

15. JANUAR 2025

Kræftområdet

Udvikling 2013-2023



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

1. Indhold

2.	Indledning	4
2.1	Baggrund	4
2.2	Formål	4
3.	Kræftpopulation	8
3.1	Afgrænsning af kræftpopulation	8
4.	Nye kræfttilfælde, prævalens og kræftoverlevelse i Danmark	10
4.1	Nye kræfttilfælde og prævalens	10
4.2	Kræftoverlevelse	12
4.2.1	1-års aldersstandardiseret relativ overlevelse	12
4.2.2	5-års aldersstandardiseret relativ overlevelse	13
5.	Udviklingen i Danmark i forhold til de nordiske lande	15
5.1	Incidens og mortalitet	15
5.1.1	5-årsoverlevelsen for alle kræftformer	18
6.	Fremskrivninger af nye kræfttilfælde og dødsfald som følge af kræft	20
6.1	Fremskrivning af nye kræfttilfælde	20
6.2	Fremskrivning af dødsfald som følge af kræft	22
7.	Sygehusaktivitet	25
7.1	Sygehusophold	25
7.1.1	Sygehusophold fordelt på køn	25
7.1.2	Sygehusophold fordelt på kræfttype	27
7.2	Virtuelle kontakter	29
7.3	Aktivitet for operation, strålebehandling og medicinsk kræftbehandling	29
7.4	Radiologiske undersøgelser	31
7.5	Sygehusaktivitet 1 til 5 år efter en kræftdiagnose	33
7.6	Genoptræningsplaner	36
7.7	Pakkeforløb med begrundet mistanke bekræftet	38

7.8	Pakkeforløb og sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden	42
8.	Kræftpatienter med udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser	45
9.	Kræftpatienter og arbejdsmarkedstilknytning	47
10.	Sektorielt overblik og fælles patientpopulationer	51
11.	Perspektivering.....	56
12.	Metode og afgrænsninger.....	58
12.1	Population for 10-års-incidens i LPR	58
12.2	Virtuelle kontakter	59
12.3	Operationer.....	59
12.4	Strålebehandling.....	60
12.5	Medicinsk kræftbehandling	61
12.6	Radiologiske undersøgelser.....	62
12.7	Genoptræningsplaner	63
12.8	Sektorielt overblik og fællespopulationer	63
Bilag 1.	Incidens	64
Bilag 2.	Gennemsnitlige antal sygehusophold.....	69
Bilag 3.	Genoptræningsplaner.....	76
Bilag 4.	Kræftpakkeforløb.....	79
Bilag 5.	Kontakt til forskellige sektorer	81

2. Indledning

2.1 Baggrund

I kommissoriet for fagligt oplæg til Kræftplan V¹ skal Sundhedsstyrelsen, med bistand fra andre relevante styrelser, udarbejde et fagligt oplæg til Kræftplan V. Sundhedsdatastyrelsen har som bidrag til arbejdet udarbejdet en analyse til beskrivelse af udviklingen på kræftområdet på baggrund af nationale registerdata. Der er anvendt data fra Landspatientregisteret, Cancerregisteret, Dødsårsagsregisteret, Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser samt Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget (DREAM).

2.2 Formål

Analysens formål er at beskrive udviklingen af kræftområdet over perioden 2013-2023. Med udgangspunkt i alle kræftformer (undtaget anden kræft i hud), og for nogle af opgørelserne yderligere for en række udvalgte kræftformer, belyses:

- Nye kræfttilfælde, prævalens og kræftoverlevelse
- Udviklingen på kræftområdet i Danmark i forhold til de nordiske lande
- Fremskrivninger af nye kræfttilfælde og dødsfald som følge af kræft
- Sygehusaktivitet
 - Sygehusophold
 - Virtuelle kontakter
 - Operation, strålebehandling og medicinsk kræftbehandling
 - Radiologiske ydelser
 - Sygehusaktivitet 1 til 5 år efter en kræftdiagnose
 - Genoptræningsplan
 - Pakkeforløb med begrundet mistanke bekræftet og sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden
- Kræftpatienter med udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser
- Kræftpatienter og arbejdsmarkedstilknytning
- Sektorielt overblik og fælles patientpopulationer

Udover de medtagne analyser er der et kort afsnit, der perspektiverer nogle af de muligheder, som fx Sygehusmedicinregisteret² og programmet "Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen (DDNS)³ kan give i forhold til analyser af kræftområdet.

¹ <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Kraeftsygdom/Kraeftplaner/Kraeftplan-V>

² <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandling/sygehusmedicinregisteret>

³ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/det-naere-sundhedsvaesen/om_programmet

Nedenstående følger en kort opsummering af nogle af de væsentligste hovedresultater.

Incidens og prævalens

- Det årlige antal nye kræfttilfælde (incidensen) har været stigende. I 2023 var der 48.372 nye tilfælde af kræft mod 42.582 nye tilfælde i 2014. Antallet forventes fortsat at stige de næste 20 år. Generelt har der siden 2010 været flere nye kræfttilfælde blandt mænd end kvinder, og denne forskel forventes at blive større i fremtiden.
- Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 (aldersstandardiseret incidensrate) har over årene været forholdsvis stabilt for begge køn, men højere for mænd end for kvinder.
- Ved udgangen af 2023 var der 396.775 personer, som levede med kræft eller tidligere havde fået en kræftdiagnose (prævalensen). Siden 2014 er prævalensen gradvist steget, hvilket bl.a. skyldes en forbedret overlevelse og den demografiske udvikling.

Danmark i forhold til de nordiske lande

- Danmark har en højere kræftforekomst sammenlignet med de øvrige nordiske lande.
- I perioden 2017-2021 har 5-årsoverlevelsen for kvinder med kræft i Danmark nået et niveau, der svarer til de øvrige nordiske lande, med en overlevelseshastighed på omkring 72 pct. 5-årsoverlevelsen for mænd med kræft i Danmark lå i perioden 2017-2021 på 69,6 pct., hvilket er 6-7 procentpoint lavere end i Norge og Sverige.

Sygehusophold

- Størstedelen af sygehusophold blandt personer med en kræftdiagnose foregår i ambulant regi. I 2023 udgjorde indlæggelser samlet set ca. 4,7 pct. af de samlede sygehusophold, hvilket er 1,9 procentpoint færre end i 2013.
- I 2023 havde kvinder med en kræftdiagnose i gennemsnit 8,5 sygehusophold, mens mænd med en kræftdiagnose i gennemsnit havde 7,6.
- I 2023 havde kvinder med endetarmskræft det højeste gennemsnitlige antal sygehusophold, med 9,8 ophold, mens mænd med hoved-halskræft havde det højeste gennemsnitlige antal sygehusophold på 11,5. Den største forskel på antallet af gennemsnitlige sygehusophold blandt mænd og kvinder er, når man ser på hoved-halskræft.
- Det gennemsnitlige antal sygehusophold (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej) det første år efter incidens-datoen for førstegangsdagnosticeret med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens) har været stabilt i perioden 2012 til 2022 med ca. 22 sygehusophold. Jo flere år der går efter diagnosticeringen, desto færre nye sygehusophold. Det gennemsnitlige antal sygehusophold knyttet til et kræftforløb er lavere med omkring 18,7 ophold det første år efter diagnosen.

Behandlingsaktivitet

- I 2023 blev 24.537 personer behandlet med kirurgi, 16.281 med stråleterapi, og 58.083 fik medicinsk behandling for kræft.
- Antallet af radiologiske undersøgelser (CT-scanninger, MR-scanninger og 'andre radiologiske undersøgelser') til patienter med kræft er samlet set steget over perioden 2020 til 2023. Stigningen ses hovedsageligt i udførte MR-scanninger, som er steget 19 pct. fra 57.682 scanninger i 2020 til 68.483 scanninger i 2023.

Genoptræningsplaner

- I perioden 2020-2023 ses der en stigning i antallet af genoptræningsplaner (SUL §140) for kræftpatienter. Antallet af genoptræningsplaner er steget fra 4.895 i 2020 til 7.928 i 2023, hvilket svarer til en stigning på 62 pct.

Pakkeforløb med begrundet mistanke om kræft

- Andelen af kræftpakkeforløb, hvor begrundet mistanke om kræft er bekræftet, har ligget på mellem 26 pct. og 30 pct. i perioden 2014 til 2023.
- Det totale antal af kræftpakkeforløb har været stigende over årene, med det største antal i 2023 på 160.137 forløb, hvilket er 38.891 flere forløb end i 2014.
- Antal sygehusophold fra henvisning til udredning slut for patienter, der indgår i pakkeforløb for organspecifikke kræfttyper viser, at der er omkring 4 sygehusophold for de bekræftede organspecifikke forløb i perioden 2019-2023, hvilket er omtrent dobbelt så mange som for de afkræftede forløb.

Kroniske sygdomme

- I perioden 2012-2023 er der generelt flere kvinder end mænd, der har mindst én kronisk sygdom (astma, kronisk obstruktiv lungesygdom, demens, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes, type 2-diabetes) primo året for incidens-datoen for førstegangsdagnosticeret med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens), og kvinderne har også oftere flere kroniske sygdomme end mænd.
- Der er en sammenhæng mellem alder og forekomsten af én eller flere kroniske sygdomme. Blandt personer på 75 år eller derover med en incidens-dato i 2023 har 43 pct. mindst én kronisk sygdom, mens 12 pct. har flere kroniske sygdomme.

Beskæftigelse

- Andelen af førstegangsdiagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens), der er i beskæftigelse hhv. 6 og 12 måneder efter en kræftdiagnose er stort set stabil i årene 2012-2022. 84-86 pct. er i beskæftigelse efter 6 måneder og 83-85 pct. efter 12 måneder.
- En lavere andel af kræftpatienter med kræft i lunge, bronkier og luftrør samt kræft i æggestokkene er i beskæftigelse efter en kræftdiagnose i forhold til andre diagnosegrupper. Efter 12 måneder er andelen hhv. 66 pct. og 67 pct. for disse to diagnosegrupper.

Kontakt med hospital, almen praksis og kommunen

- I 2023 har 13.323 (40 pct.) af førstegangsdiagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens) haft kontakt med alle tre sektorer: hospital, kommune og almen praksis.
- Kontakt til kommunen stiger med alderen.

3. Kræftpopulation

3.1 Afgrænsning af kræftpopulation

Der er anvendt forskellige tilgange til afgrænsning af population for kræft alt efter emne og analyse. Det er derfor ikke muligt direkte at sammenligne antallet af kræftpatienter på tværs af opgørelser, der benytter sig af forskellig afgrænsninger.

I kapitel 4 om incidens, prævalens og kræftoverlevelse i Danmark refereres der til årspublikationerne "Nye kræfttilfælde i Danmark 2022"⁴ og "Kræftoverlevelse i Danmark 2008-2022"⁵, og der henvises til afgrænsning af kræft og metode i disse. I belysning af udviklingen på tværs af de nordiske lande samt fremskrivninger af nye kræfttilfælde og dødsfald som følge af kræft i kapitel 5 og 6 er data fra Nordcan⁶ anvendt.

Til at belyse sygehusaktiviteten er der anvendt følgende populationer:

1. Population i året med en kræftdiagnose inden for DC*-kapitlet ('Kræftsygdomme')⁷ undtagen 'DC44 Anden hudkræft'
2. Population i året for udvalgte kræftformer, der følger samme ICD-10 diagnosegruppering som i rapporten "Nye kræfttilfælde i Danmark 2022"
3. 10-års-incidens i Landspatientregisteret for DC* kapitlet ('Kræftsygdomme')⁸ undtagen 'DC44 Anden hudkræft'
4. 10-års-incidens i Landspatientregisteret for udvalgte kræftformer, der følger samme ICD-10 diagnosegruppering som i rapporten "Nye kræfttilfælde i Danmark 2022"
5. Afgrænsning til kontakter eller ydelser knyttet til forløbselementer i LPR3 med forløbslabel "Kræftsygdomme"⁹

Opgørelser, der tager udgangspunkt i en kræftdiagnose indenfor DC*-kapitlet (undtaget DC44), dækker alle kræftsygdomme indenfor kapitlet og dermed også dem, der ikke er omfattet af de udvalgte kræftformer. Oversigt over ICD-10 diagnosegruppering for de udvalgte kræftformer i lighed med rapporten Nye kræfttilfælde i Danmark 2022 fremgår af kapitel 12 om metode og afgrænsninger. Patientgrundlaget for 10-års-incidens i Landspatientregisteret fremgår af Bilag 1.

⁴ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kræft/kræft_nyetilfaelde_aarsrapport

⁵ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kræft/kræft_overlevelse

⁶ <https://nordcan.iarc.fr/en>

⁷ <https://medinfo.dk/sks/brows.php>

⁸ <https://medinfo.dk/sks/brows.php>

⁹ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

I LPR3 skal alle patientkontakter og ydelser til indskrevne patienter tilknyttes det helbredsforløb, som ydelserne primært omhandler. Hvert forløbselement (eksempelvis "*Sygdomsforløb*") tildeles en forløbslabel (eksempelvis "*Kræftsygdomme*"), der overordnet typificerer det aktuelle selvstændige helbredsforløb¹⁰. Det er kontakter og ydelser knyttet til forløbselementer med forløbslabel "*Kræftsygdomme*", der er anvendt til at afgrænse population 5.

Sygehusaktivitet er afgrænset til offentligt finansieret aktivitet og til personer med dansk bopæl, og diagnose for kræft er afgrænset ved aktionsdiagnose i Landspatientregisteret.

Population 1 og 2 er anvendt i kapitel 7 i opgørelser af sygehusophold, virtuelle kontakter og behandling for kræft.

Population 3 og 4 er anvendt i de analyser, hvor der tages udgangspunkt i incidens-datoen for førstegangsdagnosticeret med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens). Det gælder analyse af sygehusaktivitet 1 til 5 år efter incidens-dato (kapitel 7), andel med kronisk sygdom primo året for incidens-dato (kapitel 8), arbejdsmarkedstilknytning hhv. 6 og 12 måneder efter incidens-dato (kapitel 9) og sektorielt overblik og fælles patientpopulationer i året for incidens (kapitel 10).

Population 5 er anvendt i analysen for genoptræningsplaner og radiologiske undersøgelser (kapitel 7) samt analysen for sygehusaktivitet 1 til 5 år efter incidens-dato, hvor aktiviteten kun er knyttet til et kræftforløb (kapitel 7).

¹⁰ For nærmere beskrivelse henvises til indberetning til Landspatientregisteret (LPR3):
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

4. Nye kræfttilfælde, prævalens og kræftoverlevelse i Danmark

4.1 Nye kræfttilfælde og prævalens

I 2023 blev der i alt registreret 48.372 nye kræfttilfælde i Danmark, fordelt på 24.672 mænd og 23.700 kvinder, hvilket svarer til en stigning på 1,3 pct. i antallet af registrerede tilfælde i forhold til 2022 (47.755), *jf.* Tabel 1. I perioden 2013 til 2023 har incidensraten været forholdsvis stabil for begge køn, men i hele perioden har raten været højere for mænd end kvinder, *jf.* Figur 1. I 2023 var den aldersstandardiserede incidensrate 691,0 for mænd og 620,7 for kvinder, svarende til en samlet incidensrate på 649 pr. 100.000 personer.

Tabel 1 Nye kræfttilfælde* (incidens) samt incidensrate (pr. 100.000 personer, aldersstandardiseret**), 2014-2023

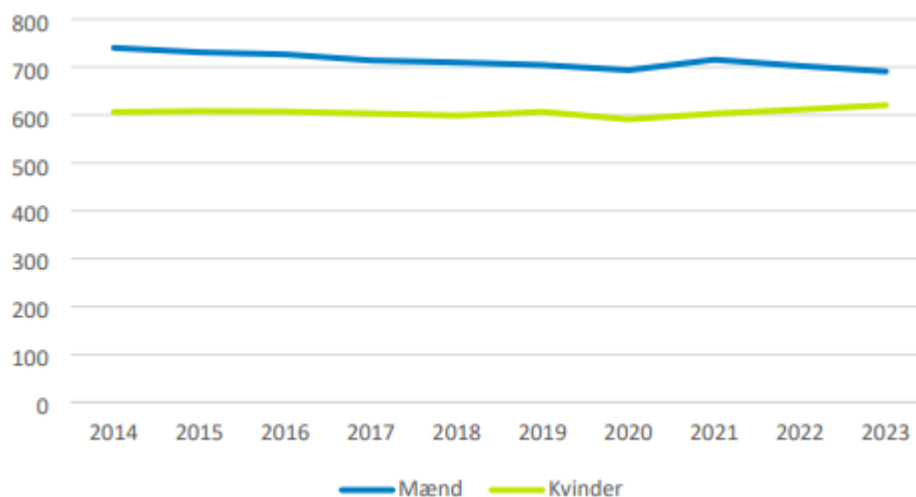
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Incidens (mænd og kvinder)	42.582	43.178	43.641	44.046	44.438	45.192	45.085	47.175	47.755	48.372
Incidensrate** (aldersstandardiseret*)	661	659	657	648	644	647	633	650	649	649

Kilde: Cancerregisteret pr. 28. juni 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: *Ekskl. basalcelle hudkræft.

**Incidensraten er antallet af nye tilfælde pr. 100.000 aldersstandardiseret til den danske befolkningssammensætning i 2000. Ved aldersstandardisering tages således hensyn til befolkningens aldersmæssige udvikling ved sammenligning af nye diagnosticerede tilfælde over årene.

