



NORGE

# Landprofil om krefte

2023

---



## Landprofilserie om kreft

Det europeiske kreftulikhetsregisteret er en sentral del av EUs krefthandlingsplan. Registeret inneholder gode og pålitelige data om kreftforebygging og -omsorg som gjør det mulig å peke på trender og forskjeller mellom EUs medlemsstater og regioner. Landprofilene peker på styrker, utfordringer og områder med behov for handling i 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. Det europeiske kreftulikhetsregisteret støtter også flaggskip 1 i andlingsplanen 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.

## Datakilder

Landprofilene er i hovedsak basert på offentlig statistikk innsendt av det enkelte land til Eurostat og OECD. Dataene blir validert for å sikre størst mulig grad av sammenlignbarhet. Datakildene og metodene som er brukt er angitt i Eurostat-databasen og OECDs helsedatabase.

Verdens helseorganisasjon, Det internasjonale kreftforskningsbyrået (IARC), Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA), forskningsinstituttet IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) og andre uavhengige, ikke-kommersielle kilder, har også bidratt med data. Beregnede EU-gjennomsnitt er vektet gjennomsnitt for de 27 medlemslandene, med mindre annet er angitt. Disse omfatter ikke Island og Norge. Med kjøpekraftsparitet (KKP) menes en valutaomregningskurs som utligner kjøpekraften mellom pengenheter ved å fjerne forskjeller i prisnivå mellom landene som sammenlignes.

*Ansvarsfraskrivelse: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.*

*This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".*

*Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.*

©OECD 2023

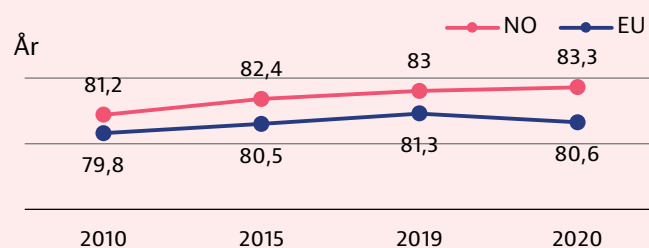
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <https://www.oecd.org/termsandconditions>.

## Innhold

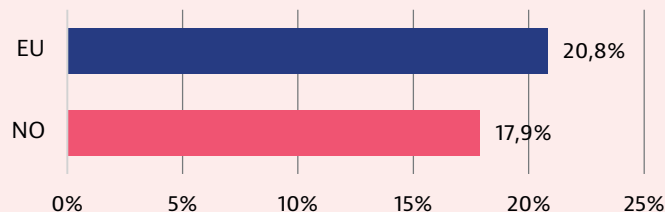
1. SAMMENDRAG	3
2. KREFT I NORGE	4
3. RISIKOFAKTORER OG FOREBYGGING	7
4. TIDLIG DIAGNOSE	10
5. KREFTOMSORG	13
5.1 Tilgang	13
5.2 Kvalitet	15
5.3 Kostnader og verdi for pengene	16
5.4 Covid-19 og kreft: oppbygging av motstandskraft	17
6. SØKELYS PÅ ULIKHETER	18

## Helsevesenet i Norge – en oversikt

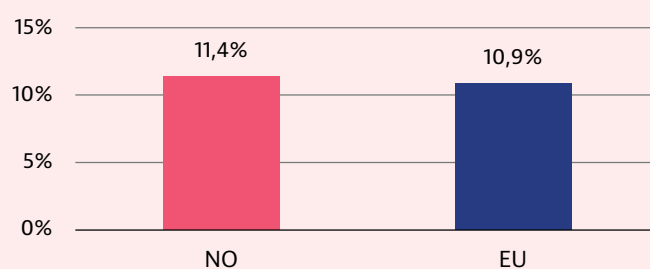
### FORVENTET LEVEALDER VED FØDSEL (ÅR)



### ANDEL AV BEFOLKNINGEN SOM ER 65 ÅR OG OVER (2021)

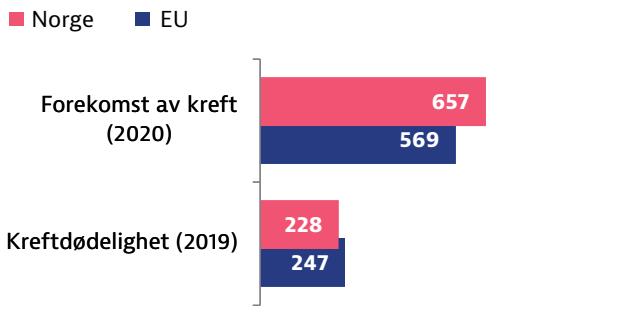


### OFFENTLIGE HELSEUTGIFTER I % AV BNP (2020)

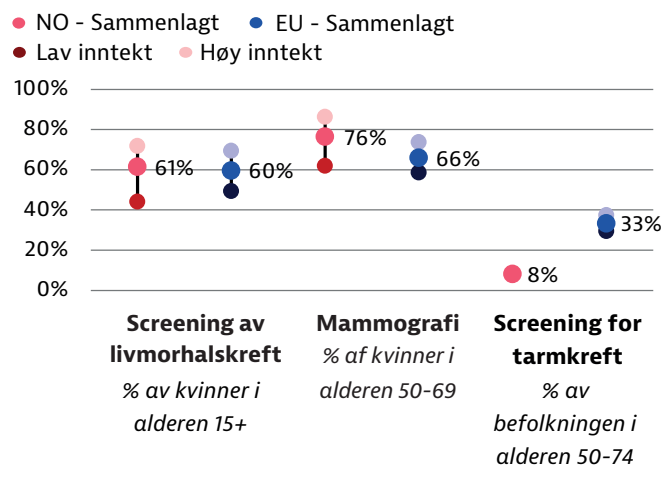
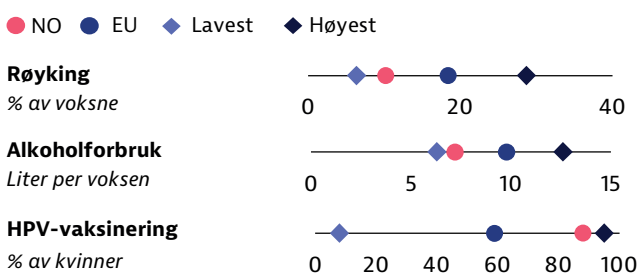


Kilde: Eurostat-databasen.

# 1. Sammendrag



Aldersjustert rate per 100 000 innbyggere



## Kreft i Norge

Norge har høyere insidensrater for kreft enn EU-gjennomsnittet, mens kreftdødeligheten er lavere og synker raskere enn i mange EU-land. I 2020 hadde Norge anslagsvis 35 515 nye krefttilfeller, 54.2 % av den blant menn og 45.9 % blant kvinner. De vanligste krefttypene er, i likhet med mange EU-land, prostatakreft, brystkreft, tarmkreft, hudkreft og lungekreft.

## Risikofaktorer og forebygging

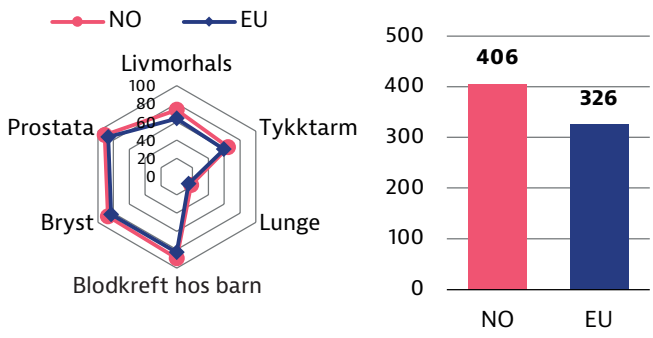
Flere kreftrisikofaktorer er lavere i Norge enn i de andre nordiske landene og øvrige EU-land. Det er innført en rekke helsepolitiske tiltak for å redusere alkoholforbruk, røyking og fedme. Vaksinering mot humant papillomavirus (HPV) har vært en del av vaksinasjonsprogrammet for barn siden 2009, og Norge er her på linje med de beste EU-landene.

## Tidlig diagnose

Norge har et landsdekkende screeningprogram for brystkreft og livmorhalskreft, og andelen av kvinner som deltar er større enn gjennomsnittet i EU. Som i mange EU-land er det imidlertid færre som møter opp til screening blant kvinner med lavere sosioøkonomisk status. Flere tiltak er under vurdering for å øke oppmøtet blant svakerestilte grupper i befolkningen.

## Kreftomsorg

Kreftomsorgen i Norge er av god kvalitet, og overlevelsesraten over fem år er høyere enn EU-gjennomsnittet for de fleste krefttyper. Det har blitt innført flere helsepolitiske tiltak og ordninger for å fremme lik kreftomsorg, herunder faglige retningslinjer for behandling, standardiserte pasientforløp, forløps- og kreftkoordinatorer i kommunene og tiltak for å sikre bedre tilgang og kvalitetskontroll ved bruk av nasjonale registre. I 2018 var Norges samlede offentlige utgifter til kreft høyere enn EU-gjennomsnittet.



