

NORGE

Landprofil om kreft

2025



Landprofilserie om kreft

Det europeiske kreftulikhetsregisteret (ECIR) er en sentral del av EUs plan for å bekjempe kreft. Registeret inneholder gode og pålitelige data om kreftforebygging og -behandling som gjør det mulig å peke på trender i og forskjeller mellom EUs medlemsstater og regioner. Landprofilene peker på styrker, utfordringer og områder med behov for handling i hvert av de 27 medlemslandene i EU samt Island og Norge, som en veileder for investeringer og helsepolitiske tiltak på EU-plan, nasjonalt plan og regionalt plan i Europe's Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft). Det europeiske registeret for ulikheter innen kreft støtter også flaggskip 1 i handlingsplanen for null forurensning. Profilene er utarbeidet av OECD i samarbeid med Europakommisjonen. Forfatterne takker OECDs helseutvalg og EUs egen ekspertgruppe for registeret for alle verdifulle innspill og forslag.

Data- og informasjonskilder

Dataene og informasjonen i landprofilene er hovedsakelig basert på nasjonal offentlig statistikk rapportert til Eurostat og OECD. Dataene blir validert for å sikre størst mulig grad av sammenlignbarhet. Datakildene og metodene som er brukt er tilgjengelige i Eurostat-databasen og OECDs helsedatabase.

Europakommisjonens felles forskningssenter (EC-JRC), Levekårsundersøkelsen (EU-SILC), Verdens helseorganisasjon (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC), Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA), European Society for Paediatric Oncology (SIOPE), Den europeiske unions byrå for grunnleggende rettigheter (FRA LGBTIQ+), Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) og landprofiler for helse og kreft fra 2023 og andre nasjonale kilder (uavhengig av private eller kommersielle interesser) har bidratt med ytterligere data. EU-gjennomsnitt er vektet gjennomsnitt for de 27 medlemslandene, med mindre annet er angitt. De omfatter ikke Island og Norge. Dødelighet og insidensrater er aldersjustert til europeisk standardpopulasjon som ble tatt i bruk av Eurostat i 2013.

Med kjøpekraftsparitet (KKP) menes en valutaomregningskurs som utligner kjøpekraften mellom pengeenheter ved å fjerne forskjeller i prisnivå mellom landene som sammenlignes.

Ansvarsfraskrivelse: OECDs generalsekretær og Europakommisjonens president er ansvarlige for publiseringen av dette verket. Synspunkter og argumenter som uttrykkes i denne rapporten er forfatternes egne og gjenspeiler ikke nødvendigvis OECDs, EUs eller dens medlemslands offisielle synspunkter. Innholdet i dette dokumentet, herunder eventuelle kart, påvirker på ingen måte et territoriums status eller suverenitet, opptrekkingen av internasjonale grenser eller navnet på territorier, byer eller områder. Navnene på land og territorier og kart som brukes i denne felles publikasjonen, følger OECDs praksis.

Spesifikke territoriale ansvarsfraskrivelser gjelder for OECD:

Merknad fra Republikken Tyrkia: Informasjonen i dette dokumentet som refererer til "Kypros", refererer til øyas sørlige del. Ingen enkelt myndighet representerer både øyas tyrkiske og greskkypriotiske innbyggere. Tyrkia anerkjenner Den tyrkiske republikken Nord-Kypros (TRNC). Frem til en permanent og rettferdig løsning utarbeides i FN, vil Tyrkia holde fast ved sin posisjon i forbindelse med Kypros' status.

Merknad fra alle EUs medlemsstater i OECD og EU: Republikken Kypros anerkjennes av alle FNs medlemsstater med unntak av Tyrkia. Informasjonen i dette dokumentet refererer til området som styres av Republikken Kypros' myndigheter.

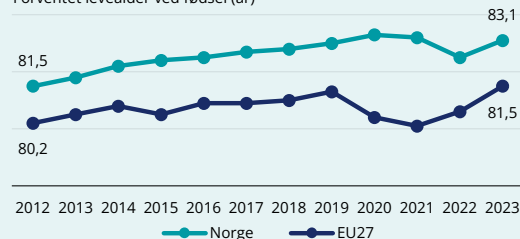
© OECD/EU 2025. Ved avvik mellom det opprinnelige verket og en oversatt versjon av det, skal bare teksten i det opprinnelige verket anses som gyldig.

Innhold

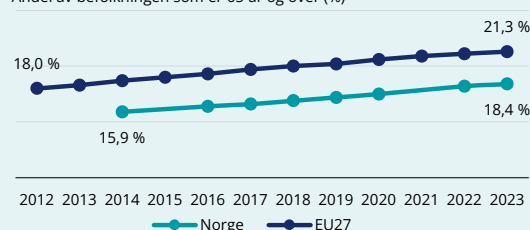
1. SAMMENDRAG	3
2. KREFT I NORGE	4
3. RISIKOFAKTORER OG FOREBYGGING	9
4. TIDLIG DIAGNOSE	13
5. RESULTATER INNEN KREFTBEHANDLING	16
5.1 Tilgang	16
5.2 Kvalitet	18
5.3 Kostnader og verdi for pengene	20
5.4 Velferd og livskvalitet	21
6. SØKELYS PÅ PEDIATRISK KREFT	24

Sammendrag av helsesystemets hovedkarakteristikker

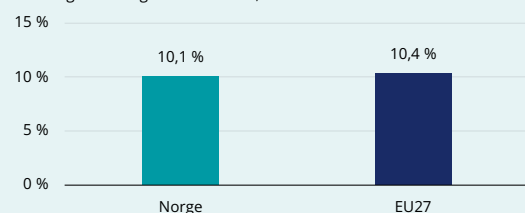
Forventet levealder ved fødsel (år)



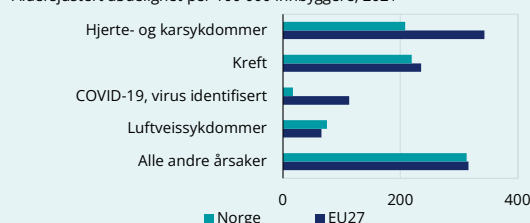
Andel av befolkningen som er 65 år og over (%)



Offentlige helseutgifter i % av BNP, 2022 eller nærmeste år

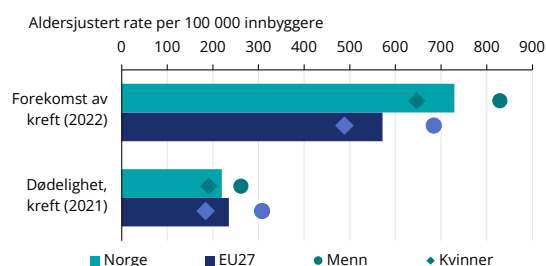


Aldersjustert dødelighet per 100 000 innbyggere, 2021



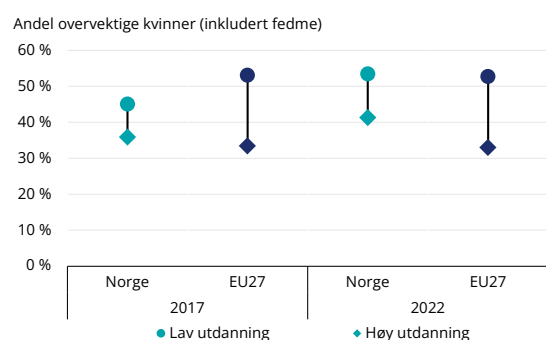
Kilde: Eurostat-databasen.

1. Sammendrag



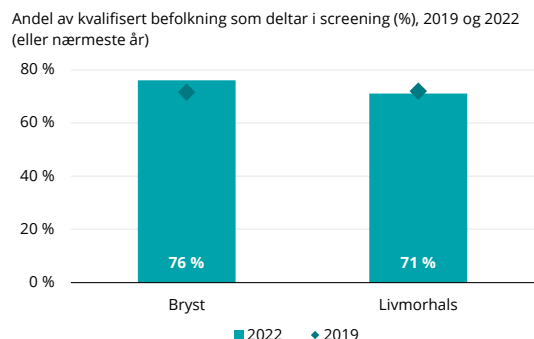
Kreft i Norge

Norge har en av Europas høyeste insidensrater for kreft, med økte forekomster av melanom og kolorektal kreft. Det anslås at 40 % av den norske befolkningen vil utvikle kreft før de fyller 80 år. Kreftdødeligheten var imidlertid lavere i Norge enn EU-gjennomsnittet i 2021. Kreftdødeligheten blant menn ble redusert med 23 % fra 2011 til 2021 – det høyeste tallet i Europa. I 2023 levde 6 % av befolkningen etter å ha fått en kreftdiagnose – en økning på 21 % fra 2010 til 2020.



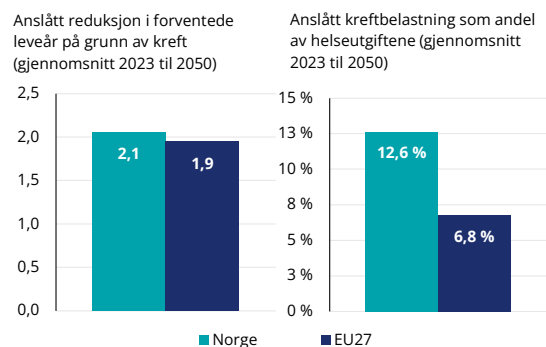
Risikofaktorer og forebygging

Risikofaktorene for kreft er lave i Norge, med en andel som røyker daglig på 7 % i 2023 – det nest laveste tallet i Europa. Antallet snusbrukere er imidlertid doblet i løpet av det siste tiåret, og alkoholforbruket har også økt i kjølvannet av pandemien. Mer enn halvparten av voksne nordmenn har overvekt eller fedme, med merkbare forskjeller. Blant kvinner er forekomsten av overvekt 30 % høyere hos kvinner med lavere utdanningsnivå enn kvinner med høyere utdanningsnivå. Tusenvis av nye tilfeller kan forebygges ved å nå nye mål for krefttrisikofaktorer innen 2050.



Tidlig diagnose

Norge har tre screeningprogrammer for bryst-, livmorhals- og tarmkreft. Deltakelsen i screeningprogrammer for brystkreft steg til 76 % i 2022 etter å ha sunket under pandemien, mens deltakelsen i programmer for livmorhalskreft holdt seg stabile ved omtrent 70 %. Flere endringer ble innført i 2023, inkludert tester for humant papillomavirus og en utvidelse av tilbudet til å omfatte en større aldersgruppe. Et landsdekkende screeningprogram for kolorektal kreft ble startet i slutten av 2022 og pågår. Norge har innført hjemmetester for humant papillomavirus, screening for lungekreft og planlegger å øke bruken av screeningprogrammer med et sterkere fokus på teknologi og KI.



Resultater innen kreftbehandling

Norge står overfor en mangel på helsepersonell per krefttilfelle til tross for at landet har mer helsepersonell enn EU-gjennomsnittet. Ventetiden for operasjoner og legetimer i forbindelse med kreft ble lengre fra 2018 til 2023, til tross for betydelig investering i avbildnings- og strålebehandlingsutstyr. 78 % av menn og 77 % av kvinner overlevde kreftsykdommen i fem år eller mer i 2023. Helsedirektoratet prioriterer kreftbehandlingskvalitet via 24 retningslinjer for behandling, 26 pasientforløp og 12 nasjonale registre. Det regnes med at 13 % av alle helsekostnader fra 2023 til 2050 vil skyldes kreft.

2. Kreft i Norge

Norge har den høyeste insidensraten for kreft i EU+2-land

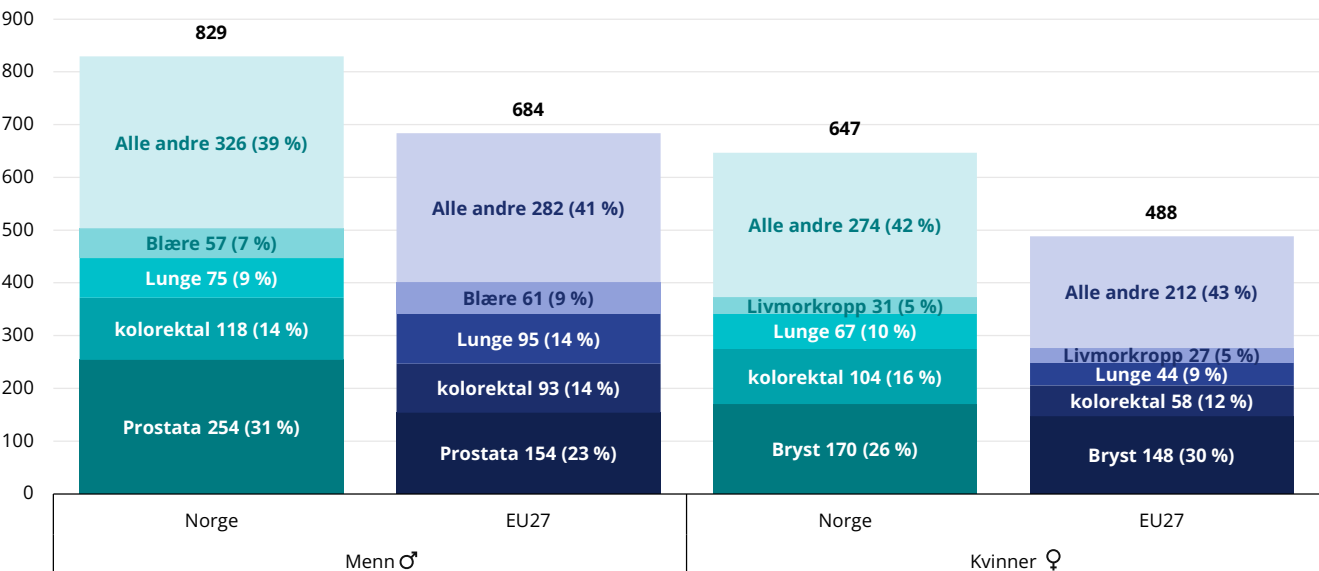
EU's felles forskningssenter (JCR), som driver det europeiske kreftinformasjonssystemet (ECIS), har beregnet ut fra trendene for kreftinsidens i årene før pandemien at den aldersjusterte forekomsten av kreft i Norge i 2022 var den høyeste blant menn (829 per 100 000) og nest høyeste blant kvinner (647 per 100 000) i EU+2-land.¹ Insidensraten er 21 % høyere blant menn og 32 % høyere blant kvinner sammenlignet med EU-gjennomsnittet. Ulike insidenser eksisterer i befolkningsgrupper: I 2023 rapporterte Kreftregisteret et aldersjustert forhold i kreft mellom menn og kvinner på 1:2:1. Halvparten av årets kreftdiagnoser var hos personer over 71 år, mens personer over 50 år utgjorde mer enn 90 % av alle tilfeller (Kreftregisteret, 2024a). Landsspesifikke insidensrater varierte fra 779 per 100 000 i Rogaland til 661 per 100 000 i Trøndelag i 2023.