Figur 1 Aldersstandardiseret* incidensrate (pr. 100.000 personer) fordelt på køn, 2014-2023

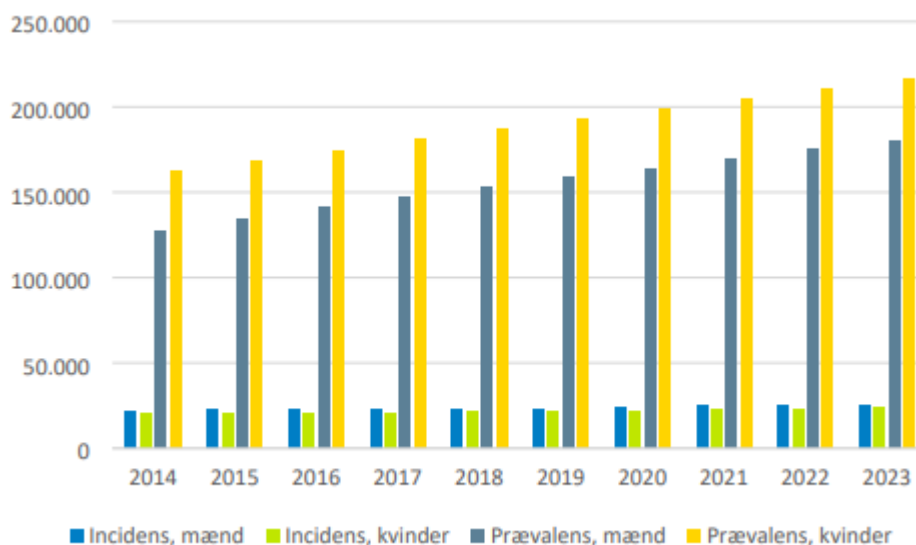


Kilde: Cancerregisteret pr. 28. juni 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: *Incidensraten er antallet af nye tilfælde pr. 100.000 (mænd eller kvinder) aldersstandardiseret til den danske befolkningssammensætning i 2000. Ved aldersstandardisering tages således hensyn til befolkningens aldersmæssige udvikling ved sammenligning af nye diagnosticerede tilfælde over årene.

Ved udgangen af 2023 var der i alt 396.775 personer, som levede med en kræftdiagnose eller som tidligere havde fået en kræftdiagnose (prævalente tilfælde), hvilket er 11.143 flere personer end i 2022, svarende til en stigning på 2,9 pct. Dette tal fordeler sig på 180.083 mænd og 216.692 kvinder. Over hele perioden har der været en stigning i prævalensen for både mænd og kvinder, hvilket indikerer øget behov for opfølgning og rehabilitering.

Figur 2 Udviklingen i samlet prævalens og samlet incidens for mænd og kvinder, 2014-2023



Kilde: Cancerregisteret pr. 28. juni 2024 og CPR pr. 28. juni 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 2 viser, at flere mænd får kræft, men at flere kvinder lever med kræft. Dog er ratioen mellem prævalens og incidens steget for både mænd og kvinder i løbet af perioden 2014-2023. Dette indikerer, at flere personer lever med kræft, på trods af en stigning i antallet af diagnosticerede kræfttilfælde. Den øgede prævalens kan tilskrives forbedret overlevelse, hvilket betyder, at flere personer med kræft lever længere med sygdommen.

For yderligere tal henvises til årsrapporten Nye kræfttilfælde i Danmark 2023¹¹ og eSundhed¹². Kommunefordelte tal for nye kræfttilfælde 2023 findes i et selvstændigt dokument: Nye kræfttilfælde i Danmark 2023, fordelt på kommuner¹³.

4.2 Kræftoverlevelse

4.2.1 1-års aldersstandardiseret relativ overlevelse

For personer diagnosticeret i 2020-2022 er den samlede 1-årsoverlevelse for alle kræftformer (eksklusiv anden hudkræft end modermærkekræft¹⁴) på 84 pct. for kvinder og 83 pct. for mænd

¹¹ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kræft/kræft_nyetilfaelde_aarsrapport

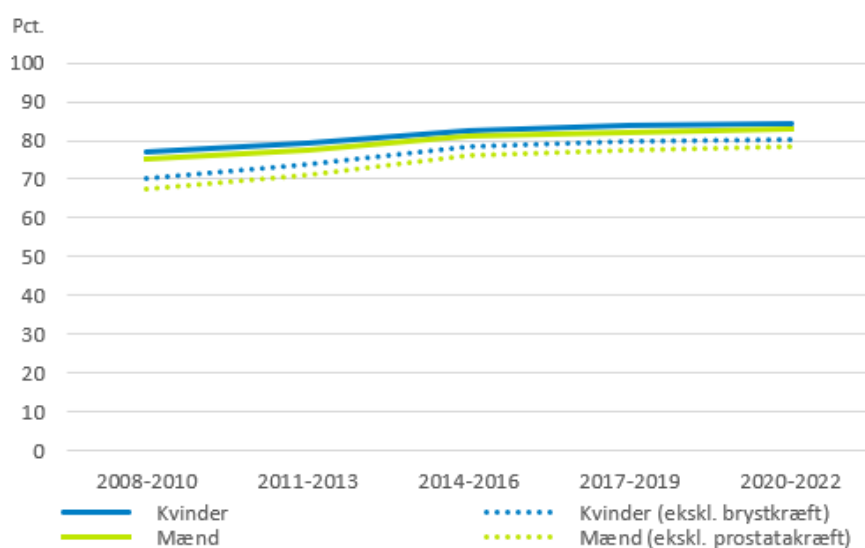
¹² <https://www.esundhed.dk/Emner/Kræft/Nye-kræfttilfaelde>

¹³ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kræft/kræft_nyetilfaelde_aarsrapport

¹⁴ Basocellulær- og anden hudkræft end modermærkekræft medregnes ikke, da disse kræftformer sjældent er dødelige

(Figur 3). Tallene viser, at der i perioden 2020-2022 er sket en forbedring i kræftoverlevelsen for mænd på 1 pct. set i forhold til de tre forudgående år, mens overlevelsen for kræftramte kvinder er uændret. I hele perioden fra 2008-2022 ses en stigning i 1-årsoverlevelsen efter kræft fra 77 pct. til 84 pct. for kvinder og 75 pct. til 83 pct. for mænd.

Figur 3 1-års aldersstandardiseret relativ overlevelse efter kræft (eksklusiv anden hudkræft end modermærkekræft) for kvinder (i alt og eksklusiv brystkræft) og mænd (i alt og eksklusiv prostatakræft), 2008-2010 til 2020-2022



Kilde: Cancerregisteret pr. 18. september 2023, Sundhedsdatastyrelsen.
Det Centrale Personregister (CPR) pr. 31. december 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

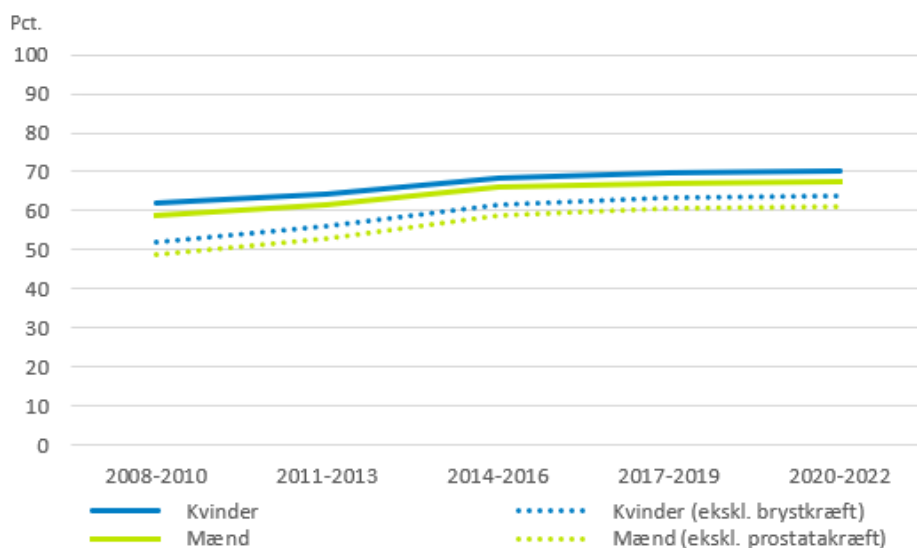
Note: 3-års perioderne refererer til årene for diagnose. Aldersstandardisering er foretaget med International Cancer Survival Standard (ICSS).

4.2.2 5-års aldersstandardiseret relativ overlevelse

I perioden 2020-2022 er den samlede 5-årsoverlevelse for alle kræftformer¹⁵ 70 pct. for kvinder og 67 pct. for mænd, *jf.* Figur 4. Tallene viser, at 5-årsoverlevelsen er uændret for begge køn sammenlignet med de tre forudgående år. I perioden fra 2008-2022 ses en stigning i 5-årsoverlevelsen efter kræft fra 62 pct. til 70 pct. for kvinder og fra 59 pct. til 67 pct. for mænd.

¹⁵ Basocellulær- og anden hudkræft end modermærkekræft medregnes ikke, da disse kræftformer sjældent er dødelige

Figur 4 5-års aldersstandardiseret relativ overlevelse efter kræft (eksklusiv anden hudkræft end modermærkekræft) for kvinder (i alt og eksklusiv brystkræft) og mænd (i alt og eksklusiv prostatakkræft), 2008-2010 til 2020-2022



Kilde: Cancerregisteret pr. 18. september 2023, Sundhedsdatastyrelsen.
Det Centrale Personregister (CPR) pr. 31. december 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: 3-års perioderne refererer til årene for diagnose. Aldersstandardisering er foretaget med International Cancer Survival Standard (ICSS)

Samlet set viser tallene for de 15 udvalgte kræftformer ingen væsentlige ændringer i 1-års- og 5-årsoverlevelsen i 2020-2022 sammenlignet med de tre forudgående år (2017-2019). En opmærksomhed er, at udviklingen er stagneret for æggestokkræft (kvinder) og lungekræft (begge køn), da disse kræftformer fortsat har lave overlevelseshastigheder. Specifikt for livmoderkræft har der været en negativ udvikling i 5-årsoverlevelsen, idet overlevelsen er fem procentpoint lavere i 2020-2022 sammenlignet med 2008-2010.

For yderligere tal henvises til årsrapporten Kræftoverlevelse i Danmark 2008-2022¹⁶, og tal for 1-, 3-, 5- og 10-årsoverlevelsen for henholdsvis alle og 15 udvalgte kræftformer samt regionale fordelinger fremgår på eSundhed¹⁷.

¹⁶ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sygdomme-og-behandling/kræft/kræft-overlevelse>

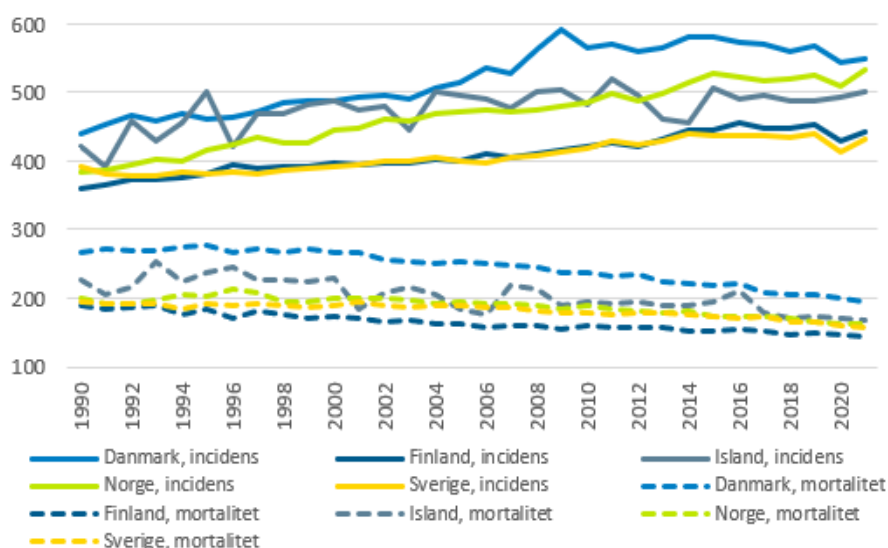
¹⁷ <https://www.esundhed.dk/Emner/Kræft/Kræftoverlevelse>

5. Udviklingen i Danmark i forhold til de nordiske lande

5.1 Incidens og mortalitet

Når man ser på udviklingen i incidens- og mortalitetsraten for kvinder med kræft¹⁸ ligger Danmark generelt højere end andre nordiske lande som Norge, Sverige, Finland og Island, *jf.* Figur 5. Generelt for alle lande har incidensraten været stigende fra 1990 til 2021, mens mortalitetsraten har været faldende. Fra 2020 til 2021 har incidensraten for kvinder i Norge været mere stigende end i Danmark, hvilket gør, at de to lande nærmer sig det samme niveau.

Figur 5 Aldersstandardiseret* incidensrate og mortalitetsrate (pr. 100.000 personer) for kvinder med kræft**, fordelt på land, 1990-2021



Kilde: NORDCAN 2024

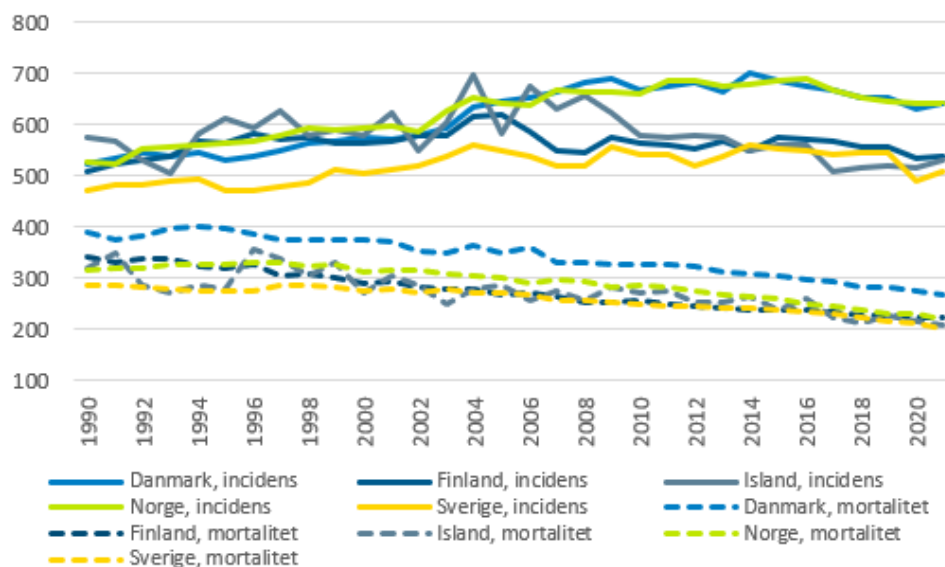
Note: *Incidensraten er antallet af nye tilfælde pr. 100.000, som er aldersstandardiseret til den danske befolkningssammensætning. Ved aldersstandardisering tages således hensyn til befolkningens aldersmæssige udvikling ved sammenligning af nye diagnosticerede tilfælde over årene.

** Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

Når man ser på nye kræfttilfælde blandt mænd (Figur 6) ligger incidensraten i Danmark generelt på samme niveau som Norge, mens mortalitetsraten ligger højere for Danmark sammenlignet med de andre nordiske lande.

¹⁸ Anden hudkræft end modermærkekræft medregnes ikke, da disse kræftformer sjældent er dødelige

Figur 6 Aldersstandardiseret* incidensrate og mortalitetsrate (pr. 100.000 personer) for mænd med kræft**, fordelt på land, 1990-2021



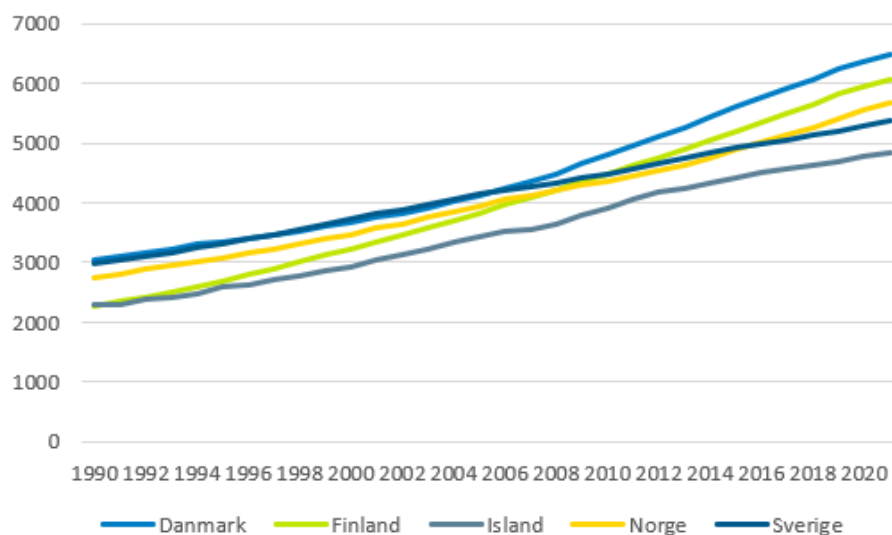
Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Incidensraten er antallet af nye tilfælde pr. 100.000, som er aldersstandardiseret til den danske befolkningssammensætning. Ved aldersstandardisering tages således hensyn til befolkningens aldersmæssige udvikling ved sammenligning af nye diagnosticerede tilfælde over årene.

** Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

Figur 7 illustrerer, at der siden 2007 har været flere kvinder i Danmark, der lever med kræft, sammenlignet med kvinder i Norge, Sverige, Island og Finland. I 2021 var prævalensen for kvinder med kræft i Danmark 6.486 pr. 100.000, hvilket er 1.635 flere tilfælde pr. 100.000 end i eksempelvis Island. Figur 8 viser, at prævalensen for mænd med kræft i Danmark ligger på samme niveau som i Norge. Frem til omkring 2015 har prævalensen for mænd med kræft i Danmark ligeledes ligget på niveau med Sverige, men fra 2015 frem til 2021 har stigningen i Sverige været mindre stejl end i Danmark, Norge og Finland.