Netto overlevelsesrate over 5 år etter type kreft, 2010-2014

Kreftkostnader totalt (EUR per innbygger i KKP), 2018

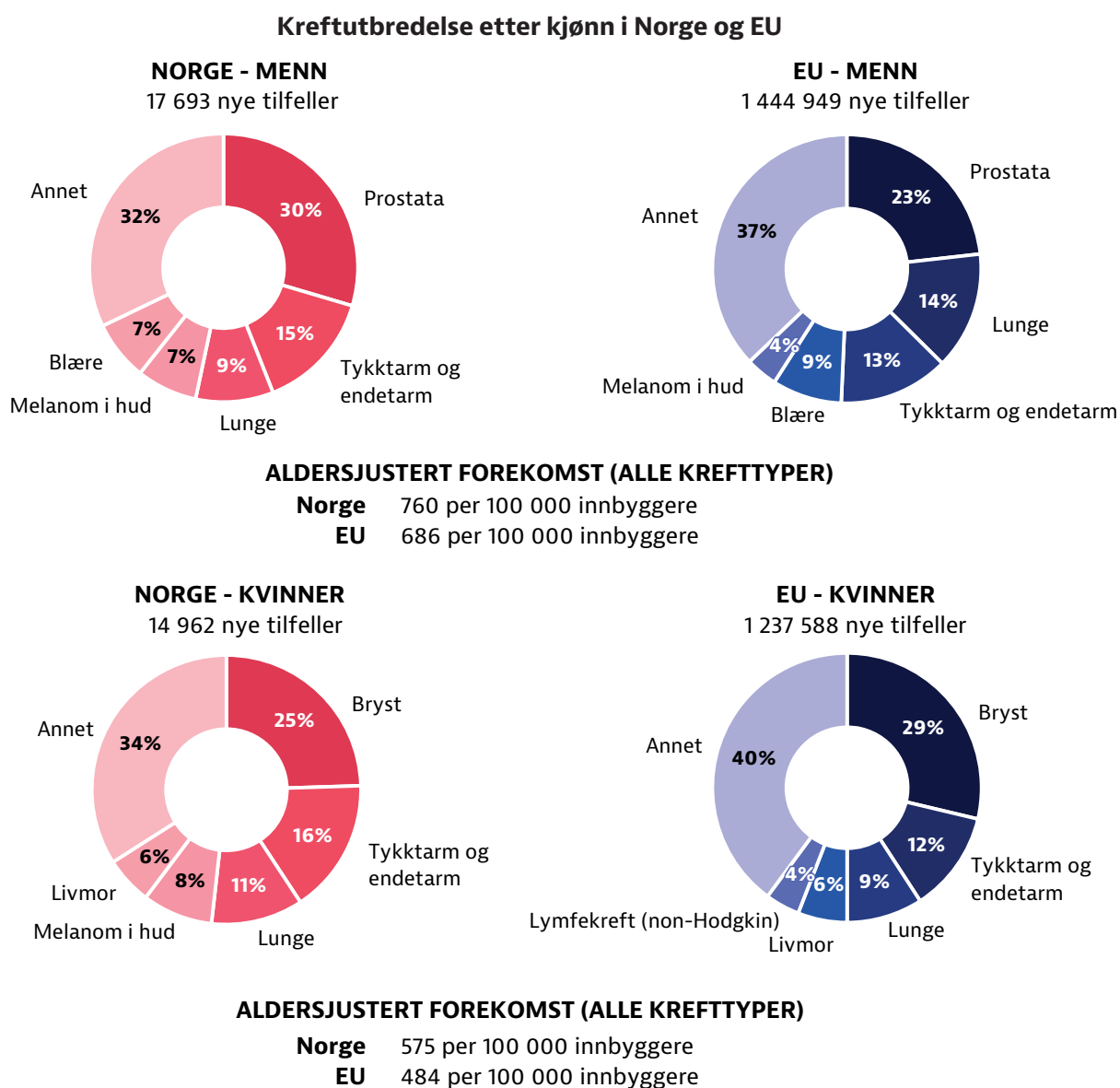
## 2. Kreft i Norge

### Norges kreftinsidensrater er høyere enn EU-gjennomsnittet

EUs felles forskningscenter (JCR), som driver det europeiske kreftinformasjonssystemet (ECIS), beregnet ut fra trendene for kreftutbredelse i årene før pandemien at Norge kunne forvente 35 600 nye krefttilfeller i 2020 (660 per 100 000 innbyggere), 17 700 (54.1%) blant menn og 15 000 (45.9%) blant kvinner<sup>1</sup> (Figur 1). Samme år var den aldersjusterte

insidensraten for alle typer kreft forventet å være høyere enn EU-gjennomsnittet for begge kjønn: 760 per 100 000 innbyggere for menn (sammenlignet med 686 i EU) og 575 per 100 000 innbyggere for kvinner (sammenlignet med 484 i EU). De siste årene har insidensratene i Norge sunket for menn og steget for kvinner for alle typer kreft (Kreftregisteret, 2021).

Figur 1. Norge har høyere aldersjusterte insidensrater enn EU-gjennomsnittet.



Merknad: Livmoren (corpus uteri) omfatter ikke livmorhalsen. Anslagene ble utarbeidet før koronapandemien, basert på insidensrater fra tidligere år, og kan avvike fra faktiske rater observert i senere år.  
Kilde: Det europeiske kreftinformasjonssystemet (ECIS), <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, data lastet opp 9.5.2022. © Den europeiske union, 2022.

<sup>1</sup> Ifølge Kreftregisteret ble det oppdaget 19 223 nye tilfeller hos menn og 16 292 nye tilfeller hos kvinner i 2020.

I 2020 var prostatakraft, kreft i tykktarm og endetarm, melanom i hud, lungekreft og blærekreft de fem vanligste krefttypene hos menn (Kreftregisteret, 2021). Hos kvinner var brystkreft, kreft i endetarm og tykktarm, lungekreft, melanom i hud og livmorkreft de fem mest utbredte kreftformene. I tidsrommet fra 2012-2016 til 2017-2021 ble det registrert en økning i aldersjusterte insidensrater for hudkreft (+10.3 %) for menn, mot en nedgang for lungekreft (8.5 %) og prostatakraft (12 %). Blant kvinner var økningen størst for hudkreft (+8 %), lungekreft (+3.4 %) og brystkreft (+5.2 %), mens det var en nedgang i forekomsten av eggstokkreft (-9.0 %) og livmorkreft (-4.7 %).

Magekreft var følge ECIS forventet å utgjøre 2 % av nye krefttilfeller hos menn og 1 % hos kvinner i 2020. Melanom i hud var forventet å utgjøre 7 % av nye krefttilfeller hos menn og 8 % hos kvinner, mer enn i noe EU-land. Det ble oppdaget rundt 5 746 nye tilfeller av sjeldne kreftsykdommer i 2013. I 2021 fikk 216 barn under 18 år kreftdiagnose i Norge. For barn med kreft er prognosene generelt bedre enn for voksne, og over 80 % av barn som får en kreftdiagnose overlever.

Basert på prognoser fra NORDCAN (nordiske kreftregistre) fra før pandemien, kan Norge forvente stigende forekomst av kreft de kommende årene, med en forventet økning på over 40 % innen 2040. Hovedgrunnen til dette er en aldrende befolkning. (Danckert mfl., 2019).

### Det oppdages færre krefttilfeller blant innvandrere i Norge

I 2020 utgjorde norskfødte med innvandrerforeldre 15 % av Norges samlede befolkning, men bare 8 % av alle oppdagede krefttilfeller (Kreftregisteret, 2020). Blant innvandrere fra Øst-Europa, Midtøsten, Afrika og Asia er forekomsten av kreft lavere enn i den norskfødte befolkningen samt lavere enn blant innvandrere født i de andre nordiske landene og andre høyinntektsland (Hjerkind mfl., 2020). En yngre befolkning, underdiagnostisering på grunn av lavere oppmøte til screening og mindre bruk av helsetjenester kan være noen av grunnene til den lavere forekomsten blant innvandrere.

### Kreft er i økende grad en kronisk sykdom

Stadig flere pasienter overlever etter en kreftdiagnose i Norge, og kreft er i ferd med å bli en kronisk tilstand (Kreftregisteret, 2020). Ved utgangen av 2020 hadde 5,7 % av befolkningen (305 503 personer) opplevd å få minst én kreftdiagnose i løpet av livet, en oppgang fra 4,2 %

(205 201 personer) ved utgangen av 2010. I 2016 hadde Norge en gjennomsnittlig prevalens over fem år på 1 844 tilfeller per 100 000 innbyggere for alle typer kreft, på lik linje med Sverige og noe lavere enn i Danmark (2 096) (Danckert mfl., 2019).

### Kreftdødeligheten avtar mye raskere enn gjennomsnittet i EU

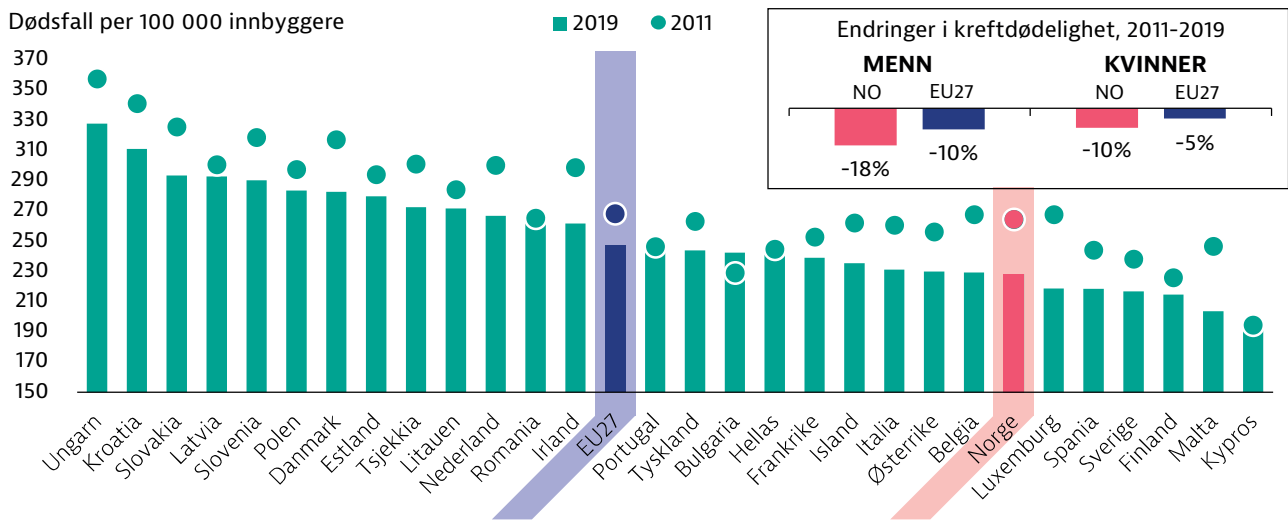
I 2020 døde 10 981 mennesker av kreft i Norge (Kreftregisteret, 2020). Lungekreft forårsaket 20 % av dødsfallene og bidro dermed mest til kreftdødeligheten, fulgt av tarmkreft (11 %), prostatakraft (9 %), kreft i bukspyttkjertelen (7 %) og brystkreft (5 %). Sammenlagt forårsaket disse fem krefttypene over 50 % av kreftdødsfallene. Mellom 2011 og 2019 gikk antallet kreftdødsfall per 100 000 innbyggere ned for både menn og kvinner, og dødeligheten per 100 000 innbyggere var i 2019 lavere i Norge (228) enn EU-gjennomsnittet (247). Antallet kreftdødsfall i Norge, justert for befolkningsstørrelse og -struktur, er under EU-gjennomsnittet. (figur 2). Dette er en betydelig forbedring fra 2011, da dødeligheten i Norge (264 per 100 000 innbyggere) var lik gjennomsnittet i EU (268 per 100 000 innbyggere), og hele 14 land hadde lavere kreftdødelighet.

I perioden fra 2011 til 2019 gikk kreftdødeligheten, justert for alder, ned for enkelte krefttyper med svært høy dødelighet, herunder lungekreft, tarmkreft og prostatakraft. Dødeligheten gikk imidlertid opp for leverkreft, blodkreft og kreft i bukspyttkjertelen (Figur 3).

I 2019 sto magekreft for 6 dødsfall per 100 000 innbyggere, noe som er lavere enn EU-gjennomsnittet (10 per 100 000), mens hudkreft samlet utgjorde 6 dødsfall per 100 000 innbyggere, det dobbelte av EU-raten på 3 per 100 000 .