ECIS-data viser at prostatakreft var den mest utbredte krefttypen blant menn (31 %), fulgt av

tarmkreft (14 %) og lungekreft² (9 %). De tre mest utbredte krefttypene blant kvinner var brystkreft (26 %), kolorektal kreft (16 %) og lungekreft (10 %) – i tråd med trenden i EU (Figur 1). Norge har en av de laveste insidensratene for lungekreft i EU+2-landene, noe som kan skyldes den lave røykeprevalensen (se del 3). Landet har imidlertid den høyeste forekomsten av melanom hudkreft blant menn (67 tilfeller per 100 000) og kvinner (58 tilfeller per 100 000) i alle EU+2-land – mer enn 2,5 ganger høyere enn EU-gjennomsnittet. Melanom hudkreft var den fjerde mest vanlige krefttypen for både menn (8 %) og kvinner (9 %) i Norge. Forekomsten av kolorektal kreft er også høy i Norge – især hos kvinner, der den er 78 % høyere enn EU-gjennomsnittet (og 27 % høyere enn EU-gjennomsnittet for menn). Ifølge data fra Kreftregisteret overestimerer imidlertid ECIS-estimatene insidensraten av kolorektal kreft i Norge (med rundt 19 % blant kvinner og 15 % blant menn).

Figur 1. Norge har den høyeste forekomsten av kreft i EU+2-landene, men kjønnsforskjellene er mindre enn EU-gjennomsnittet

Aldersjustert dødelighet per 100 000 innbyggere, anslått, 2022



Merknader: Tallene for 2022 er estimater basert på insidenstrender fra tidligere år, og kan avvike fra faktiske rater observert i senere år. Inkluderer alle krefttyper med unntak av ikke-melanom-hudkreft. Livmor omfatter ikke livmorkreft.

Kilde: Det europeiske kreftinformasjonssystemet (ECIS). Fra <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, data lastet opp 10/03/2024. © EU, 2024. Den prosentvise insidensfordelingen ble beregnet på nytt basert på aldersjusterte insidensrater og avviker derfor fra den prosentvise fordelingen av absolutte tall som vises på ECIS' nettsted.

¹ EU+2-landene inkluderer 27 EU-land (EU27) pluss Island og Norge.

² Lungekreft inkluderer også luftveis- og bronkiekreft.

Til tross for en eldre befolkning og forbedret screening, har insidensen for prostata-, lunge- og tarmkreft blant menn, samt livmorhals- og eggstokkreft blant kvinner sunket fra 2019 til 2023 (Kreftregisteret 2024a). Insidensraten for magekreft sank skarpt med omtrent 40 % i løpet av de siste 20 årene. Til tross for disse trendene, er risikoen for å få kreft i løpet av livet fremdeles stor, og det forventes at 4 av 10 nordmenn vil utvikle kreft innen de fyller 80 – hovedsakelig prostatakreft blant menn og brystkreft blant kvinner. ECIS anslår at antall krefttilfeller vil øke med 34 % mellom 2022 og 2040.

Kreftdødeligheten i Norge er blant de laveste i EU, og en av de som synker raskest

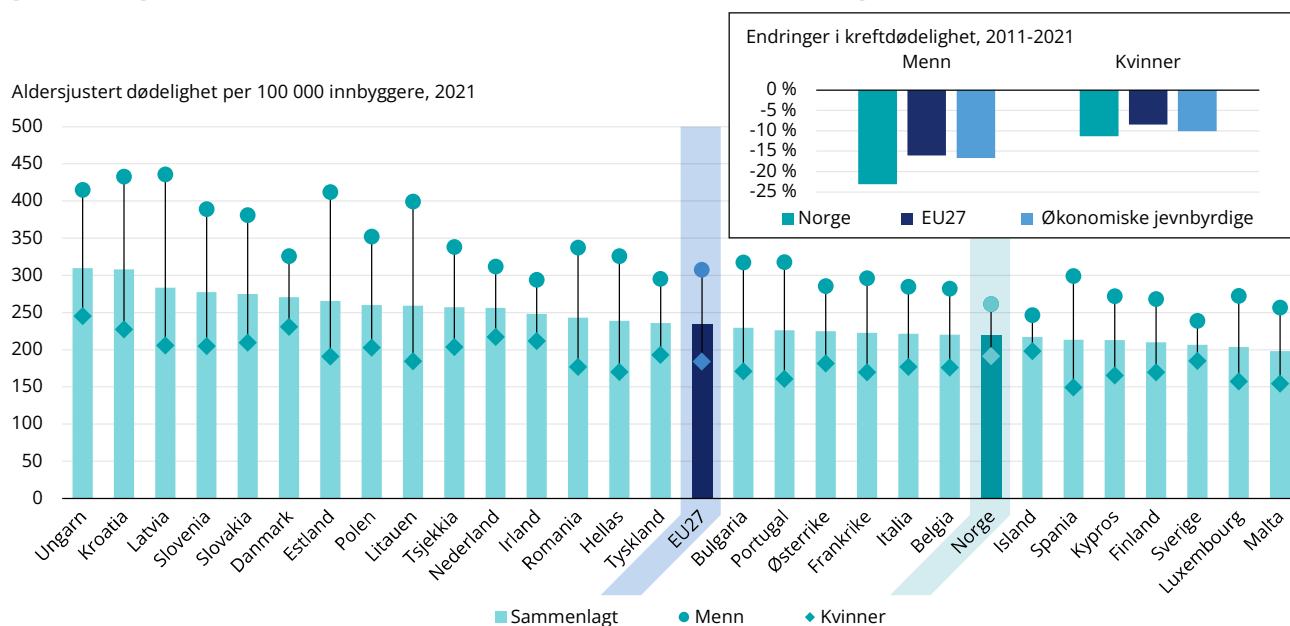
Kreft har vært en ledende dødsårsak i Norge siden 2017. Landets aldersjusterte kreftdødelighet var 220 dødsfall per 100 000 innbyggere i 2021, et tall som er 7 % lavere enn EU-gjennomsnittet på 235 per 100 000, men høyere enn tallene for Island, Finland og Sverige (Figur 2). Norske menn hadde en høyere kreftdødelighet enn kvinner, selv om

kjønnsforskjellen på 70 per 100 000 var den tredje laveste i de nordiske landene³, etter Island (48 per 100 000) og Sverige (54 per 100 000).

Ifølge Kreftregisteret utgjorde lungekreft 19 % av alle kreftrelaterte dødsfall i 2022, fulgt av kolonkreft (10 %), prostatakreft (9 %), bukspyttkjertelkreft (8 %) og brystkreft (6 %). Samlet utgjorde disse mer enn halvparten av alle kreftrelaterte dødsfall i løpet av året (Kreftregisteret 2024a).

Fra 2011 til 2021 registrerte Norge en reduksjon i samlet kreftdødelighet på 17 %. Dette tallet er høyere enn både EU-gjennomsnittet på 12 % og 13 % blant landets økonomisk jevnbyrdige land⁴. Denne nedgangen var betydelig for lungekreft (18 %), blærekreft (31 %), prostatakreft (29 %), brystkreft (18 %) og kolorektal kreft (15 %). Nedgangen var høyere for menn (23 %) enn for kvinner (11 %), og er den nest største nedgangen etter Luxembourg (25 %). Nedgangen varierte også i betydelig grad på tvers av aldersgrupper. Personer under 65 år opplevde en nedgang på 28 %, sammenlignet med en nedgang på 14 % for personer over 65 år.

Figur 2. Norge har en av de laveste kjønnsforskjellene i kreftdødelighet



Merknader: Økonomisk jevnbyrdige land er definert som tertiler basert på BNP per innbygger i 2022 i kjøpekraftsstandard. Økonomisk jevnbyrdige land for NO er AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU, NL og SE.
Kilde: Eurostat-databasen. Data fra 2021.

³ De nordiske landene omfatter Danmark, Finland, Norge og/eller Sverige.

⁴ Økonomisk jevnbyrdige land er definert som tertiler basert på BNP per innbygger i 2022 i kjøpekraftsstandard. Økonomisk jevnbyrdige land for NO er AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU, NL og SE.

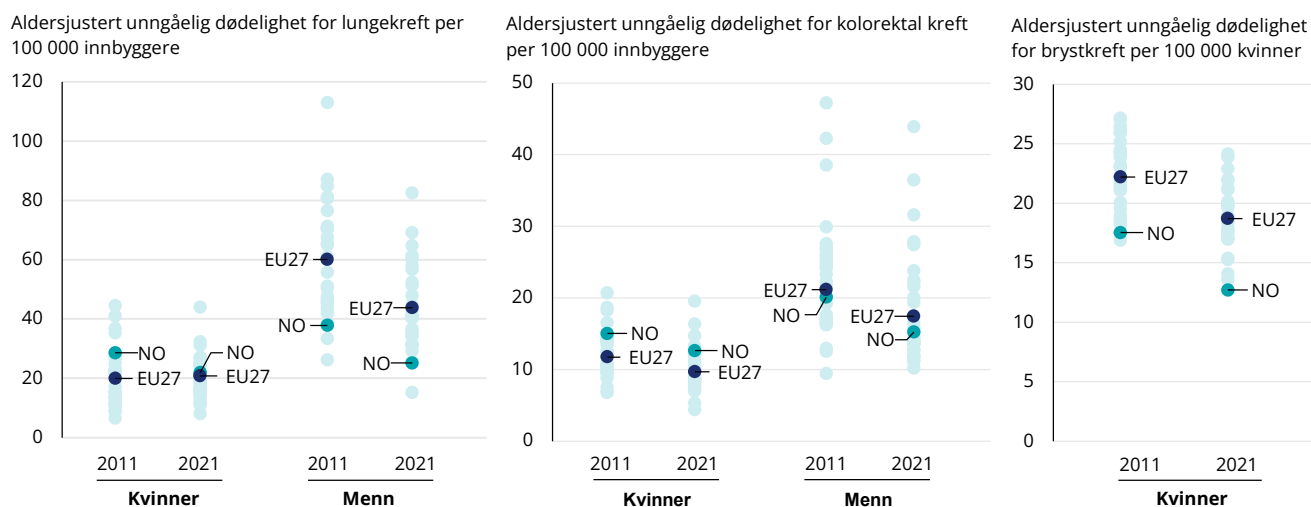
Til tross for forbedringer i unngåelig dødelighet for de fleste kreftformer, er dødeligheten for kolorektal kreft blant kvinner fremdeles høyere enn i de fleste andre land

Forbedrede prevensjonsstrategier og behandlingssalternativer gjør at en stor andel av dødsfallene forårsaket av kreft, potensielt kan unngås blant personer under 75 år.⁵ Den unngåelig kreftdødeligheten blant personer under 75 i Norge lå på 40 dødsfall per 100 000 personer i 2021 – et tall under EU-gjennomsnittet på 57 per 100 000, og det nest laveste tallet i EU etter Sverige (33 per 100 000). Lungekreft utgjorde 59 % av alle unngåelige dødsfall dette året, med en dødelighetsrate på 22 per 100 000 kvinner, og 25 per 100 000 menn. Disse tallene er 5 % høyere for kvinner, og 43 % lavere for menn sammenlignet med gjennomsnittet i EU (Figur 3). Disse tallene har sunket med 23 % for kvinner og 34 % for menn siden 2011, og gjenspeiler de positive resultatene av regler for røykfrie miljøer og kampanjer for å redusere tobakksforbruk de siste tiårene.

I 2021 var den behandlingsbare kreftdødeligheten i Norge 23 dødsfall per 100 000 innbyggere

under 75 år – lavere enn EU-gjennomsnittet på 27 dødsfall per 100 000, men høyere enn tallene i Finland, Island og Sverige. Hovedårsakene var kolorektal kreft (61 % av behandlingsbar dødelighet) og brystkreft (28 %). Norges behandlingsbare dødelighet for brystkreft på 13 per 100 000 innbyggere var det laveste tallet blant EU+2-landene i 2021, og 32 % lavere enn EU-gjennomsnittet. Dette er en reduksjon på 28 % i behandlingsbar kreftdødelighet fra 2011 til 2021, som er nesten dobbelt så mye som den gjennomsnittlige forbedringen i EU på 16 %. Norges samlede behandlingsbare dødelighet påvirkes av forekomsten av tarmkreft (14 dødsfall per 100 000 innbyggere), som var høyere enn gjennomsnittet i EU (13 per 100 000) og i andre land i Norden. Dødeligheten for kolorektal kreft var 30 % høyere blant kvinner og 13 % lavere blant menn enn EU-gjennomsnittet. Disse tallene har sunket med 16 % for kvinner og 24 % for menn siden 2011. Reduksjonen i behandlingsbar kreftdødelighet som for bryst- og tarmkreft, kan skyldes økt deltakelse i screening og initiativer for tidlig diagnostisering, samt optimal onkologisk behandling.

Figur 3. Unngåelig kreftdødelighet sank fra 2011 til 2021, men er høyere enn EU-gjennomsnittet når det gjelder lunge- og tarmkreft hos kvinner



*Merknader: Tallene for unngåelig dødelighet gjelder dødsfall for personer under 75 år.
Kilde: Eurostat-databasen. Data fra 2021.*

Personer med lavere utdanning har høyere kreftdødelighet, og dette gjelder spesielt kvinner

Den samlede kreftdødeligheten i Norge er høyere blant personer med lavere enn personer med høyere utdanning. Selv om denne ulikheten gjenspeiler EU-gjennomsnittet for menn (der menn

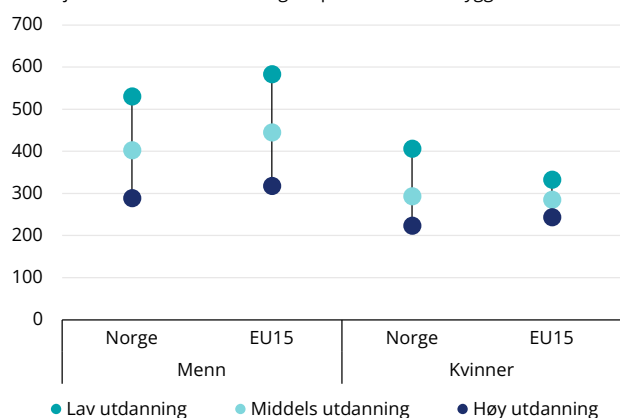
med lavere utdanning har en 1,8 ganger høyere insidens enn menn med høyere utdanning), er spekteret bredere for kvinner (med en insidens som er 1,8 ganger høyere sammenlignet med gjennomsnittet i EU) (Figur 4). Nye resultater fra en studie som undersøker kreftregisterdata fra 2013 til 2021 underbygger denne trenden (Al-Rammahy et al., 2024), og viser at regioner med lavere

⁵ Unngåelig dødelighet omfatter både dødsfall som kan unngås via effektive offentlige helsetiltak og forebyggende tiltak, og dødsfall som kan unngås via tidsriktig og effektiv behandling.

utdanning har den høyeste andelen diagnoser i sene stadier for de fleste krefttyper, samt lavere relativ overlevelse over fem år. Selv om regioner med høy utdanning har høyere forekomst av kreft (med unntak av lungekreft), viser de også bedre overlevelsesserater, muligens på grunn av forbedret tilgang til helsetjenester, bruk av screeningtilbud og faktorer som støttenettverk for pasienter og helsefremmende allmenndannelse.

