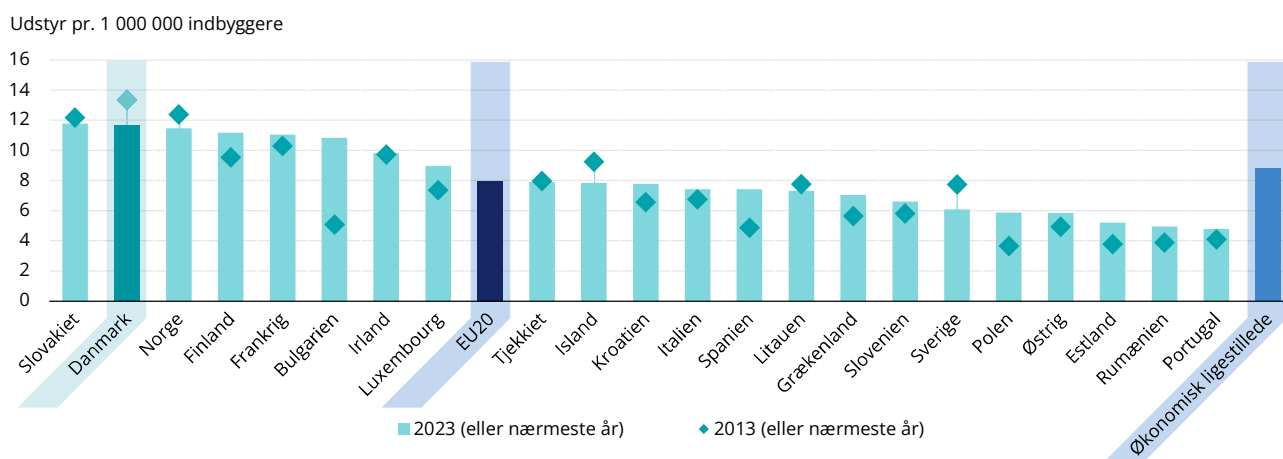
Danmark har et af de højeste antal strålebehandlingsenheder pr. indbygger.

I 2022 var antallet af strålebehandlingsenheder på hospitaler og i den ambulante sektor 12 pr. 1 000 000 indbyggere, hvilket er den næsthøjeste blandt EU-landene med tilgængelige data og 33 % højere end gennemsnittet blandt økonomisk

jævnbyrdige lande (Figur 15). Mens dette tal steg kraftigt i perioden 2007-08 efter en række administrative reformer af sundhedssystemet, faldt den en smule bagefter.

I 2024 havde Danmark ni strålebehandlingscentre: to i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland, og et i Region Sjælland og Region Nordjylland. Protonionterapi er kun tilgængelig i Aarhus på det danske center for partikelterapi i Region Midtjylland. Af de 72 partikelterapienheder er en tredjedel mindre end fem år gamle.

Figur 15. Danmark har det næsthøjeste antal strålebehandlingsenheder pr. indbygger i EU.

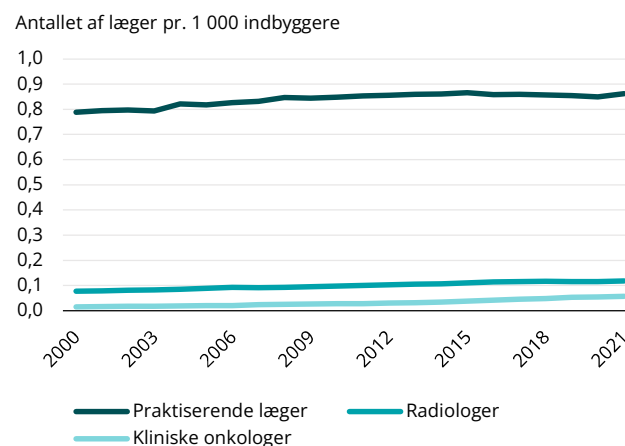


Noter: Langt størstedelen af EU-landenes strålebehandlingsudstyr findes på hospitaler. Data for Portugal og Frankrig omfatter kun udstyr på hospitaler, mens data for andre lande vedrører alt udstyr. Økonomisk jævnbyrdige lande defineres som tercilgrupper baseret på BNP pr. indbygger i 2022 målt i købekraftstandard. Økonomiske jævnbyrdige lande for DK er AT, IE, IS, LU, NO og SE. EU-gennemsnittet er uvægtet.
Kilde: OECD Health Statistics 2024.

Koncentrationen af kræftspecialister steg meget lidt mellem 2000 og 2021

Praktiserende læger er ofte patienternes første kontaktpunkt, mens onkologer og radiologer er de to vigtigste speciallæger, der er involveret i kræftbehandlingen. Antallet af praktiserende læger i Danmark steg fra 4 201 i 2000 til 5 301 i 2021, mens antallet af kliniske onkologer steg fra 84 i 2000 til 338 i 2021 – en firdobling. I samme periode steg antallet af radiologer fra 418 til 695 – en stigning på 66 %. I betragtning af den betydelige stigning i befolkningens størrelse i denne periode steg koncentrationen af disse tre specialiteter imidlertid kun meget lidt (Figur 16). Danmark rapporterede ikke om mangel på onkologer, men landet rapporterede om mangel på praktiserende læger og radiologer i 2023 (OECD, 2024a).

Figur 16. Koncentration af praktiserende læger, onkologer og radiologer er kun steget meget lidt



Kilde: Bevægelsesregisteret <https://www.esundhed.dk/Registre/Bevaegelsesregisteret>.

I Danmark er der i den offentlige debat primært fokuseret på manglen på praktiserende læger i de senere år. Som led i den sundhedsreformpakke, der blev annonceret i foråret 2022, blev antallet af uddannelsesstillinger for praktiserende læger øget for at styrke udbuddet og imødekomme den stigende efterspørgsel inden for primærplejen, selv om der vil gå cirka et årti, før effekten kan mærkes.

Antallet af avancerede praksissygeplejersker inden for kræftbehandlingen er stigende, men antallet af sygeplejersker har været stabilt siden 2010

Sygeplejersker spiller også en nøglerolle i forbindelse med kræftbehandlingen. I begyndelsen af 2000'erne skabte Danmark en konceptuel kompetenceramme for at udvikle en ny stilling som avanceret praksissygeplejerske, bl.a. inden for kræftbehandling. I de følgende år blev der indført ny lovgivning for forskellige specialsygeplejerskeområder, der alle kræver en postgraduat sygeplejerskeuddannelse med 30-78 ugers praktisk oplæring og mindst to års klinisk erfaring. Kræftbehandling og pleje i nærmiljøet var to af de syv specialuddannelser for sygeplejersker i 2024.