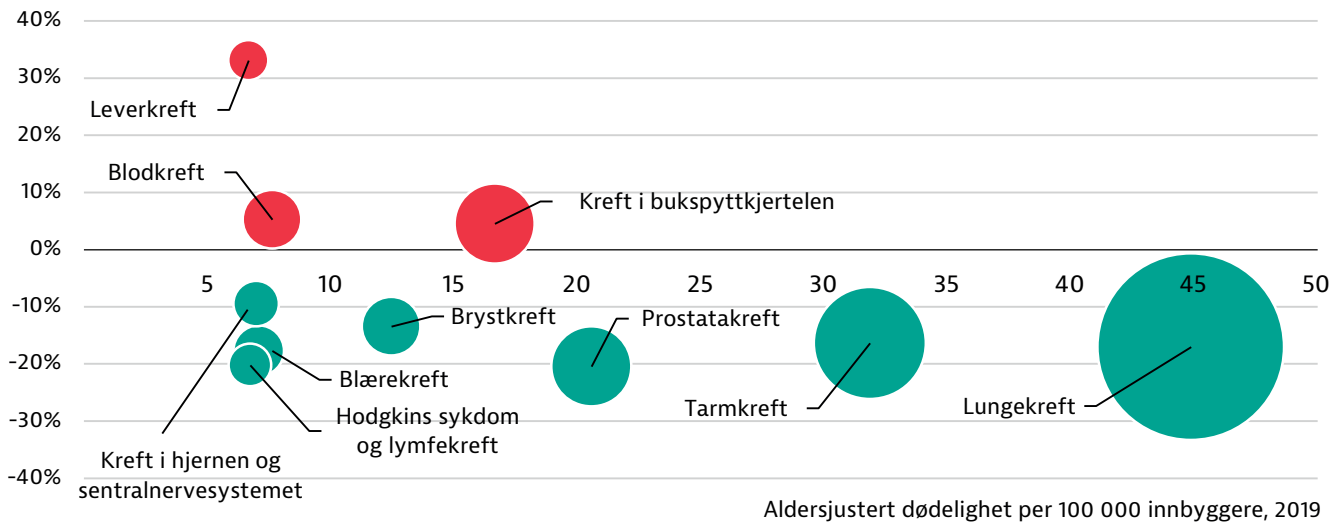
**Figur 2. Kreftdødeligheten i Norge synker raskere enn i mange EU-land**



Merknad: EU-gjennomsnittet er vektet (beregnet av Eurostat for 2011-2017 og av OECD for 2018-2019).  
Kilde: Eurostat-databasen.

**Figur 3. Dødelighetsraten for kreft med høy dødelighet er på vei ned i Norge**

Endringer i kreftdødelighet, 2011-2019 (eller nærmeste år)



Merknad: Røde bobler viser en prosentvis økning i kreftdødeligheten i perioden 2011-2019, mens grønne bobler viser en nedgang. Størrelsen på boblene er proporsjonal med dødeligheten i 2019. For noen krefttyper med lav dødelighet bør prosentendringene tolkes med forsiktighet. Størrelsen på boblene er ikke sammenlignbar mellom land.  
Kilde: Eurostat-databasen.

**Kreft har vært den ledende dødsårsaken i Norge siden 2017**

De siste årene har det vært en svak stigning i antall dødsfall som skyldes kreft i Norge, samtidig som antallet dødsfall som følge av hjerte- og karsykdommer har gått ned. Kreft har vært den ledende dødsårsaken, foran hjerte- og karsykdommer, siden 2017 (FHI, 2022).

De vanligste krefttypene er prostatakreft (5 030 nye tilfeller i 2020) og brystkreft (3 455 nye tilfeller). Det er imidlertid lungekreft som har høyest dødelighet og som er forbundet med flest tapte

leveår, siden de som rammes av lungekreft ofte får sykdommen i forholdsvis ung alder og mange dør av den. Det anslås at 35,2 % av alle tapte leveår i 2012 skyldtes kreft, og andelen var litt høyere for kvinner (37,8 %) enn for menn (32,8 %) (Brustugun, Møller & Helland, 2014). Selv om flere menn enn kvinner dør av kreft i Norge, er antallet tapte leveår på grunn av kreft høyere for kvinner (14,9) enn menn (12,7). Lungekreft alene forårsaket nesten like mange tapte leveår (22,1 %) som tarmkreft, prostatakreft og brystkreft til sammen (23,1 %). Antallet helsejusterte leveår tapt på grunn av kreft i Norge i 2019 (4 628 per 100 000 innbyggere) var

på linje med tallene i Sverige (4 807) og Finnland (4 995). Tallene er imidlertid lavere enn i mange av de øvrige EU-landene, herunder Danmark (6 239 helsejusterte leveår per 100 000).

### Helsevesenet i Norge har som mål at alle kreftpasienter skal behandles likt

Det norske helsevesenet bygger på prinsippene om universell helsedekning, desentralisering og fritt valg av helsetjenesteytere. Offentlige helsetjenester er skattefinansiert, og folketrygdordningen dekker alle innbyggere uavhengig av sosial status, alder og inntekt. Norge har innført flere helsepolitiske tiltak og ordninger for å sikre lik kreftomsorg, herunder faglige retningslinjer for behandling, standardiserte pasientforløp, forløps- og kreftkoordinatorer i kommunene og tiltak for å sikre bedre tilgang og kvalitetskontroll ved bruk av nasjonale registre.

I 2018 offentliggjorde den norske regjeringen «Leve med kreft – Nasjonal kreftstrategi (2019-2022)», som er en ajour- og videreføring av en strategi lansert i 2012. Den ajourførte strategien sikter på å gjøre norsk kreftomsorg enda bedre. Den har fem målområder: a) å sikre en mer brukerorientert kreftomsorg; b) å gjøre Norge til et foregangsland for gode pasientforløp, c) å gjøre Norge til et foregangsland innen kreftforebygging, d) at flere skal overleve og leve lenger med kreft, og e) å sikre best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.

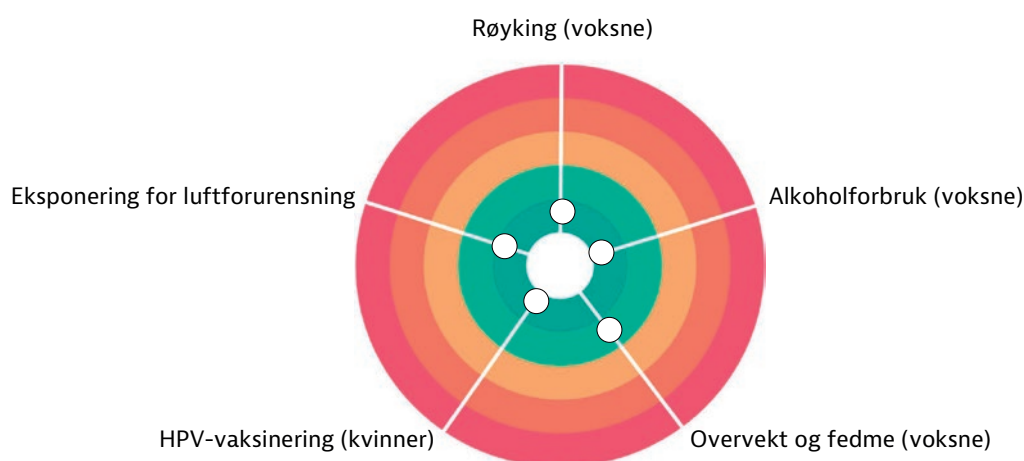
## 3. Risikofaktorer og forebygging

### En rekke atferds- og miljørisikoer er lavere i Norge enn i EU-landene

I 2020 gikk 2,7 % av Norges løpende offentlige helseutgifter til forebyggende tiltak, noe som er under EU-gjennomsnittet på 3,4 % og lavere enn i nabolandene Danmark (3,2 %) og Sverige (3,3 %). På

den annen side er flere atferds- og miljørisikoer for kreft, herunder røyking, alkoholforbruk, fedme og eksponering for forurensning, lavere i Norge enn i mange EU-land (Figur 4).

**Figur 4. Flere risikofaktorer for kreft lavere i Norge enn i EU-landene**



*Merknad: Jo nærmere midten prikken er, jo bedre gjør Norge det i forhold til EU-landene. Det er ingen land i det hvite «målområdet» fordi det fortsatt er rom for forbedring på alle områder.*

*Kilder: OECD-beregninger basert på undersøkelsen European Health Interview Survey (EHIS, 2019) for røyking og overvekt/fedme, OECDs helsestatistikk (2022) og Verdens helseorganisasjons GISAH (Global Information System on Alcohol and Health, 2020) for alkoholforbruk, Verdens helseorganisasjon for HPV-vaksinering (basert på Verdens helseorganisasjons / UNICEFs Joint Reporting Form on Immunization, 2020), og Eurostat for luftforurensning (2019).*

## Utbredelsen av sigarettøyking i Norge er på linje med de beste EU-landene

Daglig røyking er lite utbredt i Norge i forhold til EU-gjennomsnittet (Figur 5). Bare 10 % av befolkningen er vanerøykere. Dette er på nivå med de andre nordiske landene, mens EU-gjennomsnittet er nesten dobbelt så høyt (18.4 %).

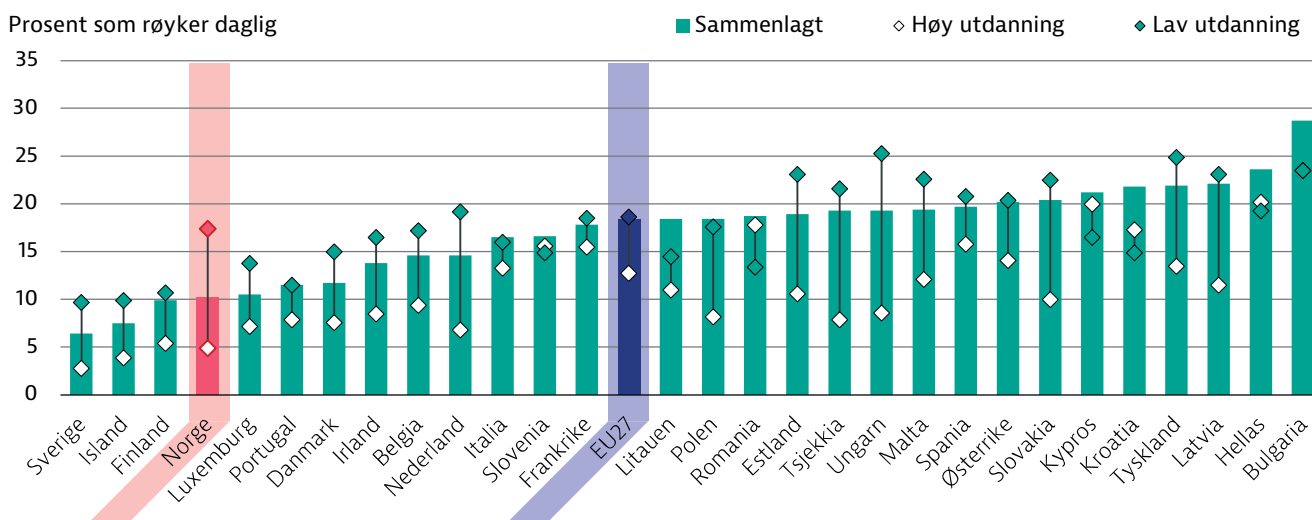
Som i mange EU-land er røyking mer utbredt i befolkningslag med lavere utdannings- og inntektsnivå. Skillet i utbredelsen av røyking mellom befolkningslag med høyere utdanning (4,9 %) og med lavere utdanning (17,4 %) er betydelig større enn i andre nordiske land og er også over gjennomsnittet i EU.