Figur 4. Utdanningsforskjellen i forbindelse med dødelighet er høyere blant menn enn kvinner i Norge, men bredere enn EU-gjennomsnittet blant kvinner

Aldersjustert samlet kreftdødelighet per 100 000 innbyggere



Merknader: Data fra EU-Cancer-studien, se 2015-19. EU15 refererer til det ikke vektete gjennomsnittet i 14 EU-land og Norge.

Kilde: Europakommisjonen/IARC/Erasmus MC (2024), Mapping socioeconomic inequalities in cancer mortality across European countries. ECIRs faktaark om ulikhet.

Mer enn 1 av 20 personer i Norge har hatt kreft innen utgangen av 2023

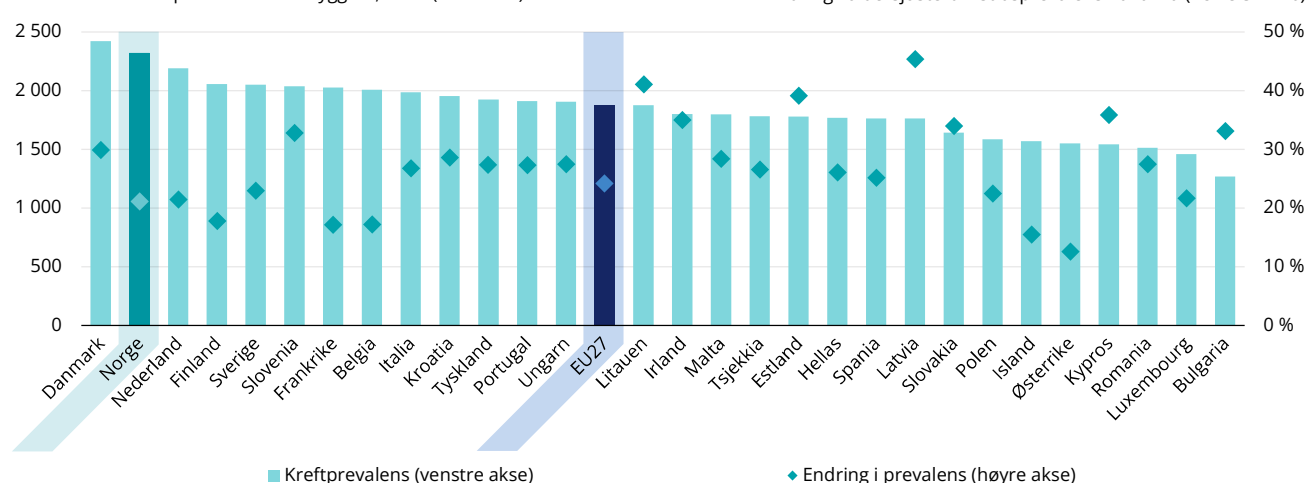
Ifølge IARC's Globocan-estimer, var Norges femårsprevalens for kreft⁶ 24 % høyere enn EU-gjennomsnittet i 2022, med 2322 krefttilfeller per 100 000 innbyggere (sammenlignet med 1876 per 100 000 i EU), nest høyest etter Danmark (2424 per 100 000) (Figur 5). Som forventet økte prevalensen med alderen, og Norge registrerte de høyeste tallene blant personer over 50 år. Prevalensen var 12 % høyere blant menn enn kvinner. Ifølge EURO CARE-6-studien økte prevalens av kreft med 21 % i Norge fra 2010 til 2020 – litt mindre enn den gjennomsnittlige økningen i EU på 24 %.

Kreftregisteret regnet med at 336 855 personer, dvs. 6 % av Norges befolkning, ved utgangen av 2023 var i live etter å ha fått en kreftdiagnose på et eller annet tidspunkt. Dette var en økning på omtrent 10 000 personer sammenlignet med året før (Kreftregisteret, 2024a). Denne oppadgående trenden viser hvor viktig det er å fokusere på livskvalitet og overlevelse (se del 5.4), siden mennesker nå lever lenger med kreft og flere har opplevd å ha kreft. De vanligste krefttypene var prostatakreft (63 702 tilfeller), brystkreft (59 089 tilfeller), melanom i hud (34 836 tilfeller) og kreft i kolon (27 108 tilfeller). Variasjoner i prognose og gjennomsnittsalder ved diagnose stod for den største delen av differansen i forekomst på tvers av krefttyper.

Figur 5. Kreftforekomsten i Norge er den nest høyeste i EU+2-land

Femårs forekomst per 100 000 innbyggere, 2022 (Globocan)

Endring i aldersjustert livstidsprevalens 2010-20 (EURO CARE-6)



Kilder: IARC Globocan-databasen 2024; EURO CARE-6-studien (De Angelis et al., 2024).

⁶ Kreftprevalens refererer til andelen av befolkningen som har fått diagnosen kreft og fremdeles er i live, inkludert personer som for tiden gjennomgår behandling for kreft og som har fullført behandling. Femårsprevalensen inkluderer personer som har fått kreftdiagnose i løpet av de siste fem årene, mens livstidsprevalens også inkluderer personer som på et tidspunkt har fått diagnosen kreft.

Norge har lenge prioritert kreftbehandling med et robust register og helhetlige strategier

Norge har et av verdens eldste kreftregistre: Kreftregisteret ble grunnlagt i 1953 og har blitt utvidet med årene. I dag inkluderer det nasjonale screeningprogrammer for bryst-, livmorhals- og kolorektal kreft. Kreftregisteret har et nesten fullstendig register som strekker seg helt tilbake til 1953, med en beregnet fullstendighetsgrad på 98,7 % for perioden 2019 til 2023. Registeret bruker strenge metoder for innsamling av kliniske og medisinske data, samt data om dødelighet, og utfører pasientundersøkelser som fokuserer på pasientenes rapporterte utfall og opplevelser (PROM og PREM) for å måle helsekvalitet og tilknytting

livskvalitet, som igjen påvirker nåværende og fremtidige kreftstrategier (se del 5.4).

Norge innførte sin første nasjonale kreftstrategi i 2012; Denne ble revidert i 2018 med et sterkt fokus på å forbedre behandlingskvalitet og overlevelsrate. Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppgave å revidere strategien for 2025 til 2035, samtidig som de tidligere utgavens fem objektiver ble beholdt og innretting med EU-planer og investering i kreftbehandling ble gjennomført (se boks 1). Selv om dokumentutkastet fremdeles er i konsultasjonsfasen, prioriterer det kreftstrategi i tilknytning til forebygging, behandlingskvalitet, pasientfokus og en forbedret livskvalitet.

Boks 1. Norges nasjonale kreftstrategi er i tråd med Europe’s Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft)

Norges nasjonale kreftstrategi 2025–2035 er utviklet for å bygge på og forsterke EUs krefthandlingsplan og Mission Cancer-initiativer (Helsedirektoratet, 2023). Den er organisert rundt fem målområder: å være et pionerland i arbeidet med å forebygge kreft; å være et ledende land når det gjelder gode pasientutfall; ha en mer brukerorientert kreftbehandling; øke overlevelsrate og antallet mennesker som lever lenger med kreft; og levere den beste livskvaliteten for pasienter og familiemedlemmer. Hvert område støttes av spesifikke nasjonale objektiver og underordnede mål, deriblant en reduksjon i røykeprevalens og forbedret palliativ behandling.

Strategien fokuserer på alle grunnpillarene og temaene i Europe’s Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft), men med varierende fokus (tabell 1). Selv om alle de fire grunnpillarene dekkes i stor grad, får bare den tverrfaglige forskningen samme oppmerksomhet. Målet er å bruke Kreftregisterets kvalitet og ekspertise og forbedre den persontilpassede behandlingen via innovasjon som screening og nye forskningsmuligheter, inkludert de som tilbys av de nye protonterapisentrene. Til tross for at ulikhet og pediatrik kreft er en del av strategien, fokuseres det i mindre grad på disse områdene.

Tabell 1. Norges nasjonale kreftstrategi 2025–2035 er i tråd med Europe’s Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft)

EBCPs grunnpillarer				EBCPs tverrfaglige emner		
Forebygging	Tidlig diagnose	Diagnose og behandling	Livskvalitet	Kreftulikhet	Pediatrik kreft	Forskning og innovasjon
●	●	●	●	●	●	●

Merknader: EBSCP – Europe’s Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft.) Blått angir at den nasjonale kreftstrategien inkluderer en spesifikk del om emnet; oransje angir at emnet dekkes i én av strategiens deler uten at det fokuseres på det; og rosa angir at emnet ikke dekkes i strategien.

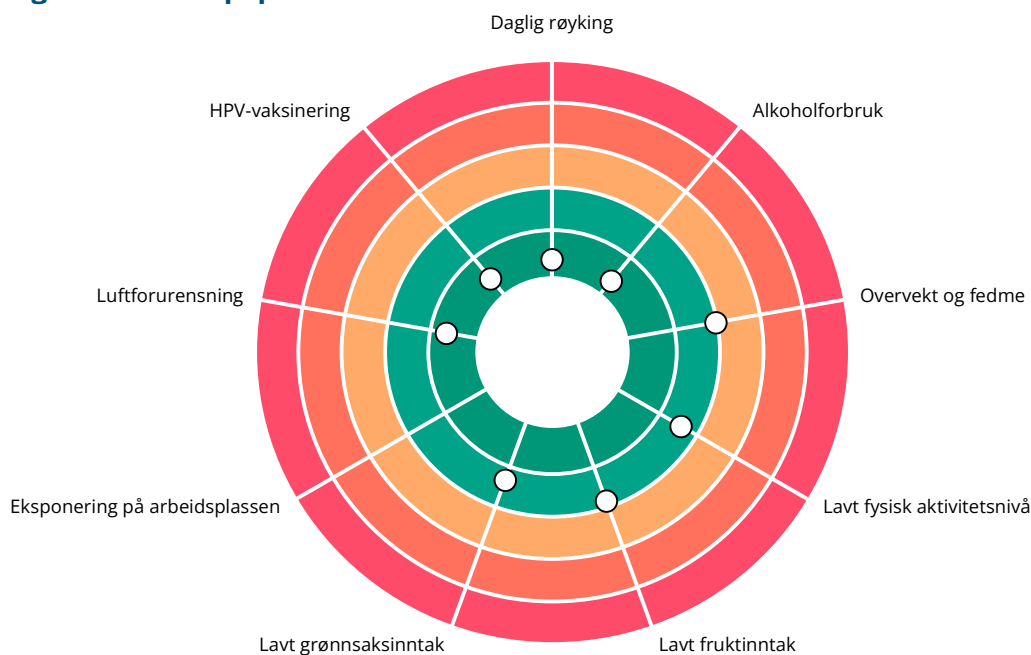
Kilde: Hentet fra “Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe’s Beating Cancer Plan” (ikke publisert ennå).

3. Risikofaktorer og forebygging

Norge øremerket 3 % av landets helseutgifter (152 euro, justert for ulikheter i kjøpekraft) til forebyggende behandling i 2021 – omtrent halvparten så mye som EU-gjennomsnittet på 6 % (213 euro)⁷. Norge lå 10 % under EU-gjennomsnittet før COVID-19-pandemien i 2019, men utgiftene per innbygger (121 euro) var 34 % høyere. Til tross for lavere investering, utmerker Norge

seg når det gjelder forebygging av risikofaktorer for kreft, deriblant tobakk- og alkoholforbruk, luftforurensning og vaksining mot humant papillomavirus (HPV) (Figur 6). Selv om landets tall for risikofaktorer knyttet til kosthold, overvekt og fedme er lavere, er de relativt like EU-gjennomsnittet.

Figur 6. Norge er blant landene som utmerker seg i forbindelse med røyking, alkoholforbruk og vaksining mot humant papillomavirus



Merknader: Jo nærmere prikken er midten, jo bedre utmerker landet seg sammenlignet med andre EU+2-land. Ingen land ligger i det hvite målområdet, siden alle land har forbedringspotensial. Luftforurensning måles som partikler med en diameter på under 2,5 mikrometer (PM_{2.5}). Data er ikke tilgjengelig for yrkesmessig eksponering.

Kilder: OECD-beregninger basert på 2022 EU-SILC-studien av overvekt, fedme, fysisk aktivitet, inntak av frukt og grønnsaker (hos voksne); Eurofound-studien om eksponering på arbeidsplassen; OECD-helsestatistikk om røyking, alkoholforbruk (hos voksne) og luftforurensning; og WHOs vaksining mot humant papillomavirus (HPS) (15-årige jenter).

Det lave antallet røykere i Norge overskygges av en økende popularitet av alternative tobakksprodukter

I 2023 røykte bare 7 % av nordmenn over 15 år hver dag – det nest laveste tallet etter Island (6 %) – noe som innebærer et stort fall fra 19 % i 2010 og langt under EU-gjennomsnittet på 18 %. Blant personer i alderen 15 til 24 år røykte bare 3 % hver dag – det laveste tallet i EU+2-landene – noe som tilsier

fremtidige reduksjoner i antallet røykere. De fleste røykerne i denne aldersgruppen var menn (4 % for menn og 2 % for kvinner) og antallet sporadiske røykere var fremdeles høyt med 15 %, noe som tilsier et behov for målrettede programmer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Røykeprevalensen blant 15-åringer i løpet av de siste 30 dagene (9 % i 2022) har vært konsistent lavere enn EU-gjennomsnittet (17 % i 2022) (Figur 7),

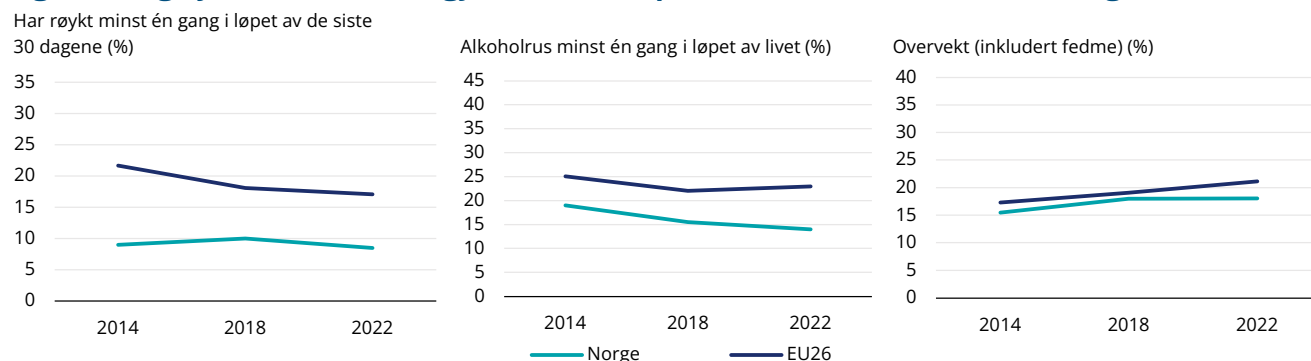
⁷ Utgiftene til forebygging som rapporteres i helsesektoren, skulle inkludert aktiviteter utenfor nasjonale programmer (f.eks. opportunistisk kreftscreening eller konsultasjon i forbindelse med røykeslutt under et rutinebesøk hos lege), men det kan være vanskelig for land i praksis å identifisere utgifter til forebygging utenfor disse programmene.

men fortsatt finnes det sosioøkonomiske forskjeller. Barn fra husholdninger med en lavere inntekt basert på skalaen for familieleverstand, har en dobbelt så stor sannsynlighet for å røyke enn barn fra mer velstående familier. Forskjellen er spesielt stor (tre ganger større sannsynlighet) blant gutter. En av ti 15-åringer har prøvd e-sigaretter i løpet av de siste 30 dagene, og de sosioøkonomiske og kjønnsmessige ulikhetene var lignende. Salget

av e-sigaretter blir tillatt fra 2025 i tråd med EU-lovgivning. Det har tidligere vært forbudt å selge disse produktene i Norge.