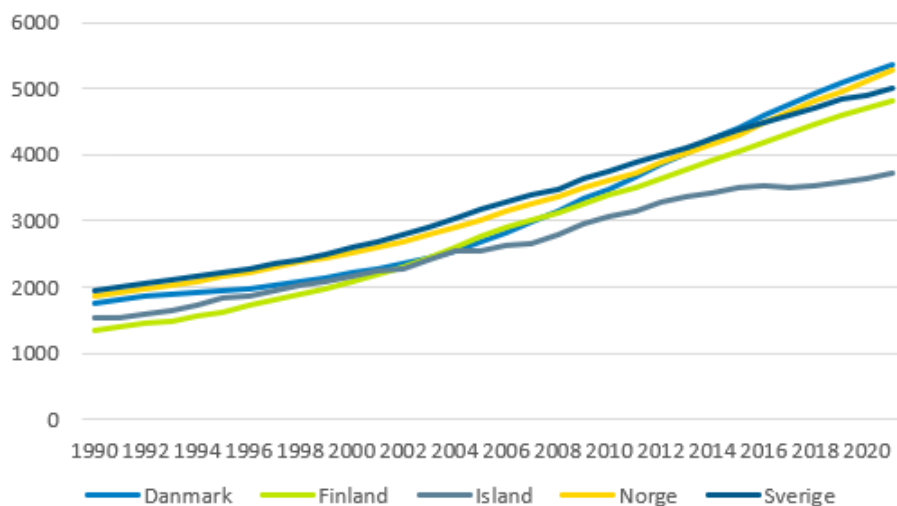
Figur 7 Udviklingen i samlet prævalens (pr. 100.000 personer) for kvinder med kræft*, fordelt på land, 1990-2021



Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

Figur 8 Udviklingen i samlet prævalens (pr. 100.000 personer) for mænd med kræft*, fordelt på land, 1990-2021



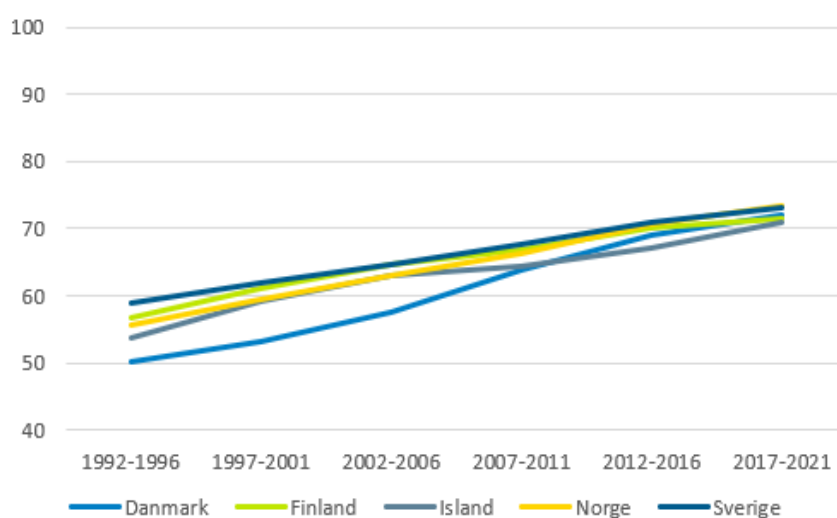
Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

5.1.1 5-årsoverlevelsen for alle kræftformer

I alle de nordiske lande er der sket en forbedring i kræftoverlevelsen for både mænd og kvinder i perioden 1992-2021. I perioden 2017-2021 har 5-årsoverlevelsen for kvinder med kræft i Danmark nået et niveau, der svarer til de øvrige nordiske lande, med en overlevelseshastighed på omkring 72 pct., mens Norge og Sverige ligger omkring 73 pct., *jf.* Figur 9. 5-årsoverlevelsen for mænd med kræft i Danmark lå i perioden 2017-2021 på 69,6 pct., hvilket er 6-7 procentpoint lavere end i Norge og Sverige, *jf.* Figur 10.

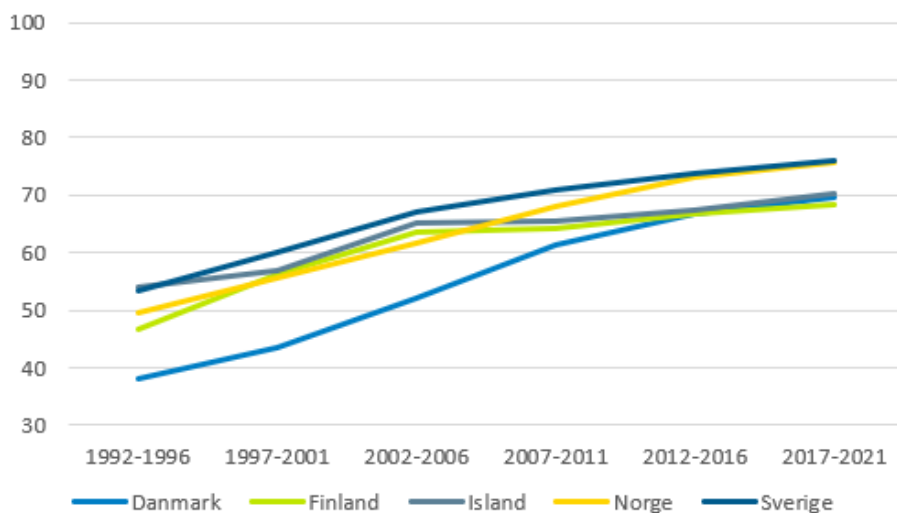
Figur 9 Udviklingen i 5-års aldersstandardiseret relativ overlevelse efter kræft* for kvinder (pct.), fordelt på land, 1992-2021



Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft.
4-års perioderne refererer til årene for diagnose.

Figur 10 Udviklingen i 5-års aldersstandardiseret relativ overlevelse efter kræft* for mænd (pct.), fordelt på land, 1992-2021



Kilde: NORDCAN 2024

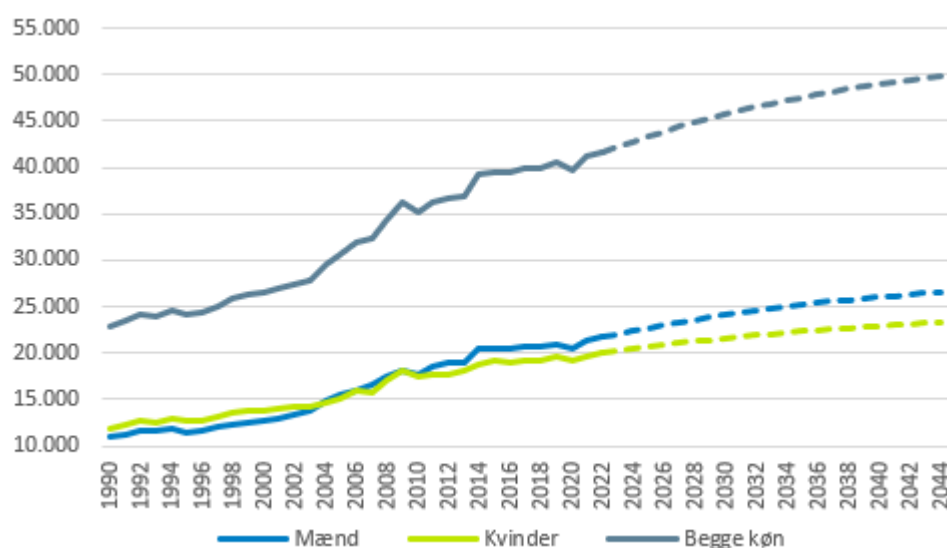
Note: *Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft.
4-års perioderne refererer til årene for diagnose.

6. Fremskrivninger af nye kræfttilfælde og dødsfald som følge af kræft

6.1 Fremskrivning af nye kræfttilfælde

Der har generelt været en stigning i antallet af nye kræfttilfælde, og på baggrund af fremskrivninger forventes stigningen at fortsætte de næste 20 år, *jf.* Figur 11. Generelt har der siden 2010 været flere nye kræfttilfælde blandt mænd end kvinder, og denne forskel forventes at blive større i fremtiden. I 2021 var der en forskel mellem mænd og kvinder på 1.722, mens forskellen i 2044 forventes at være næsten dobbelt så stor på 3.373 tilfælde, *jf.* Figur 12.

Figur 11 Udviklingen af gennemsnitlige antal nye kræfttilfælde* for begge køn samlet og opdelt for mænd og kvinder, 1990-2044**

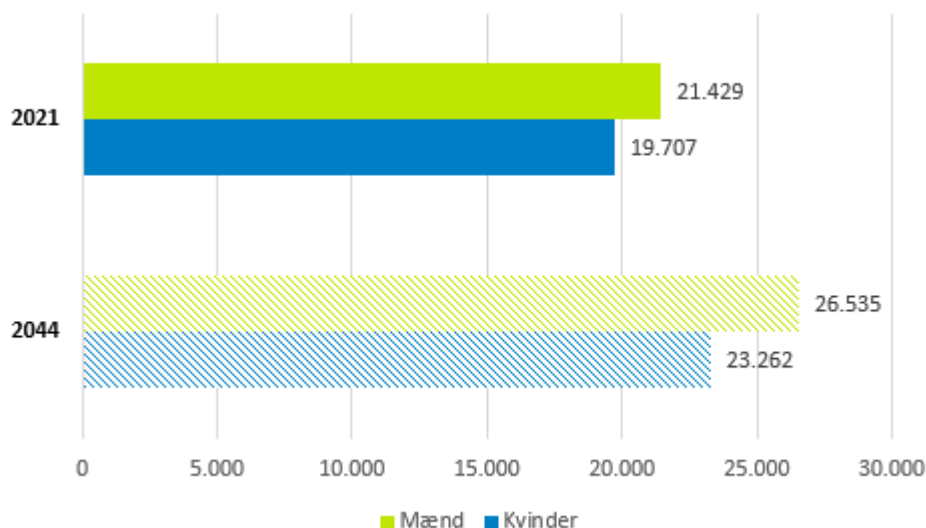


Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

**Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger

Figur 12 Udviklingen af gennemsnit årligt antal nye kræfttilfælde for mænd og kvinder, 1990-2044



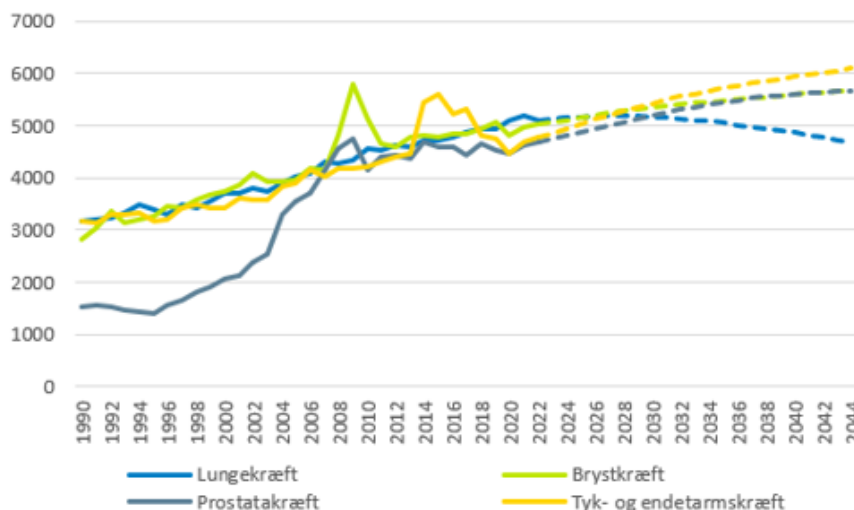
Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

**Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger

Inden for de fire store kræftformer (lunge-, bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft) har udviklingen ligeledes været en generel stigning i det årlige antal nye kræfttilfælde. Udsvingene med stor stigning af antallet af nye kræfttilfælde for brystkræft og tyk- og endetarmskræft skyldes indførsel af nationale screeningsprogrammer for de to kræftformer (hhv. 2009 og 2014 for brystkræft og tyk- og endetarmskræft). På baggrund af den demografiske udvikling forventes der fortsat de næste 20 år at være en stigning i antallet af nye årlige kræfttilfælde for bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft, mens der forventes et fald for lungekræft, *jf.* Figur 13. Faktorer som befolkningsvækst, en aldrende befolkning og længere forventet levetid bidrager til en stigning i det samlede antal kræfttilfælde, selvom den relative risiko (forekomst pr. 100.000 indbyggere) ikke nødvendigvis ændres. Selvom nogle kræftformer forventes at stige, vil lungekræfttilfælde sandsynligvis falde som følge af ændringer i rygevaner.

Figur 13 Fremskrivning af gennemsnitlige antal nye kræfttilfælde for de fire store kræftformer, 1990-2044*



Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger.

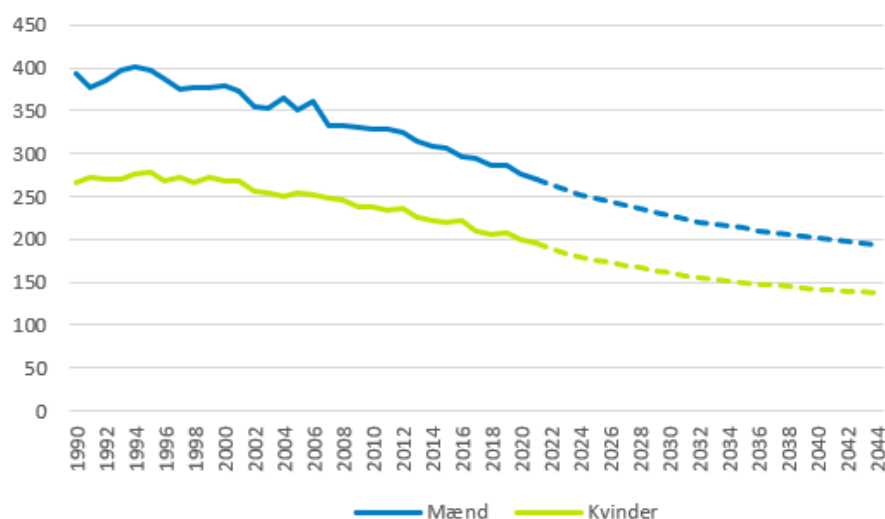
Der er anvendt konstante rater for bryst-, prostata- samt tyk- og endetarmskræft. For lungekræft er NORDPRED-modellen anvendt.

6.2 Fremskrivning af dødsfald som følge af kræft

Når der ses på den aldersstandardiserede dødelighedsrate i Danmark, har raten været faldende i perioden 1990 til 2021 for begge køn og forventes fortsat at være let faldende de næste 20 år, *jf.* Figur 14.

Når der ses på det årlige antal kræftdødsfald, er tendensen dog anderledes, *jf.* Figur 15. Udviklingen i det årlige antal kræftdødsfald har været forskellig for mænd og kvinder fra omkring 2007. Der har været en stigning i antallet af kræftdødsfald om året blandt mænd og en stabil til let faldende tendens blandt kvinder. Fremskrivninger viser, at det årlige antal kræftdødsfald forventes at stige for mænd og falde for kvinder de næste 20 år. Grunden til, at den aldersstandardiserede dødelighedsrate falder, mens det årlige antal kræftdødsfald stiger blandt mænd, er, at befolkningstallet er steget, og demografien ændrer sig med flere ældre.

Figur 14 Fremskrivning af aldersstandardiseret mortalitetsrate* fordelt på køn, 1990-2044**

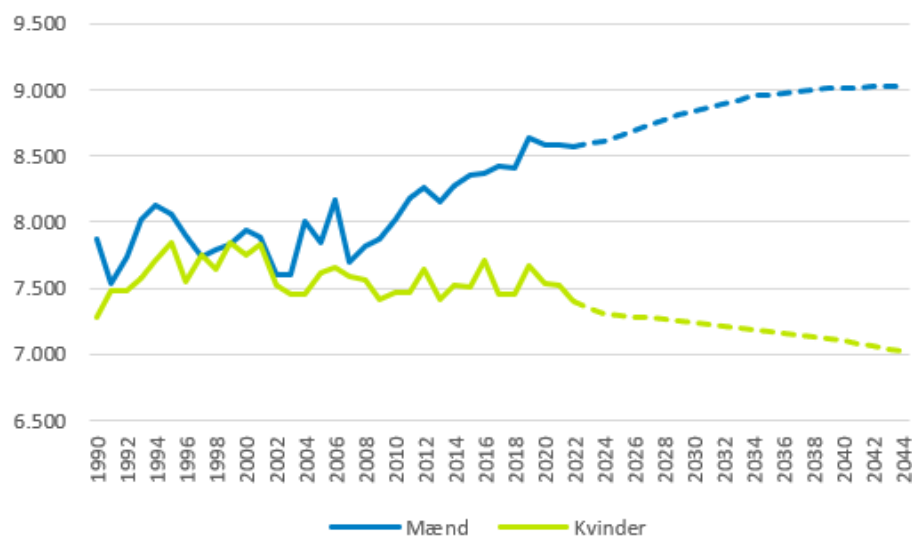


Kilde: NORDCAN 2024

Note: * Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

**Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger

Figur 15 Fremskrivning af gennemsnitlige årlige dødsfald som følge af kræft*, fordelt på køn, 1990-2044**



Kilde: NORDCAN 2024

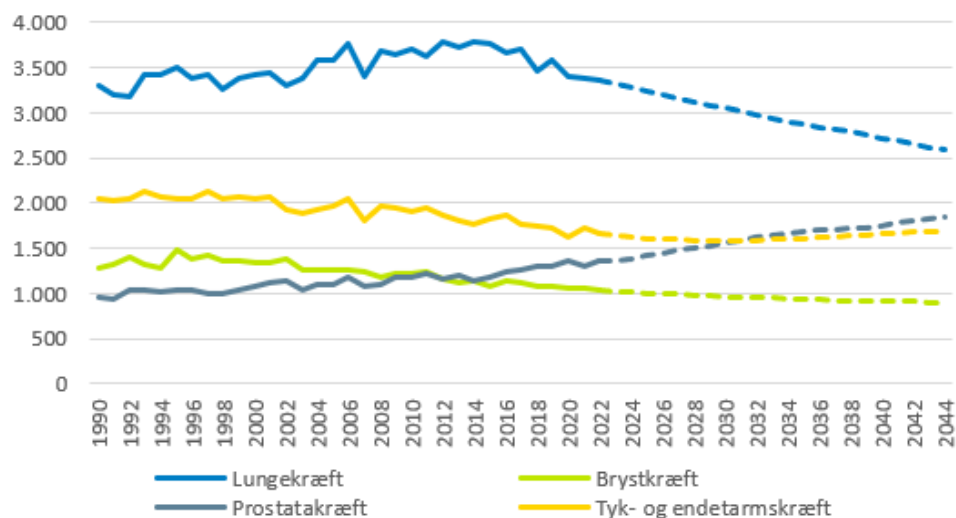
Note: * Ekskl. Anden hudkræft end modermærkekræft

**Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger

NORDPRED-modellen er anvendt

Udviklingen i kræftdødsfald blandt de fire store kræftformer viser et faldende antal dødsfald blandt personer med lunge-, bryst- samt tyk- og endetarmskræft de sidste 10 år, mens antallet har været stigende for prostatakræft. Denne udvikling forventes at fortsætte de næste 20 år, hvor det er fremskrivningen, at især antallet af lungekræftdødsfald vil være stødt faldende.