I de fleste EU-land er daglig røyking mest utbredt blant yngre befolkningsgrupper: 21,5 % av befolkningen i alderen 15-64 år og 8,5 % i

aldersgruppen 65 år og over var daglige røykere i 2019. Norge avviker fra denne trenden, siden andelen daglige røykere i alderen 65 år og over (11,1 %) er litt høyere enn i aldersgruppen 14-64 år (10,0 %). Det er flere daglige røykere blant menn (11,0 %) enn blant kvinner (9,4 %) i Norge, på linje med gjennomsnittet i EU (22,3 % av menn og 14,8 % av kvinner).

For å få ned tobakksbruken er det blant annet innført røykfrie spisesteder, forbud mot tobakksreklame, standardiserte sigarettesker, en rekke anti-røykekampanjer og høye tobakksavgifter. I tillegg deltar Norge aktivt i internasjonalt samarbeid om tobakkskontroll ledet av EU og Verdens helseorganisasjon.

**Figur 5. Daglig røyking er mindre utbredt i Norge enn gjennomsnittet i EU**



Merknad: EU-gjennomsnittet er vektet (beregnet av Eurostat). Kilde: Eurostat-databasen (EHIS). Data for 2019.

## Alkoholforbruket totalt er lavere i Norge enn i EU

I 2020 var alkoholforbruket per innbygger lavere i Norge (i gjennomsnitt 7,2 liter ren alkohol på årsbasis) enn gjennomsnittet i EU (9,8 liter) (Figur 6). Skadelig høyt alkoholforbruk var også mindre utbredt i Norge (2 %) enn EU-gjennomsnittet (2,7 %). Befolkningslag med høyere inntekt og/eller høyere utdanning er særlig utsatte for skadelige drikkemønstre, noe som fører til økt kreftisiko i disse gruppene. Det er et større skille knyttet til utdanningsnivå enn i EU-landene. I Norge forekommer skadelig drikking oftere blant folk med høyere utdanning (2,4 %) enn blant folk med lavere utdanning (1,6 %), mens de tilsvarende tallene for EU er 2,7 % i befolkningslag med høyere utdanning

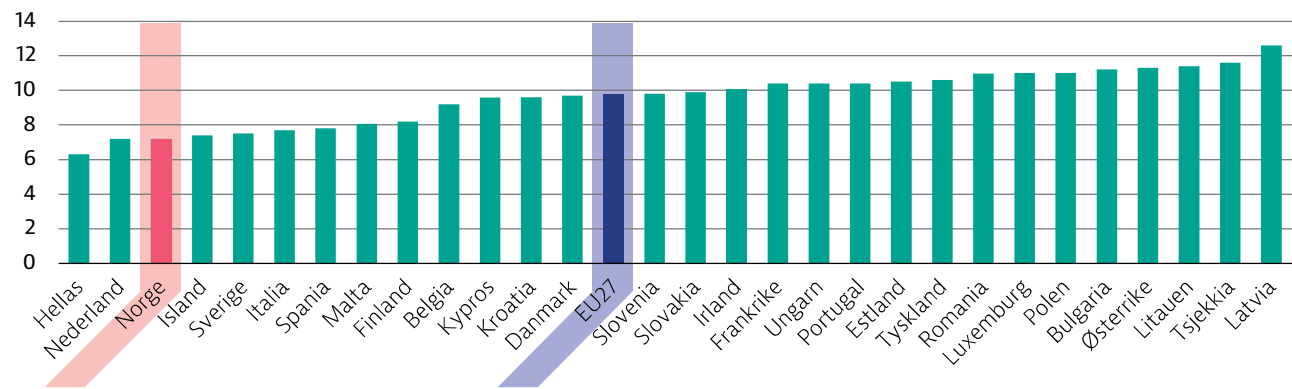
og 2,6 % i befolkningslag med lavere utdanning. I likhet med EU er skadelig alkoholinntak mer utbredt blant folk i alderen 65 år og over enn blant voksne i alderen 15-64 år. Norge skiller seg imidlertid ut fra de fleste EU-landene når det gjelder forskjeller mellom kjønnene, med høyere forekomst av farlig drikking blant kvinner (2,5 %) enn blant menn (1,5 %).

Det er også store geografiske forskjeller, med en høyere andel av skadelig høyt alkoholforbruk i byene (3 %) enn i landdistriktene (0,9 %). Forskjellen er særlig merkbart sammenlignet med EU-gjennomsnittet på 2,8 % i byene og 2,6 % i landdistriktene.



**Figur 6. Alkoholforbruket totalt er lavere i Norge enn i EU-landene**

Liter per innbygger



Merknad: EU27-gjennomsnittet er ikke vektet (beregnet av OECD).  
Kilder: OECDs helsestatistikk 2022; Verdens helseorganisasjon (GISAH).

For å redusere alkoholforbruket har den norske regjeringen innført alkoholpolitiske tiltak som fører til høye priser på alkohol, begrenset tilgang og en ideell distribusjonsmodell gjennom Vinmonopolet. Reklame for alkoholholdige drikkevarer og produkter av samme merke som alkoholholdige drikkevarer er forbudt i Norge.

**Det er en klar sammenheng mellom fedme og sosioøkonomisk status i Norge**

Forekomsten av overvekt og fedme i den norske befolkningen følger internasjonale trender, med en økende tendens over tid. Fedme er imidlertid mindre utbredt blant voksne i Norge enn i mange EU-land. Ifølge selvrapporterte data fra EHIS oppga halvparten (51 %) av den norske befolkningen at de hadde overvekt eller fedme i 2019, sammenlignet med 53 % i EU. Dette ble rapportert av 15 % flere menn (58 %) enn kvinner (43 %), og av 5 % flere i befolkningslag med lavere (50 %) enn med høyere utdanning (45 %).

Ifølge data fra Folkehelseinstituttet (FHI) har rundt 25 % av menn og 20 % av kvinner fedme, mens ett av seks barn har overvekt eller fedme. Denne trenden synes imidlertid å flate ut, til tross for en økende tendens til overvekt blant norske ungdommer de siste 40 årene. Fedme varierer med region og utdanningsnivå. Andelen overvektige barn er f.eks. 50 % høyere i landdistriktene enn i byene. Dette kan være en indikasjon på at folk bosatt i distriktene har en høyere risiko for å få kreft enn de som bor i mer sentrale strøk. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser dessuten at andelen overvektige barn er 30 % høyere blant barn av mødre med lavere utdanning enn blant barn av mødre med høyere utdanning. Blant innvandrere er opprinnelseslandet en viktig variabel, idet fedme

er mer utbredt blant innvandrere fra Pakistan, Irak og Tyrkia og mindre utbredt blant innvandrere fra Vietnam.

Et sunnere kosthold er en viktig politisk målsetning i Norge. En nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023), utarbeidet i samarbeid mellom privat, offentlig og frivillig sektor, setter kvantitative mål for endringer i norske matvaner. Som et ledd i dette arbeidet er markedsføring av matvarer og drikkevarer regulert. I 2019 ble det innført en merkeordning kalt Nøkkelhullet som skal fremme sunnere matvarer gjennom informasjon om matvarers ernæringsverdi som er lett å forstå.

**I Norge er eksponering for luftforurensning lavere enn i EU**

Eksponeringsnivået for PM<sub>10</sub><sup>2</sup> i Norge i 2019 var 11.8 µg/m<sup>3</sup>. Dette er under EU-gjennomsnittet på 20.5 µg/m<sup>3</sup>. Konsentrasjonen av PM<sub>2.5</sub> var også mye lavere i Norge (6.5 µg/m<sup>3</sup>) enn i EU (12.6 µg/m<sup>3</sup>). Basert på data fra forskningsinstituttet IHME anslås det at rundt 1 % av alle dødsfall i Norge i 2019 skyldtes eksponering for ozon og PM<sub>2.5</sub>, på linje med de laveste ratene i EU.

**HPV-vaksinering har vært en del av vaksinasjonsprogrammet siden 2009-2010**

Siden 1950-tallet har forekomsten av livmorhalskreft hos kvinner under 30 år i Norge nesten tredoblet seg. Av 21 160 kvinner som fikk livmorhalskreft i tidsrommet fra 1953 til 2013 var 5.3 % under 30 år (Gravdal mfl., 2021).

Jenter i alderen 12-13 år har siden 2009-2010 fått HPV-vaksine som et forebyggende tiltak mot livmorhalskreft og andre typer kreft forårsaket av humant papillomavirus. I 2018

2 Partikler klassifiseres etter størrelse. PM<sub>10</sub> viser til partikler mindre enn 10 mikrometer i diameter og PM<sub>2.5</sub> til partikler mindre enn 2,5 mikrometer i diameter.

ble programmet utvidet til å omfatte gutter i samme aldersgruppe. HPV-vaksinen er en del av barnevaksinasjonsprogrammet og finansieres gjennom statsbudsjettet for å sikre størst mulig dekning. Vaksinen tilbys dessuten gratis til kvinner

født etter 1991. I 2021 hadde 94 % av alle jenter og 93 % av alle gutter født i 2008 fått minst én dose av HPV-vaksinen, en andel som er høyere enn i noe EU-land.

## 4. Tidlig diagnose

På 1990-tallet innførte Norge befolkningsbasert screening (rettet mot målpopulasjoner med særlig risiko) for brystkreft og livmorhalskreft, mens tarmkreftscreening ble igangsatt høsten 2022. For å sikre likebehandling og størst mulig dekning er alle screeningundersøkelser i Norge gratis, og informasjon om programmene gis på flere språk. Det vurderes også særlige tiltak for å redusere sosial ulikhet i oppmøte og deltakelse.