Antallet af onkologer steg fra 70 i 2010 til 290 i 2021. Antallet af avancerede praksissygeplejersker i lokalsamfundet – en nyere specialisering – steg fra 99 i 2019 til 274 i 2021. Det er dokumenteret, at Danmark har mangel på sygeplejersker. I 2022

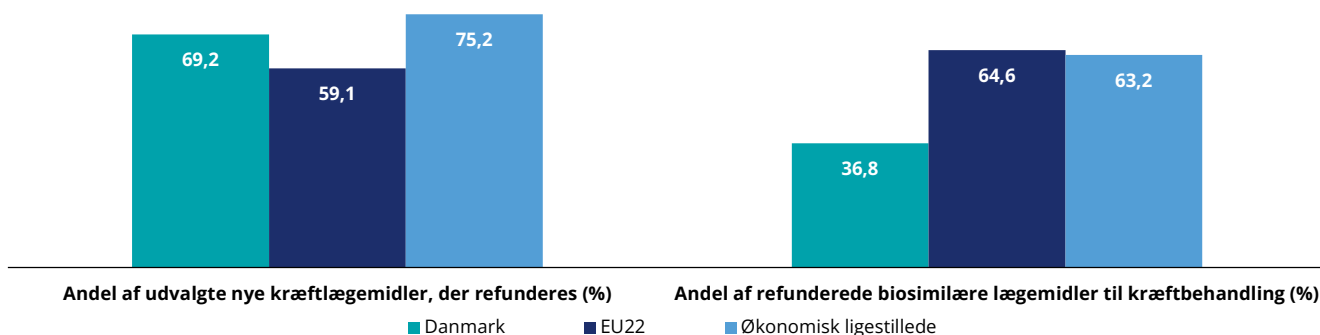
var ca. 4 700 ubesatte sygeplejerskestillinger, hovedsagelig på hospitaler. Siden 2019 har der været en stor nettoafgang af sygeplejersker i retning af avanceret praksis og fra regionale hospitaler til den kommunale sundhedssektor (Birk HO et al., red., 2024).

Danmark har en relativt lav offentlig dækningsgrad for biosimilære lægemidler mod kræft

Danmark har et velfungerende marked for generiske lægemidler. Nye onkologiske lægemidlers plads i behandlingen er dikteret af kliniske retningslinjer, men der hvor behandlingerne har samme virkning, prioriteres de lægemidler, der er forbundet med de laveste omkostninger, især efter oprettelsen af Medicinrådet i 2017.

Andelen af indikationer i en stikprøve, der omfatter ti nye kræftlægemidler mod brystkræft og lungekræft med store kliniske fordele, som godtgøres/dækkes af det offentlige, antyder, at den offentlige dækning af visse nye lægemidler med store kliniske fordele er højere i Danmark (69 %) end EU-gennemsnittet (59 %), men lavere end i de tilsvarende økonomisk jævnbyrdige lande (75 %, Figur 17). I 2021 var andelen af en stikprøve af biosimilære kræftlægemidler med offentlig godtgørelse/dækning imidlertid 37 %, hvilket er lavere end gennemsnittet i hele EU og i forhold til økonomiske jævnbyrdige lande.

Figur 17. Den offentlige dækning er relativt høj for biosimilære kræftlægemidler i Danmark



Noter: Analysen omfatter en stikprøve på 13 indikationer af 10 nye kræftlægemidler til brystkræft og lungekræft med stor klinisk fordel og 19 biosimilære lægemidler for tre kræftlægemidler (bevacizumab, rituximab, trastuzumab), der havde en aktiv markedsføringstilladelse fra Det Europæiske Lægemiddelagentur pr. 26. marts 2023. Dataene repræsenterer andelen af de indikationer eller biosimilære lægemidler, der var på den offentlige refusionsliste den 1. april 2023. Økonomisk jævnbyrdige lande defineres som tercilgrupper baseret på BNP pr. indbygger i 2022 målt i købekraftstandard. Økonomisk jævnbyrdige lande for DK er AT, BE, DE, IE, IS, NL, NO og SE. EU-gennemsnittet er uvægtet. Kilde: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024), "Access to oncology medicines in EU and OECD countries", <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

I 2021 oprettedes Behandlingsrådet for at supplere den eksisterende indsats i Medicinrådet (oprettet i 2017). Behandlingsrådet har ansvaret for at vurdere og anbefale nye sundhedsteknologier til brug i det danske sundhedsvæsen, mens Medicinrådet

vejleder om nye lægemidler til brug i den danske hospitalssektor.

Mens indlæggelse og ambulant kræftbehandling er gratis på behandlingsstedet i Danmark, er der for voksne en grænse på 1 075 DKK (ca. 144 EUR) med 100 % egenbetaling for selvadministrerede

lægemidler, hvorefter der er et tilskud til yderligere medicinudgifter. Børn og unge under 18 år nyder godt af en mere favorabel ordning, idet der ydes et offentligt tilskud på 60 % også for de første 1 075 DKK i medicinudgifter. Eventuelle årlige personlige udgifter til tilskudsberettiget medicin, der overstiger 21 298 DKK (ca. 2 856 EUR) for voksne eller 26 085 DKK (ca. 3 498 EUR) for personer under 18 år, godtgøres fuldt ud, hvilket giver en maksimal årlig egenbetaling til medicin på 4 575 DKK (613 EUR) for begge patientgrupper.

I 2022 dækkede offentlige eller obligatoriske forsikringsordninger i Danmark kun 40 % af udgifterne til lægemidler, hvilket er lavere end i Norge (53 %), Sverige (56 %) og Finland (59 %). Der er endvidere ingen undtagelser for egenbetaling for kræftpatienter i Danmark, hvilket potentielt kan føre til uligheder i adgangen til kræftmedicin og biosimilære lægemidler samt i den økonomiske byrde for patienterne.

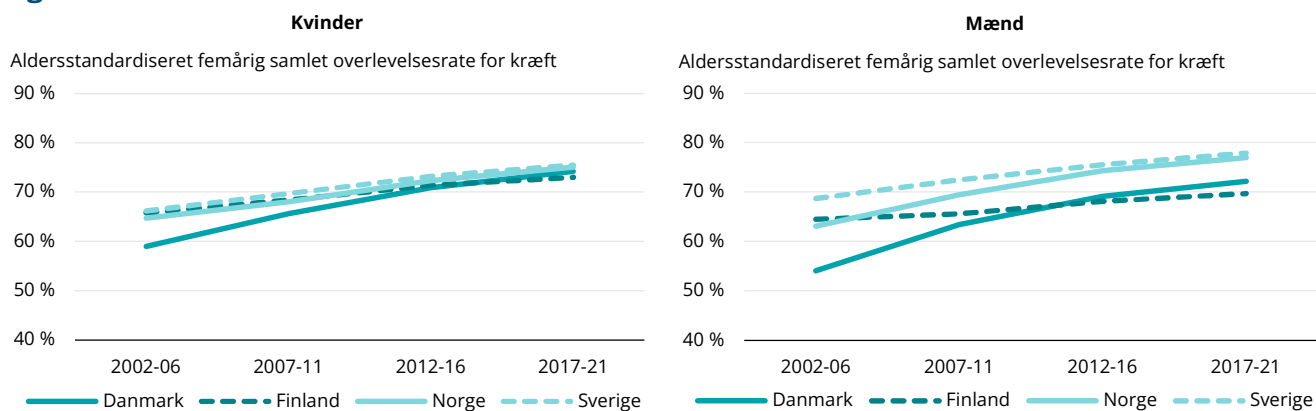
5.2 Kvalitet

Overlevelsesrater for kræft har indhentet overlevelsesraterne i andre nordiske lande i de sidste 20 år

Danmark har opnået gode resultater med sin indsats for at forbedre kræftscreening og -behandling siden begyndelsen af 2000'erne, hvor den første fase af den nationale kræftplan blev lanceret. Dette fremgår tydeligt af overlevelsesraterne – en vigtig markør for plejekvaliteten.