Figur 16 Fremskrivning af gennemsnitlige årlige dødsfald for fire kræftformer, fordelt på køn, 1990-2044*



Kilde: NORDCAN 2024

Note: *Incidens for 2022-2044 er fremskrivninger

7. Sygehusaktivitet

7.1 Sygehusophold

Et sygehusophold er defineret som en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤ 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Indlæggelser defineres som et sygehusophold med en varighed på ≥ 12 timer, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder, der indgår i opholdet.

Ambulante ophold defineres som et sygehusophold med en varighed på < 12 timer, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder, der indgår i opholdet.

Der er afgrænset til offentligt finansieret, afsluttet aktivitet og til personer med dansk bopæl. År er defineret ved året for opholdets start.

7.1.1 Sygehusophold fordelt på køn

I 2023 var der 496.549 sygehusophold for kvinder med en kræftdiagnose undtaget anden hudkræft og 432.320 for mænd, jf. Tabel 2 og Tabel 3. De i alt 923.469 sygehusophold fordeler sig på 886.067 ambulante ophold og 43.402 indlæggelser. I 2023 udgjorde indlæggelser samlet set ca. 4,7 pct. af de samlede sygehusophold blandt personer med en kræftdiagnose, hvilket er 1,9 procentpoint færre end i 2013. Kvinder har gennem hele perioden (2013-2023) haft flere ambulante ophold end mænd, mens mænd har haft flere indlæggelser end kvinder.

Tabel 2 Antal sygehusophold blandt kvinder med en kræftdiagnose fordelt på opholdstype, 2013-2023

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ambulant	490.549	516.776	520.964	528.169	548.178	562.393	527.940	478.151	482.896	479.330	475.755
Indlæggelse	30.746	30.496	29.133	27.364	26.427	25.724	25.058	22.802	21.901	21.838	20.794

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er baseret på sygehusophold med kontakt med en DC*-diagnose (undtaget DC44) som aktionsdiagnose. Ambulante sygehusophold defineres som ophold med en varighed på ≥ 12 timer, og indlæggelser defineres som ophold med en varighed på < 12 timer.

Tabel 3 Antal sygehusophold blandt mænd med en kræftdiagnose, fordelt på opholdstype, 2013-2023

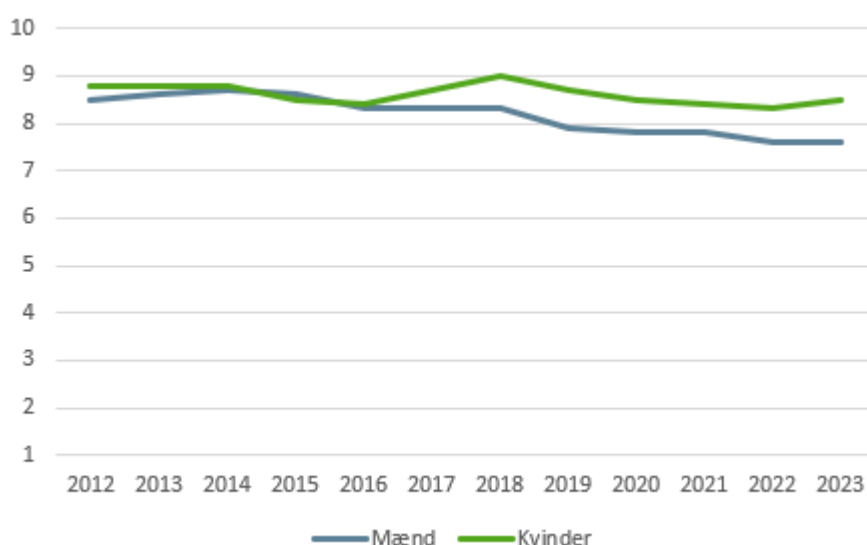
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ambulant	389.686	413.579	427.967	434.688	449.257	456.877	429.231	394.877	405.527	409.716	410.312
Indlæggelse	31.217	31.388	30.472	29.266	27.957	26.780	27.408	24.031	23.727	23.145	22.608

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er baseret på sygehusophold med kontakt med en DC*-diagnose (undtaget DC44) som aktionsdiagnose. Ambulante sygehusophold defineres som ophold med en varighed på ≥ 12 timer, og indlæggelser defineres som ophold med en varighed på < 12 timer.

I perioden 2012 til 2023 har der været en faldende tendens i gennemsnitlige antal sygehusophold blandt mænd, mens udviklingen for kvinder igen ser ud til at stige fra 2022 til 2023 efter en periode med et faldende gennemsnit, *jf.* Figur 17. Siden 2016 har kvinder i gennemsnit haft flere sygehusophold end mænd, og den største difference mellem mænd og kvinder ses i 2023. I 2023 havde kvinder med en kræftdiagnose i gennemsnit 8,5 sygehusophold, mens mænd med en kræftdiagnose i gennemsnit havde 7,6 sygehusophold.

Figur 17 Gennemsnitlige antal sygehusophold pr. år blandt mænd og kvinder med en kræftdiagnose, 2012-2023



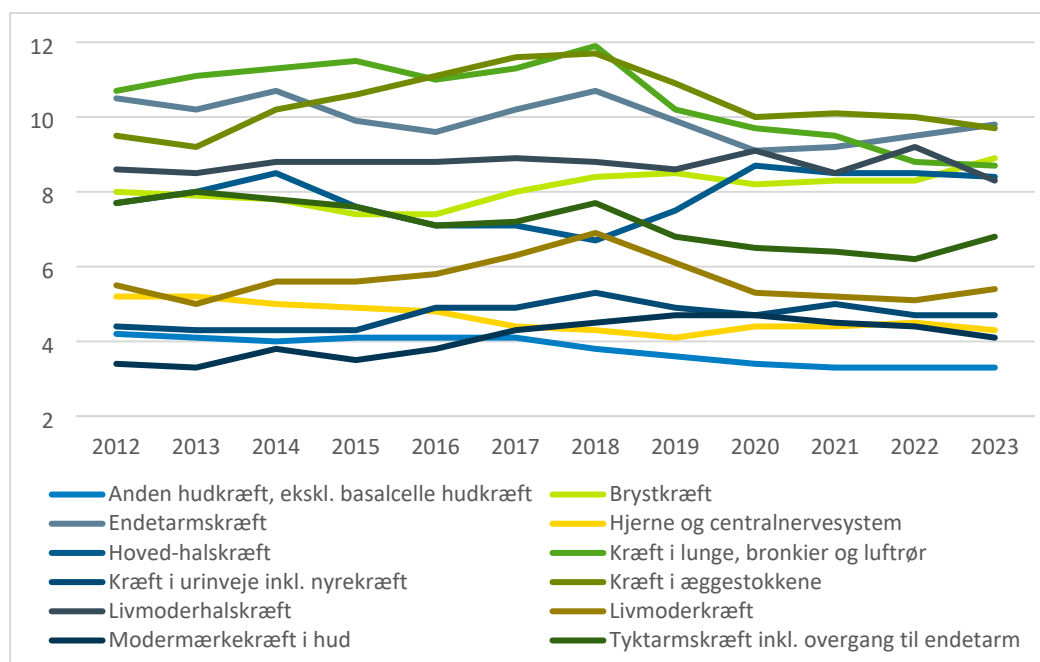
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er baseret på sygehusophold med kontakt med en DC*-diagnose (undtaget DC44) som aktionsdiagnose.

7.1.2 Sygehusophold fordelt på kræfttype

Det gennemsnitlige antal sygehusophold blandt mænd og kvinder varierer alt afhængigt af kræfttypen. Kvinder med hhv. endetarmskræft, kræft i lunge, bronkier og luftrør og kræft i æggestokke har det højeste antal gennemsnitlige sygehusophold pr. år i perioden 2012 til 2023 sammenlignet med de resterende udvalgte kræftformer, *jf.* Figur 18. I 2023 havde kvinder med endetarmskræft det højeste antal gennemsnitlige sygehusophold (9,8), mens kvinder med anden hudkræft havde det laveste antal gennemsnitlige sygehusophold (3,3). Når man sammenligner 2023 med 2012 er antallet af gennemsnitlige sygehusophold steget mest blandt kvinder med brystkræft (fra 8 i 2012 til 8,9 i 2023).

Figur 18 Gennemsnitlige antal sygehusophold blandt kvinder fordelt på kræfttype, 2012-2023



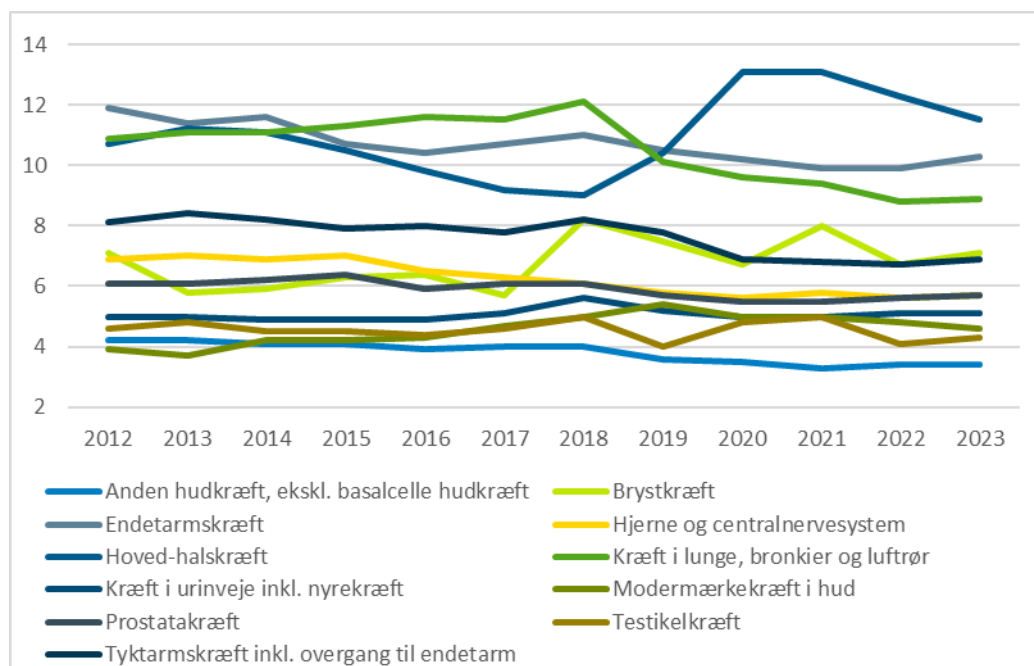
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver gennemsnitlige antal sygehusophold, hvor minimum en kontakt i opholdet har haft den udvalgte kræftdiagnose som aktionsdiagnose. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Modermærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411-419; Hjerne og centralnervesystem, C70-72, C751-753, D32-33, D352-354, D42-43, D443, D444, D445. Der er fundet enkelte observationer på testikel- og prostatakkræft, som ikke er inkluderet i denne opgørelse.

Blandt mænd har patienter med kræfttyperne hoved-halskræft, endetarmskræft og kræft i lunge, bronkier og luftrør haft det højeste antal gennemsnitlige sygehusophold i perioden 2012 til 2023, *jf.* Figur 19. I 2023 havde mænd med hoved-halskræft det højest gennemsnitlige antal sygehusophold (11,5), mens mænd med anden hudkræft havde det laveste antal gennemsnitlige

sygehusophold (3,4). Den største forskel på antallet af gennemsnitlige sygehusophold blandt mænd og kvinder er, når man ser på hoved-halskræft.

Figur 19 Gennemsnitlige antal sygehusophold blandt mænd fordelt på kræfttype, 2012-2023



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver gennemsnitlige antal sygehusophold, hvor minimum en kontakt i opholdet har haft den udvalgte kræftdiagnose som aktionsdiagnose. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og lufrør, C33-34; Modermærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411-419; Hjerne og centralnervesystem, C70-72, C751-753, D32-33, D352-354, D42-43, D443, D444, D445. Der er fundet enkelte observationer på kræft i æggestokkene, som ikke er inkluderet i denne opgørelse.

7.2 Virtuelle kontakter

I Landspatientregisteret blev der ved overgangen til det nye Landspatientregister LPR3 primo 2019 indført en kontaktttype 'Virtuel kontakt', som omfatter telefon- og videokonsultationer. Antal virtuelle kontakter er opgjort samlet for kræftdiagnoser undtagen anden kræft i hud fra 2020, der er det første hele år efter overgangen til LPR3. Afgrænsningen er uddybet i afsnit 12.2.

Af Tabel 4 fremgår, at antallet af virtuelle kontakter har ligget på ca. 300.000 i hvert af årene 2020-2023 for personer med en kræftdiagnose. Det gennemsnitlige antal virtuelle kontakter er ca. 3,8 i alle år. Det kan være svært at identificere en generel tendens ud fra disse tal, da data kun er tilgængelige fra 2020 og frem.

Tabel 4 Virtuelle kontakter og antal unikke personer med virtuel kontakt, landsplan, 2020-2023

	2020	2021	2022	2023
Antal virtuelle kontakter	307.432	296.479	301.818	307.175
Antal unikke personer med en kræftdiagnose	81.264	79.958	79.720	80.274

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Opgørelse af antal virtuelle kontakter med en DC*-diagnose (undtaget DC44) som aktionsdiagnose på kontakten. Virtuelle kontakter omfatter ydelserne telefonkonsultation og videokonsultation.

7.3 Aktivitet for operation, strålebehandling og medicinsk kræftbehandling

Analysen beskriver udviklingen i antallet af personer, der modtager behandling for kræft. Behandlingen opgøres i tre grupper: Operation, strålebehandling og medicinsk kræftbehandling.

Det skal bemærkes, at den enkelte person kan have modtaget flere typer af behandling, og dermed godt kan indgå i flere opgørelser for de specifikke behandlingstyper.

I afsnittet *metode og afgrænsninger* (Tabel 14-Tabel 16) fremgår hvordan hhv. operationer, strålebehandling og medicinsk kræftbehandling er afgrænset.

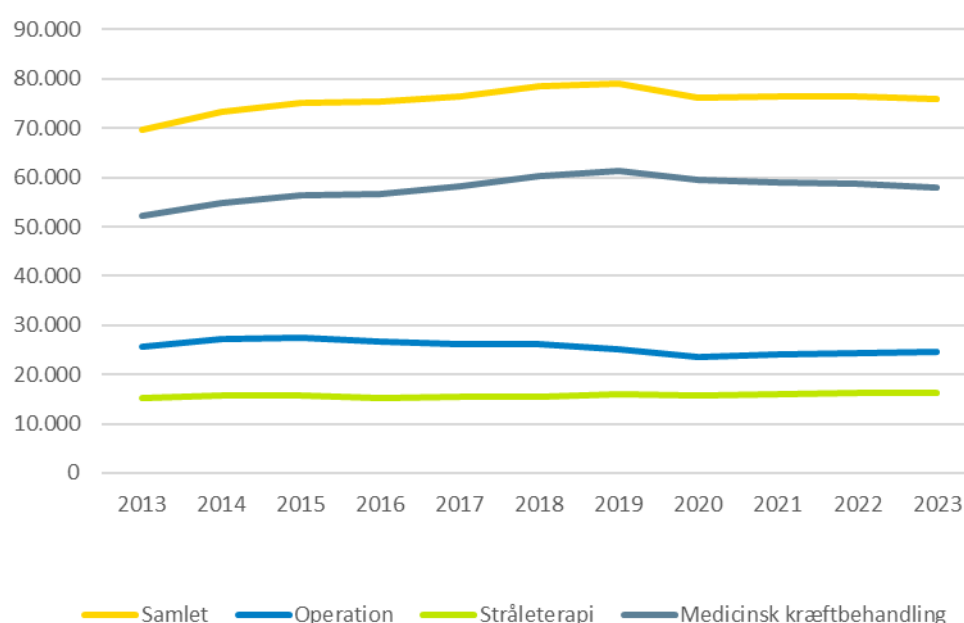
Antallet af personer med kræft, der er blevet behandlet med medicinsk kræftbehandling (kemoterapi) har været stigende fra 2013 til 2019, hvorefter antallet har været faldende frem til 2023. I 2023 var der 58.056 personer, der blev behandlet med medicinsk kræftbehandling, hvilket er 3.368 færre personer end i 2019, svarende til et fald på 5,5 pct.