Snusbruken har doblet i løpet av det siste tiåret, og 15 % av befolkningen bruker snus hver dag. Bruken er spesielt utbredt blant yngre voksne: 22 % av personer mellom 16 og 24 år, og 27 % av personer fra 25 til 34 år bruker snus.

Figur 7. Norge yter bedre enn EU-gjennomsnittet på tvers av risikofaktorer blant unge



Merknad: EU-gjennomsnittet er ikke vektet. Dataene refererer til 2022 og er basert på barn i alderen 15 år. Kilde: Health Behaviour in School-aged Children Survey (Undersøkelse av helsevaner blant skoleelever).

Norge kommer på sjetteplass på Tobacco Control Scale i 2021, og utmerker seg med røykfrie miljøer og kampanjer mot tobakk. Myndighetenes nye strategi mot røyking forsøker å skape en tobakksfri generasjon og inkluderer ulike initiativer, inkludert et nasjonalt antirøykeprogram, økte avgifter, ytterligere beskyttelsestiltak mot passiv røyking, reduksjon i markedsføring av og eksponering for tobakksprodukter i sosiale medier og utvidet rapporteringsplikt for tobakksbransjen.

COVID-19-pandemien stanset en kontinuerlig reduksjon i alkoholforbruket

Nordmenns alkoholforbruk var 6,6 liter per person i 2022 – 34 % lavere enn EU-gjennomsnittet, men høyere enn tallet på 6,2 liter ti år tidligere. COVID-19-pandemien hindret tidligere fremgang i forbindelse med denne risikofaktoren, siden forbruket steg fra 6,1 liter i 2019 til 7,4 liter i 2021. Bare 14 % av norske 15-åringer rapporterte å ha vært beruset mer enn én gang i løpet av livet i 2022, sammenlignet med et EU-gjennomsnitt på 23 %. Den alkoholrelaterte forekomsten av kreft var 9 per 100 000 innbyggere i 2020 ifølge IARC – høyere enn i andre nordiske land (Sverige og Island).

Norge har tatt i bruk ulike tiltak for å redusere alkoholforbruket, inkludert et restriktivt lisenssystem (inkludert et forbud mot salg i kiosker, bensinstasjoner og lokaler med arrangementer rettet mot barn og unge), et statseid alkoholmonopol for alkoholholdige drikkevarer

med en alkoholprosent over 4,75 %, forbud mot alkoholreklame på TV og i sosiale medier, høye avgifter og aldersgrenser. Den nasjonale alkoholstrategien, som har blitt forlenget frem til 2030, har som mål å redusere alkoholforbruket med 20 % i tråd med WHO's mål innen 2030. Helsedirektoratet anbefaler advarselsmerking av alkoholholdige produkter som en del av strategien.

Matvaner har blitt dårligere, samtidig som overvekt og fedme har økt i Norge

Et dårlig kosthold og redusert fysisk aktivitet bidrar til overvekt og fedme. I 2022 spiste 44 % av norske voksne frukt (sammenlignet med 39 % i EU) og 35 % spiste grønnsaker (sammenlignet med 40 % i EU) mindre enn én gang per dag. Kvinner hadde en 30 % høyere sannsynlighet for å spise både frukt og grønnsaker daglig sammenlignet med menn. Det daglige inntaket har sunket med 12 % for frukt og 4 % for grønnsaker på tvers av alle demografiske grupper siden 2017. Blant 15-åringer har det daglige frukt- (28 %) og grønnsaksinntaket (35 %) vært nærme EU-gjennomsnittet, men synkende. Inntaket er høyere blant jenter og ungdom fra husholdninger med høyere inntekt.

Regjeringens nasjonale strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller fra 2022 til 2023 forsøker å forbedre matvaner, spesielt blant unge. Initiativene inkluderer bedre mat i barnehager, skoler og etter skolen, med programmer som Skolefrukt og Skolelyst, som leverer frukt, grønt og melk til

skolebarn via ulike finansieringsprogrammer. 7 % av elevene bruker for tiden Skolefrukt, mens 30 % bruker Skolelyst. Myndighetene vurderer et nasjonalt gratis skolematprogram etter anbefaling av Helsedirektoratet. Et slikt program er allerede innført i Oslo og Stavanger. Stortinget har også godkjent et forbud mot markedsføring av usunn mat og drikke til mindreårige i alle mediekkanaler i juni 2023. I august 2024 fulgte regjeringen opp med å sende et gjennomføringsforslag til offentlig høring (Blomhoff et al., 2023).

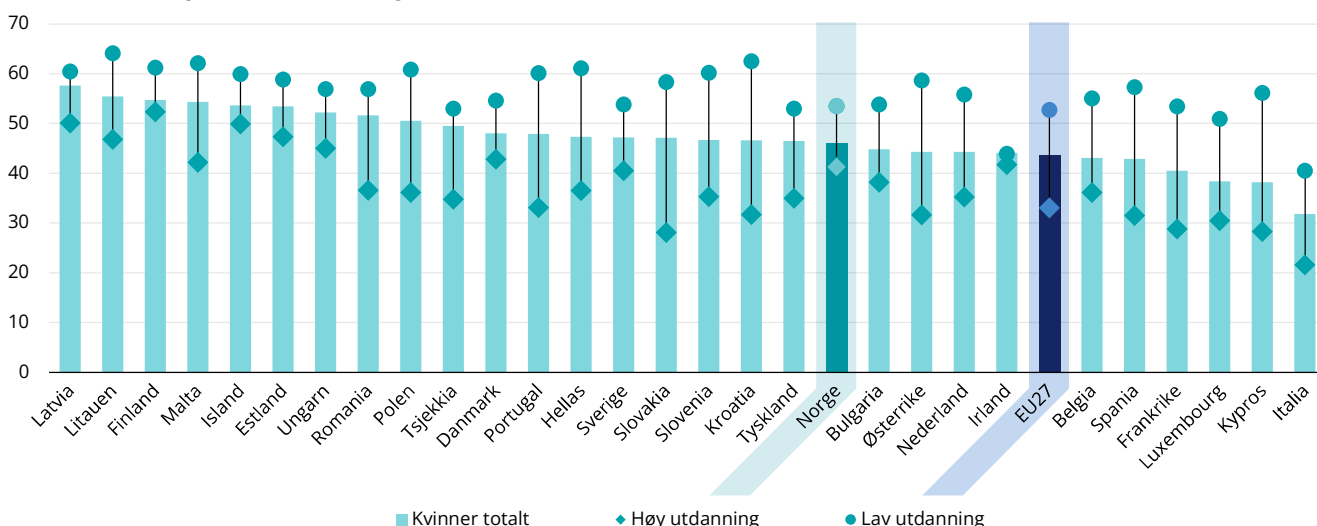
I 2022 deltok 43 % av nordmenn over 15 år i fysisk aktivitet minst tre ganger i uken – mer enn EU-gjennomsnittet (31 %), men lavere enn Danmark (60 %), Sverige (60 %) og Finland (63 %). Regjeringen har satt i gang en handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–29, et samarbeidsprosjekt mellom 10 departementer, som fokuserer på

aktivitetsvennlige miljøer og innovasjon på tvers av sektorer. Målene inkluderer nullvekst i biltransport og daglig fysisk aktivitet i skolehverdagen.

54 % av norske voksne hadde overvekt eller fedme i 2022 – mer enn EU-gjennomsnittet (51 %) og forekomsten i 2017 (49 %). Merkbare sosioøkonomiske forskjeller eksisterer, med 20 % flere overvektige blant personer med lavere utdanning enn personer med høyere utdanning. Denne forskjellen er spesielt stor blant kvinner (dobbelte så stor som blant menn), selv om den er blant de laveste i EU+2-landene (Figur 8). 18 % av 15-åringene var overvektige, sammenlignet med 16 % i 2014. Sosioøkonomiske forskjeller viser seg allerede i ung alder, og unge fra svakere samfunnslag har i større grad overvekt eller fedme. 29 % av gutter og 12 % av jenter hadde overvekt eller fedme i den laveste inntektskvantilen.

Figur 8. Andelen overvektige norske kvinner er høyere enn EU-gjennomsnittet, men de sosioøkonomiske forskjellene er lave

% av kvinner 18 år og eldre som er overvektige (inkludert fedme), 2022



Merknad: Overvekt (inkludert fedme) inkluderer personer med en kroppsmasseindeks (BMI) over 25.

Kilde: Eurostat-databasen.

Norge har en av de høyeste vaksinasjonsdekningene for papillomavirus-vaksine

HPV-vaksinasjonsdekningen sikres via en 2-valent HPV-vaksine. I 2023 var dekningen 93 % for jenter og 92 % for gutter – det nest høyeste tallet blant EU+2-landene og langt over EU-gjennomsnittet (64 % for jenter), noe som overstiger WHO's mål om å utrydde livmorhalskreft.

Landet tilbyr gratis vaksiner via skoleprogrammer. Mer enn 90 % av befolkningen har tillit til vaksineprogrammer og vaksinesikkerhet (Steens et al., 2020). Tilpassede strategier har vist seg å være effektive, og innhentingsprogrammer som ble innført i 2016, økte dekningen fra rundt 70 % i 2015

til nesten 90 % i 2019, samtidig som ulikhet ble redusert (Dong, Nygård & Hansen, 2021). Den nye nasjonale kreftstrategien 2025–2035 fokuserer på å eliminere HPV-indusert kreft i Norge innen 2030.

Norge har iverksatt strategier som fokuserer på de viktigste miljømessige risikofaktorene

Norges gjennomsnittlige eksponering for PM_{2.5} sank med 42 % fra 2000 til 2020 til 6 µg/m³ – halvparten av EU-gjennomsnittet (12 µg/m³). Landets klimahandlingsplan har som mål at Norge skal være klimanøytralt innen 2030. Luftforurensning skal reduseres via redusert bilbruk, subsidier for renere vedovner og elektriske dockingstasjoner for cruiseskip.

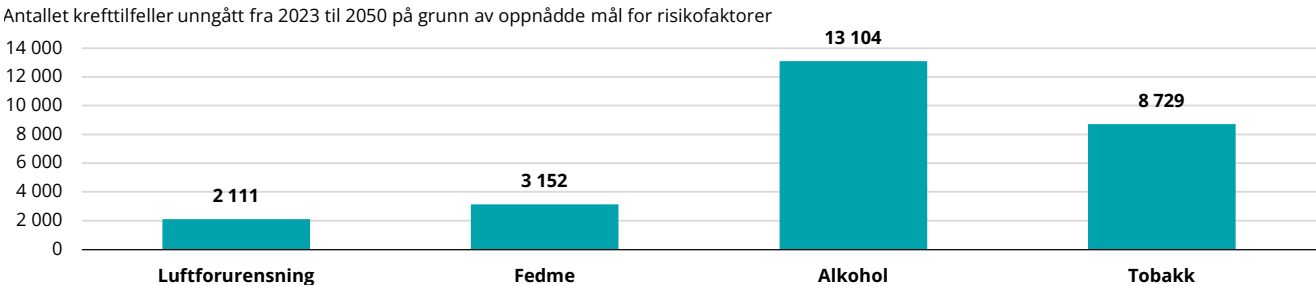
Eksposering for ultrafiolett lys (UV-lys) er en viktig faktor i lys av Norges høye forekomst av hudkreft. 10 % av alle nordmenn og 25 % av 15- til 24-åringer hadde brukt solseng minst én gang det siste året i 2018, mens mer enn 33 % opplevde å bli solbrent. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har utviklet den nasjonale UV- og hudkreftstrategien, som fokuserer på bevissthetskampanjer og forskning. Selv om myndighetene ikke har utredet et forbud mot solarier, vurderes markedsføringsbegrensninger, avgifter og pliktige informasjonstiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Norge er en leder innen koordineringsarbeid for å forebygge kreft

Ifølge modelleringsarbeid utført av OECDs Strategic Public Health Planning (SPHeP), kan en oppnåelse

av spesifikke risikofaktorer for kreft i Norge (Figur 9) forebygge mer enn tusen nye kreftdiagnoser fra 2023 til 2050. Det største potensialet er en reduksjon i alkohol- og tobakkforbruket, der 13 104 og 8729 krefttilfeller kan forebygges. Norge har siden januar 2024 ledet Felles innsats for forebygging av ikke-smittsomme sykdommer (JA PreventNCD), det største koordinerte samarbeidsprogrammet i sitt slag med fokus på å forebygge kreft og ikke-smittsomme sykdommer. Initiativet tar sikte på å redusere sykdomsbyrden ved å fokusere på risikofaktorer via strategier som avgifter på tobakk og sukkerholdige drikkevarer, vurdering av merking av næringsinnhold på produkter og retningslinjer som begrenser skadelig markedsføring av usunne mat- og drikkevarer – spesielt mot barn – samtidig som koordinerte, flernasjonale forebyggingstiltak støttes.

Figur 9. Mer enn 13 000 krefttilfeller kan forebygges i Norge ved å nå alkoholreduksjonsmål



Merknader: Målet for tobakk er en reduksjon i tobakksbruk på 30 % fra 2010 til 2025, og at mindre enn 5 % av befolkningen bruker tobakk innen 2040. Målet for alkoholforbruket er en reduksjon på minst 20 %, og en reduksjon i tungt alkoholforbruk på 20 % (seks eller flere alkoholenheter ved samme anledning for voksne) fra 2010 til 2030. For luftforurensning gjelder et årlig gjennomsnittlig Pm^{2.5}-nivå begrenset til 10 µg/m³ innen 2030 og 5 µg/m³ innen 2050. Målet for fedme er en reduksjon til 2010-nivået innen 2025.