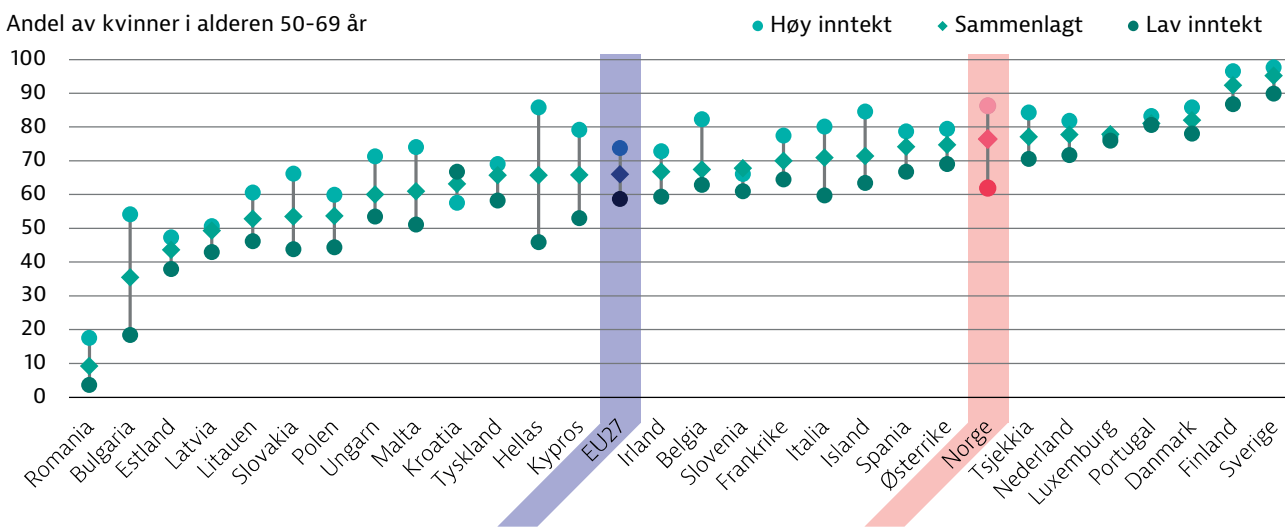
### Sosioøkonomiske faktorer påvirker oppmøte til mammografiundersøkelse

I 1996 ble det innført et landsomfattende mammografiprogram i Norge. Programmet er en offentlig helsetjeneste som styres av Kreftregisteret. Alle kvinner i alderen 50-69 år tilbys mammografiundersøkelse annethvert år, og oppmøtet er frivillig. I 2015 ble programmet evaluert av Norges forskningsråd, som konkluderte med at screeningen hadde redusert

brystkreftdødeligheten med 20-30 %, samtidig som fem kvinner var blitt overdiagnostisert for hvert dødsfall som ble forhindret.

Andelen kvinner i alderen 50-69 år som tar mammografi i Norge (76 %) er over EU-gjennomsnittet (66 %) (Figur 7). Sannsynligheten for å delta er mye større blant kvinner i høyere inntektsgrupper (86 %) enn blant kvinner i lavere inntektsgrupper (62 %). Denne forskjellen er 9 % større enn de tilsvarende tallene for EU. Undersøkelser har vist at det er mindre sannsynlig at innvandrerkvinner møter opp til mammografi enn øvrige kvinner, og at deltakelsen er særlig lav blant innvandrere med lavere utdanning og inntekt (Le mfl., 2019).

**Figur 7. Inntekt har større innvirkning på oppmøtet til mammografi blant kvinner i Norge enn i EU**



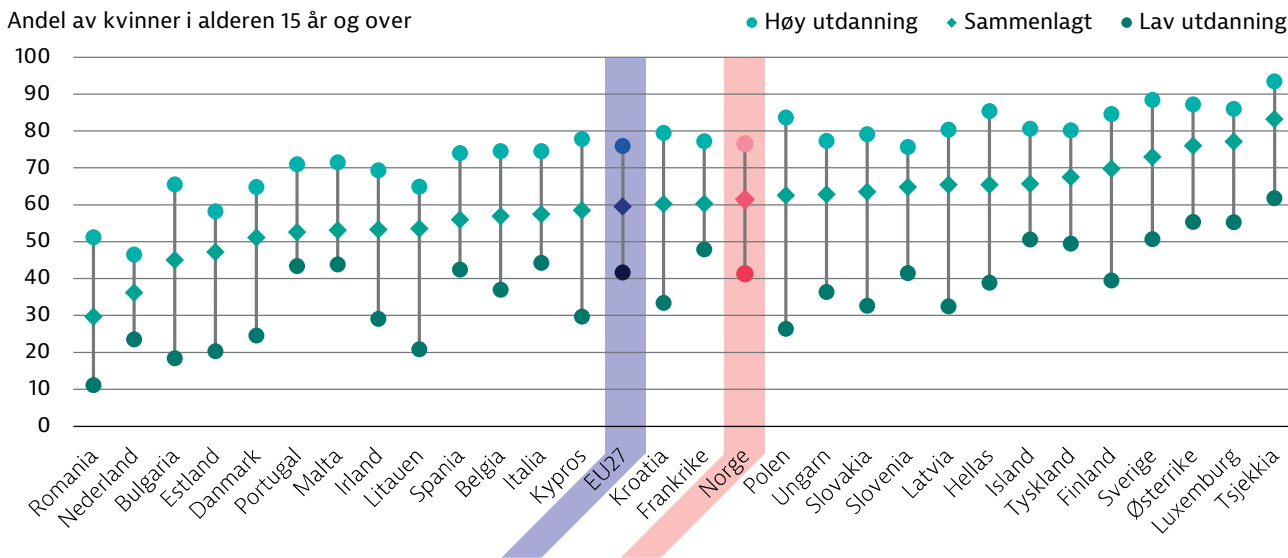
Merknad: EU-gjennomsnittet er vektet (beregnet av Eurostat). Figuren viser prosentandelen kvinner i alderen 50-69 år som oppgir å ha tatt mammografiundersøkelse de siste to årene.  
Kilde: Eurostat-databasen (EHIS). Data for 2019.

## Norge har truffet tiltak for å oppmuntre kvinner i svakerestilte grupper til å ta livmorhalsprøve

Norge har hatt et landsdekkende screeningprogram mot livmorhalskreft siden 1995. Programmet drives av Kreftregisteret i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Norske helsemyndigheter anbefaler at alle kvinner i alderen 25-69 år tar livmorhalsprøve hvert tredje år.

Deltakelsen i livmorhalskreftscreening i Norge (61 %) er nær EU-gjennomsnittet (60 %), men det er færre kvinner som deltar i grupper med lavere inntekt (44 %) enn i grupper med høyere inntekt (72 %). Det er også mye høyere deltakelse blant kvinner med høyere utdanning (77 %) enn blant kvinner med lavere utdanning (41 %). Det finnes et lignende skille knyttet til utdanning i EU-landene (Figur 8).

**Figur 8. Deltakelsen i screening mot livmorhalskreft i Norge er på linje med gjennomsnittet i EU**



*Merknad: EU-gjennomsnittet er vektet (beregnet av Eurostat). Figuren viser prosentandelen av kvinner i alderen 15 år og over som oppgir å ha tatt celleprøve de siste tre årene. Kilde: Eurostat-databasen (EHIS). Data for 2019.*

Innvandrerkvinner og kvinner som står utenfor arbeidslivet har mindre sannsynlighet for å ha tatt livmorhalsprøve de siste årene i Norge (Leinonen mfl., 2017). Det er foreslått tiltak rettet mot kvinner i svakerestilte grupper i befolkningen. Equalscreen er et pågående forskningsprosjekt som ser på hvilke alternative metoder som kan brukes for å

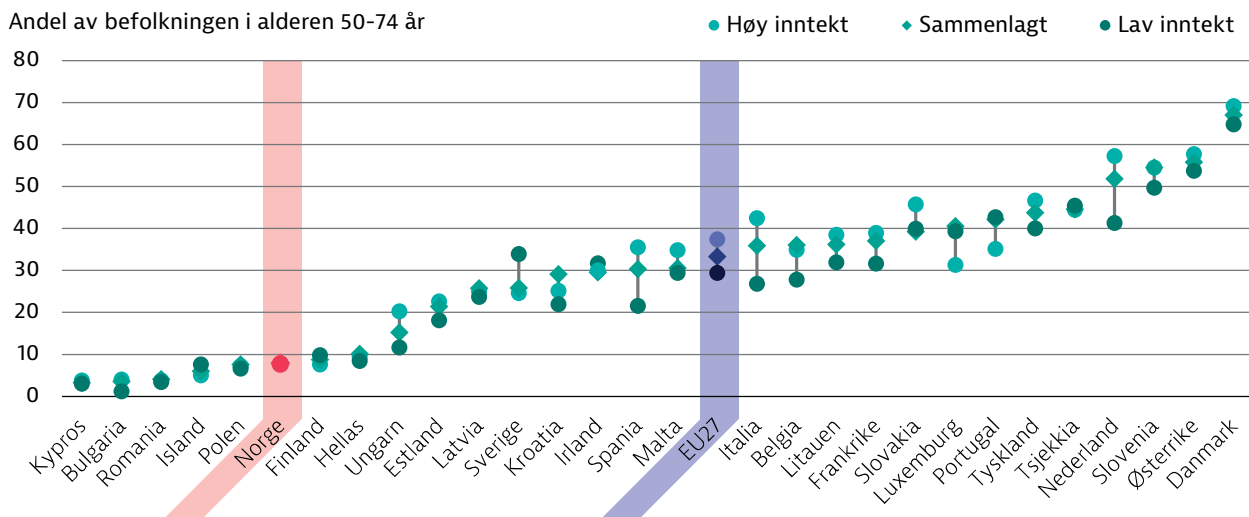
få kvinner til å ta livmorhalsprøve. Målet er å øke oppmøtet til screening mot livmorhalskreft og å redusere sosiale ulikheter (Boks 1).

### Boks 1. Equalscreen har som mål å få flere kvinner til å delta i kreftscreening og dermed redusere sosiale ulikheter

Studien, som utføres av Kreftregisteret, undersøker om en selv tatt hjemmetest kan øke deltakelsen blant kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøve på minst 10 år, og om selvprøvetaking kan redusere sosiale ulikheter i screeningen.

Det dreier seg om en randomisert kontrollert studie med sammenligning av følgende tre tiltak: a) vanlig påminnelse om å ta livmorhalsprøve, b) tilsending av hjemmetest og c) mulighet til å bestille hjemmetest.

**Figur 9. Deltakelse i screening mot tarmkreft i Norge er lavere enn EU-gjennomsnittet**



Merknad: EU-gjennomsnittet er vektet (beregnet av Eurostat). Figuren viser prosentandelen av befolkningen i alderen 50-74 år som oppgir å ha tatt en avføringsprøve de to siste årene. Kilde: Eurostat-databasen (EHIS). Data for 2019.