I perioderne 2002-06 og 2017-21 steg den aldersstandardiserede samlede overlevelsesrate for kræft fra 59 % til 74 % for kvinder og fra 54 % til 72 % for mænd (Figur 18). Mens overlevelsesraten i Danmark lå langt under de andre nordiske lande i 2002-06, blev den indhentet i løbet af ca. 10 år, og den er fortsat med at stige langsomt siden da. For kvinder var overlevelsesraten i Danmark på niveau med overlevelsesraten i Finland, Norge og Sverige i 2017-21, mens overlevelsesraten for mænd i Danmark var lidt højere end i Finland (70 %), men et godt stykke under overlevelsesraten i Norge (77 %) og Sverige (78 %).

Figur 18. Kræftoverlevelsesrater indhentede niveauerne i andre nordiske lande i perioderne 2002-06 og 2017-21



Noter: 5-årsoverlevelsesraten er det antal mennesker, der ikke er døde af kræft inden for fem år efter diagnosen. Tidsperioden henviser til diagnosetidspunktet.

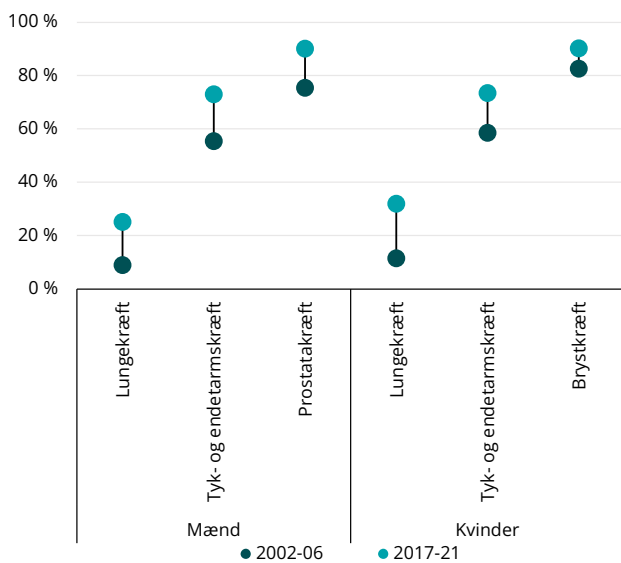
Kilde: Nordic Health and Welfare Statistics' (Nordcan) websted. Fra <https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz>, tilgået den 1. juli 2024.

Sammenligninger af patienter diagnosticeret i 2002-06 og i 2017-21 viser, at overlevelsesraterne er steget betydeligt for de vigtigste kræftformer, herunder lungekræft (Figur 19). I Danmark er overlevelsesraten for lungekræft – som i andre nordiske lande og EU-lande – dog fortsat under 33 %

og dermed i kategorien kræftformer med en dårlig prognose. Den vigtigste politiske foranstaltning er derfor at fremme et miljø, der ansporer til tobaksfri adfærd, for at undgå dødsfald som følge af lungekræft (se afsnit 3).

Figur 19. Lungekræft er på trods af de opnåede fremskridt fortsat en kræftform med meget dårlige overlevelseshæfter

Aldersstandardiseret femårig overlevelseshæfter



Noter: 5-årsoverlevelseshæfter er det antal mennesker, der ikke er døde af kræft inden for fem år efter diagnosen. Tidsperioderne henviser til diagnosetidspunktet.

Kilde: Webstedet for Nordic Health and Welfare Statistics (Nordcan). Fra <https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz>, tilgået den 1. juli 2024.

Personer med lavere socioøkonomisk status er også mindre tilbøjelige til at overleve efter at være blevet diagnosticeret på trods af, at der foreligger en meget høj offentlig dækning og dokumentation,

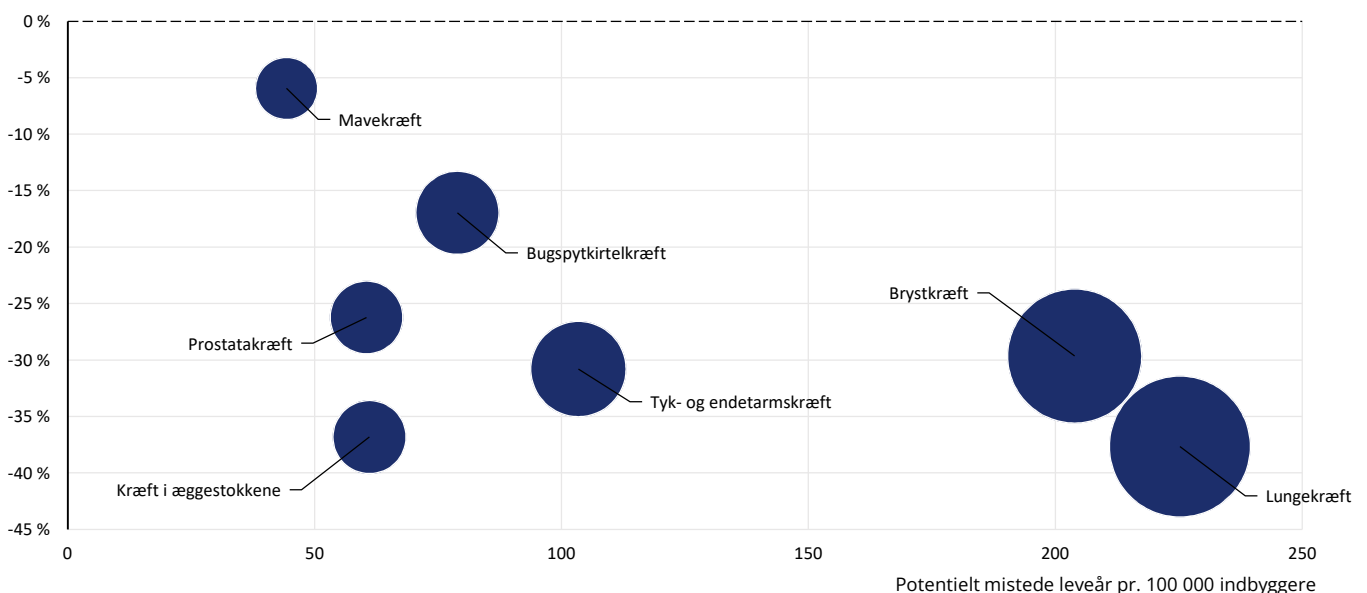
der antyder, at der ikke er nogen forskel i adgangen til og forsinkelser i kræftbehandlingen. Prævalensen af flere kroniske tilstande er dog mere almindelig blandt personer med lavere end med højere socioøkonomisk status, og personer med flere kroniske lidelser har lavere overlevelseshæfter (Afshar N, English DR, Milne RL, 2021). Uligheder i overlevelseshæfter er knyttet til uligheder i risikofaktorer.