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

4. Tidlig diagnose

Norge tilbyr tre screeningprogrammer for kreft, men ikke alle er gratis

Norge har innført tre befolkningbaserte screeningprogrammer for bryst-, livmorhals- og kolorektal kreft. Programmene for bryst- og livmorhalskreft har eksistert siden 1990-tallet, mens nasjonal screening for kolorektal kreft ble innført høsten 2022. Alle de tre programmene administreres av Kreftregisteret, noe som sikrer en koordinert tilnærming. En styringsgruppe ble etablert i regi av Helsedirektoratet i 2022 for å styre alle kreftscreeningsprogrammer, komme med råd og overvåke programmenes status og utvikling. En ekspertgruppe for hvert screeningprogram ble også etablert på samme tid. Avgjørelser i forbindelse med nye programmer og store endringer tas imidlertid av Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Alle de tre screeningprogrammene er innført på nasjonalt nivå, og dekker hele målpopulasjonen. Tilgangen varierer imidlertid i henhold til invitasjonsprosedyrer og pasientkostnader. Screening for kolorektal kreft er gratis, mens fradragsberettigede kostnader påløper for screening for livmorhalskreft. Brystkreftscreening tilbys til en fast pris på 275 kr som ikke er fradragsberettiget. Kreftregisteret tar hensyn til Norges mangfoldige befolkning, og informerer derfor om disse programmene på flere språk for å sikre lik tilgang til viktig helseinformasjon og fremme bredere deltakelse blant innvandrere.

Deltakelsen i brystkreftscreening økte igjen etter synkende tall under pandemien, og landet ser nærmere på ny teknologi som kan øke den

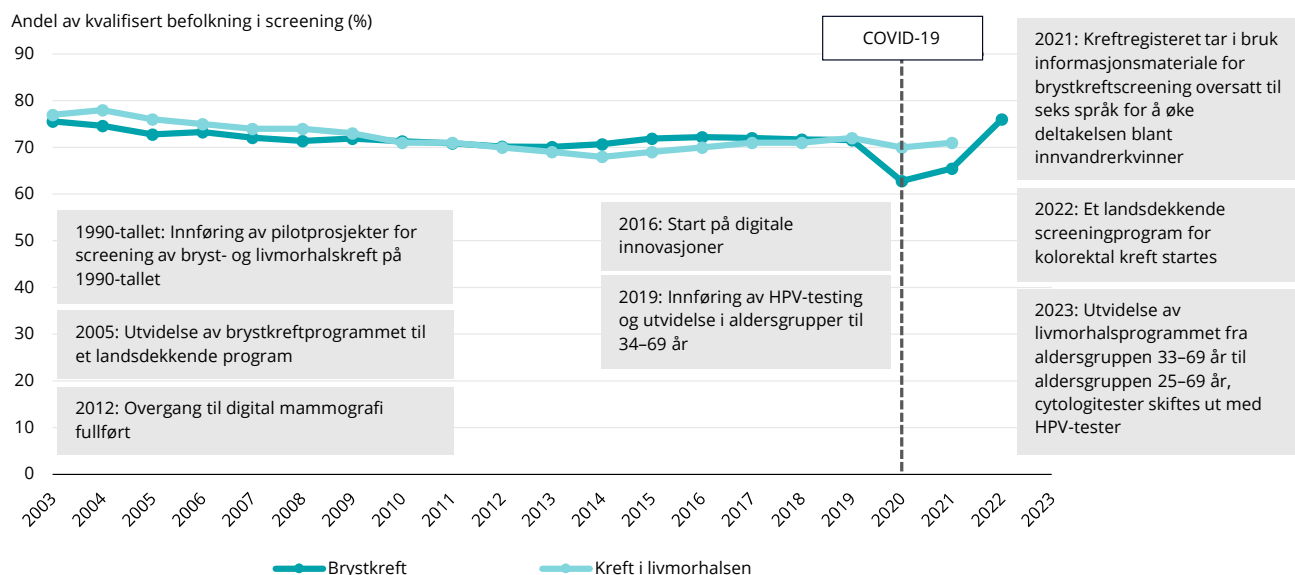
Brystkreftscreening i Norge startet som et pilotprosjekt i 1995, og ble utvidet til et landsdekkende program i 2005. Programmet retter seg mot kvinner fra 50 til 69 år, som får tilbud om mammografiscreening med dobbeltavlesning annethvert år. Screeningen har utelukkende vært digital siden 2012. Dette samsvarer med rådets anbefaling om kreftscreening fra 2022 som anbefaler organisert, populasjonsbasert brystkreftscreening for kvinner mellom 50 og 69 år annenhvert år.

Programmet fungerer etter bortvelgingsprinsippet, og 4 % av kvinnene velger å ikke bruke tilbudet. Halvparten av disse har tidligere fått diagnosen brystkreft. Screening foretas ved 30 screeningenheter (26 stasjonære og 4 mobile enheter) tilknyttet 17 screeningområder og brystsentre. Mobile enheter brukes vanligvis i landdistriktene, der reisetiden til stasjonære enheter er lang. Lokale helseforetak styrer bruken av de mobile enhetene og bidrar i arbeidet for å identifisere kvinner som kvalifiserer for programmet.

Kvinner mottar invitasjoner i posten tre uker før den planlagte timen. Digitale invitasjoner har blitt brukt siden 2016, og 57 % av invitasjonene ble sendt digitalt i 2021 (Bjørnson et al., 2022). Programmet kommuniserer via disse personlige invitasjonene og svarbrevene; i visse områder sendes informasjonsbrev til kvinner før de mottar sin første invitasjon for å spre bevissthet. Kvinner som ikke svarer på invitasjonen, mottar en påminnelse 5 til 6 uker senere. 17 % av kvinnene følger denne oppfordringen, noe som tilsvarer omtrent 5 % av den samlede screeningdekningen. Kreftregisteret kommuniserer resultater, og brystsentrene håndterer positive screeningsresultater og tilbyr ytterligere vurdering.

Siden 2010 har deltakelsen i brystkreftscreening vært i snitt 71 %. Deltakelsen nådde en topp på 76 % i 2022 etter en skarp nedgang til 63 % i 2020 i kjølvannet av COVID-19-pandemien (Figur 10). Visse screeningsentre hadde en ventetid på 5 til 7 måneder i 2021. Sosiale ulikheter vedvarer, især blant innvandrerkvinner (58 % deltakelse sammenlignet med 77 % blant kvinner uten innvandrerbakgrunn) og i urbane områder som Oslo (67 % deltakelse sammenlignet med 82 % i Sogn og Fjordane). Kreftregisteret tok i bruk materialer oversatt til seks språk i 2021 for å takle disse ulikhetene (nordsamisk, engelsk, arabisk, polsk, somali og urdu). Programmet har vist seg å være effektivt til tross for disse utfordringene. Nesten 80 % av brystkrefttilfellene ble oppdaget via screening i perioden 2017 til 2021 (Bjørnson et al., 2022).

Figur 10. Screening for brystkreft og livmorhalskreft har ligget stabilt på 70 % siden 2010



Merknader: Dataene referer til mammografiscreening av kvinner fra 50 til 69 år i løpet av de siste to årene (programdata) og HPV-testscreening av kvinner fra 25 til 69 år i løpet av de siste fem årene (programdata). Nasjonale data for screening for kolorektal kreft er ikke tilgjengelig frem til 2023, ettersom programmet har blitt gradvis rullet ut siden piloten i 2022.
Kilder: OECD Health Statistics 2024.

Kreftregisteret har stått i spissen for forskning på kunstig intelligens (KI) og risikobasert eller personlig brystkreftscreening. Disse tiltakene omfatter utføring eller finansiering av flere initiativer: en randomisert kontrollert studie som sammenligner KI i kombinasjon med radiografer med den nåværende standardprosedyren; utvikling av KI-algoritmer til vurdering av mammografibilder; forskning på viktigheten av mammografisk tetthet for screeningutfall; en sammenligning av tomosyntese og standard digital mammografi; og bruk av KI for å oppdage brystkreft under screening med både standard mammografi og tomosyntese. Den nye nasjonale kreftstrategien 2025–2035 understreker viktigheten av disse to arbeidsområdene, og en vurdering av gjeldende aldersgrupper for brystkreftscreening vil utføres av Helsedirektoratet.

Norge bruker hjemmetester for å øke deltakelse og eliminere kreft forårsaket av humant papillomavirus innen 2030

Screeningprogrammene for livmorhalskreft ble innført i 1995 og tilbyr systematisk, kvalitetssikret og populasjonsbasert screening til kvinner i alderen 25 til 69 år. Programmet sikter mot en deltakelse på 80 % og minimalt med unødvendige tester. Programmet har utviklet seg, og de siste endringene i 2023 inkluderer en utvidelse av aldersgruppen som screenes fra 33 til 69 år, til 25 til 69 år. Cytologitester er også blitt byttet ut med HPV-tester. Kvinner med negative HPV-resultater får anbefalt ny screening etter fem år. Positive HPV-resultater undergår cytologisk vurdering

for å fastslå behovet for kolposkopi og biopsi, eller oppfølgende HPV-testing 12, 24 eller 36 måneder senere. Allmennleger utfører de fleste livmorhalsundersøkelsene. I visse kommuner utføres undersøkelsene av gynekologer og jordmødre. Prøver analyseres på 18 laboratorier.

Kvinner mottar invitasjoner (digitale eller per post) to måneder før den neste celleprøven bør tas. De kan velge å ikke motta invitasjoner. Hvis ingen livmorhalsprøve registreres innen et år, sendes to ytterligere påminnelser i løpet av året. 25-åringene mottar et ytterligere invitasjonsbrev for å oppmuntre til deltakelse. Programmet bruker en kampanje i flere kanaler, inkludert tradisjonelle og sosiale medier, ungdomsmerker og influensere. Et eksempel er Kreftregisterets #sjekkdeg-kampanje. Deltakelsesraten over 12 måneder er 40 til 50 % for den første påminnelsen (43 % i 2021), 20 til 30 % for den andre påminnelsen, og omtrent 20 % for den tredje påminnelsen. Resultatet er en stabil samlet deltakelse i screening for livmorhalskreft på rundt 70 % i perioden 2011–2021 (se Figur 10).

Årsrapporten for livmorhalsprogrammet 2023 viste en deltakelse på 72,6 % – litt mer enn de foregående årene (Kreftregisteret, 2024b). Deltakelsen var høyest blant kvinner i alderen 34–54 år (75,2 %), mens kvinner i alderen 25–33 og 55–69 år hadde en deltakelse på rundt 70 %. Den største regionale variasjonen ble konstatert i aldersgruppen 55–69 år.

Norges nye nasjonale kreftstrategi 2025–2035 fokuserer på å eliminere HPV-indusert kreft innen 2030. Screening spiller en viktig rolle, med estimater som tilsier at forekomsten av

livmorhalskreft er 70 % lavere med enn uten screening. Vaksinerer spiller en like viktig rolle: I 2021 fikk kun 20 % av kvinner i alderen 25–26 år som var vaksinert mot HPV via barnevaksinasjonsprogrammet, påvist celleforandringer i livmorhalsceller, sammenlignet med 35 % blant uvaksinerte kvinner.

I 2023 konstaterte en rapport fra Kreftregisteret at landet har stort forbedringspotensial i arbeidet for å utrydde HPV. Den argumenterer for å utvide screeningdekningen med hjemmetester for HPV, samt å ta i bruk en HPV-vaksine som dekker ytterligere HPV-typer som er ansvarlige for celleendringer eller dysplastiske lesjoner. 81 % av norske kvinner foretrekker hjemmetester, og derfor ble HPV-selvtester tilgjengelige hos allmennleger over hele landet sent i 2023. Disse testene retter seg mot kvinner over 25 år som støter på hindringer i deltakelsen i tradisjonell screening.

Livmorhalsprogrammet planlegger å sende HPV-hjemmetester til kvinner som ikke har hatt en livmorhalsprøve på 10 eller mer år fra 2025 – omtrent 190 000 kvinner. Utvidet HPV-genotypisering for forbedret risikostratifisering vil også innføres landsdekkende, regionale helsemyndigheter vil planlegge implementering, og reviderte HPV-testkrav forventes innen sommeren.

Norge utvider kolorektal kreftscreening og fokuserer på sårbare grupper

Etter en pilotfase i mai 2022, ble det kolorektale screeningsprogrammet innført i faser høsten 2022 og i løpet av 2023. Programmet retter seg mot personer i alderen 55–65 år, og sender immunokjemiske tester med returkonvolutter til deltakere. Resultatene blir tilgjengelige innen fire uker. Personer med positive resultater inviteres til en kolonoskopi, mens personer med negative resultater får en ny invitasjon to år senere.

Kreftregisteret utvidet arbeidet sitt i 2024 for å forbedre deltakelsen i screening blant sårbare grupper og grupper som historisk i mindre grad har deltatt i screening. Registeret startet et forskningssprosjekt for å vurdere påvirkningskraften til målrettede initiativer som del av prosjektet ImmigrantScreen. Denne studien vil sammenligne effekten av kontakt med ikke-deltakende pakistanske og somaliske innvandrere på telefon på morsmålet deres med gjeldende praksis, som går ut på å sende påminnelser, for å evaluere hvilken metode som er mer effektiv.

Flere innovasjoner innen kreftscreening tar sikte på økt tidlig oppdagelse

Som svar på landets høye forekomst av hudkreft, tilbyr apotek dermatologisk screening, og undersøker føflekker og pigmentflekker med innovativ teknologi som sender bilder til spesialister for vurdering. Norge har også startet et pilotprosjekt for lungekreftscreening i 2022. Programmet omfattet 1000 personer i alderen 60–79 år som har røykt en pakke per dag i mer enn 35 år eller har en risiko som er høyere enn 2,6 % i en validert risikokalkulator for valg av pasienter for screeningsprogrammer for lungekreft. Disse pasientene CT-skannes hvert eller annen hvert år i et forsøk på å evaluere gjennomførbarheten, kostnadene og fordelene ved et landsdekkende screeningprogram.

Den nasjonale kreftstrategien 2025–2035 har som mål å styrke disse initiativene. Den fokuserer på økt teknologisk integrasjon og bruk av KI i screening, utvidet dekning og metoder, samtidig som problemer i forbindelse med overdiagnostisering takles og opportunistisk screening reduseres. Ved å kombinere innovative tilnærminger til screening med toppmoderne teknologi, forsøker Norge å forbedre tidlig oppdagelse og slik forbedre kreftprognosene.