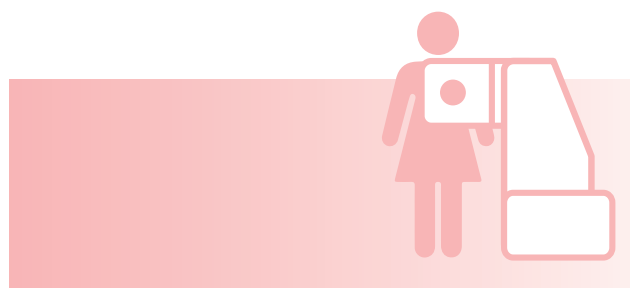
**Til tross for høy forekomst av tarmkreft ble et screeningsprogram først lansert i 2022**

Norge har høy forekomst av kreft i tykktarm og endetarm, men likevel fantes det ikke noe nasjonalt screeningsprogram før høsten 2022. Alle i aldersgruppen 55-65 år vil få tilbud om å ta en immunkjemisk avføringsprøve annethvert år, samt en koloskopiundersøkelse. Screeningprogrammet vil bli innført gradvis og vil avhenge av sykehusenes kapasitet til å gjennomføre undersøkelsen.

Deltakelsen i tarmkreftscreening blant den norske befolkningen har derfor vært forholdsvis lav de to siste årene (Figur 9). Andelen av personer i aldersgruppen 50-74 år som oppga å ha tatt en avføringsprøve de to siste årene er 8,0 % i Norge, sammenlignet med 25,9 % i Sverige og 67,1 % i Danmark. Det er små forskjeller knyttet til kjønn, utdanning og inntekt når det gjelder deltakelse i screening mot tarmkreft i forhold til EU-gjennomsnittet, i motsetning til det som er tilfellet for bryst- og livmorhalskreft.

**Norge har innført et pilotprosjekt for lungekreftscreening**

Norge har ingen landsomfattende screeningprogrammer mot lunge- eller prostatakreft. Et pilotprosjekt for screening mot lungekreft ble nylig startet opp på Akershus universitetssykehus, og de første deltakerne ble innkalt til screening i 2022. Så langt har i alt 125 000 personer bosatt i helseregionen Sør-Øst blitt innkalt til å delta i screeningen.



# 5. Kreftomsorg

## 5.1 Tilgang

### Norge har universell helsedekning og lave egenandeler for pasientene

Det norske helsevesenet finansieres av skatteinntekter og sikrer alle innbyggere universell helsedekning. Innmelding i folketrygden er automatisk. Retten til å motta helse- og omsorgstjenester gjelder alle som bor i Norge, herunder asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere med lovlig opphold i landet. Tjenestene som dekkes av folketrygden omfatter primærhelsetjenester, polikliniske tjenester, behandling på sykehus og reseptbelagte legemidler. Pasientene betaler en egenandel, men det er satt et tak på rundt €300 per pasient per år. Dette dekker under 15 % av de samlede offentlige helseutgiftene. Så godt som alle kreftpasienter i Norge får behandling på statlig finansierte sykehus, og kreftbehandling ved private sykehus skjer bare unntaksvis.

### Nye behandlingsmetoder godkjennes nasjonalt for å sikre universell dekning

Alle nye kreftbehandlingsmetoder som godkjennes av Det europeiske legemiddelbyrået går gjennom en nasjonal godkjenningssprosess for innføring av ny helseteknologi. Før det avgjøres om en ny behandlingsmetode skal tilbys av det norske helsevesenet blir det blant annet vurdert hvor virkningsfull, sikker og kostnadseffektiv den er. Vurderingene blir gjort i det nasjonale systemet «nye metoder». Blir metoden godkjent gjøres den tilgjengelig for alle pasienter med den relevante indikasjonen, og kostnadene refunderes av det offentlige.

### Det er god tilgang til strålebehandling i Norge sammenlignet med EU-landene

Med 11,3 strålebehandlingssentre per million innbyggere har Norge høy tetthet av slike sentre, godt over EU-gjennomsnittet på 8,9 millioner. I EU har bare Sverige, Danmark, Kypros og Irland høyere tetthet (Figur 10). Norge har også en høy tetthet av sentre som tilbyr MV-terapi, med 7,8 behandlingssteder per million innbyggere (i forhold til EU-gjennomsnittet på 6,8). Innvendig strålebehandling (Brachy-terapi) er en høyt spesialisert teknikk som er bedre tilgjengelig i Norge enn i de fleste EU-land (2,2 per million

innbyggere sammenlignet med 1,8 i EU). Norge har i dag ingen sentre for protonbehandling, men to behandlingssteder er under bygging i Helseregionene Vest og Sør-Øst (i Bergen og Oslo).

Antallet kreftspesialister har i senere tid økt kraftig: tettheten av onkologer gikk opp med over 70 %, fra 2,4 til 4,2 onkologer per 100 000 innbyggere, mellom 2005 og 2015. Dette tallet er høyere enn i de fleste EU-land. I 2020 hadde Norge 5,1 praktiserende leger per 1 000 innbyggere, i forhold til et gjennomsnitt på 4 i EU-landene.

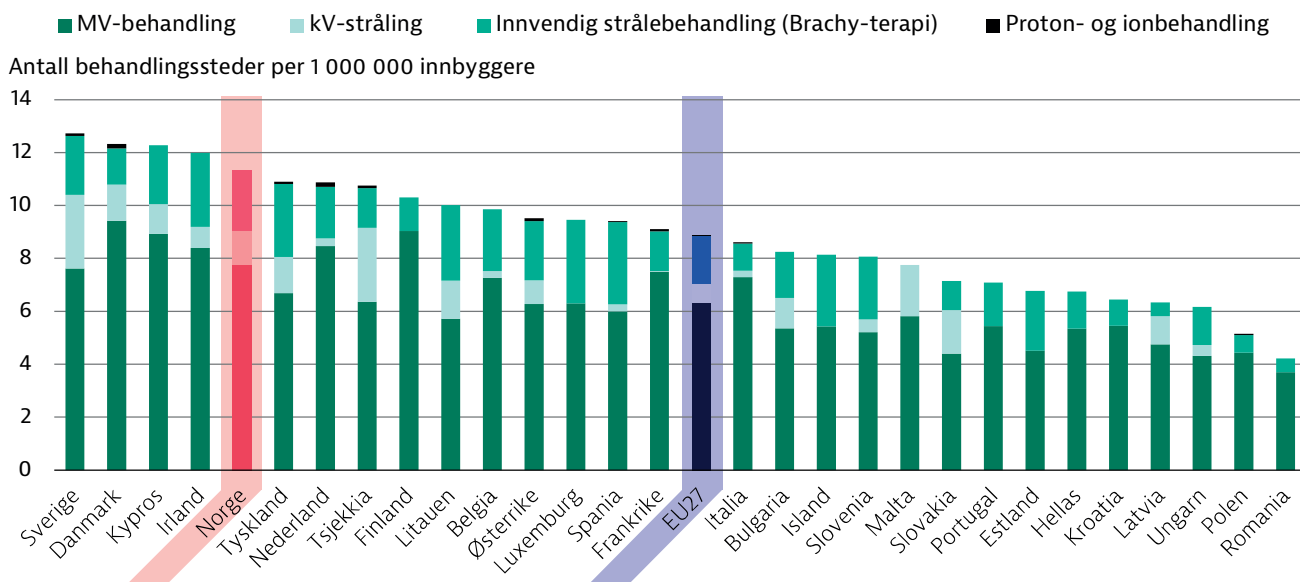
### Det er fortsatt geografiske forskjeller i kreftbehandlingstilbudet

Behandlingstilbudet er ikke nødvendigvis likt for alle som får kreftdiagnose selv om universalitet står sentralt i det norske helsevesenet. Befolkningstettheten i Norge varierer sterkt, og mer enn 50 % av befolkningen bor i den sørøstlige delen av landet (Helseregion Sør-Øst). Tidligere forskning har vist at kreftpasienter som bor i Helseregionene Nord og Vest får mindre kreftbehandling de siste ukene av livet. Noen typer behandling tilbys dessuten bare på universitetssykehus i byer eller tettbygde strøk. Pasienter som bor i landområdene må ofte reise lange avstander for å motta behandling og har dermed dårligere tilgang.

### Studier viser til forsinket kreftbehandling for innvandrere

Det har blitt uttrykt bekymring for at den voksende innvandrerbefolkningen i Norge ikke får tilgang til egnet kreftbehandling til rett tid. Forskere har anslått ventetiden mellom diagnose og behandlingsstart og sett på mulige forskjeller mellom innvandrere og den øvrige befolkningen i behandlingsmønstrene for kreftpasienter (Thøgersen mfl., 2020). Det ble konstatert forsinket behandling mot lungekreft og brystkreft blant noen innvandrergrupper i Norge. Det var få forskjeller i behandlingsmønstrene for de fire vanligste krefttypene (brystkreft, tarmkreft, lungekreft og prostatakreft), men for brystkreft var sannsynligheten for å få brystrekonstruksjon lavere for kvinner fra Øst- og Sør-Asia.

**Figur 10. Norge har høy tetthet av strålebehandlingsentre**



Merk: kV står for kilovolt. EU27-gjennomsnittet er ikke vektet (beregnet av OECD)  
 Kilde: Det internasjonale atomenergibyrået.

**Tilgang til behandling mot sjeldne typer kreft er en utfordring**

Begrenset tilgang til nye behandlingsmetoder mot sjeldne sykdommer, herunder noen typer kreft, er et tema som er gjenstand for debatt i Norge. Ordningen for vurdering og godkjenning av nye behandlingsmetoder har blitt kritisert for ikke å ta høyde for innovasjon på dette området, og det blir etterlyst nye ordninger for vurdering og finansiering av helseteknologi. Betenkn timer rundt kostnadseffektivitet og behandlingsmetoder av eksperimentell art synes å være de viktigste hindringene. Betinget eller midlertidig godkjenning, vurdering på etterhånd basert på registerdata og alternative prismetoder er noen av tiltakene som er foreslått for å finne en løsning.

**Norge har innført en rekke tiltak for å fremme målrettet kreftbehandling**

De siste årene har det blitt truffet en rekke offentlige tiltak knyttet til presisjonsmedisin i Norge. Formålet er å bedre tilgangen til skreddersydde legemidler og å gi leger og forskere mer erfaring innen presisjonsmedisin, samt å støtte helseteknologivurderinger og refusjonsordninger for nye legemidler på dette området. Initiativene er en del av prosjektet Precision Cancer Medicine (PCM) (boks 2).