Når man ser på udviklingen i antal personer, der er blevet opereret for en kræftsygdom, har antallet været faldende over de sidste 10 år. I 2023 blev 24.537 personer opereret for en kræftsygdom, hvilket er omkring 1.000 færre personer end i 2013. Faldene i både operationer

og medicinsk kræftbehandling er overraskende taget i betragtning af, at der er kommet flere personer med kræft til i perioden. En forklaring kan dog være, at der er kommet nye og mere effektive behandlingsmetoder til. Derudover er opgørelserne afgrænset til specifikke koder (se Tabel 14-Tabel 16), hvorfor der kan være aktivitet, der muligvis ikke er medtaget.

Udviklingen i antallet af personer, der har fået stråleterapi, har været relativt stabil i perioden 2013 til 2023, dog svagt stigende. I 2023 var der 16.281 personer, der fik stråleterapi, hvilket er 1.092 flere personer end i 2013.

Figur 20 Udvikling i antal personer behandlet for kræftsygdom, 2013-2023



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen omfatter unikke personer, der har haft mindst én kontakt (fysisk fremmøde) til sygehusvæsenet med en kræftsygdom (DC*, undtaget DC44) som aktionsdiagnose og en registreret procedure for medicinsk behandling, operation eller stråleterapi ved samme kontakt. 'Samlet' angiver det totale antal unikke personer, der har haft mindst én kontakt til sygehusvæsenet med DC* (undtaget DC44) på tværs af proceduregrupperne. Summen af de tre procedurer kan overstige det samlede antal, da den samme person kun kan tælles med i grafen som 'samlet' én gang pr. år.

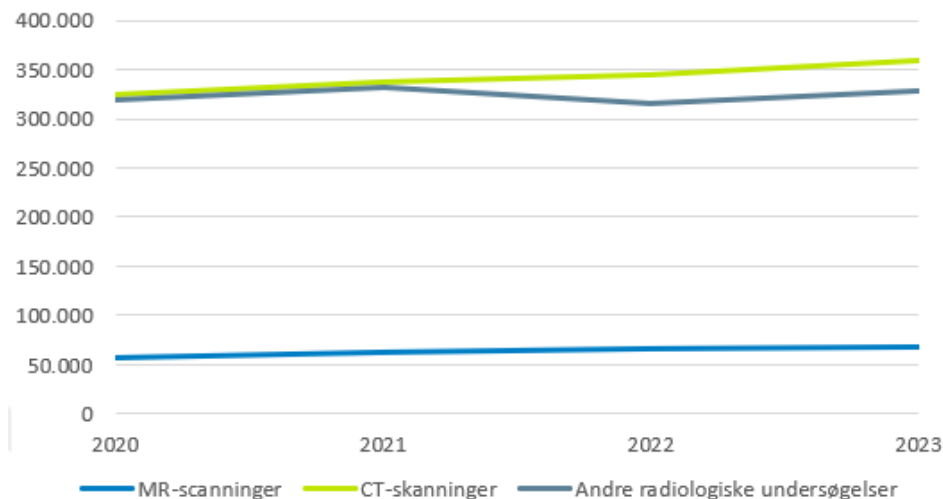
7.4 Radiologiske undersøgelser

Antallet af radiologiske undersøgelser er opgjort samlet for alle kræftdiagnoser undtaget anden kræft i hud.

Radiologiske undersøgelser er fordelt på tre grupper: CT-scanninger, MR-scanninger og 'andre radiologiske undersøgelser'. Afgrænsningen af radiologiske undersøgelser kan ses i Tabel 17 i kapitel 12.

Antallet af radiologiske undersøgelser er samlet set steget over perioden 2020 til 2023. Den stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser udgøres hovedsageligt af en stigning i udførte MR-scanninger, som er steget fra 57.682 scanninger i 2020 til 68.483 scanninger i 2023, svarende til en stigning på omkring 19 pct., *jf.* Figur 21. Antallet af CT-scanninger er steget 11 pct., mens antallet af 'andre radiologiske undersøgelser' er steget lige knap 3 pct., *jf.* Figur 21. Fra 2021 til 2022 ses et fald i antallet af 'andre radiologiske undersøgelser', hvorefter der igen kan observeres en stigende tendens.

Figur 21 Udvikling i antallet af radiologiske undersøgelser for patienter med kræft, 2020-2023



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser som er offentligt finansierede, dvs. undersøgelser foretaget på et offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt. Opgørelsen er afgrænset til procedurer knyttet til forløbselementer med forløbslabel 'kræftsygdomme' i LPR3.

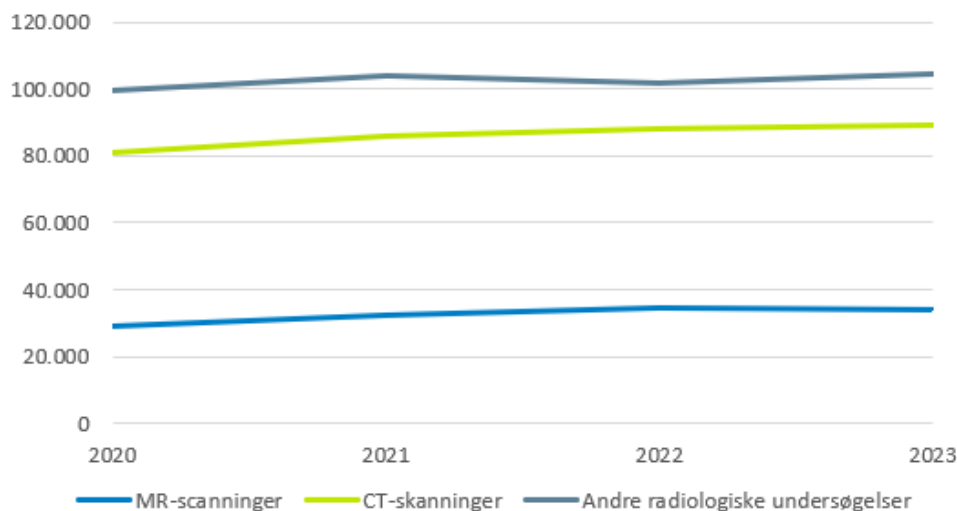
Radiologiske undersøgelser omfatter MR-scanning, CT-scanning og 'andre radiologiske undersøgelser'

'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer).

Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen DC44.

Antallet af personer, der har fået mindst en radiologisk undersøgelse, har ligeledes været stigende over perioden 2020 til 2023, jf. Figur 22.

Figur 22 Udvikling i antal unikke personer, der har fået mindst en radiologisk undersøgelse, 2020-2023



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Unikke personer angiver det samlede antal unikke personer i proceduregruppen pr. år.

I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser som er offentligt finansierede, dvs. undersøgelser foretaget på et offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt. Opgørelsen er afgrænset til procedurer knyttet til forløbselementer med forløbslabel 'kræftsygdomme' i LPR3.

Radiologiske undersøgelser omfatter MR-scanning, CT-scanning og 'andre radiologiske undersøgelser'

'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer).

Opgørelsen omfatter unikke personer, der har haft mindst én kontakt (fysisk fremmøde) til sygehusvæsenet med kræftsygdom DC* (undtaget DC44) som aktionsdiagnose og en registreret procedure for en radiologisk undersøgelse på samme kontakt.

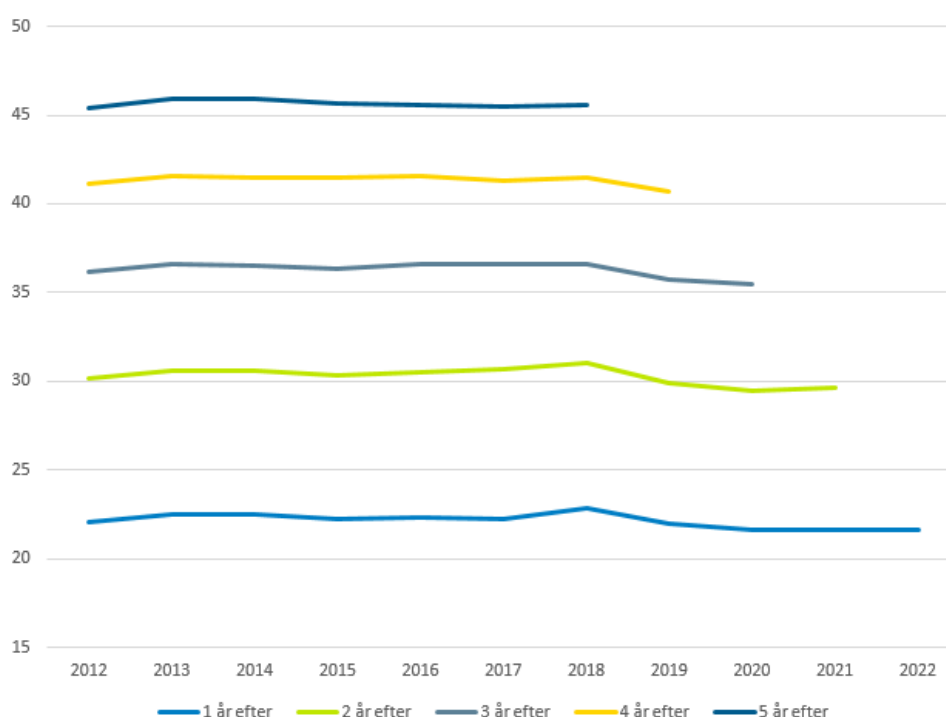
7.5 Sygehusaktivitet 1 til 5 år efter en kræftdiagnose

Analysen beskriver udviklingen i det gennemsnitlige antal sygehusophold for en kræftpatient i tidsperioden fra kræftdiagnosen bliver stillet og hhv. 1, 2, 3, 4 og 5 år frem. Der tages udgangspunkt i incidens-datoen for førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens) for alle kræftdiagnoser undtaget *anden hudkræft* og for udvalgte kræftformer. Aktiviteten opgøres for alle sygehusophold, uanset om de er knyttet til et kræftforløb eller ej (jf. Figur 23), samt for sygehusophold, der er knyttet til et kræftforløb¹⁹ (jf. Bilag 2, Bilagstabel 2.1-2.4). I opgørelsen indgår personer, der har haft et sygehusophold efter deres diagnose i de nævnte tidsperioder.

¹⁹ Inkluderer sygehusophold med mindst én kontakt tilhørende et forløb med forløbslabel "Kræftsygdomme". Forløbslabels blev først introduceret med LPR3 i marts 2019, og derfor er opgørelsen lavet fra 2020 og frem.

Det gennemsnitlige antal sygehusophold efter diagnosticering har været stabilt for personer diagnosticeret med kræft i perioden 2012-2022. Dette betyder, at differencen mellem tidsperioderne (0-1 år, 0-2 år, 0-3 år, 0-4 år, 0-5 år) ydermere har været stabile. Af Figur 23 ses det, at jo flere år der går efter diagnosticeringen af en kræftsygdom, desto færre nye sygehusophold i årene efter. Det gennemsnitlige antal sygehusophold det første år efter en kræftdiagnose har været stabilt i perioden 2012 til 2022 med ca. 22 ophold pr. person (jf. Figur 23). Fra diagnosetidspunktet og 2 år frem har det gennemsnitlige antal sygehusophold været 29-31 ophold for personer diagnosticeret i 2012 til 2021. Inden for 3 år efter diagnosen er det gennemsnitlige antal ophold steget til 35-36 for personer diagnosticeret i 2012-2020. Efter 4 år er tallet ca. 41 ophold for personer diagnosticeret i 2012-2019. Efter 5 år er gennemsnittet ca. 46 sygehusophold for personer diagnosticeret i 2012-2018.

Figur 23 Gennemsnitlige antal sygehusophold hhv. 1, 2, 3, 4 og 5 år efter en kræftdiagnose (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej), 2012-2022



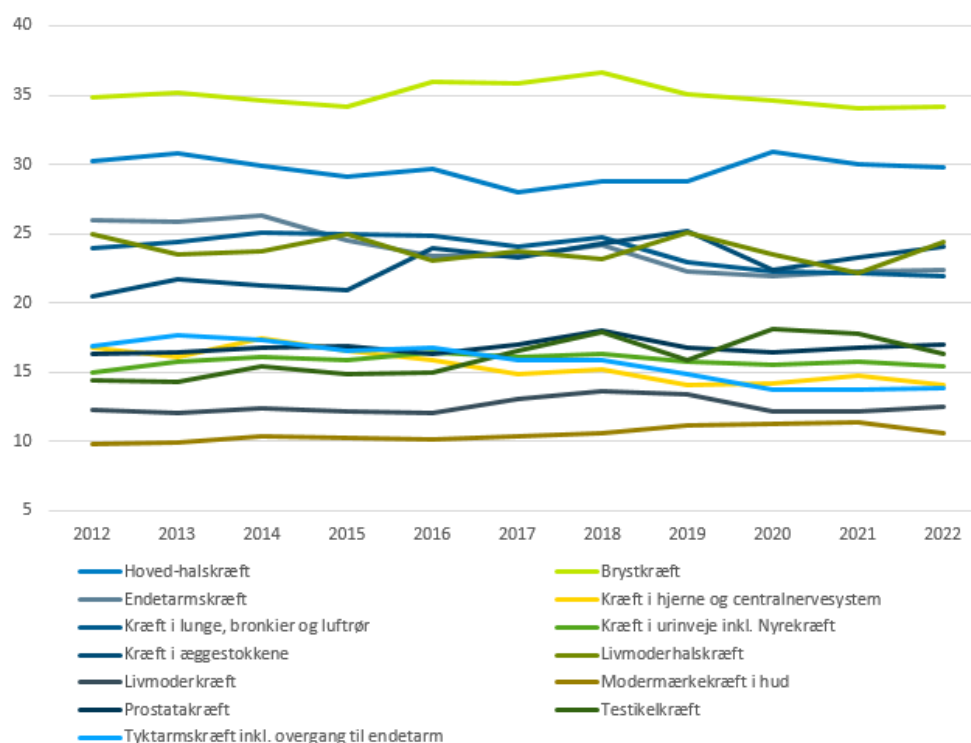
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold, 0-1, 0-2, 0-3, 0-4 og 0-5 år efter incidens-dato (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej). Årstal angiver året for den incidente kontakt. De gennemsnitlige antal sygehusophold tre år efter kan opgøres for patienter med en incidens-dato i til og med 2020. De gennemsnitlige antal sygehusophold fem år efter kan kun opgøres for patienter med en incidens-dato i til og med 2018.

Ser man på sygehusaktiviteten fordelt på udvalgte kræftformer, har personer med brystkræft det højeste gennemsnitlige antal sygehusophold både 1-, 2-, 3-, 4- eller 5 år efter

diagnosetidspunktet, jf. Figur 24 og Bilagsfigur 2.1-2.4. Livmoderkræft og modermærkekræft i hud har de laveste antal gennemsnitlige sygehusophold både i det første år efter diagnosen samt 2 til 5 år efter diagnosetidspunktet.

Figur 24 Gennemsnitlige antal sygehusophold i første år efter en kræftdiagnose fordelt på kræfttype (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej), 2012-2022



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 1 år efter incidens-dato (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej). Årstal angiver året for den incidente kontakt. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

Opgørelsen over sygehusophold, der er en del af et kræftforløb, inkluderer sygehusophold med mindst én kontakt tilhørende et forløb med forløbslabel "Kræftsygdomme". Forløbslabels blev først introduceret med LPR3 i marts 2019, og derfor er opgørelsen lavet fra 2020 og frem.

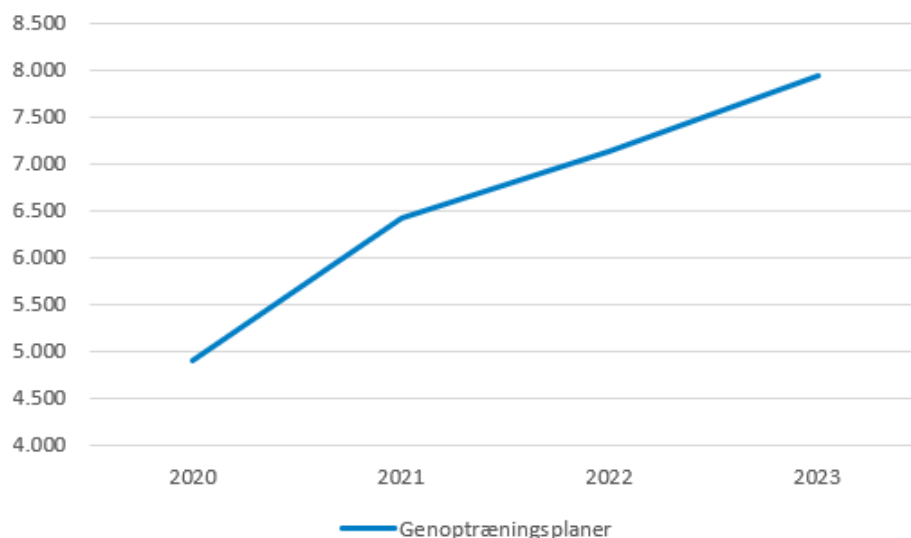
Det gennemsnitlige antal sygehusophold knyttet til et kræftforløb er generelt lavere, med omkring 18,7 ophold det første år efter diagnosen, *jf.* Bilag 2, Bilagstabel 2.1. Patienter med brystkræft har forsat det højeste gennemsnitlige antal sygehusophold efter diagnosetidspunktet, ligesom patienter med livmoderkræft og modermærkekræft forsat har det laveste antal gennemsnitlige sygehusophold i årene efter diagnose, når der ses på ophold, der knytter sig til et kræftforløb.