5. Resultater innen kreftbehandling

5.1 Tilgang

Det norske helsevesenet finansieres av skatteinntekter og sikrer alle innbyggere universell helsedekning, inkludert primærhelsetjenester, polikliniske tjenester, behandling på sykehus og reseptbelagte legemidler. Asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere med oppholdstillatelse har også tilgang til disse tjenestene. Myndighetene betaler nesten alle sykehusutgifter (99 %) og nesten 90 % av legeutgifter. I 2023 utgjorde frivillige helseforsikringer en svært liten del av de offentlige helseutgiftene (0,2 %), mens 14 % dekkes av husholdningen, primært på grunn av egenandeler. Disse egenandelene er begrenset til omtrent 265 euro per år, og mer enn 40 % av disse midlene går til legemidler og behandling utenfor sykehus.

Norge er rammet av mangel på helsepersonell

Allmennleger i Norge spiller en viktig rolle i kreftbehandlingen, både når det gjelder primær og sekundær forebygging samt palliativ behandling.

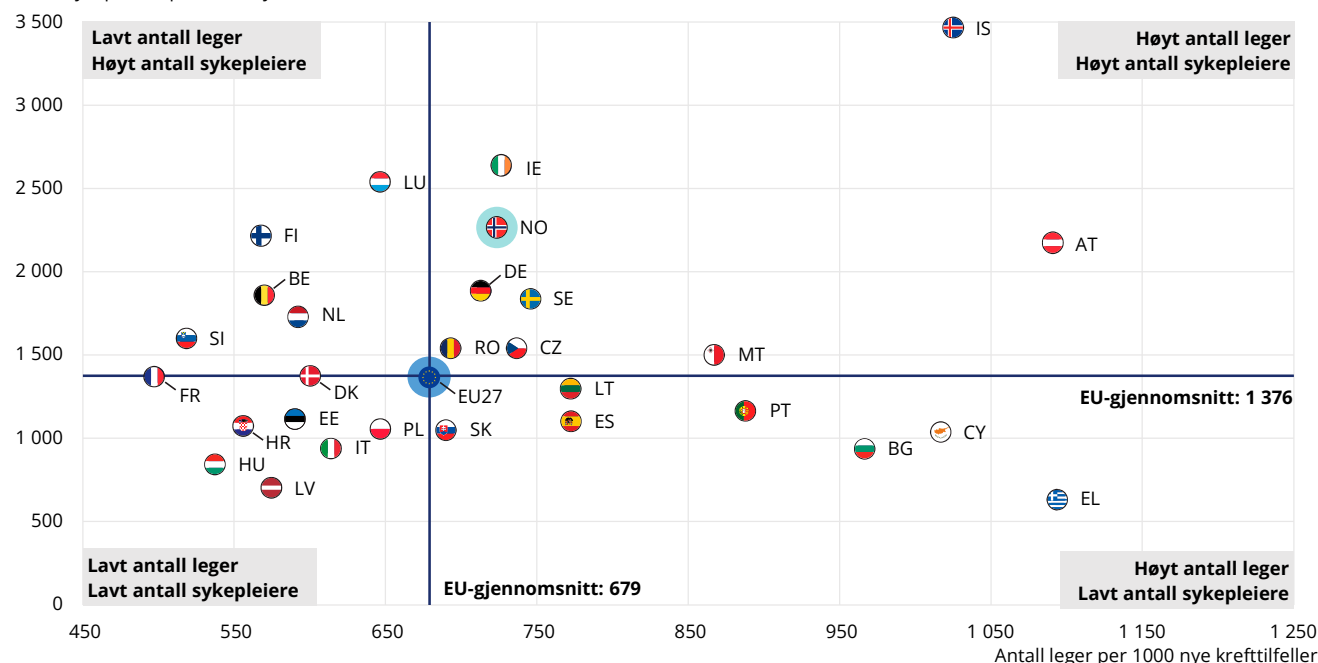
De håndterer risikofaktorer, fremmer en sunn livsstil, utfører screening og samarbeider med spesialister for å undersøke mulige krefttilfeller. Allmennleger starter også behandlinger, bidrar i behandling, behandler komorbiditeter og bivirkninger, og tilbyr oppfølging og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2023).

Til tross for at Norge har litt flere allmennleger enn EU-gjennomsnittet (0,9 per 1000 innbyggere), rapporterte landet en mangel på fastleger i 2023 (OECD, 2024). Mer enn 220 000 nordmenn (4 % av befolkningen) har ingen fastlege eller må reise langt for legetimer. Landet har også rapportert en mangel på onkologer, radiologer, stråleterapeuter, kreftsykepleiere og sykepleiere.

Mens antallet leger i Norge per 1000 nye krefttilfeller (724 per 1000) er 7 % høyere enn EU-gjennomsnittet på 679 per 1000; og antallet sykepleiere (2267 per 1000) er 65 % høyere enn EU-gjennomsnittet på 1376 (Figur 11), er mangelen på helsepersonell til kreftbehandling vedvarende.

Figur 11. Norge har flere leger og sykepleiere per 1000 krefttilfeller enn EU-gjennomsnittet

Antall sykepleiere per 1000 nye krefttilfeller



Merknader: Dataene for sykepleiere inkluderer alle kategorier (ikke bare de som oppfyller kravene i EU-direktivet om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner). Dataene refererer til utøvende sykepleiere med unntak av Portugal og Slovakia, der de refererer til aktivt utøvende sykepleiere. I Hellas er antallet sykepleiere lavere, siden tallet kun inkluderer sykepleiere som er ansatt på sykehus. I Portugal og Hellas refererer dataene til alle leger med godkjenning, noe som fører til et mye høyere anslag for antallet praktiserende leger. EU-gjennomsnittet er ikke vektet.

Kilde: OECD Health Statistics 2024. Data fra 2022 eller siste tilgjengelige år.

Ifølge European Oncology Nursing Societys (EONS) Cancer Nursing Index, scorer Norge og Sverige høyt på utvikling av kreftsykepleie med spesifikke utdanningsprogrammer og godkjenning av kreftsykepleie (EONS, 2024). Norge scoret deriblant lavt på forsinkelser i kreftbehandlingen, fordi mangel på sykepleiere har en negativ effekt på kreftomsorgen som leveres. Norges mangel på helsepersonell handler ikke bare om antallet helsearbeidere, men også om en skjev geografisk fordeling.

Norge har økt opplæringskapasiteten og rekrutteringsarbeidet for å håndtere disse utfordringene. Det årlige antallet nyutdannede onkologer steg med nesten 50 % fra 2013 til 2023. I starten av 2024 nådde det totale antallet praktiserende onkologer 412 – mer enn dobbelt så mange som ti år tidligere (176).

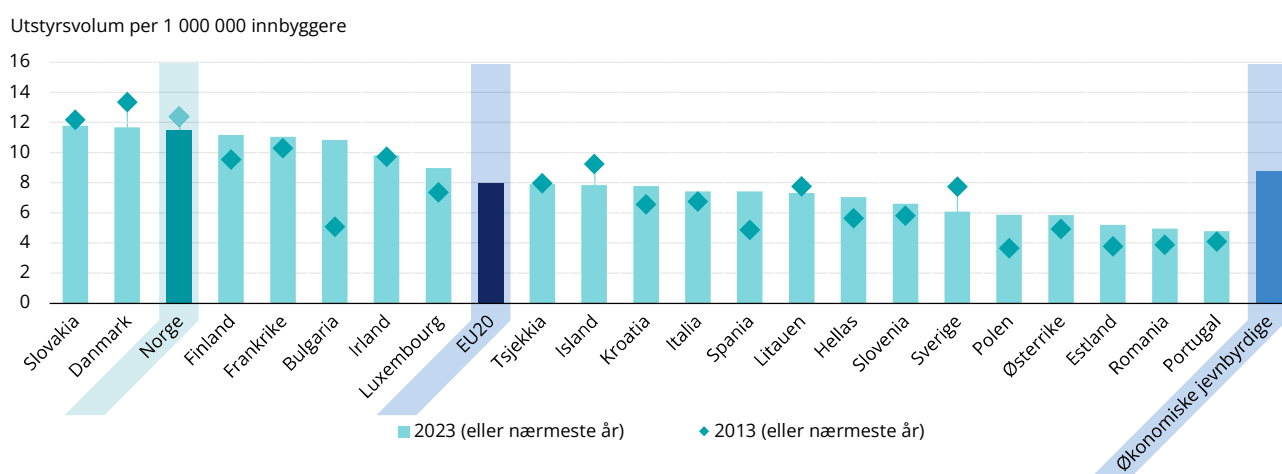
Norge har investert betydelig i utstyr til diagnoseformål og strålebehandling

Norge er et av landene med flest strålebehandlingsenheter per 1 000 000 innbyggere (Figur 12). Landets mer enn 11,5 maskiner per 1 000 000 innbyggere er i 2023 44 % høyere enn gjennomsnittet i EU og mer enn 30 % høyere

enn sine økonomiske jevnbyrdige. 61 maskiner ble distribuert på tvers av 10 strålesentre i 2021, deriblant strålebehandlingsmaskiner med 42 megavolt og 12 maskiner for innvendig strålebehandling. Omtrent 66 % (41 maskiner) var nyere enn 15 år og oppfyller WHO's krav til optimal levetid for strålebehandlingsutstyr. De første sentrene for protonbehandling bygges i Oslo og Bergen, og forventes å være driftsklare i slutten eller tidlig i 2025.

Norge har siden 2016 investert betydelig i diagnoseutstyr. Tettheten av mammografi- (13 per 1 000 000 innbyggere) og CT-maskiner (28 per 1 000 000 innbyggere) har nesten blitt doblet innen 2023, mens tettheten av MR-maskiner (magnetresonanstomografi) (31 per 1 000 000) har hatt en syvdoblet økning. Samtidig er antallet PET-maskiner (positronemisjonstomografi) (4 per 1 000 000) nidoblet. Den mer beskjedne økningen i CT- (17 %) og MR-undersøkelser (25 %) understreker en avveieelse mellom tilgjengelighet, effektivitet og adopsjon av ny radiologiteknologi. Den nye kreftstrategien 2025–2035 tar sikte på å sikre tilstrekkelig avbildnings- og behandlingsskapasitet via innkjøp av utstyr, samt opplæring og rekruttering av personell.

Figur 12. Norge er et av landene med høyest volum av strålebehandlingsenheter i EU



Merknader: De aller fleste strålebehandlingsenhetene i EU-land finnes på sykehus. Dataene for Portugal og Frankrike inkluderer kun utstyr på sykehus, mens data for andre land refererer til alt utstyr. Økonomisk jevnbyrdige land er definert som tertilgrupper basert på BNP per innbygger i 2022 i kjøpekraftsstandard. Økonomisk like land for NO er AT, DK, IE, IS, LU og SE. EU-gjennomsnittet er ikke vektet.

Kilde: OECD Health Statistics 2024.

Norge refunderer kostnadene for de fleste nye kreftmedisiner, og avgjørelser treffes raskere enn gjennomsnittet i EU-land

Tilgang til nye medisiner er avhengig av deres tilgjengelighet og dekning. Norges nasjonale kreftstrategi 2025–2035 forsøker å levere rask tilgang til ny, trygg, effektiv og kostnadseffektiv

behandling med legemidler. Etter godkjenning fra det europeiske legemiddelbyrået (EMA), gjennomgår alle nye kreftbehandlinger vurdering via det nasjonale systemet for innføring av ny teknologi for refusjonsavgjørelser (se del 5.3).

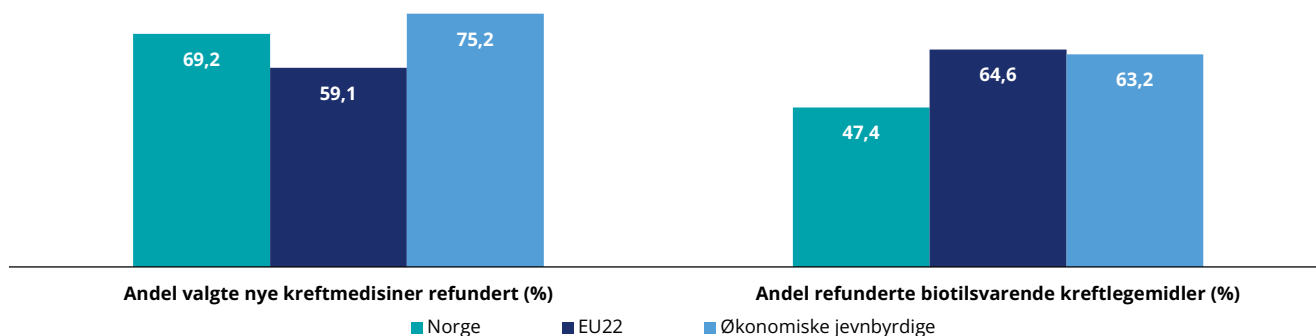
Norge refunderer 69 % av indikasjonene for en prøve av nye kreftmedisiner (for bryst- og

lungekreft) med en høy klinisk nytte. Dette tallet er høyere enn gjennomsnittet i EU (59 %), men lavere enn gjennomsnittet blant landets økonomiske jevnbyrdige (75 %) (Figur 13). Den gjennomsnittlige tiden mellom EMA-godkjenning og dekningsavgjørelser for disse legemidlene er 366 dager. Dette er 29 % raskere enn EU-gjennomsnittet (516 dager).

I 2023 var andelen biotilsvarende kreftmedisiner med refusjon fra det offentlige relativt lavere

sammenlignet med de andre EU+2-landene. I 2023 ble 47 % av biotilsvarende kreftmedisiner refundert. Dette er mindre enn gjennomsnittet i EU (65 %) og blant økonomiske jevnbyrdige land (63 %). Den gjennomsnittlige avgjørelsestiden for refusjon av disse legemidlene i kjølvannet av EMA-godkjenning, var imidlertid 402 dager (13 måneder), noe som er mindre enn EU-gjennomsnittet på 505 dager.

Figur 13. Norge refunderer flere nye kreftmedisiner enn gjennomsnittet i EU



Merknader: Analysen inkluderer en prøve på 13 indikasjoner av 10 nye kreftmedisiner for bryst- og lungekreft med en høy klinisk nytte og 19 biotilsvarende legemidler for tre kreftmedisiner (bevacizumab, rituximab, trastuzumab), med aktiv markedsføringstillatelse fra Det europeiske legemiddelbyrået per 26. mars 2023. Dataene representerer andelen indikasjoner eller biotilsvarende legemidler som var på det offentlige refusjonsliste 1. april 2023. Økonomisk jevnbyrdige land er definert som tertilgrupper basert på BNP per innbygger i 2022 i kjøpekraftsstandard. Økonomisk like land for NO er AT, BE, DE, DK, IE, IS, NL og SE. EU-gjennomsnittet er ikke vektet.