**Boks 2. Det pågår flere prosjekter innen målrettet kreftbehandling i Norge**

Prosjektet Connect oppretter en strukturert dialog mellom alle relevante aktører og en plattform for planlegging, deling av informasjon og gjennomføring av presisjonsmedisin og -diagnostikk i Norge.

InPreD (infrastruktur for presisjonsdiagnostikk) er et nasjonalt nettverk for presisjonsdiagnostikk som er en del av infrastrukturen i spesialisthelsetjenesten. InPreD bygges opp ved alle universitetssykehus, og pasienter fra alle norske sykehus kan henvises til nettverket.

IMPRESS-Norway er en ikke-randomisert klinisk studie som vurderer virkningen av kreftmedisiner på nye indikasjoner, med sikte på bedre offentlig kreftomsorg gjennom målrettet behandling.

INSIGHT (rammeregulering for gjennomføring av presisjonsmedisin i Norge) bruker data fra IMPRESS og InPreD for å vurdere kostnadseffektivitet i PCM-modellen og foreslå en ny refusjonsordning som tar hensyn til usikkerheten knyttet til presisjonsmedisin.



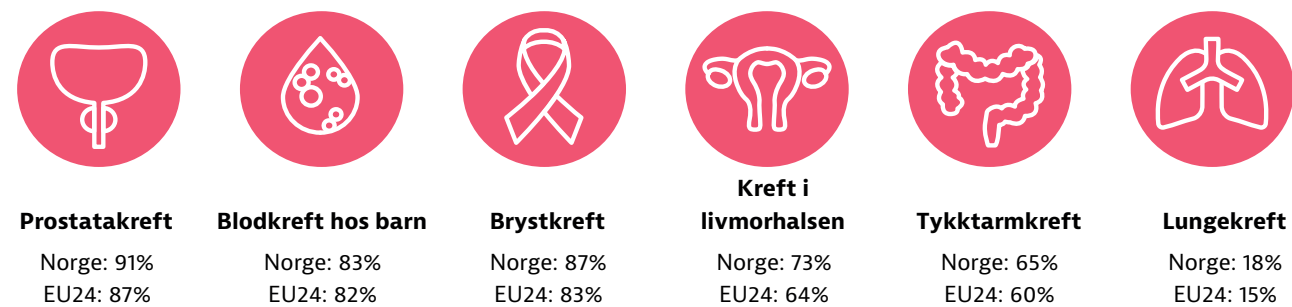
## 5.2 Kvalitet

### Kreftomsorgen er av høyere kvalitet i Norge enn i EU

De siste 50 årene har kreftdødeligheten i Norge gått ned for menn, mens den har vært stabil for kvinner. Den generelle tendensen over fem år er at overlevelsesraten øker for begge kjønn. Dette gjenspeiler fremgang innen kreftforebygging og kreftomsorg (Kreftregisteret, 2021).

Norge har høyere overlevelsesrater over fem år enn EU-gjennomsnittet for leukemi hos barn, prostatakreft, brystkreft, livmorhalskreft, tarmkreft og lungekreft (Figur 11), et klart tegn på kvalitet i kreftomsorgen. Forskjellen er særlig merkbar for livmorhalskreft, med en overlevelsesrate på 73 % i Norge sammenlignet med 64 % i EU.

**Figur 11. Utsiktene til kreftoverlevelse over fem år er gode i Norge sammenlignet med EU**



*Merknad: Data for personer som fikk kreftdiagnose mellom 2010 og 2014. Med leukemi menes akutt lymfoblastisk kreft. Kilde: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.*

Oslo universitetssykehus fikk i 2017 status som Comprehensive Cancer Centre (CCC) i Europa. Sykehusets kreftsenter omfatter flere klinikker og avdelinger, og det holdes jevnlig møter med representanter for institusjoner og grupper innen kreftforskning og kreftomsorg. Det utføres grunnforskning samt translasjonell, klinisk og epidemiologisk forskning.

### Norge har innført flere helsepolitiske tiltak for å fremme likeverdig kreftomsorg

I de senere år har det blitt innført flere helsepolitiske tiltak for å fremme kvalitet i kreftomsorgen, der et av hovedmålene har vært å sikre likeverdig kreftomsorg for alle. Standardiserte pasientforløp for kreftbehandling ble innført i 2015, og i 2022 var det utviklet pasientforløp for 28 forskjellige krefttyper. Sykehusene har pasientløpkoordinatorer som er ansvarlige for å sette opp legetimer og fungerer som kontaktpersoner for pasientene. Koordinatorene har ansvaret for å sikre kontinuitet gjennom hele forløpet og for å påse at alle pasienter får behandling i samsvar med gjeldende faglige retningslinjer. Ventetiden for behandling ble ifølge en studie forkortet for flere typer kreft i perioden fra 2007 til 2016 (Nilssen mfl., 2019). Mange norske kommuner har en kreftkoordinator som har oversikt over hva som finnes av tilbud og muligheter for pasientene og tilbyr dem støtte både under og etter behandlingen.

### Faglige retningslinjer for behandling skal sikre lik tilgang til omsorg av høy kvalitet

Helsedirektoratet har utarbeidet faglige retningslinjer for behandling av de mest utbredte kreftformene. Formålet er å sikre at kreftbehandlingen som tilbys av det offentlige helsevesenet er av høy kvalitet og at alle pasienter over hele landet har lik tilgang. Målgruppene for retningslinjene er allmennleger samt medisinske spesialister innen kirurgi, onkologi, radiologi og patologi. Retningslinjene er utviklet i nært samarbeid med helsefagfolk og representanter for pasientene. Pasientene kan ha rett på behandling i utlandet dersom Norge mangler ekspertise på et særskilt område, f.eks. innen sjeldne former for kreft. Pasienter som oppfyller kravene får dekt behandling på sykehus i utlandet av staten.

### Norge har en rekke helseregistre som bidrar til bedre kreftomsorg

Norge har usedvanlig god tilgang til data fra kvalitetsregistre fordi det har vært tradisjon for å samle inn data gjennom nasjonale registre og mulighet til å koble ulike registre ved hjelp av personnummer. Registerne dekker i prinsippet alle kreftpasienter i Norge. De inneholder informasjon om bl.a. diagnose og behandling, pasientkarakteristikk, sammenfallende sykkelighet og andre kliniske variabler. Det finnes i alt 17 sentrale helseregistre i Norge

som er lovbestemte og landsdekkende, i tillegg til åtte nasjonale kvalitetsregistre for ulike kreftsykdommer.

Registrene brukes til å følge opp screeningresultater og til å samle inn og analysere relevante genomiske data og opplysninger om bl.a. stadium ved diagnose, behandling (prosedyrer, medisiner) og etterbehandling samt pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PREM- og PROM-data). Data fra registrene brukes også i utformingen av klinisk praksis og i vurderingen av praksisen ved enkeltsykehus eller for visse pasientgrupper. De kan også brukes til å analysere forskjeller mellom ulike befolkningsgrupper. Analyser av data fra kvalitetsregistrene presenteres i offentlig tilgjengelige årsrapporter. Registrene er et viktig hjelpemiddel for helsemyndighetene i arbeidet med å overvåke kreftbyrden, utforme helsepolitiske tiltak og sikre likeverdig kreftomsorg. Årsrapporter og kvalitetsindikatorer drøftes på årlige møter med representanter for pasientene. Inntil nylig inneholdt registrene lite informasjon om kreftmedisiner gitt ved sykehusene. Automatisk registrering og elektronisk oversending av kreftmedisindata fra sykehusenes systemer til Kreftregisteret ble innført gjennom prosjektet INSPIRE.

### Reintegrering i arbeidslivet og psykologisk støtte er politiske målsetninger for regjeringen

Den nasjonale kreftstrategien «Leve med kreft» (2019-2022) framhever reintegrering i arbeidslivet og psykologisk støtte til pasientene i tiden etter

kreftbehandlingen som viktige mål. Regjeringen har innført standardiserte etterbehandlingsforløp for å lette overgangen til en ny fase i livet for pasientene.

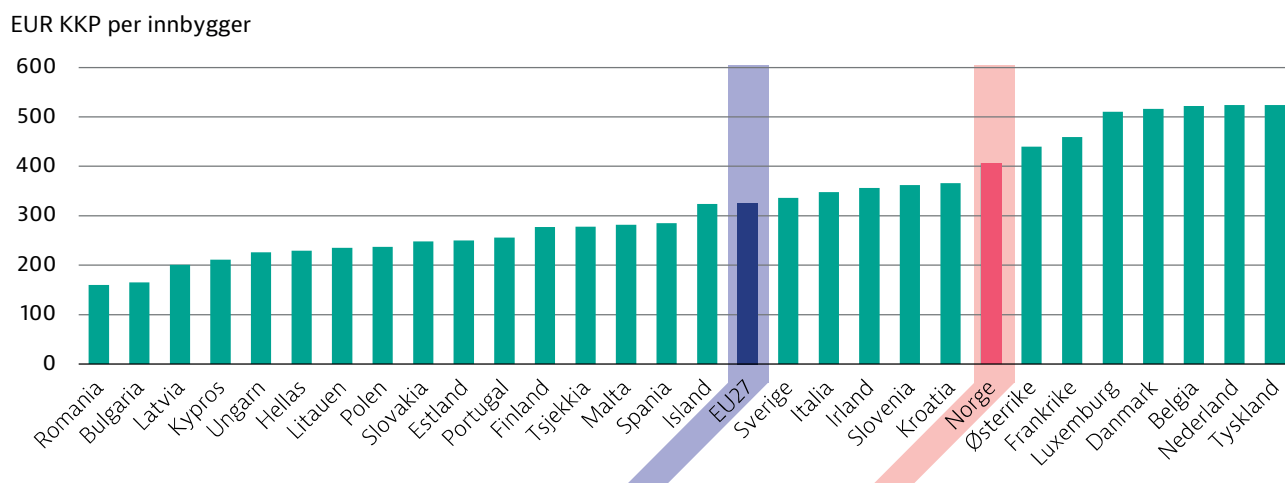
## 5.3 Kostnader og verdi for pengene

### Norge har høyere kreftkostnader enn EU-gjennomsnittet

I 2018 var de samlede offentlige utgiftene til kreft i Norge anslått til EUR 3 212 millioner, sammenlignet med EUR 6 129 millioner i snitt for EU-landene. Justert for befolkningsstørrelse og kjøpekraftsparitet er de samlede kreftkostnadene per innbygger noe høyere i Norge (406 EUR) enn EU-gjennomsnittet (EUR 326) (Figur 12). Kostnadene per innbygger er lavere i Norge enn i EU-land som Tyskland, Nederland, Belgia, Danmark og Luxembourg, men høyere enn i Finland og Sverige.