Potentielt tabte leveår i Danmark falder over tid.

Potentielt tabte leveår er et interessant supplerende mål for den virkning, som forskellige kræftformer har på samfundet, fordi det lægger større vægt på kræftdødsfald blandt yngre mennesker. Når der ses nærmere på ændringen i potentielt tabte leveår over tid på tværs af forskellige kræfttyper, kan der konstateres forbedringer i kræftbehandlingssystemer gennem reduktioner i for tidlig dødelighed. Andelen af potentielt tabte leveår faldt med 29 % i Danmark for alle større kræftformer mellem 2012 og 2021 sammenholdt med 19 % i EU. I 2021 var den kræftform, der var ansvarlig for flest potentielt tabte leveår, lungekræft med 225 potentielt tabte leveår pr. 100 000 indbyggere (Figur 20). Blandt kvinder faldt potentielt tabte leveår på grund af brystkræft med 30 %, mens potentielt tabte leveår hos mænd på grund af prostatakræft faldt med 26 % over tid.

Figur 20. Potentielt tabte leveår på grund af lungekræft faldt mellem 2012 og 2022

Procentvis ændring i potentielt mistede leveår 2012-22 (eller nærmeste tilgængelige år) (%)



Noter: Raten for potentielt tabte leveår på grund af bryst-, livmoderhals- og æggestokkræft beregnes kun for kvinder, mens raten for potentielt tabte leveår fra prostatakræft henviser til mænd. Lyserøde bobler signalerer en stigning i den procentvise ændring i potentielle tabte leveår i perioden 2012-2022 (eller seneste tilgængelige år). Blå bobler angiver et fald. Boblernes størrelse er proportional med raterne for potentielle tabte leveår i 2022.
Kilde: OECD Health Statistics 2024.

Danish Comprehensive Cancer Centre har til formål at optimere kræftbehandlingen.

Danish Comprehensive Cancer Centre, der blev etableret i 2017, er et nationalt samarbejde, der skal fremme kræftforskning, -forebyggelse og -behandling. Det har bl.a. følgende formål:

- koordinering af kræftforskning ved at fremme samarbejdet mellem forskellige forskningsinstitutioner, hospitaler og universiteter i Danmark
- forbedring af kræftbehandlingen ved at fokusere på at udvikle og gennemføre avancerede behandlingsprotokoller og -teknologier og arbejde på at sikre, at patienter i hele Danmark har adgang til de nyeste og mest effektive kræftbehandlinger
- standardisering af pleje ved at fastsætte nationale standarder og retningslinjer for kræftbehandling og dermed sikre ensartethed i kvaliteten af behandling og patientpleje i hele landet
- forøgelse af antallet af kliniske forsøg ved at fremme og tilrettelægge kliniske forsøg samt give patienter adgang til eksperimentelle behandlinger
- uddannelse af sundhedspersonale for at sikre, at de er udstyret med den nyeste viden og de nødvendige færdigheder inden for onkologi

- folkesundhedsinitiativer, herunder støtte til folkesundhedskampagner rettet mod kræftforebyggelse, tidlig påvisning og bevidstgørelse
- udvikling af politikker ved at yde ekspertrådgivning til politiske beslutningstagere og bidrage til at forme nationale kræftpolitikker og -strategier.

Derudover spiller tværfaglige beslutningsprocesser en afgørende rolle i håndteringen af kræft i Danmark. Tværfaglige teams udarbejder individualiserede behandlingsplaner, der tager hensyn til alle relevante kliniske faktorer og patienternes behov og præferencer ved at inddrage speciallæger fra forskellige områder (onkologi, kirurgi, radiologi, patologi osv.). Disse teams er oprettet på alle større kræftbehandlingscentre i Danmark.

Dataovervågning af forsinkelser i kræftbehandlingen blev styrket i Danmark.

I april 2024 afslørede Rigsrevisionen, at der var betydelige forsinkelser i kræftbehandlingen i Danmark, som oversteg de maksimale ventetider (rubrik 4). På den positive side viste det sig, at der ikke var nogen forskelsbehandling med hensyn til ventetider for kræftbehandling baseret på indkomst eller uddannelse.

Rubrik 4. Lovgivningen har til formål at sikre, at kræftpatienter påbegynder deres behandling senest 14 dage efter, at de har givet deres samtykke hertil.

En kræftpatient i Danmark har siden 1999 haft ret til at påbegynde behandling inden for 28 dage efter henvisning til behandling og inden for højst 14 dage efter have afgivet samtykke til behandling. Hvis en region ikke kan påbegynde patientens behandling inden for tidsfristen, skal den give patienten mulighed for at modtage behandling andetsteds. Hvis regionen ikke kan finde behandling andetsteds inden for den maksimale ventetid, overgår ansvaret for at henvise patienten til et behandlingstilbud til Sundhedsstyrelsen.

Ifølge Rigsrevisionen startede patienterne i ca. 6 % af tilfældene, svarende til 6 400 tilfælde mellem juli 2019 og juni 2023, ikke behandlingen inden for 14 dage efter, at de havde givet deres samtykke til behandlingen, og uden at der blev givet en gyldig grund til forsinkelsen. Rigsrevisionen bemærkede imidlertid, at retningslinjerne for at overvåge overholdelsen af reglerne om maksimal ventetid lagde op til forskellige fortolkninger. Sundhedsstyrelsen har som reaktion herpå revideret disse retningslinjer og gennemført nye foranstaltninger med henblik på at foretage en mere effektiv realtidsovervågning af ventetider. Mellem april og juni 2024 blev der registreret i alt 64 442 diagnostiske forløb og behandlingsforløb inden for kræftbehandlingen i hele Danmark. I 99,8 % af tilfældene blev reglerne om maksimal ventetid overholdt.

Kræftregistret er med til at forbedre kvaliteten af kræftbehandlingen

Sundhedsdatastyrelsen er ansvarlig for sikker opbevaring, overvågning og analyse af befolkningens aggregerede sundhedsdata, herunder data om kræftbehandling. Den er også ansvarlig for forvaltningen af det danske kræftregister, som indeholder tidspunktet for diagnosen samt oplysninger om kræftens placering og type. Endvidere registreres det, i hvor høj grad sygdommen har spredt sig på diagnosetidspunktet, herunder oplysninger om, hvordan diagnosen blev stillet, og hvilken behandling der blev givet inden for de første fire måneder efter diagnosen. Registret dækker de mest almindelige kræfttyper og bidrager til at overvåge behandlingsresultater, der anvendes til at informere sundhedspolitikker og forbedre kræftbehandlingstjenester.