7.6 Genoptræningsplaner

Opgørelsen omfatter genoptræningsplaner (SUL § 140) for personer i et kræftforløb, der har haft mindst én kontakt (fysisk fremmøde) til sygehusvæsenet med kræftsygdom DC* (undtaget DC44) i pågældende forløb. Da forløbslabels, og dermed mulighed for afgrænsning af et kræftforløb, først blev introduceret med LPR3 i marts 2019, er opgørelsen lavet fra 2020 og frem.

I perioden 2020-2023 ses der generelt en stigning i antallet af genoptræningsplaner for kræftpatienter, *jf.* Figur 25. I 2020 var det samlede antal genoptræningsplaner for personer i et kræftforløb på 4.895, mens det i 2023 var 7.928, hvilket svarer til en stigning på 62 pct. Når antallet af genoptræningsplaner i 2023 holdes op i mod antallet af nye kræfttilfælde (16.895 nye tilfælde blandt kvinder og 16.589 nye tilfælde blandt mænd, *jf.* Bilagstabel 1.1), ser det ud til, at det kun er omkring hver 4. førstegangsdiagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens), der bliver henvist til en genoptræningsplan. Disse tal skal ses i lyset af, at mange kræftpatienter sandsynligvis bliver henvist til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (SUL § 119), hvilket ikke er muligt at afgrænse til i Landspatientregisteret.

Figur 25 Udvikling i antallet af genoptræningsplaner for personer i et kræftforløb, 2020-2023



Kilde: Landspatientregisteret pr. 17. juli 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

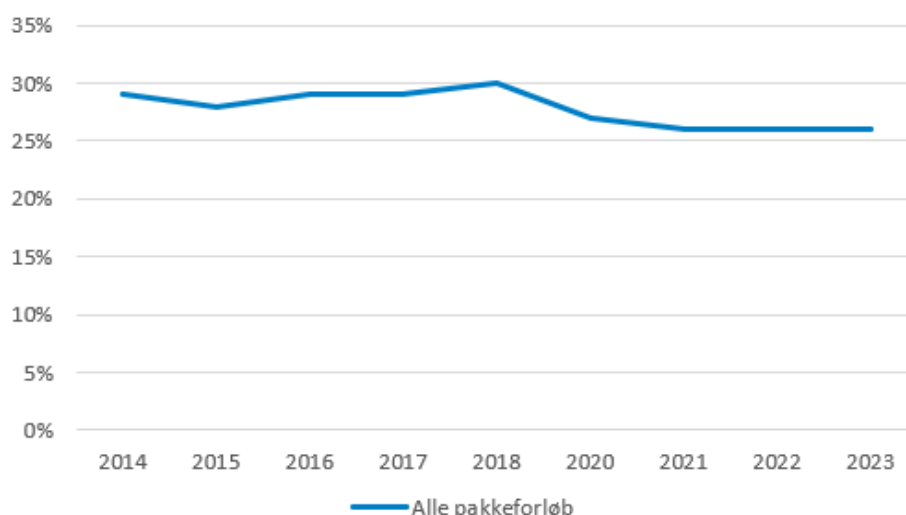
Note: Opgørelsen omfatter antal genoptræningsplaner (ZZ0175X, ZZ0175Y, ZZ0175V, ZZ0175Z) i et forløbselement med forløbslabel 'Kræftsygdomme' og registreret kræftsygdom (undtagen anden hudkræft) som aktionsdiagnose. Årstal angiver året for udarbejdelsen af genoptræningsplanen. Der afgrænses til én genoptræningsplan per 14. dag for samme patient.

Udviklingen af genoptræningsplaner fra 2020 til 2023 kan findes på kommuneniveau i Bilag 3, bilagstabel 3.1. Her ses en stigning i antallet af genoptræningsplaner for størstedelen af kommunerne fra 2020 til 2023. I en sammenligning med antallet af indbyggere i kommunerne, har nogle kommuner en relativt større andel af personer i et kræftforløb, der henvises til en genoptræningsplan. En del af forklaringen på denne diskrepans kan være en forskel i anvendelsen af henvisninger af genoptræningsplaner (SUL § 140) og forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (SUL § 119).

7.7 Pakkeforløb med begrundet mistanke bekræftet

Andelen af kræftpakkeforløb²⁰, hvor begrundet mistanke om kræft er bekræftet, har været forholdsvis stabilt mellem 26 pct. og 30 pct. i perioden 2014 til 2023, *jf.* Figur 26. Der kan dog observeres et lille fald på 3-4 pct. i årene efter 2018 på trods af, at antallet af bekræftede forløb har stabiliseret sig omkring 40.000 forløb pr. år fra 2018 og frem, *jf.* Figur 27. Selvom andelen af bekræftede forløb i 2018 (30 pct.) var større end andelen i 2023 (26 pct.), var der alligevel 1.171 flere bekræftede forløb i 2023.

Figur 26 Udviklingen i andelen (pct.) af pakkeforløb for kræft, hvor begrundet mistanke er bekræftet, samlet for alle pakkeforløb, 2014-2023



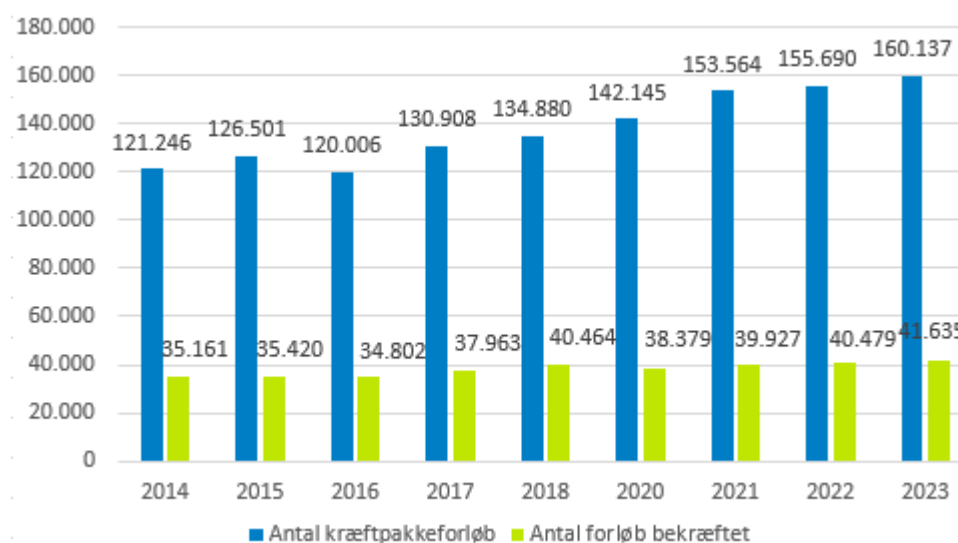
Kilde: Data for 2014-2015 er fra LPR pr. 10. april 2016, Sundhedsdatastyrelsen.
Data for 2016 er fra LPR pr. 10. april 2017, Sundhedsdatastyrelsen.
Data for 2017-2018 er fra LPR pr. 10. maj 2019, Sundhedsdatastyrelsen.
Data for 2020-2023 er fra LPR pr. 10. maj 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Data for 2019 er ikke medtaget grundet databrud som følge af overgangen til LPR3.

Figur 27 viser antallet af kræftpakkeforløb i alt sammenlignet med antallet af bekræftede forløb, hvor billedet viser sig anderledes end Figur 26. Det totale antal af kræftpakkeforløb har været stigende over årene med det største antal i 2023 (160.137), hvilket er 38.891 flere forløb end i 2014, *jf.* Figur 27. Ser man på antallet af pakkeforløb, hvor begrundet mistanke om kræft er bekræftet, er der 6.474 flere bekræftede forløb i 2023 end i 2014.

²⁰ Der kan læses mere om monitorering af pakkeforløb for kræft på eSundhed (<https://www.esundhed.dk/home/emner/kraeft/pakkeforloeb%20for%20kraeftomraadet>)

Figur 27 Udviklingen i antal kræftpakkeforløb og antal bekræftede forløb, 2014-2023



Kilde: Data for 2014-2015 er fra LPR pr. 10. april 2016, Sundhedsdatastyrelsen.
 Data for 2016 er fra LPR pr. 10. april 2017, Sundhedsdatastyrelsen.
 Data for 2017-2018 er fra LPR pr. 10. maj 2019, Sundhedsdatastyrelsen.
 Data for 2020-2023 er fra LPR pr. 10. maj 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Data for 2019 er ikke medtaget grundet databrud som følge af overgangen til LPR3.

Både antallet og andelen af bekræftede tilfælde varierer en del mellem de forskellige kræftpakker, jf. Tabel 5. For nogle kræftpakker, f.eks. lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk kræft, er andelen af bekræftede tilfælde over 80 pct. i alle årene fra 2014 til 2023, og antallet af forløb har været stabilt på omkring 1.800 pr. år. For andre kræftpakker, f.eks. brystkræft, har andelen af bekræftede tilfælde varieret fra 29 pct. i 2014 til 21 pct. i 2023, dog har der været cirka 10.000 flere forløb i 2023 end i 2014. Forskellige faktorer såsom variation i målgrupper, diagnostiske metoder, symptomer, henvisningspraksis og sygdomsforekomst gør det svært at sammenligne antallet og andelen af bekræftede tilfælde på tværs af de forskellige pakkeforløb.

Tabel 5 Udviklingen i antallet af pakkeforløb for kræft og andelen (pct.) af disse forløb, hvor begrundet mistanke er blevet bekræftet, fordelt på pakkeforløb, 2014 til 2023.

Pakkeforløb		2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023
Alle	Pct.	29	28	29	29	30	27	26	26	26
	n	121.246	126.501	120.006	130.908	134.880	142.145	153.564	155.690	160.137
B01 Brystkræft	Pct.	29	28	29	26	25	21	20	20	21
	n	18.187	18.336	16.457	20.332	22.404	25.408	28.106	27.967	28.603
B02 Hoved- og halskræft	Pct.	28	28	28	28	28	27	28	28	28
	n	7.503	8.049	8.059	8.653	8.570	9.554	10.038	9.945	9.873
B03 Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk	Pct.	83	81	83	84	84	86	83	84	84
	n	1.810	1.856	1.852	1.897	1.773	1.769	1.890	1.994	1.922
B04 Myelomatose	Pct.	68	72	67	73	74	73	70	72	69
	n	529	592	609	676	617	700	777	887	858
B05 Akut leukæmi/ fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	Pct.	70	69	66	69	71	71	71	72	75
	n	352	368	277	259	248	323	273	344	366
B06 Kroniske myeloide sygdomme	Pct.	57	64	63	60	55	56	52	51	53
	n	604	761	756	986	993	839	877	926	944
B07 Kræft i bugspytkirtlen	Pct.	57	48	51	58	59	53	55	55	60
	n	1.426	1.588	1.419	1.501	1.572	1.783	1.804	1.815	1.871
B08 Kræft i galdegang	Pct.	66	60	58	65	64	64	65	64	65
	n	299	291	294	307	342	440	480	458	512
B09 Kræft i spiserør og mavesæk	Pct.	23	17	17	18	17	14	12	10	11
	n	4.129	5.551	5.614	6.067	6.217	7.557	9.067	9.552	10.279
B10 Primær leverkræft	Pct.	62	54	54	65	71	59	60	62	56
	n	480	455	475	506	587	684	774	759	746
B11 Tarmkræftmetastaser i leveren	Pct.	89	93	95	93	93	-	-	-	-
	n	329	421	499	471	518	-	-	-	-
B12 Kræft i tyk- og endetarm	Pct.	16	16	15	16	16	14	13	12	12
	n	30.538	31.353	29.637	29.227	28.885	30.975	34.975	36.076	38.110
B13 Kræft i urinveje	Pct.	18	17	19	19	18	21	21	21	21
	n	12.779	13.389	12.787	14.435	15.881	16.797	16.991	15.867	17.089
B16 Kræft i prostata	Pct.	55	55	54	59	60	65	67	63	58
	n	8.217	8.579	7.689	7.543	7.907	7.452	7.407	7.717	7.775
B17 Kræft i penis	Pct.	35	35	31	24	21	16	13	16	18
	n	229	293	268	310	381	487	564	594	617
B18 Kræft i testikel	Pct.	17	16	15	16	15	16	16	16	20
	n	1585	1693	1638	1709	1688	1909	2019	2068	1877
B19 Kræft i ydre kvindelige kønsorganer	Pct.	47	56	51	46	57	58	54	55	57
	n	273	289	277	315	280	286	270	285	291
B20 Livmoderkræft	Pct.	21	19	16	14	16	13	12	12	11
	n									

Pakkeforløb		2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023
	n	4.796	5.217	5.442	6.137	6.153	6.870	7.189	7.345	7.829
B21	Kræft i æggestok	Pct.	43	41	44	48	56	59	60	59
		n	1.988	1.709	1.776	1.811	1.608	1.447	1.474	1.439
B22	Livmoderhalskræft	Pct.	46	42	41	45	53	54	51	56
		n	691	553	567	711	663	527	537	548
B23	Kræft i hjernen	Pct.	21	20	23	22	21	15	13	12
		n	2.380	2.496	2.363	2.340	2.448	2.922	3.173	3.080
B24	Kræft i øje og orbita	Pct.	30	35	27	36	33	32	53	34
		n	228	228	168	205	189	170	165	160
B25	Modermærkekræft i hud	Pct.	45	44	49	46	50	48	46	42
		n	6.063	5.985	5.992	6.761	6.796	7.330	8.379	9.346
B26	Lungekræft	Pct.	33	32	34	36	38	38	38	39
		n	14.616	15.088	13.863	16.405	16.687	14.404	14.680	14.849
B27	Sarkom i knogle	Pct.	31	26	36	34	37	52	40	36
		n	189	216	170	119	137	103	137	121
B29	Sarkom i bløddele	Pct.	47	49	45	48	47	48	47	47
		n	590	660	548	621	657	713	809	811
B30	Kræft hos børn	Pct.	52	50	57	62	69	56	66	64
		n	311	304	269	268	267	246	223	226
B31	Analkræft	Pct.	85	81	85	75	77	74	74	77
		n	125	166	113	186	221	234	251	272
B33	Lunghindekræft	Pct.	-	80	64	69	64	62	52	59
		n	-	15	128	150	191	216	235	209

Kilde: Data for 2014-2015 er fra LPR pr. 10. april 2016, Sundhedsdatastyrelsen.
 Data for 2016 er fra LPR pr. 10. april 2017, Sundhedsdatastyrelsen.
 Data for 2017-2018 er fra LPR pr. 10. maj 2019, Sundhedsdatastyrelsen.
 Data for 2020-2023 er fra LPR pr. 10. maj 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Data for 2019 er ikke medtaget grundet databrud som følge af overgangen til LPR3.

For kræft i urinveje medtages kun opgørelse for det fælles pakkeforløb 'Kræft i urinveje', B13. Kræft i blæren, kræft i nyre og kræft i nyrebækken og urinleder medtages således ikke, idet de alle starter op i det fælles pakkeforløb for kræft i urinveje (B13). Derfor findes der ikke koder for udredning start eller diagnose afkræftet for pakkeforløbsnummer 14, 15 og 32.

Pct. angiver andelen af bekræftede forløb. 'n' angiver det totale antal forløb. '-' angiver, at et kræftpakkeforløb er ophørt.

Det er ikke forventeligt, at standardforløbstiden kan opfyldes for alle patienter i alle pakkeforløb, da konkrete forhold kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient kan afvige fra den anbefalede forløbstid.

7.8 Pakkeforløb og sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden

Opgørelsen omfatter aktivitet fra *henvisning* til *udredning slut* for patienter, der indgår i pakkeforløb for organspecifikke kræfttyper samt diagnostiske pakkeforløb²¹. For organspecifikke kræftpakker er opgørelsen afgrænset til forløb, hvor der både foreligger et *henvisningstidspunkt* og et tidspunkt for *beslutning vedrørende initial behandling* eller et tidspunkt for *pakkeforløb slut, diagnose afkræftet (AFBxxX1)*. For de diagnostiske pakkeforløb er opgørelsen afgrænset til forløb, hvor der både foreligger et *henvisningstidspunkt* og et tidspunkt for *pakkeforløb slut*.