Kilde: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024), "Access to oncology medicines in EU and OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 170, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Ventetiden for kreftbehandling ble lengre fra 2018 til 2023

Norges pasient- og brukerrettighetslov krever spesifikke tidsrammer, og Helsedirektoratet overvåker ventetiden på tvers av regionale helsemyndigheter, leverandører og omsorgsregioner. I 2023 var ventetiden 55 dager for bryst- og endokrinkirurgi, 74 dager for generell kirurgi og 103 dager for onkologivtaler (Helsedirektoratet, 2024a). Disse tallene viser en forverring fra 2018, da den nasjonale ventetiden var 31 dager for bryst- og endokrinkirurgi, 62 dager for generell kirurgi og 68 dager for onkologivtaler. Denne økningen viser hvordan insidens og prevalens påvirker systemet til tross for økt rekruttering. En stor geografisk variasjon er observert, med onkologiske ventetider fra 57 dager i Helse Nord til 297 dager i Helse Midt-Norge.

Norge har tatt i bruk digital teknologi for å forbedre effektivitet og tilgjengelighet. Helsedirektoratets digitale behandlings- og egenbehandlingsplan muliggjør samarbeid i sanntid om omfattende oppfølging på tvers av tjenestenivå. Med dette verktøyet kan både helsepersonell og pasienter spore pasientens fremskritt, få tilgang til pasientjournaler og kommunisere digitalt

med helsetjenester. Testing har vist at pasienter rapporterer forbedringer i livskvalitet og i lavere grad bruker helsetjenester etter innføringen.

5.2 Kvalitet

Kreftpasienters overlevelsesrate i Norge er høy, men lavere for menn

Netto overlevelse er en estimering av overlevelsesrater der kreft er den eneste mulige dødsårsaken, og vurderes ofte i intervaller på fem år. I Norge var den samlede relative overlevelsen i løpet av fem år for alle kreftformer i 2023 (for pasienter som fikk kreftdiagnose mellom 2019 og 2023) 78 % for menn og 77 % for kvinner. Fra 2017 til 2021 lå Norge på andreplass blant de nordiske landene i aldersjustert 5-års overlevelse for både menn (77 %) og kvinner (75 %), kun bak Sverige (78 % for menn og 76 % for kvinner).

Prostatakreft hos menn og brystkreft hos kvinner hadde den høyeste overlevelsesraten – begge med en relativ 15-års overlevelse på mer enn 80 % i 2023 (Figur 14). Store kjønnsforskjeller eksisterer i overlevelse av kolon- og lungekreft, der menn kommer dårligere ut – især ved lengre tidsintervaller (10-års og 15-års overlevelse).

73 % av alle mastektomier som ble utført i 2021, var partielle – en økning på 61 % i 2013 og litt høyere enn EU-gjennomsnittet på 70 %. Bare 27 % av partielle mastektomier medførte sykehusopphold – en reduksjon på 57 % fra 2013 og langt under EU-gjennomsnittet på 64 %.

Kvaliteten på behandling ved livets slutt er en annen viktig faktor. Det kan være vanskelig å fastslå når pasienter nærmer seg livets slutt, og manglende innsikt kan medføre aggressiv overbehandling og forsinket palliativ behandling. 18 % av kreftpasienter som døde i Norge i 2021, opplevde mer enn én uplanlagt eller akutt sykehusinnleggelse i løpet av livets 30 siste dager – et tall som er betydelig høyere enn i Sverige (9 %) eller Nederland (3 %). Denne andelen stiger til 57 % når det tas hensyn til livets siste 180 dager (sammenlignet med 47 % i Sverige og 19 % i Nederland). Disse tallene er omtrent 65 % høyere enn andelen for alle dødsårsaker, og understreker flere utfordringer i palliativ kreftbehandling som kan forverre pasientenes smerte og helseutgifter.

Nasjonale retningslinjer for behandling og pasientforløp er utviklet for å sørge for lik tilgang til kreftbehandling av høy kvalitet

Helsedirektoratet har prioritert kvalitet i kreftbehandlingen ved å publisere 24 kliniske retningslinjer for alle de kjente kreftformene. Disse tar sikte på å sørge for at behandling av høy kvalitet er tilgjengelig i hele landet, og retter seg mot allmennleger, kirurger, onkologer, radiologer og patologer. Direktoratet har også gitt omfattende anbefalinger som identifiserer ressurser, prosesser og ekspertise for å garantere kompetanse og kvalitet på kreftsentre (Helsedirektoratet, 2024b). 26 kreftrelaterte pasientforløp ble innført for å samstemme behandlingen med nasjonale retningslinjer og tilby kreftkoordinatorer for pasienter for å skape kontinuitet og gjøre det enklere å finne frem i systemet.

En annen kvalitetsfokustert strategi inkluderer 12 landsdekkende kvalitetsregistre for kreft

(barnekreft, lungekreft, brystkreft, prostatakreft, tarm-, lymfekreft og leukemi, gynekologisk kreft, bukspyttkjertelkreft, spiserørskreft og magekreft, sarkom, melanom, samt hjerne- og benmargskreft). Disse registrene inkluderer genomiske data, stadium ved diagnose, behandling, oppfølgende pleie og PREM og PROM, og muliggjør overvåkning av prosess- og ytelsesindikatorer på regionalt nivå og sykehusnivå. Norge muliggjør transparente kvalitetskontroller og tilbakemeldinger til helsepersonell og leverandører ved å publisere årlige rapporter. En lignende, men mindre systematisk prosess finner sted med årlige rapporter om screeningprogrammer.

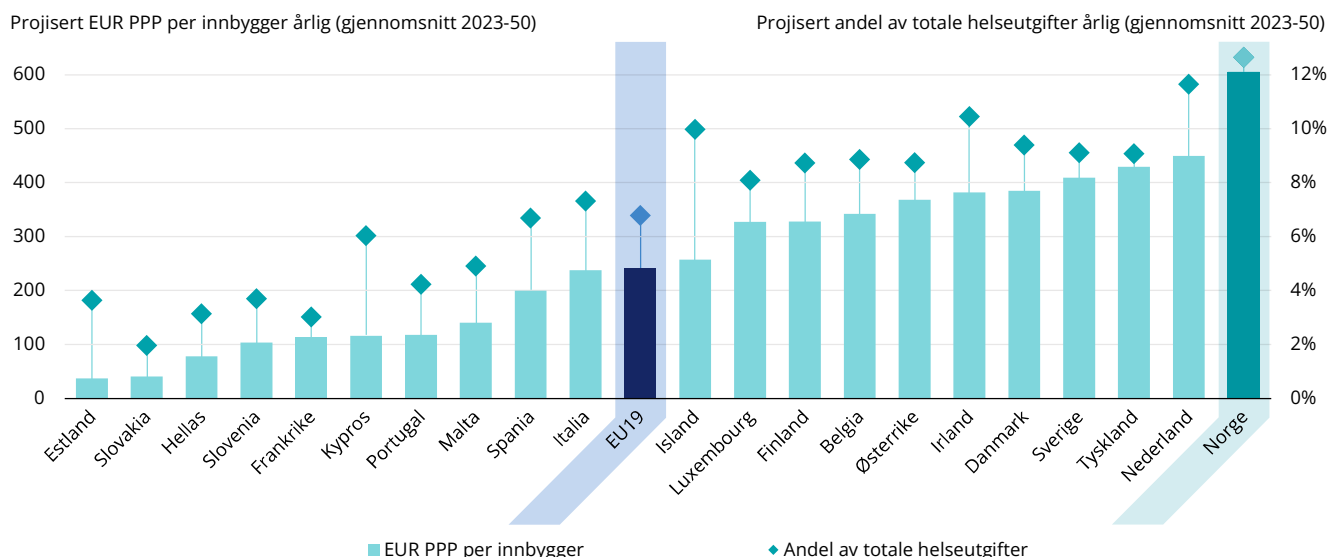
Norge følger Europe's Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft) og har satt seg som mål å sikre at 90 % av befolkningen får tilgang til et helhetlig kreftsenter (Comprehensive Cancer Centre, CCC) innen 2030. Til tross for ønsket om å etablere ett CCC per helseregion, har Norges 20-årige sentralisering av kreftbehandling ført til at mange helseorganisasjoner har startet regionale samarbeid og funnet alternative fellesløsninger som kan danne grunnlaget for en løsning på utfordringen med å skape tilstrekkelig CCC-dekning for befolkningen. Ett CCC er tilgjengelig i Norge per juli 2024.

5.3 Kostnader og verdi for pengene

Det anslås at kreftbyrden på helseutgifter vil øke med 45 % i Norge fra 2023 til 2050

Ifølge modellering fra OECDs SPHeP, forventes de samlede helseutgiftene mellom 2023 og 2050 å være 13 % høyere i Norge på grunn av kreftbyrden. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 605 euro (KKP per person per år (Figur 16). Dette tallet er mye høyere enn gjennomsnittet i EU19 (242 euro). Helseutgiftene for kreftbehandling per innbygger forventes å vokse med 45 % i Norge fra 2023 til 2050, sammenlignet med 59 % i EU27.

Figur 16. Kreftbyrden på helseutgifter forventes å være den høyeste i EU+2-landene



Merknad: EU-gjennomsnittet er ikke vektet.

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

En stor del av utgiftene for kreftbehandling i Norge går til legemidler. I 2022 brukte landet omtrent 500 millioner euro på onkologi- og immunmodulerende midler, noe som er den største andelen (22 %) av de samlede utgiftene for legemidler og tilsvarer 2 % av myndighetenes helseutgifter på 25,1 milliarder euro dette året (Dansie et al., 2023). I 2013 innførte Norge et nasjonalt system for prioritering av ny helseteknologi kalt Nye metoder. Dette systemet skaper en enhetlig prosess for vurdering og avgjørelser om offentlige midler for nye helseteknologier, og sørger for at ressursene fordeles effektivt. Flere forbedringer ble implementert for å forbedre systemets effektivitet i kjølvannet av en vurdering i 2021. Dette inkluderer raskere saksbehandling av medisiner (se del 5.1) og en mer fokusert tilnærming for å prioritere hvilke medisinske teknologier som skal vurderes.

Den nye nasjonale kreftstrategien 2025–2035 understreker viktigheten av å finne en balanse mellom innovasjon og kostnadseffektivitet, og har definert et mål om å vurdere flere kreftoperasjoner og teknologisk utstyr via systemet Nye metoder. Denne tilnærmingen forsøker å sikre at pasienter mottar den mest gunstige behandlingen, samtidig som helsesystemets bærekraft ivaretas.

Kreft er en stor kostnad for samfunnet ut over det norske helsevesenet

Den faktiske kreftkostnaden er langt større enn direkte helseutgifter. Ifølge Helsedirektoratets beregninger i 2019, nådde de totale årlige samfunnskostnadene som skyldes kreft – deriblant sykdomsbyrde, helseutgifter og produksjonstap

– 262 milliarder kroner (Sælensminde & Line, 2019). Det forventes at dette store tallet øker ytterligere på grunn av økende forekomst, forbedrede overlevelsessjanser, økt prevalens og økende kostnader for behandlingsteknologi. For å illustrere problemets størrelse, kan bare en enkelt krefttype ha store økonomiske konsekvenser. Hudkreft alene har en beregnet årlig sosial kostnad på 6,5 milliarder kroner.

OECD SPHePs modelleringsarbeid gir ytterligere innsikt i den indirekte kostnadene som forårsakes av kreft. Det anslås at kreft vil føre til et tap på 187 fulltidsekvivalenter per 100 000 innbyggere på grunn av redusert sysselsetting mellom 2023 og 2050. Tallet er høyere enn EU-gjennomsnittet på 178 fulltidsekvivalenter per 100 000 innbyggere, noe som viser den alvorlige påvirkningen kreft har på den norske arbeidsstyrken. I tillegg kommer et forventet årlig tap på 46 fulltidsekvivalenter per 100 000 innbyggere på grunn av fravær (sammenlignet med 38 per 100 000 i EU) og 52 fulltidsekvivalenter per 100 000 på grunn av sykenærver⁸ (sammenlignet med 43 per 100 000 i EU), noe som tilsvarer et stort produksjonstap på grunn av kreftens innvirkning på sysselsatte.

5.4 Velferd og livskvalitet

Konsekvensene av kreft på den forventede levetiden i Norge er litt høyere enn EU-gjennomsnittet

Den økende forekomsten av kreft (se del 2) i Norge forventes å ha en økende påvirkning på folkehelsen og trivsel. Ifølge OECDs SPHeP-modelleringer, vil

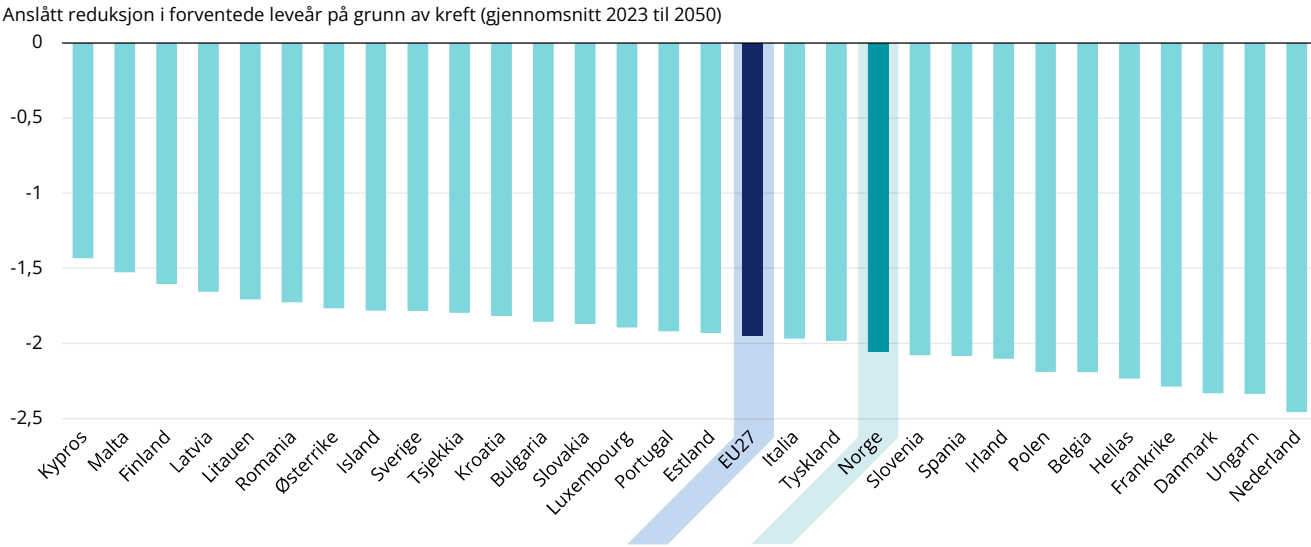
⁸ Sykenærver refererer til produktivitetstap når ansattes sykdom, skade eller annen helsetilstand hindrer dem i å fungere slik de skal.

kreft redusere den gjennomsnittlige forventede levetiden i Norge med 2,1 år fra 2023 til 2050 sammenlignet med et scenario uten kreft. Denne reduksjonen er litt høyere enn EU-gjennomsnittet på 2 år (Figur 17).