Befolkningsbaserede data fra kræftregistret bruges til at udarbejde nationale kliniske retningslinjer for kræftbehandling, f.eks. dem, der understøttes af de tværfaglige kræftgrupper (DMCC.dk).

Måling af indikatorer for plejekvalitet er en prioritet i Danmark.

Patientrapporterede oplevelses- og resultatmålinger (PREMs og PROMs) i Danmark indsamles konsekvent under hele patientforløbet på nationalt plan, mens prostata- og brystkræftspecifikke patientrapporterede oplevelses- og resultatmålinger indberettes på regionalt plan. Det danske regionale kræftkvalitetsprogram har en kræftdatabase for hver kræfttype med forskellige indikatorer, herunder overlevelses- og ventetider. Der offentliggøres en rapport for hver database en gang om året.

Derudover afholder Barometer Survey hvert andet år en stor undersøgelse af eksisterende og tidligere patienter for at måle patientrapporteret plejekvalitet. I 2023 gav 98 % af patienterne en positivt vurdering af deres hospitalsbehandling, mens 71 % vurderede den som værende

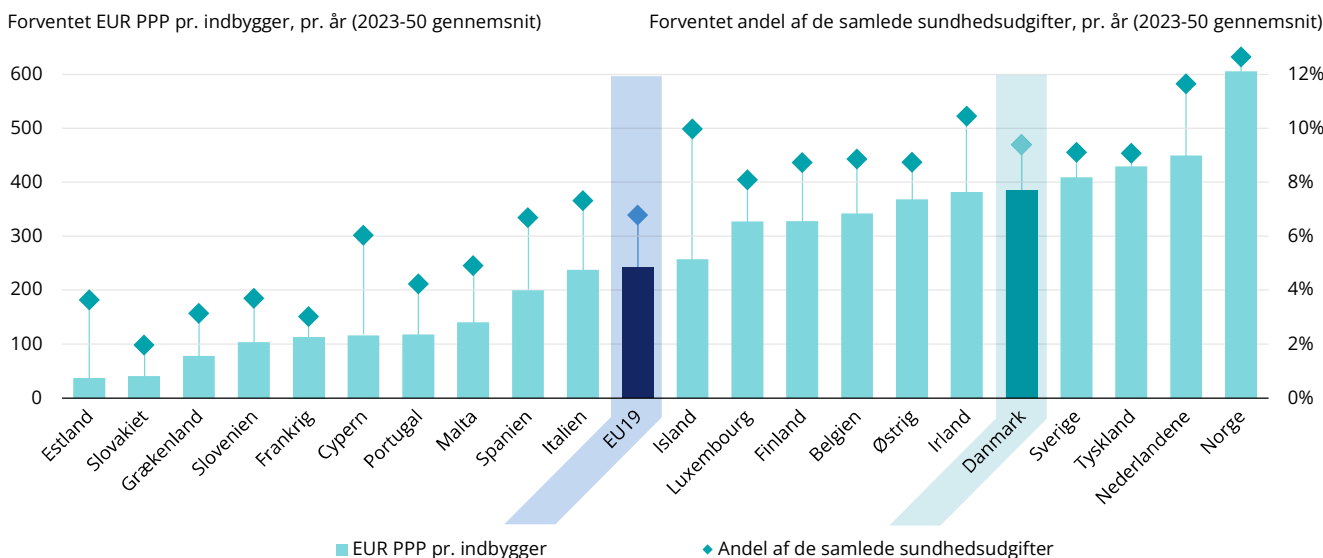
fremragende. Derudover vurderede 60 % af patienterne den diagnostiske proces og samarbejdet mellem hospitalerne som fremragende, og 50 % vurderede støtten fra kommuner og praktiserende læger som fremragende (Kræftens Bekæmpelse, 2024).

5.3 Omkostninger og værdi for pengene

Den forventede kræftbyrde på sundhedsudgifterne er en af de højeste i EU.

Ifølge OECD's SPHeP-modelleringsarbejde anslås de samlede sundhedsudgifter mellem 2023 og 2050 at være 9,4 % højere i Danmark på grund af kræftbyrden. Dette svarer til et gennemsnit på 385 EUR (OPP) pr. person pr. år (Figur 21). Dette tal er meget højere end EU19-gennemsnittet (242 EUR). Samlet set forventes sundhedsudgifterne pr. indbygger til kræftbehandling at stige med 35 % i Danmark mellem 2023 og 2050 sammenlignet med 59 % i EU27. Kræftbyrden i Danmark skønnes at være lavere end i Norge og Sverige, men højere end i Finland og Island.

Figur 21. Kræftbyrden på sundhedsudgifterne i Danmark forventes at være højere end i andre EU-lande



Bemærk: EU-gennemsnittet er uvægtet.

Kilde: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Kræftens indvirkning på beskæftigelsen ligger tæt på EU-gennemsnittet.

Ifølge OECD's SPHeP's modeller reducerer kræft arbejdsstyrkens deltagelse gennem sin reducerende indvirkning på beskæftigelsen (kombination af arbejdsløshed og deltidsarbejde). Når disse

virksomheder kombineres, forventes Danmark i gennemsnit at miste, hvad der svarer til 193 fuldtidsansatte pr. 100 000 indbyggere på grund af kræft i perioden 2023-50. Kræft forventes desuden at føre til et tab svarende til 46 fuldtidsansatte pr. 100 000 på grund af fravær og 52 fuldtidsansatte pr. 100 000 på grund af tilstedeværelse¹⁰.

¹⁰ Tilstedeværelse henviser til tabt produktivitet, der opstår, når medarbejderne ikke er fuldt ud produktive på arbejdspladsen på grund af sygdom, skade eller anden tilstand.

5.4 Velvære og livskvalitet

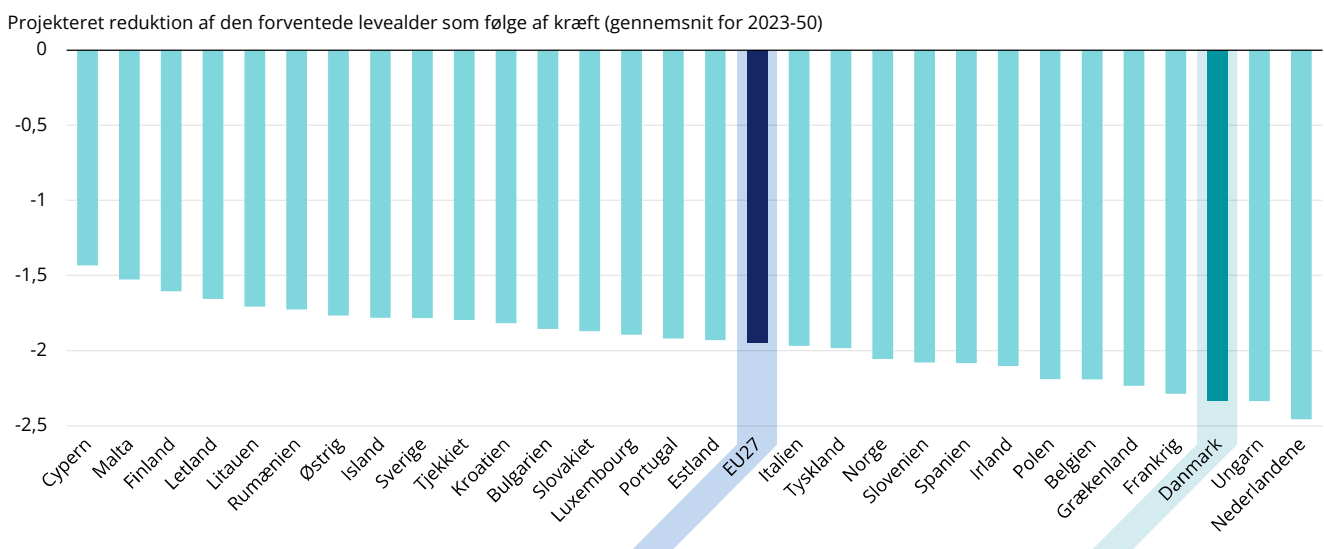
Kræft forventes at få særligt store konsekvenser for Danmark med hensyn til at reducere den forventede levetid