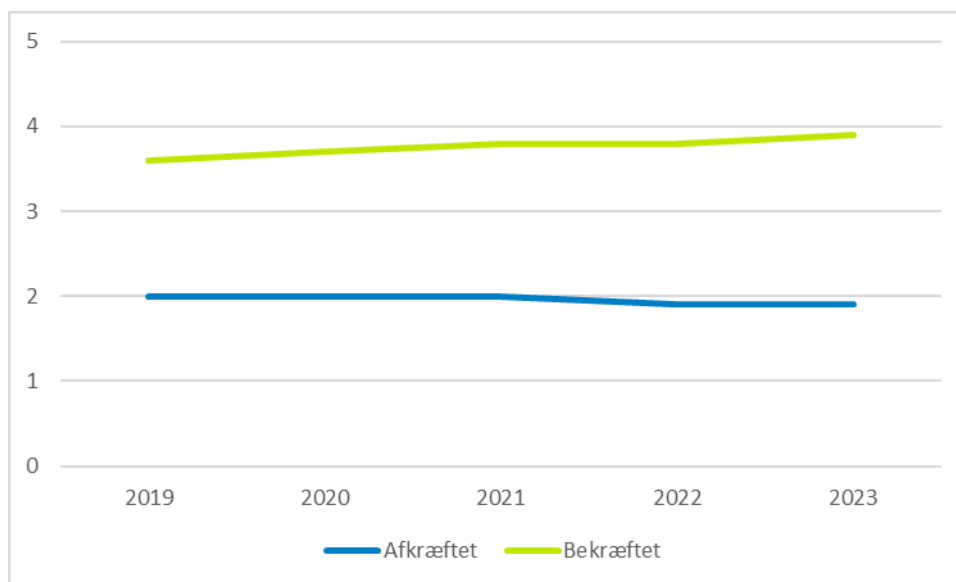
Aktiviteten for de organspecifikke pakker er opgjort for perioden 2019-2023, fordelt på bekræftede og afkræftede diagnoser. For de *bekræftede* organspecifikke forløb var der i gennemsnit omkring 4 sygehusophold pr. forløb i henvisnings- og udredningsperioden i perioden 2019-2023, hvilket er flere end for de forløb, der blev *afkræftet* (se Figur 28). Det skal holdes op imod, at der er væsentlig flere pakkeforløb, hvor diagnosen afkræftes end bekræftes, jf. afsnittet ovenfor. For bekræftede forløb er det gennemsnitlige antal sygehusophold pr. forløb højest for lungekræft (B26) og analkræft (B31), hvor personer har et gennemsnit på godt 5 ophold pr. forløb, jf. Bilag 4, Bilagstabel 4.1.

For de diagnostiske pakkeforløb for uspecifikke symptomer er aktiviteten opgjort for perioden 2019-2023. I 2023 var der 10.304 diagnostiske pakkeforløb for uspecifikke symptomer (Bilag 4, Bilagstabel 4.3) med et gennemsnitligt antal ophold pr. forløb på 2,9 i henvisnings- og udredningsperioden (Figur 29).

For de diagnostiske pakkeforløb for metastaser uden kendt primærtumor er aktiviteten kun opgjort for 2023, da monitoreringsmodellen for disse pakkeforløb blev ændret pr. 1. juli 2022, og der kun er medtaget data for hele kalenderår. I 2023 var der 882 diagnostiske pakkeforløb ved metastaser uden kendt primærtumor, med et gennemsnitligt antal ophold pr. forløb på 3,5 i forløbsperioden fra *henvisningens start* til *pakkeforløbets slut* (MF3), jf. Bilag 4, Bilagstabel 4.2 og 4.3.

²¹ Der kan læses mere om monitorering af pakkeforløb for kræft på eSundhed (<https://www.esundhed.dk/home/emner/kraeft/pakkeforloeb%20for%20kraeftomraadet>)

Figur 28 Gennemsnitlige antal sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden for organspecifikke pakkeforløb, 2019-2023

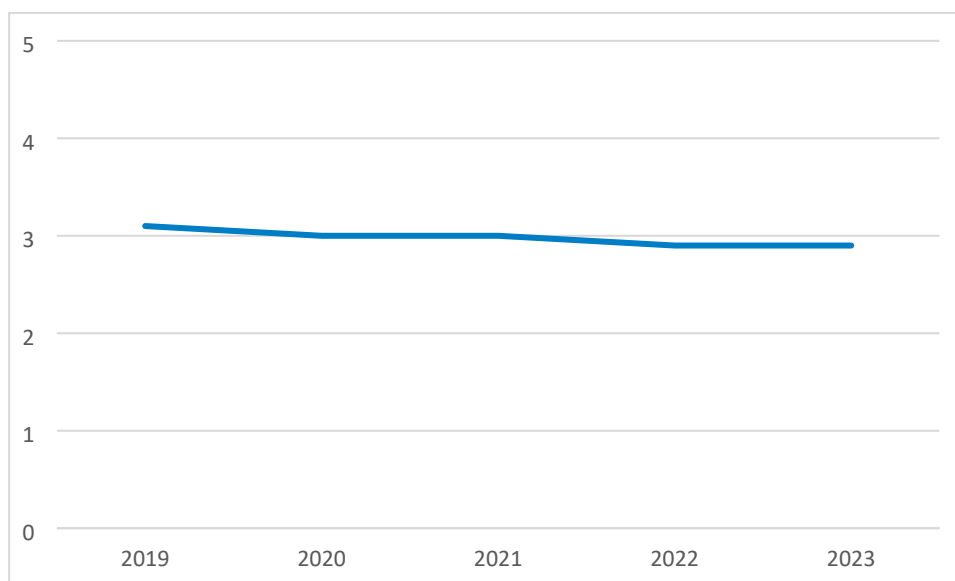


Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Angiver det gennemsnitlige antal ophold pr. pakkeforløb for organspecifikke kræftpakker i henvisnings- og udredningsperioden (OF1+OF2). Opgørelsen er afgrænset til pakkeforløb, hvor der både er registreret et henvisningstidspunkt (A-punkt) og et beslutningspunkt vedrørende initialbehandling (C-punkt) eller slutpunkt, for diagnose afkræftet (X1-punkt).

Opgørelsen inkluderer alle kræftpakkeforløb undtagen B14, B15 og B32. De B14, B15 og B32 alle starter op i det fælles pakkeforløb for kræft i urinveje (B13). Derfor findes der ikke koder for udredning start eller diagnose afkræftet for pakkeforløbsnummer 14, 15 og 32.

Figur 29 Gennemsnitlige antal sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden for diagnostiske pakkeforløb for uspecifikke symptomer, 2019-2023



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Angiver det gennemsnitlige antal ophold pr. pakkeforløb for pakkeforløb med uspecifikke symptomer i forløbsperioden fra henvisningens start til pakkeforløbets slut (DF3). Opgørelsen er afgrænset til pakkeforløb, hvor der både er registreret et henvisningstidspunkt (A-punkt) og et sluttidspunkt (X-punkt).

8. Kræftpatienter med udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser

Der tages udgangspunkt i 10-år-incidens-datoen for førstegangsdagnosticeret med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret for alle kræftdiagnoser undtaget andet hudkræft. Herefter ses der på antal forskellige kroniske sygdomme, som en person har primo året for incidens-datoen i Register for udvalgte kroniske og svære psykiske lidelser (RUKS)²². Følgende sygdomme og lidelser indgår i RUKS: astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), demens, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes, type 2-diabetes.

I hele perioden 2012-2023 er der generelt flere kvinder end mænd med en kræftdiagnose, der har mindst én kronisk sygdom, og kvinderne har også oftere flere kroniske sygdomme, *jf.* Tabel 6. Eksempelvis har 34 pct. af kvinder med en incidens-dato i 2023 mindst én kronisk sygdom, hvilket er 3 procentpoint flere end mændene. Tilsvarende har 10 pct. af kvinder med en incidens-dato i 2023 flere kroniske sygdomme, mens 7 pct. af mændene med en incidens-dato samme år har flere kroniske sygdomme. Tabel 7 viser, at der blandt personer med kræft er en sammenhæng mellem alder og forekomsten af én eller flere kroniske sygdomme. Blandt personer på 75 år eller derover med en incidens-dato i 2023 har 43 pct. mindst én kronisk sygdom, mens 12 pct. har flere kroniske sygdomme.

Tabel 6 Andel (pct.) af kræftpatienter med kronisk sygdom (mindst én) eller flere kroniske sygdomme (to eller flere) i RUKS, fordelt på køn og i alt, 2012-2023

	Køn	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mindst én kronisk sygdom	Kvinder	31	31	32	32	32	33	33	34	34	34	35	34
	Mænd	26	27	27	28	28	29	30	30	31	30	31	31
	I alt	29	29	29	30	30	31	31	32	32	32	33	33
Flere kroniske sygdomme	Kvinder	9	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10
	Mænd	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	7	7
	I alt	8	8	8	9	8	9	9	9	9	9	9	8

Kilde: Register for udvalgte kroniske og svære psykiske lidelser (RUKS), 2024

Note: Følgende sygdomme og lidelser indgår i RUKS: astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), demens, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes, type 2-diabetes.

²² Nærmere dokumentation og algoritmer for bestemmelser af de udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, der indgår i RUKS kan findes her: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>

Tabel 7 Andel (pct.) af kræftpatienter med kronisk sygdom (mindst én) eller flere kroniske sygdomme (to eller flere) i RUKS, fordelt på alder, 2012-2023

	Alder	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mindst én kronisk sygdom	0-44	10	9	10	11	10	10	10	9	9	10	9	10
	45-59	18	17	18	17	18	19	19	20	20	20	21	20
	60-74	29	30	30	31	31	32	33	34	34	32	34	34
	75+	41	41	41	42	42	43	43	42	43	43	43	43
Flere kroniske sygdomme	0-44	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	45-59	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	60-74	8	9	8	9	9	9	9	10	9	9	9	9
	75+	13	13	13	14	13	14	14	13	14	13	13	12

Kilde: Register for udvalgte kroniske og svære psykiske lidelser (RUKS), 2024

Note: Følgende sygdomme og lidelser indgår i RUKS: astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), demens, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes, type 2-diabetes.

9. Kræftpatienter og arbejdsmarkedstilknytning

Der tages udgangspunkt i 10-år-incidens-datoen for førstegangsdagnosticeret med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret for hhv. alle kræftdiagnoser undtaget andet hudkræft og udvalgte kræftformer. Der afgrænses til kræftpatienter i alderen 25-67 år på incidens-datoen, som har lønindkomst i kalendermåneden før incidens-datoen og ikke har modtaget udvalgt ydelse (førtidspension, SHO-ydelse, dagpenge, uddannelseshjælp, kontanthjælp, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering, ressourceforløb, seniorpension, efterløn og orlov) i mindst én uge i kalendermåneden. Der betinges yderligere på, at borgeren skal være i live og have dansk bopæl hhv. 6 og 12 måneder efter incidens-datoen. Metoden vil læne sig op af indikator om fastholdelse af somatiske syge i beskæftigelse i Nationale mål for sundhedsvæsenet²³.

Andelen af kræftpatienter, der er i beskæftigelse (har lønindkomst og ikke har modtaget udvalgt ydelse (førtidspension, SHO-ydelse, dagpenge, uddannelseshjælp, kontanthjælp, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering, ressourceforløb, seniorpension, efterløn og sygedagpenge) hhv. 6 og 12 måneder efter incidens-datoen er stort set stabil i årene 2012-2022 med 84-86 pct. i beskæftigelse efter 6 måneder og 83-85 pct. efter 12 måneder, *jf.* Tabel 8 og Tabel 9. I 2022 var andelen hhv. 84 pct. og 83 pct. Kvinder ligger lidt lavere med hhv. 84 pct. og 82 pct., mens mænd i 2022 ligger på 85 pct. både efter 6 og 12 måneder.

Andelen for de 60+-årige i beskæftigelse hhv. 6 og 12 måneder efter incidens-datoen er steget i perioden 2012 til 2022. I 2022 var 81 pct. af 60+-årige kræftpatienter i beskæftigelse 6 måneder efter incidens-datoen, mens en lavere andel (77 pct.) var i beskæftigelse efter 12 måneder. Generelt er andelen for 60+-årige lavere end for de yngre aldersgrupper, *jf.* Tabel 8 og Tabel 9.

²³ <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2023/november/nationale-maal-2023>

Tabel 8 Andel (pct.) af kræftpatienter, der er i beskæftigelse 6 måneder efter en kræftdiagnose, fordelt på alder, 2012-2022

6 måneder	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
25-29	83	74	79	75	76	84	76	86	84	82	81
30-44	87	87	87	85	85	87	88	87	88	86	84
45-59	87	88	89	89	88	88	88	89	88	89	87
60+	77	78	79	80	80	79	81	81	81	81	81

Kilde: DREAM 2024

Note: Definition af tælleren:

Borgeren skal have lønindkomst i den 6. kalendermåned efter incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i den pågældende kalendermåned.

Definition af nævneren:

Borgeren skal have lønindkomst i kalendermåneden før incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i kalendermåneden. Borgeren skal være i live og have dansk bopæl 6 måneder efter incidens-datoen. Alder er afgrænset til 25-67 år på incidens-datoen.

Tabel 9 Andel (pct.) af kræftpatienter, der er i beskæftigelse 12 måneder efter en kræftdiagnose, fordelt på alder, 2012-2022

12 måneder	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
25-29	81	77	75	75	76	82	80	80	81	79	86
30-44	87	88	87	87	86	88	86	86	88	85	85
45-59	88	89	90	90	89	88	88	88	88	88	87
60+	70	72	72	75	75	73	74	73	73	75	77

Kilde: DREAM 2024

Note: Definition af tælleren:

Borgeren skal have lønindkomst i den 12. kalendermåneden efter incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i den pågældende kalendermåned.

Definition af nævneren:

Borgeren skal have lønindkomst i kalendermåneden før incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i kalendermåneden. Borgeren skal være i live og have dansk bopæl 12 måneder efter incidens-datoen. Alder er afgrænset til 25-67 år på incidens-datoen.

Der ses variation mellem diagnosegrupperne, og en lavere andel af kræftpatienter med kræft i lunge, bronkier og luftrør samt kræft i æggestokkene er i beskæftigelse 6 måneder efter en kræftdiagnose i forhold til andre diagnosegrupper. Efter 12 måneder er andelen yderligere faldet til hhv. 66 pct. og 67 pct. For begge diagnosegrupper ser andelen, der er i beskæftigelse efter 12 måneder, ud til at være let faldende over årene.

Tabel 10 Andel (pct.) af kræftpatienter, der er i beskæftigelse 6 måneder efter en kræftdiagnose, fordelt på diagnosegruppe, 2012-2022

6 måneder	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Brystkræft	88	86	87	88	86	87	88	87	86	86	85
Endetarmskræft	78	85	83	85	81	82	83	84	86	81	84
Hjerne og centralnervesystem	81	82	85	82	81	85	81	85	83	86	84
Hoved-halskræft	82	83	82	86	83	85	84	85	87	86	81
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	75	78	79	77	79	73	77	74	78	77	74
Kræft i urinveje inkl. nyrekræft	88	85	84	82	86	83	84	86	88	86	86
Kræft i æggestokkene	86	82	84	82	82	86	83	89	84	79	77
Livmoderhalskræft	83	88	88	86	82	84	86	91	83	88	87
Livmoderkræft	89	89	88	87	88	83	85	87	88	86	82
Modermærkekræft i hud	90	88	90	91	90	90	90	91	91	91	89
Prostatakræft	84	85	86	88	85	84	88	86	85	86	87
Testikelkræft	87	90	89	87	88	88	91	89	84	89	89
Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm	80	82	84	87	83	84	82	85	83	85	82

Kilde: DREAM

Note: Definition af tælleren:

Borgeren skal have lønindkomst i den 6. kalendermåned efter incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i den pågældende kalendermåned.

Definition af nævneren:

Borgeren skal have lønindkomst i kalendermåneden før incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i kalendermåneden. Borgeren skal være i live og have dansk bopæl 6 måneder efter incidens-datoen. Alder er afgrænset til 25-67 år på incidens-datoen.

Tabel 11 Andel (pct.) af kræftpatienter, der er i beskæftigelse 12 måneder efter en kræftdiagnose, fordelt på diagnosegruppe, 2012-2022

12 måneder	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Brystkræft	87	86	87	86	87	86	85	84	85	83	83
Endetarmskræft	77	86	82	84	80	80	82	81	88	80	82
Hjerne og centralnervesystem	78	76	81	80	79	83	79	81	79	83	82
Hoved-halskræft	82	82	83	86	87	86	87	83	83	85	81
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	73	74	71	73	74	70	65	63	72	67	66
Kræft i urinveje inkl. nyrekræft	83	84	85	83	84	79	83	84	84	85	87
Kræft i æggestokkene	81	80	80	73	75	80	83	80	79	77	67
Livmoderhalskræft	82	89	87	87	83	86	83	89	83	88	84
Livmoderkræft	90	90	84	85	88	81	82	82	83	84	86
Modermærkekræft i hud	89	90	90	91	91	91	90	90	91	91	90
Prostatakræft	82	82	83	85	84	83	86	83	83	84	86
Testikelkræft	90	93	90	91	90	89	90	90	87	86	96

Kilde: DREAM

Note: Definition af tælleren:

Borgeren skal have lønindkomst i den 12. kalendermåned efter incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i den pågældende kalendermåned.

Definition af nævneren:

Borgeren skal have lønindkomst i kalendermåneden før incidens-datoen og må ikke have modtaget udvalgt ydelse i mindst én uge i kalendermåneden. Borgeren skal være i live og have dansk bopæl 12 måneder efter incidens-datoen. Alder er afgrænset til 25-67 år på incidens-datoen.

10. Sektorielt overblik og fælles patientpopulationer

Figur 30 er et Venn-diagram, der viser antallet af patienter med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt på tre forskellige sektorer: hospitaler, kommuner og almen praksis. Tallene angiver det samlede antal førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens) i 2023, som har været i kontakt med hver sektor, samt overlapningerne mellem disse sektorer.