Helseutgifter forbundet med kreft (EUR 1 575 millioner) utgjorde 4,2 % av de samlede offentlige helseutgiftene i Norge i 2018. Dette er under EU-gjennomsnittet på 6,2 %. Målt som en andel av de samlede offentlige helseutgiftene er kreftkostnadene i Norge på linje med tallene i andre nordiske land, herunder Danmark (4,8 %), Finland (4,0 %) og Sverige (3,7 %).

**Figur 12. Kreftkostnadene i Norge er høyere enn EU-gjennomsnittet**



Merknad: EU27-gjennomsnittet er ikke vektet (beregnet av OECD).  
Kilde: Hofmarcher mfl. (2020).



## Norge har større produktivitetstap på grunn av kreftdødelighet enn EU-landene

Helseutgiftene til kreftomsorg i Norge (medregnet kreftmedisiner) er nesten det dobbelte av EU-gjennomsnittet (EUR 296 mot EUR 154). De indirekte kostnadene er også høye. Kostnadene per innbygger for produktivitetstap på grunn av kreftdødelighet, som også omfatter tapte inntekter for lønnstakere på grunn av sykefravær og uførhet/funksjonshemming, er nesten tre ganger høyere enn EU-gjennomsnittet (EUR 126 mot EUR 42).

Offentlige utgifter til kreftmedisin er 50 % høyere i Norge enn i EU (EUR 69 mot EUR 47 EUR per innbygger). Det er store variasjoner i behandlingstkostnadene for ulike typer kreft (Bugge, 2022). Kreft med en overlevelseshastighet på 50-70 % over fem år, herunder myelomatose, kreft i munn/farynx og lymfom (non-Hodgkin) er forbundet med høyere kostnader enn kreftformer med veldig god eller svært dårlig prognose. Norske studier har dessuten vist at kreftkostnader og ressursutnyttelse varierer med alder, kjønn og region (Bugge mfl., 2021). Pasienter bosatt i Nord-Norge og på Vestlandet har dårligere utsikter til å få kreftbehandling i livets slutfase.

## 5.4 Covid-19 og kreft: oppbygging av motstandskraft

### Det ble stilt færre kreftdiagnoser under pandemien

Data fra Kreftregisteret viser at det ble stilt færre diagnoser i Norge i 2020 enn i 2019 for enkelte typer kreft (Kreftregisteret, 2021). Forekomsten av brystkreft og livmorhalskreft gikk ned med henholdsvis 10 % og 15 %. Det ble også diagnostisert færre tilfeller av eggstokkreft i 2020 enn i 2019, og forekomsten av lungekreft hos kvinner gikk ned med 6 %. Etter denne nedgangen i brystkreft, eggstokkreft og lungekreft hos kvinner i 2020 var det igjen en økning i antall tilfeller i 2021. I det andre pandemiåret var kreftdiagnostiseringen i Norge stort sett tilbake på samme nivå som før pandemien.

## Koronapandemien påvirket kreftscreeningen

Ved starten av pandemien ble kreftscreeningprogrammene satt på vent for å frigjøre ressurser til akuttbehandling og begrense koronasmitten. Mammografiprogrammet stanset helt opp i midten av mars 2020. Fra våren 2020 ble screeningen gradvis gjenopptatt, og alle screeningsentre åpnet igjen i august 2020.

Oppmøtet til celleprøvetaking fra livmorhalsen gikk noe ned fra 70,2 % in 2019 til 69,1 % in 2020 (det laveste nivået på ti år).

## Kreftbehandlingen ved norske sykehus ble knapt påvirket av pandemien

Den norske koronakommisjonen publiserte nylig sin vurdering av myndighetenes håndtering av pandemien. Rapporten drøfter bl.a. konsekvensene av pandemien for kreftbehandling i Norge (Koronakommisjonen, 2022). For å kunne motta flest mulig koronasmittede pasienter utsatte flere sykehus planlagte operasjoner og behandling av andre pasienter. Kreftpasienter og barn ble imidlertid prioritert, slik at behandlingen av disse gruppene ikke ble påvirket av pandemien.



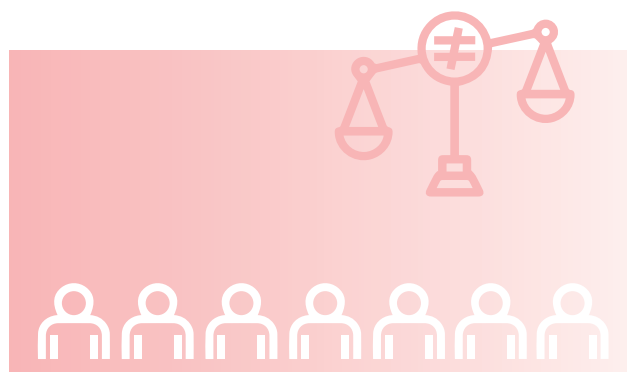
## 6. Søkelys på ulikheter

Helsedekningen i Norge er universell, dvs. at alle har lik tilgang til helsetjenester, herunder asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere med lovlig opphold i landet. Pasientene betaler kun en liten egenandel. Alle som bor i Norge skal i prinsippet skal ha lik tilgang til helsetjenester av samme kvalitet, det er imidlertid ikke alltid tilfellet i praksis. Som i mange EU-land er det klare ulikheter i forebygging, tilgang til tidlig diagnose og behandling av kreft basert på kjønn og sosioøkonomiske forhold.

- Krefttrisikofaktorer som røyking og fedme er mer utbredt blant folk med lavere sosioøkonomisk status. Daglig sigarettøyking er mer enn tre ganger så utbredt i grupper av befolkningen med lavere utdanning enn i grupper med høyere utdanning. Det finnes også ulikheter knyttet til kjønn og utdanning for overvekt og fedme, som er 15 % mer utbredt blant menn (58 %) enn blant kvinner (43 %) og 5 % mer utbredt i grupper av befolkningen med lavere utdanning (50 %) enn i grupper med høyere utdanning (45 %).
- Oppmøtet til mammografiundersøkelse er nesten 40 % høyere blant kvinner med høyere inntekt (86 %) enn blant kvinner med lavere inntekt (62 %). Det observeres lignende sosioøkonomiske skiller for kvinners oppmøte til screening mot livmorhalskreft. Equalscreen-initiativet ser på hvilke alternative metoder som kan brukes for å få kvinner til å ta livmorhalsprøve med sikte på å øke oppmøtet til screening og å redusere sosiale ulikheter.
- Folk som bor i byene har bedre tilgang til behandling enn folk som bor i landdistriktene. Dette er fordi noen typer behandling bare tilbys på universitetssykehusene, som ligger i byer eller tettbygde strøk. Pasienter som bor i landdistriktene må ofte reise lange avstander for å motta behandling og har dermed dårligere tilgang.
- Innvandrere må vente lenger på å få behandling enn den øvrige befolkningen. Dette er bl.a. tilfellet for brystkreft, der sannsynligheten for å få brystrekonstruksjon er lavere for kvinner fra Øst- og Sør-Asia enn for kvinner som ikke er innvandrere.

Det har blitt innført en rekke helsepolitiske tiltak og ordninger for å fremme lik kreftomsorg, herunder faglige retningslinjer for behandling, standardiserte pasientforløp, forløps- og kreftkoordinatorer i kommunene og tiltak for å sikre bedre dekning og kvalitetskontroll ved bruk av nasjonale registre. De mange helseregistrene i Norge er et nyttig verktøy i utformingen av helsepolitiske tiltak og gir gode muligheter til å avdekke og rette opp ulikheter i kreftomsorgen.

Koronapandemien har trolig ført til større ulikheter i Norge. For noen typer kreft var det en nedgang i antallet pasienter som fikk diagnose i 2020, men i 2021 var aktiviteten var tilbake på normalt nivå. Redusert screeningaktivitet under pandemien kan ha gått hardest ut over svakerestilte grupper i befolkningen ved å føre til større ulikheter.



Brustugun OT, Møller B, Helland A (2014), Years of life lost as a measure of cancer burden on a national level, *British Journal of Cancer*, 111(5):1014-20.

Bugge C (2022), *Real world evidence in priority setting and health care planning: an application on the cost of cancer*. PhD thesis, University of Oslo.

Bugge C et al. (2021). What are determinants of utilisation of pharmaceutical anticancer treatment during the last year of life in Norway? A retrospective registry study. *BMJ Open*. 2021 Sep 27; 11(9):e050564. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050564. PMID: 34580099; PMCID: PMC8477316.

Kreftregisteret (2021), *Cancer in Norway 2020: cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Kreftregisteret.

Danckert B et al. (2019), NORDCAN: cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic Countries, Version 8.2 (26.03.2019 Association of the Nordic Cancer Registries). Danish Cancer Society. Tilgjengelig på <http://www.ancr.nu>, sett 7.6.2022.

FHI (2022). Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/>.

Gravdal BH et al. (2021), Cervical cancer in women under 30 years of age in Norway: a population-based cohort study, *BMC Women's Health*, 21(1):110.

Hjerkind KV et al. (2020), Cancer incidence in non-immigrants and immigrants in Norway, *Acta Oncologica*, 59(11):1275-83.

Hofmarcher T et al. (2020), The cost of cancer in Europe 2018, *European Journal of Cancer*, 129:41-9.

Le M et al. (2019), Lower attendance rates in BreastScreen Norway among immigrants across all levels of socio-demographic factors: a population-based study, *Journal of Public Health*, 27(2):1-12.

Leinonen MK et al. (2017), Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway, *European Journal of Public Health*, 27(5):873-9.

Nilssen Y et al. (2019), Decreasing waiting time for treatment before and during implementation of cancer patient pathways in Norway. *Cancer Epidemiol.* 2019 Aug;61:59-69. doi: 10.1016/j.canep.2019.05.004. Epub 2019 May 27. PMID: 31153048.

Koronakommisjonen (2022): Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Offentliggjort av Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>

Thøgersen H et al. (2020), Waiting times and treatment following cancer diagnosis: comparison between immigrants and the Norwegian host population, *Acta Oncologica*, 59(4):376-83.

## Landforkortelser

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

European Cancer Inequalities Registry

# Landprofil om kreft 2023

Det europeiske kreftulikhetsregisteret er en sentral del av EUs krefthandlingsplan. Registeret inneholder gode og pålitelige data om kreftforebygging og -omsorg som gjør det mulig å peke på trender og forskjeller mellom EUs medlemsstater og regioner. Registeret inneholder et nettsted og et 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 tiltak i 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. Det europeiske kreftulikhetsregisteret 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 landskreftprofil gir en kort syntese 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 virkningen av COVID-19 på kreftomsorg

Vennligst benytt følgende referanse ved henvisning til denne publikasjonen:

OECD (2023), *Landprofil om kreft: Norge 2023*,

EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4d518a06-no>.

ISBN 9789264330184 (PDF)

Series : EU Country Cancer Profiles