Kræft er en af hovedårsagerne til dødsfald og invaliditet i EU-landene og har en betydelig indvirkning på trivsel og livskvalitet. Ifølge OECD's SPHeP-modelleringsarbejde vil kræft i Danmark mellem 2023 og 2050 i gennemsnit reducere befolkningens forventede levealder med 2,3 år sammenlignet med et scenarie uden kræft (Figur 22). Dette tal er højere end EU-gennemsnittet (1,9 år) og repræsenterer mere end ti års fremskridt

i den forventede levetid. For at sætte dette tal i perspektiv, tog det Danmark 11 år (2012-2023) at øge den forventede levetid med 2 år.

Derudover har kræft en betydelig indvirkning på befolkningens mentale sundhed gennem tilknyttede symptomer og bivirkninger af behandlingen samt påvirkning af dagliglivet, socialt samvær og arbejdslivet. Ifølge OECD's SPHeP-model forventes Danmark at have meget højere depressionsrater på grund af kræft med en ekstra aldersstandardiseret rate på 12 tilfælde pr. 100 000 indbyggere pr. år. Dette er højere end i andre nordiske lande, herunder Norge (7 pr. 100 000) og Island (8 pr. 100 000), selv om det er lavere end de 17 pr. 100 000 tilfælde i EU.

Figur 22. Kræft ansås at reducere den forventede levealder med over to år mellem 2023 og 2050



Bemærk: EU-gennemsnittet er uvægtet.

Kilde: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Patienter og kræftoverlever oplever huller i den støtte, der er til rådighed for dem.

Kræftpatienters informationsbehov opfyldes ikke altid i Danmark. I 2023 rapporterede ca. 16 % af patienterne, at de manglede oplysninger om bivirkninger, komplikationer eller sygdommens sværhedsgrad, og 27 % rapporterede, at de ikke havde tilstrækkelige oplysninger om potentielle langsigtede virkninger, inden de påbegyndte behandlingen (Kræftens Bekæmpelse, 2024).

Den kommende fase af den nationale kræftplan vil sigte mod at fokusere på bivirkninger, eftervirkninger og livskvalitet for patienterne. Barometerundersøgelsen fra 2023 viste, at mange patienter rapporterede, at de havde uopfyldte behov for støtte – navnlig i forbindelse med træthed, seksuel sundhed, psykologiske problemer og hjemmepleje. Omkring 74 % af

patienterne rapporterede, at de oplevede betydelige udfordringer i dagligdagen 4-8 måneder efter diagnosen, hvor to tredjedele angav, at træthed var et primært problem. Op til 74 % af de personer, der blev diagnosticeret to år før undersøgelsen, og som havde opfølgende behov, rapporterede, at de ikke modtog tilstrækkelig støtte. Omkring 80 % følte, at de modtog utilstrækkelig rådgivning om økonomiske spørgsmål, og 78 % følte, at de modtog utilstrækkelig rådgivning om hjemmepleje (Kræftens Bekæmpelse, 2024).

I Danmark har kræftpatienter og deres nære familie adgang til 12 psykologbesøg med 40 % egenbetaling med henvisning fra en praktiserende læge. Kræftens Bekæmpelse har også en gratis hotline for patienter og pårørende samt professionel rådgivning og andre aktiviteter i 12 drop-in rådgivningscentre over hele landet.

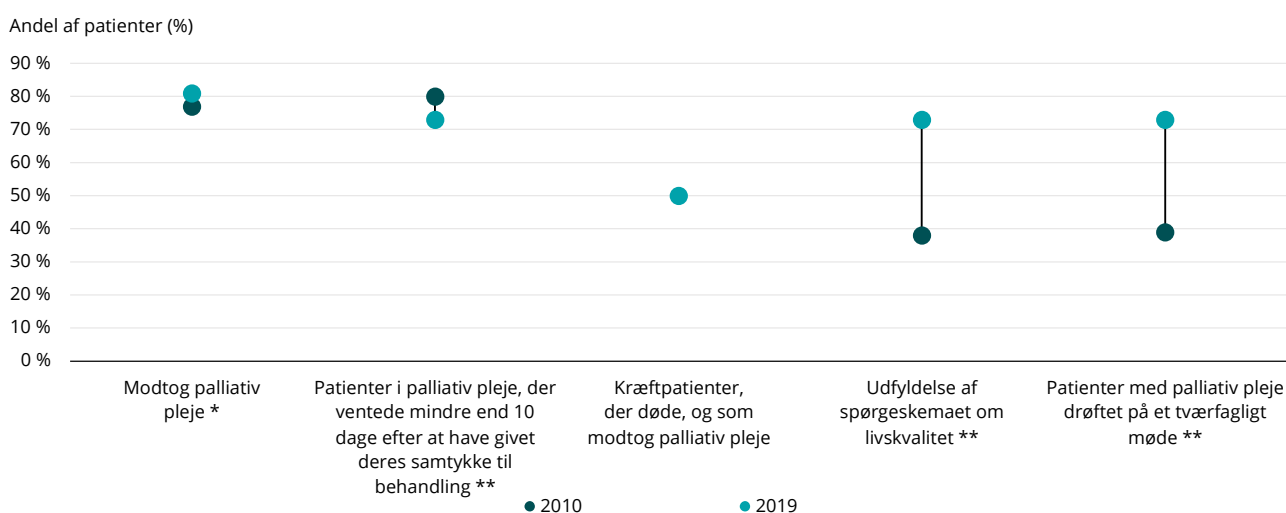
Palliativ behandling er generelt velstruktureret for kræftpatienter i Danmark.

I Danmark blev de første specialiserede palliative plejeenheder etableret i 1990'erne. I 2019 blev palliativ behandling leveret af 25 teams på hospitaler og 19 på hospicer, hvilket blev finansieret af regionerne. De fleste patienter, der behandles af palliative behandlingsteams på hospitaler, er ambulante patienter, mens hospicer hovedsagelig behandler indlagte patienter. Palliativ behandling er gratis. Den danske database for palliativ behandling, der blev oprettet i 2007, består af fem kvalitetsindikatorer (Figur 23).