Kreft har også store konsekvenser for befolkningens psykiske helse på grunn av tilknyttede symptomer

og bivirkninger av behandlingen, innvirkningen på hverdagen, sosiale roller og arbeidet. Ifølge OECDs SPHeP-modell forventes det at Norge får det laveste antallet nye depresjonstilfeller forårsaket av kreft, med en aldersjustert forekomst på ytterligere 7 tilfeller per 100 000 innbyggere per år fra 2023 til 2050 – et tall langt under EU-gjennomsnittet på 17 per 100 000.

Figur 17. Det forventes at kreft vil redusere den forventede levealderen med mer enn 2 år fra 2023 til 2050



Merknad: EU-gjennomsnittet er ikke vektet.
 Kilde: OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Norge fremmer omfattende kreftrehabilitering med fokus på tilpasset behandling og støtte på tvers av disipliner

Norges Helsedirektorat har innført en veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator som også gjelder for kreftbehandling, til tross for at den ikke er spesifikt ment for kreft. Den tar sikte på å forbedre funksjonsevne og mestring, selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Den tar utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, og skal sikre lik tilgang til tjenester uavhengig av bakgrunn eller individuelle behov. Tilnærmingen fokuserer på tilpasset og holistisk behandling som involverer pasienter, familier og team på tvers av disipliner som leverer koordinert støtte.

Kreftrehabilitering i Norge fokuserer på de medisinske, sosiale og psykologiske behovene via ulike tjenester: fysisk aktivitet og trening, psykologisk hjelp, kostholdsjusteringer, økonomisk og praktisk hjelp og tilrettelegging på arbeidsplassen. På visse sykehus og i noen helseregioner har pasienter tilgang til eksperter som sexologer, psykologer, ernæringsfysiologer

og fysioterapeuter som dekkes av helsevesenet. Rehabiliteringsalternativer kan være alt fra selvstyrte programmer til strukturerte inngrep på sykehus, helsetjenester i kommunen eller spesialiserte sentre. Individuelt tilpassede planer sikrer koordinert behandling i komplekse tilfeller. Støtte fra andre og utdanningskurs hjelper også pasienter og familier med å finne seg til rette under og etter kreftbehandlingen.

Norge tilrettelegger omfattende støtte for omsorgspersoner, inkludert opplæring, lønnet permisjon og økonomiske fordeler

Støtte for omsorgspersoner er en viktig del av Norges system for kreftbehandling. Kommuner er pålagt å gi opplæring til omsorgspersoner som tilbyr intensiv pleie under svært spesifikke forhold. Kommunesentre tilbyr kurs for å hjelpe familiemedlemmer å håndtere hverdagen mens de pleier kreftpasienter.

Norge tilbyr lønnet permisjon for omsorgspersoner som tar vare på ikke-terminale kreftpasienter. Denne støtten er imidlertid begrenset til mindre enn én måned og gir full lønn. Samtidig

tilbyr Norge to direkte kontantutbetalinger til omsorgspersoner. Én av disse er spesifikt ment for palliativ behandling. Disse støtteordningene er ikke kun ment for omsorgspersoner som pleier eldre personer, og krever ingen avtale med myndighetene.

Pleiepengene er avhengige av inntekt, og har en øvre grense på omtrent 870 euro i måneden. Det månedlige beløpet varierer for palliativ behandling, fra 117 euro til 701 euro i 2020 i maksimalt 60 dager. Omtrent 70 % av personene som mottar denne støtten i Norge, er kvinner; 1167 personer mottok pleiepenger i forbindelse med palliativ omsorg i 2019 (Rocard & Llana-Nozal, 2022).

Norge leverer kvalitetsfokustert palliativ behandling for kreftpasienter

Omsorg ved livets slutt i Norge er vanligvis kostnadsfri og organiseres i henhold til nasjonale standarder og retningslinjer. Selv om grunnleggende palliativ behandling og omsorg i livets slutfase tilbys av alle helsetjenester og helsepersonell, er spesialister tilgjengelige via egne team og enheter på sykehus og pleiehjem.

Systemet for palliativ omsorg i Norge har flere nøkkelfunksjoner. anbefalinger for kvalifisert personell finnes til tross for at det ikke finnes noen obligatorisk sertifisering.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen har spesifikke kompetansekrav for alt helsepersonell som deltar i den palliative omsorgen (Helsedirektoratet, 2015). Godkjente utdanningsenheter, som omfatter omtrent 50 % av alle sykehusprogrammer for palliativ behandling, gjennomgår regelmessige revisjoner og kvalitetsvurderinger. Disse enhetene rapporterer til Helsedirektoratet årlig, og besøkes regelmessig av en nasjonal kvalitetskomité.

Forløpet for palliativ behandling for kreftpasienter består av en holistisk tilnærming på tvers av fysiske, psykologiske, sosiale og livssynsmessige domener. Den fysiske delen fokuserer på å opprettholde funksjon og selvstendighet, mens ernæringsmessig omsorg fokuserer på feilernæring og kakeksi. Psykologisk og spirituell omsorg er tilgjengelig i form av samtaler som tar hensyn til en pasients tro og verdier. Familiedeltakelse er en viktig del, og det tilbys opplæring og ressurser. Forløpet legger vekt på effektiv koordinasjon og dokumentasjon blant helsepersonell, og bruker tilpassede planer for å forbedre behandlingsskvaliteten. Den integrerte strategien tar sikte på å forbedre livskvaliteten for pasienter og familier under sykdomsforløpet. Tilpasset og medfølgende omsorg tilbys i hvert stadium.

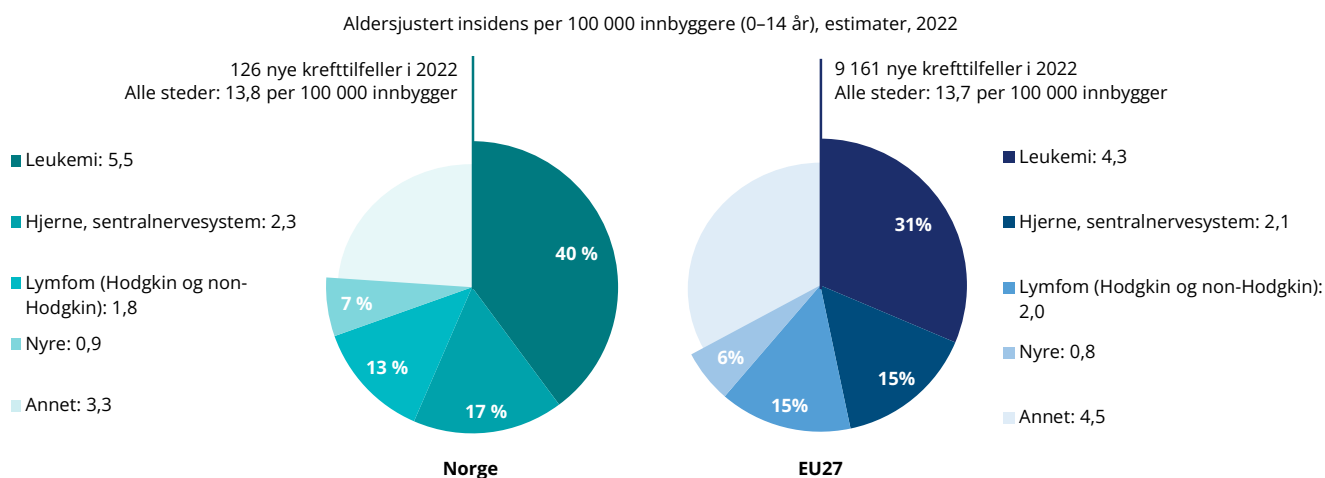
6. Søkelys på pediatrik kreft

ECIS anslår at 126 barn og ungdom under 15 år fikk diagnosen kreft i Norge i 2022. Forekomsten for barn i alderen 0–14 år anslås å være 13,8 per 100 000 barn sammenlignet med 13,7 per 100 000 i EU-land (Figur 18). Forekomsten blant gutter var litt høyere enn jenter i Norge – en trend som er lik trenden i EU. De vanligste kreftformene var leukemi med 5,5 tilfeller per 100 000 barn (40 %),

hjerne- og sentralnervesystem med 2,3 tilfeller per 100 000 (17 %), lymfekreft med 1,8 tilfeller per 100 000 (13 %) og nyrekreft med 0,9 per 100 000 (7 %).

Data fra Eurostat viser at dødeligheten er lavere i Norge, med en 3-års dødelighet på 1,7 per 100 000 barn sammenlignet med 2,1 i EU.

Figur 18. Kreftdødelighet blant barn i Norge er i tråd med gjennomsnittet i EU



Merknader: Estimaterne for 2022 er basert på insidenstrender fra tidligere år, og kan avvike fra faktiske rater observert i senere år. "Alle kreftformer" inkluderer alle krefttyper med unntak av ikke-melanom-hudkreft.

Kilder: Kreftdødelighet fra Det europeiske kreftinformasjonssystemet (ECIS). Fra <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, data lastet opp 10/03/2024. © EU, 2024.

Behandling av pediatrik kreft utføres via et regionalt nettverk basert på fire universitetssykehus (Oslo, Haukeland, St. Olavs og Nord-Norge). Lokale barneavdelinger er ansvarlige for oppfølgende behandling. Tre nasjonale spesialistgrupper har ansvar for behandlingen av blodkreft/lymfekreft, svulster i sentralnervesystemet og faste svulster utenfor sentralnervesystemet. Tverrfaglige digitale nasjonale møter for faste svulster har funnet sted to eller tre ganger i måneden siden 2021, og er et tilskudd til tverrfaglige diskusjoner på hver institusjon.

Ifølge European Society of Paediatric Oncology (SIOPE) prosjekt Organisation of Care & Research for Children with Cancer in Europe (OCEAN), er 11 av de 13 viktige infrastruktur- og behandlingssmodalitetene tilgjengelige i Norge. Protonterapi forventes å være tilgjengelig tidlig i 2025 (SIOPE, 2024). Landets kvalitetsregister for barnekreft rapporterte en 5-års relativ overlevelse på 89 %

i 2023. Norge gjennomførte 9 % (37) av Europas 436 kliniske studier på kreft hos barn og unge fra 2010 til 2022. Landet har et konsortiumsenter for innovativ behandling for barn og unge med kreft på Oslo universitetssykehus.

I slutten av 2023 levde mer enn 7000 personer med en nylig kreftdiagnose før de hadde fylt 18 år. 80 % av disse opplevde seneffekter av varierende alvorlighetsgrad. Helsedirektoratet erkjenner hvor viktig livslang omsorg er for disse overlevende, og har utviklet omfattende retningslinjer for palliativ behandling for barn og unge.

Al-Rammahy A et al. (2024), Educational disparities in cancer incidence, stage, and survival in Oslo, Research in Health Services & Regions, 3(1):1. doi:10.1007/s43999-024-00037-x.

Bjørnson E et al. (2022), BreastScreen Norway: 25 years of organized screening.

Blomhoff R et al. (2023), Nordic Nutrition Recommendations 2023. København, Nordisk ministerråd.

Dansie L et al. (2023), Legemiddelforbruket i Norge 2018-2022 – Data fra Grossistbasert legemiddelstatistikk.

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.”

Dong L, Nygård M, Hansen B (2021), Sociodemographic correlates of human papillomavirus vaccine uptake: opportunistic and catch-up vaccination in Norway, Cancers, 13(14):3483. doi:10.3390/cancers13143483.

EONS (2024), EONS Cancer Nursing Index 2022: <https://cancernurse.eu/ecni2022/>.

Helse- og omsorgsdepartementet (2023), Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.

Helsedirektoratet (2015), Nasjonalt handling-program med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (nettdokument).

Helsedirektoratet (2023), Nasjonal kreftstrategi 2024-2028. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2024a), Ventetider og pasientrettigheter: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter>.

Helsedirektoratet (2024b), Nasjonale faglige råd for kreftkirurgi – kompetanse og kvalitet (nettdokument).

Kreftregisteret (2024a), Cancer in Norway 2023 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway.

Kreftregisteret (2024b), Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet – Årsrapport 2023. Oslo, Kreftregisteret.

Nilsen L et al. (2019), Nasjonal UV- og hudkreftstrategi, Østerås, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.

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

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, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.

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

Steens A et al. (2020), High overall confidence in childhood vaccination in Norway, slightly lower among the unemployed and those with a lower level of education, Vaccine, 38(29):4536-41, doi:10.1016/j.vaccine.2020.05.011.

Sælensminde K, Line T (2019), Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015.

Landforkortelser

Belgia	BE	Hellas	EL	Latvia	LV	Polen	PL	Sverige	SE
Bulgaria	BG	Irland	IE	Litauen	LT	Portugal	PT	Tsjekkia	CZ
Danmark	DK	Island	IS	Luxembourg	LU	Romania	RO	Tyskland	DE
Estland	EE	Italië	IT	Malta	MT	Slovakia	SK	Ungarn	HU
Finland	FI	Kroatia	HR	Nederland	NL	Slovenia	SI	Østerrike	AT
Frankrike	FR	Kypros	CY	Norge	NO	Spania	ES		

Landprofil om kreft 2025

Det europeiske kreftulikhetsregisteret er en sentral del av EUs kreftbehandlingsplan. Det inneholder gode og pålitelige data om kreftforebygging og -behandling som gjør det mulig å identifisere trender og forskjeller mellom EUs medlemsstater og regioner. Registeret inneholder et nettsted og dataverktøy utviklet av Joint Research Centre of the European Commission (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), samt en vekslende serie med landkreftprofiler hvert år og en overordnet rapport om kreftulikheter i Europa.

Landprofilene peker på styrker, utfordringer og områder med behov for handling i hvert av de 27 medlemslandene i EU samt Island og Norge, som en veileder for investeringer og helsepolitiske tiltak på EU-plan, nasjonalt plan og regionalt plan i Europe's Beating Cancer Plan (EUs plan for å bekjempe kreft). Det europeiske registeret for ulikheter innen kreft

støtter også flaggskip 1 i handlingsplanen for null forurensning.

Profilene er utarbeidet av OECD i samarbeid med Europakommisjonen. Forfatterne takker nasjonale eksperter, OECDs helseutvalg og EUs egen ekspertgruppe for alle verdifulle innspill og forslag.

Hver landprofil omfatter et kort sammendrag av:

- den nasjonale kreftbyrden
- risikofaktorer for kreft, med fokus på atferds- og miljørisikofaktorer
- programmer for tidlig oppdagelse
- ytelse ved kreftomsorg, med fokus på tilgjengelighet, omsorgskvalitet, kostnader og livskvalitet

Vennligst benytt følgende referanse ved henvisning til denne publikasjonen:

OECD/European Commission (2025), Landprofil om kreft: Norge 2025, EU-land kreftprofiler, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/268e0317-no>.

Opprinnelig utgitt på engelsk med tittelen: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Norway 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/bf26204a-en>.

Ved eventuelle avvik skal kun teksten i den engelske versjonen anses som gyldig.

© OECD/European Union 2025 for denne norske utgaven.



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.