En undersøgelse fra 2024 baseret på en næsten fuldstændig national stikprøve af data viste, at alle indikatorer undtagen ventetidsindikatoren forbedredes mellem 2010 og 2019. Andelen af

kræftpatienter, der ventede mindre end 10 dage, var højere for hospicer (85 %) end for palliative behandlingsteams på hospitaler (66 %) i 2019, selv om forskellen kan afspejle deres patientpopulationer. Levetiden for patienter, der har været i kontakt med hospicer, er kortere (median 20 dage) end for patienter, der har været i kontakt med et palliativt plejehold på et hospital (median 66 dage). Flere andre indikatorer var mindre gode for hospicer end for palliative behandlingsteams på hospitaler, herunder mulighed for at udfylde et livskvalitetsspørgeskema og drøftelse af sager på tværfaglige møder (Adsersen M et al., 2024). Disse resultater antyder, at palliativ behandling er blevet forbedret i løbet af det seneste årti, idet der forekommer et større potentiale for forbedringer på hospicer end blandt palliative behandlingsteams på hospitaler.

Figur 23. De fleste kvalitetsindikatorer for palliativ behandling blev forbedret mellem 2010 og 2019



Bemærkninger: *Ud af kræftpatienter der blev henvist til palliativ behandling; **Ud af alle kræftpatienter, der modtog palliativ behandling.

Kilde: Adsersen M et al. (2024).

I 2017 udsendte Sundhedsstyrelsen nye retningslinjer for palliativ behandling, hvor der blev lagt større vægt på patienter, der lider af andre sygdomme end kræftsygdomme. Disse retningslinjer fik imidlertid ikke tilsvarende finansiel støtte.

Uformelle omsorgspersoner, der tager sig af patienter i palliativ behandling, kan få en betalt ydelse.

Familiemedlemmer og pårørende kan underskrive en kontrakt med deres kommune, når de ønsker at tage orlov for at tage sig af en slægtning, der modtager palliativ behandling og forventes at dø inden for de næste 3-6 måneder. De modtager en ydelse som kompensation for de timer, de bruger på at yde pleje. Orloven varer seks måneder og kan

forlænges med tre måneder. Hvis plejemodtageren dør inden kontraktens udløb, ophører ydelsen 14 dage efter plejemodtagerens død. Plejeydelsen udgør 1,5 gange den ydelse, som de ville have ret til, hvis de selv skulle blive syge, eller 2 230 EUR (16 637 DKK) pr. måned. Hvis flere personer deler omsorgsopgaven, reduceres beløbet proportionalt med andelen af den udførte omsorgsopgave. Antallet af støttemodtagere steg langsomt fra 2 574 omsorgspersoner i 2014 til 2 770 omsorgspersoner i 2019 (Rocard og Llana-Nozal, 2022).

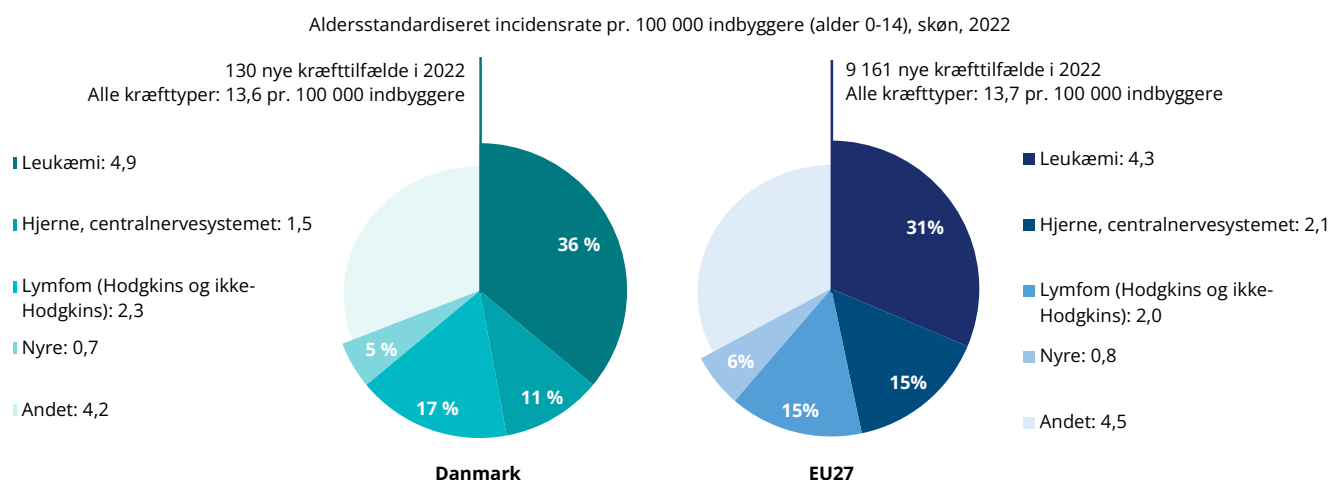
6. Fokus på uligheder

Ifølge ECIS skønnes det, at 130 børn og unge op til 15 år i Danmark blev diagnosticeret med kræft i 2022. Incidensraten for kræft i Danmark svarer til EU-gennemsnittet, nemlig 14 pr. 100 000 børn i alderen 0-14 år (Figur 24), og er lidt højere blandt drenge end blandt piger. De mest almindelige kræftformer er leukæmi med 4,9 tilfælde pr. 100 000 børn (36 %), lymfom med 2,3

tilfælde pr. 100 000 børn (17 %), kræft i hjernen og centralnervesystemet med 1,5 tilfælde pr. 100 000 børn (11 %) og nyrekræft med 0,7 tilfælde pr. 100 000 børn (5 %).

I 2021 havde Danmark ifølge Eurostat en lavere dødelighed, med en treårig gennemsnitlig dødelighed på 1,6 pr. 100 000 børn sammenlignet med 2,1 i EU.

Figur 24. Kræftincidens blandt børn i Danmark svarer til EU-gennemsnittet



Noter: Skønnene for 2022 er baseret på incidenstendenser fra tidligere år og kan afvige fra de observerede rater i de senere år. "Alle kræfttyper" omfatter alle kræfttyper undtagen ikke-melanom hudkræft.

Kilder: Det europæiske informationssystem på kræftområdet med hensyn til kræftforekomst. Fra <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, tilgået den 10. marts 2024. © Den Europæiske Union 2024.

Det danske sundhedsvæsen tilbyder en bred vifte af behandlingsmuligheder til børn med kræft. Projektet European Society of Paediatric Oncology (SIOPE)'s Organisation of Care & Research for Children with Cancer in Europe (OCEAN) har konstateret, at Danmark har fire institutioner, der behandler børn og unge med kræft. Rigshospitalet i København er udpeget som Innovative Therapies for Children and Adolescents with Cancer (ITCC) (center for innovative behandlinger for børn og unge med kræft). ITCC-konsortiet er et samarbejdsnetværk, der giver adgang til innovative behandlinger for børn og unge med recidiverende eller refraktære maligniteter (SIOPE, 2024).

Alle 13 infrastrukturelle aspekter og behandlingssmetoder – såsom brachyterapi, stamcelletransplantationer, palliativ behandling og kemoterapi – er tilgængelige til behandling af pædiatriske kræftpatienter i Danmark. Der er desuden adgang til nye behandlinger. Af de 436 kliniske forsøg, der blev afholdt med pædiatriske og unge kræftpatienter i Europa mellem 2010 og 2022, blev 17 % gennemført i Danmark. Det er flere end i Norge (8,5 %) og Finland (6 %). 93 % af de 68 lægemidler, der blev identificeret som essentielle for behandling af kræft hos patienter i alderen 0-18 år, var endvidere tilgængelige i Danmark sammenlignet med EU-gennemsnittet på 76 % (Vassal et al., 2021).

Adersen M et al. (2024), The first decade of the Danish Palliative Care Database: improvements and ongoing challenges in the quality and use of specialised palliative care, *Acta Oncologica*, 63(1):259-66, <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.28515>.

Afshar N, English DR, Milne RL (2021), Factors explaining socio-economic inequalities in cancer survival: a systematic review, *Cancer Control*, 28:10732748211011956. doi:10.1177/10732748211011956.

Birk HO et al., eds. (2024), Denmark: health system review, *Health Systems in Transition*, 26(1): i-152.

Danish Cancer Society (2022), Research 2022: annual research impact report. Copenhagen, Danish Cancer Society.

De Angelis R et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0

Ejegod DM et al. (2022), Operational experiences from the general implementation of HPV self-sampling to Danish screening non-attenders, *Preventive Medicine*, 160:107096. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107096>.

Hagelskær Meyer MK et al. (2017), Sunbed use among 64 000 Danish students and the associations with demographic factors, health-related behaviours, and appearance-related factors, *Preventive Medicine*, 100:17-24, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.012>.

Holm AS et al. (2016), Basal cell carcinoma is as common as all other cancers combined – implications for treatment capacity. *Acta Derm Venereol*; 96: 505-509, <https://doi.org/10.2340/00015555-2282>.

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2023), Politisk aftale om ny forebyggelsesplan skal nedsætte børn og unges forbrug af alkohol, nikotinprodukter og tobak [Political agreement on new prevention plan to reduce alcohol, nicotine products and tobacco use among children and adolescents].

Krøner AF et al. (2011), Sunbed use by children aged 8-18 years in Denmark in 2008: a cross-sectional study, *British Journal of Dermatology*, 165(1):214-6, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10352.x>.

Kræftens Bekæmpelse (2023), Danskernes solarievaner 2022. København, Kræftens Bekæmpelse.

Kræftens Bekæmpelse (2024), Barometerundersøgelsen. København, Kræftens Bekæmpelse.

OECD (2024a), Beating cancer inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

OECD (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Pallesen AVJ et al. (2021), Differential effects of colorectal cancer screening across sociodemographic groups in Denmark: a register-based study, *Acta Oncologica*, 60(3):323-32, <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1869829>.

Rocard E, Llana-Nozal A (2022), Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers*, No. 140. Paris, OECD Publishing, [s://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en](https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en).

Scientific Committee on Health Environmental and Emerging Risks (SCHEER)(2016). Opinion on biological effects of ultraviolet radiation relevant to health with particular reference to sunbeds for cosmetic purposes. Luxembourg, European Commission.

Sieborg J et al. (2024), Incidence and geographic differences in keratinocyte carcinoma and Bowen's disease in office-based dermatological practice between 2013 and 2022: A nationwide Danish registry-based study. *J EADV Clin Pract*. 2024;1-11, <https://doi.org/10.1002/jvc2.478>.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: Denmark. Brussels, SIOPE Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectdenmark.pdf>.

Sundhedsstyrelsen (2023), Kommissorium for fagligt oplæg til Kræftplan V. København, Sundhedsstyrelsen.

Tybjerg AJ et al. (2022), Updated fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in Denmark in 2018, *Scientific Reports*, 12:549, <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04564-2>.

Vassal, G. et al. (2021), «Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe», *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, pp. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Lande forkortelser

Belgien	BE	Frankrig	FR	Letland	LV	Polen	PL	Sverige	SE
Bulgarien	BG	Grækenland	EL	Litauen	LT	Portugal	PT	Tjekkiet	CZ
Cypern	CY	Irland	IE	Luxembourg	LU	Rumænien	RO	Tyskland	DE
Danmark	DK	Island	IS	Malta	MT	Slovakiet	SK	Ungarn	HU
Estland	EE	Italien	IT	Nederlandene	NL	Slovenien	SI	Østrig	AT
Finland	FI	Kroatien	HR	Norge	NO	Spanien	ES		

European Cancer Inequalities Registry

Landeprofil for kræft 2025

Det europæiske register over uligheder på kræftområdet er et flagskibsinitiativ i den europæiske kræftbehandlingsplan. Det giver solide og pålidelige data om kræftforebyggelse og -behandling med henblik på at identificere tendenser, forskelle og uligheder mellem medlemsstater og regioner. Registret indeholder et websted og et dataværktøj, der er udviklet af Europa-Kommissionens Fælles Forskningscenter (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), samt en skiftende række landeprofiler for kræft hvert andet år og en overordnet rapport om uligheder på kræftområdet i Europa.

Kræftlandeprofilerne identificerer styrker, udfordringer og specifikke indsatsområder for hver af de 27 EU-medlemsstater, Island og Norge, som skal være retningsgivende for investeringer og indgreb på EU-plan samt på nationalt og regionalt plan inden for rammerne af den europæiske kræftbehandlingsplan. Det europæiske

register over uligheder på kræftområdet støtter også flagskib 1 i handlingsplanen for nulforurening.

Profilerne er udarbejdet af OECD i samarbejde med Europa-Kommissionen. Teamet er taknemmeligt for de værdifulde kommentarer og forslag fra OECD's sundhedskomiteé og EU's tematiske arbejdsgruppe om registret over uligheder på kræftområdet.

Hver landeprofil for kræft indeholder en kort sammenfatning af:

- den nationale kræftbyrde
- risikofaktorer for kræft med fokus på adfærdsmæssige og miljømæssige risikofaktorer
- programmer for tidlig påvisning
- resultater inden for kræftbehandling med fokus på tilgængelighed, plejekvalitet, omkostninger og livskvalitet

Denne publikation bedes citeret som følger:

OECD/European Commission (2025), Kræftlandeprofil: Danmark 2025, EU-landenes kræftprofiler, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a3208ef6-da>.

Oprindeligt udgivet på engelsk under titlen: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Denmark 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ffe5127e-en>.

I tilfælde af uoverensstemmelser skal kun teksten i den engelske version betragtes som gyldig.

© OECD/European Union 2025 for denne danske udgave.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