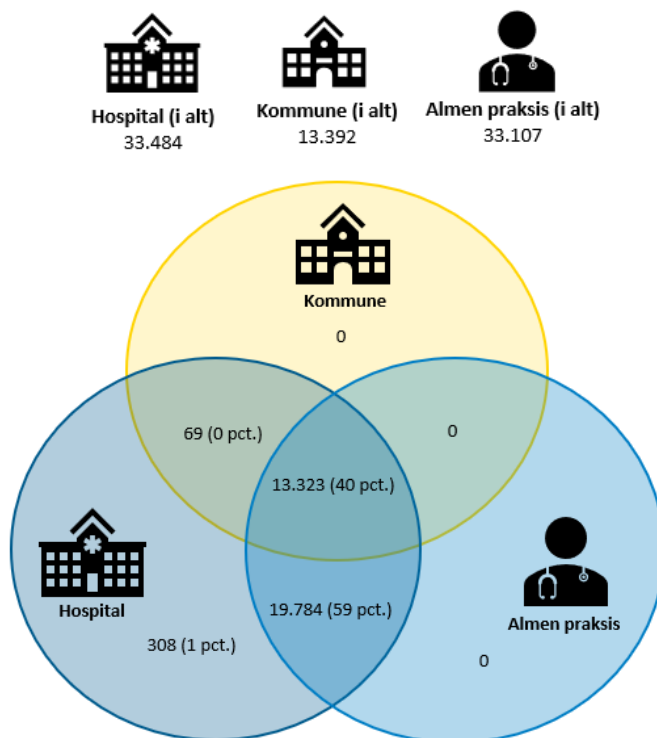
I 2023 har 33.484 førstegangsdagnosticerede kræftpatienter været i kontakt med et hospital (den samlede population). Af disse har 13.392 også haft kontakt til et kommunalt sundhedstilbud²⁴, mens 33.107 har været i kontakt med almen praksis.

De største overlap ses mellem hospitaler og almen praksis samt mellem alle tre sektorer. 19.784 (59 pct.) har haft kontakt med både hospital og almen praksis, men ikke kommunen. 13.323 (40 pct.) har haft kontakt med alle tre sektorer: hospitaler, kommunen og almen praksis. Mange kræftpatienter har således kontakt med flere sektorer i året for incidens-datoen.

Når man ser på forskellige aldersgrupper: 0-44 år, 45-59 år, 60-74 år og 75+ år (som vist i Bilag 5) er der flere ældre end yngre, der har haft kontakt til kommunen. Eksempelvis har 433 (18 pct.) af 0-44-årige kræftpatienter haft kontakt med alle tre sektorer i 2023, mens 6.354 (57 pct.) af 75+-årige kræftpatienter har haft kontakt med alle tre sektorer i 2023 (se Bilag 5, Bilagsfigur 5.1 og 5.4). Den høje andel af ældre borgere skal ses i lyset af typen af kommunal kontakt, der anvendes i denne opgørelse.

²⁴ Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Figur 30 Antal førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose, med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt efter sektor, 2023



Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr. 27. august 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) pr. 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andele er afrundede.

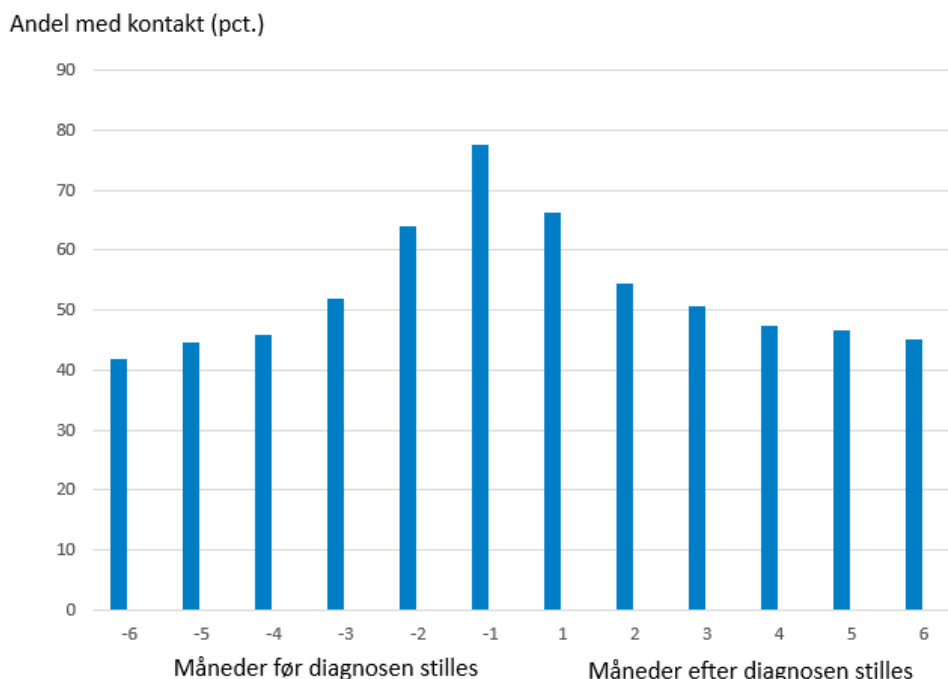
Figuren viser borgere i populationen med kontakt til sundhedsvæsenet i incidensåret fordelt efter sektor. Da populationen findes på baggrund af sygehuskontakter har alle borgere pr. definition kontakt til sygehus. Der vil således ikke være nogen, der kun har kontakt til hverken kommunen eller almen praksis. Der er derfor 0 personer med kontakt kun til almen praksis, 0 personer med kontakt kun til kommunen, og ligeledes 0 personer der kun har haft kontakt til kommunen og almen praksis.

Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagtid under sygesikringen. Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalssystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Antallet af borgere med kommunal kontakt kan være en smule underestimeret, da tre kommuner ikke lever op til fastsatte kriterier vedr. datakvalitet.

Figur 31 og Figur 32 angiver andelen af førstegangsdagnosticerede personer, der har haft kontakt til henholdsvis almen praksis og kommunen inden diagnosticeringen og efterfølgende. Der tages udgangspunkt i incidens-datoen for førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens) for alle kræftdiagnoser (undtaget anden hudkræft) og for udvalgte kræftformer.

Figur 31 Andel med kontakt til almen praksis op til- og efter førstegangsdagnosticering med kræft



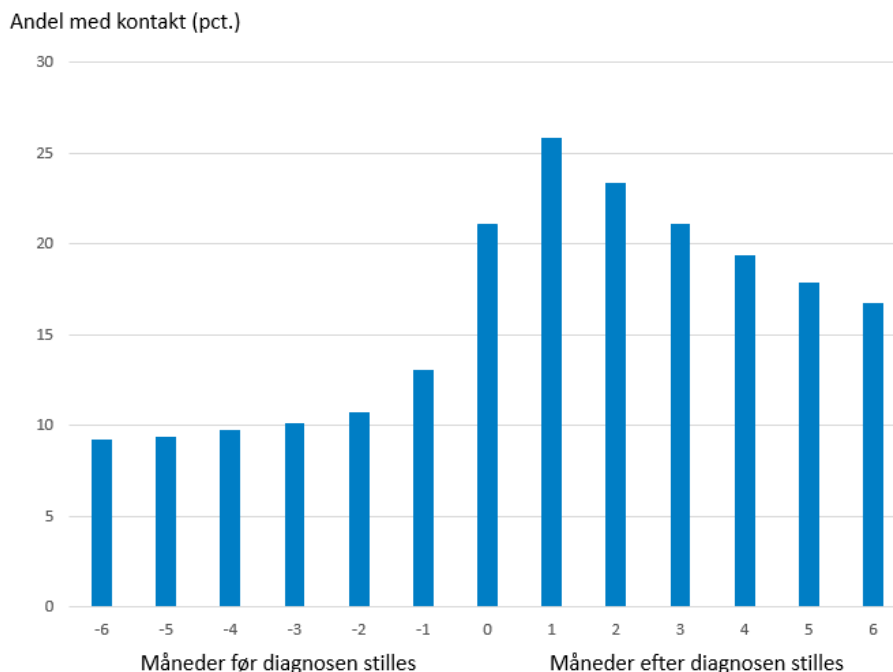
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr.22. juli 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver andelen af incidente (10-års incidentpopulationen), der har haft en kontakt til almen praksis i de seks måneder før og inden incidens-datoen. Incidenspopulationen er afgrænset til personer, der er diagnosticeret fra juli 2022 - juni 2023.

Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagtid under sygesikringen. Kontakt på incidens-datoen er inkluderet i tidsperioden '1 måned efter diagnosen stilles'.

I måneden før kræftdiagnosen bliver stillet, har 78 pct. af de førstegangsdagnosticerede kontakt til almen praksis (måned -1). I måneden efter diagnosen (måned 1) er andelen faldet til 66 pct. Andelen af førstegangsdagnosticerede, der har kontakt til almen praksis, ligger nogle måneder efter kræftdiagnosen stilles på nogenlunde samme niveau som i perioden fra seks til fire måneder inden diagnosticeringen (måned -4 til -6).

**Figur 32 Andel med kontakt til kommunen op til- og efter
førstegangsdiagnosticering med kræft**



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) pr. 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver andelen af incidente (10-års incidentpopulationen), der har haft en kommunal kontakt i de seks måneder før og inden incidens-datoen. Incidentpopulationen er afgrænset til personer, der er diagnosticeret fra juli 2022 - juni 2023.

Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Otte kommuner er ekskluderet fra opgørelsen, da de ikke lever op til fastsatte kriterier. Incidente personer med bopæl i disse kommuner på incident-datoen er således også ekskluderet, samt kommunalt registreret data for en kommune der ikke er godkendt i ét år også fjernes for det andet år.

I data er der ikke angivet en specifik dato for den kommunale kontakt, men derimod måneden hvori kontakten er givet. Måned 0 angiver således, om den kommunale kontakt er givet i samme kalendermåned som incidens-datoen.

Andelen af førstegangsdiagnosticerede, der har kontakt til kommunen, er dobbelt så stor måneden efter diagnosen stilles sammenlignet med måneden inden. Cirka en fjerdedel af de førstegangsdiagnosticerede har kontakt til kommunen i måneden efter kræftdiagnosen stilles (måned 1). Seks måneder efter diagnosticeringen (måned 6) er der en dobbelt så stor andel, der har kontakt sammenlignet med seks måneder inden diagnosticeringen (måned -6).

Tabel 12 Aldersfordelingen for personer, der har kontakt til henholdsvis almen praksis og kommunen, før og efter incidens-dato, andel (pct.)

Aldersgruppe	Kontakt til almen praksis		Kommunal kontakt	
	Før	Efter	Før	Efter
0-44	6,9	6,6	0,8	3,6
45-59	18,7	19,0	6,1	13,0
60-74	40,8	40,8	29,6	37,2
75+	33,5	33,5	63,6	46,2

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr.22. juli 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) pr. 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver aldersfordelingen for de incidente (10-års incidentpopulationen), der er diagnosticeret fra juli 2022 - juni 2023, og som har haft kontakt til almen praksis eller kommunen hhv. inden eller efter diagnosticeringen. Tabellen angiver aldersfordelingen for gruppen af incidente, der har haft kontakt til almen praksis i de seks måneder inden diagnosticeringen. Fordelingen på aldersgrupper er ligeledes opgjort for dem, der har haft kontakt til almen praksis fra dagen de diagnosticeres og seks måneder frem. Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagtid under sygesikringen. Ydermere er aldersfordelingen opgjort for de incidente, der har kontakt til kommunen i de seks måneder, der leder op til måneden, hvori personen diagnosticeres (-6 til -1 i figur 32). Aldersfordelingen er også opgjort for de incidente med kontakt til kommunen i de seks måneder efter måneden hvori personen diagnosticeres (1 til 6 i figur 32). Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalssystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Tabel 12 beskriver aldersfordelingen af de førstegangsdagnosticerede henholdsvis inden diagnosticering og efter, for både dem der har kontakt til almen praksis og kommunen. Af tabellen fremgår det, at størstedelen af de førstegangsdagnosticerede, der har kontakt til hhv. almen praksis og kommunen, er over 60 år både inden og efter diagnosticeringen. Aldersfordelingen for almen praksis ændrer sig ikke betydeligt fra inden diagnosticeringen og til efter, hvilket hænger sammen med, at en stor gruppe har kontakt til almen praksis også inden diagnosticeringen. Aldersfordelingen for førstegangsdagnosticerede, der har kontakt til kommunen ændrer sig for alle aldersgrupper fra før til efter diagnosticering.

11. Perspektivering

Udvikling på kræftområdet er særligt belyst for den kontakt, som kræftpatienter har med hospital i forbindelse med deres kræftsygdom, da det er den del, der i forhold til data er bedst dækket i nationale registre. Selvom indberetninger til Landspatientregisteret på kræftområdet er mange, så er der områder, som har været svære at belyse. Det drejer sig fx om behandling, der flytter fra hospitalet til patientens hjem. Det er behandlingsaktivitet, som pt. ikke kan identificeres i Landspatientregisteret. For hjemmekemoterapi kan brug af Sygehusmedicinregisteret²⁵ på sigt være en mulighed, når der på tværs af alle regioner indberettes udleveret medicin. Herved vil patienter, der får udleveret medicin til brug for hjemmekemoterapi, antageligt kunne identificeres. Sygehusmedicinregisteret kan også på sigt, ved mere komplet indberetning af medicin brugt til kræftbehandling, være med til at belyse medicinering på individniveau og dermed være med til at kvalificere omfanget af medicinsk behandling.

For såvidt angår behandling og indsatser i forbindelse med en kræftdiagnose, der ikke sker i regi af hospitalet, er det generelt en udfordring at vide, om fx kontakt til kommune eller almen praksis relaterer sig til en borgerens kræftdiagnose eller andet. Udover mangel på diagnoseregistrering er der begrænset adgang til data, der er strukturerede og systematiske samt landsdækkende. Der er endvidere forskellige tiltag, der ikke har været landsdækkende, eksempelvis indførelse af ydelser for palliativ indsats i almen praksis. Det kan være svært at sammenligne praksisser på tværs, hvis samme indsats indberettes under mere generelle ydelseskoder.

At der ikke er landsdækkende tilgængelige data er ikke ensbetydende med, at viden og registreringer ikke findes. Programmet "Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen" (DDNS)²⁶, der er forankret i Sundhedsdatastyrelsen, har til formål at sikre bedre brug af data fra det nære sundhedsvæsen til kvalitetsudvikling og sammenhængende patientforløb gennem national indsamling og udstilling af data fra almen praksis, speciallægepraksis og kommuner.

Sporet i DDNS, der omhandler indsamling af kommunale sundheds- og ældredata på kræftområdet, vil kunne bidrage til bl.a. at kvalificere omfanget af rehabilitering på kræftområdet, når udarbejdelse af genoptræningsplaner (SUL §140) kan suppleres med viden om forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (SUL §119)²⁷. Det forventes at blive muligt fra udgangen af 2025²⁸. Tal fra MedCom viser en stor stigning i antallet af henvisninger til

²⁵ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/sygehusmedicinregisteret>

²⁶ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/det-naere-sundhedsvaesen/om_programmet

²⁷ Aftale om sundhedsreform 2024 (<https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>) kan få betydning for dataindsamling som følge af, at myndigheds- og finansieringsansvaret bl.a. for patientrettet forebyggelse (§119, stk 3 i sundhedsloven) flyttes fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027.

²⁸ Det er muligt at læse mere om indberetning af FSIII-data her: [Fælles Sprog III \(kl.dk\)](#)

forebyggende og sundhedsfremmende tilbud fra 2020 til 2023²⁹. Det er ikke muligt at afgrænse til kræftpatienter, men tendensen kunne formodes også at gælde for kræftområdet. Det vil de kommende kommunale data kunne bidrage med at kvalificere.

I sporet i DDNS, der vedrører nationalt datagrundlag for almen praksis, vil der med udgangspunkt i bekendtgørelser³⁰ blive indberettet diagnosekoder for udvalgte diagnoser. For nu dækker det ikke kræft. Trods dette vil diagnoseregistrering for en række diagnoser og andre oplysninger kunne give øget viden om kræftpatienter, fx bedre belysning af komorbiditet, sværheds-/sygdomsgrad af udvalgte kroniske sygdomme mv.

Øget datagrundlag fra kommune, almen praksis og speciallægepraksis vil give mere viden om borgere og patienter i den enkelte sektor og om fælles patienter på tværs af sektorer samt forbedre muligheder for at se på aktivitet og mønstre heri op til og efter fx incidens-dato for en kræftdiagnose.

Der anvendes i dag PRO (patientrapporterede oplysninger) i kræftbehandlingen, dog i lokale løsninger. Udbredelse af fælles nationale standardiserede PRO-værktøjer og deling af PRO-data på tværs af sektorer vil kunne bidrage til kvalitetsudvikling og mere individualiseret behandling og indsats. Ved brug af PRO-data til sekundære formål vil det være muligt ikke blot at monitorere aktiviteten, men også at se på differentiering i behandlingen på baggrund af patientens behov samt effekter af behandling og rehabiliteringsindsatser fra patientens perspektiv.

²⁹ <https://medcom.dk/statistik/>

³⁰ <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2018/490> og <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2023/1694>

12. Metode og afgrænsninger

12.1 Population for 10-års-incidens i LPR

Til at bestemme hvornår en person er førstegangsdagnosticeret med en kræftdiagnose, ses der på 10-års-incidens for hhv. alle kræftdiagnoser indenfor kapitlet DC* 'Kræftsygdomme' i SKS-klassifikationen³¹ med undtagelse af SKS-koden DC44 'Anden hudkræft' og på udvalgte kræftformer, der følger samme ICD-10 diagnosegruppering som i rapporten Nye kræfttilfælde i Danmark 2022, jf. tabellen nedenfor. Patientgrundlaget for 10-års-incidens i Landspatientregisteret fremgår af tabeller i Bilag 1.

Tabel 13 ICD-10 gruppering af udvalgte grupper af kræftsygdomme

Anvendt klassifikation	ICD-10
Hoved-halskræft inkl. kræft i skjoldbruskkirtlen	C00-14, C30-32, C73
Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm	C18-19
Endetarmskræft	C20
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	C33-34
Modermærkekræft i hud	C43
Anden hudkræft	C44
Brystkræft (kvinder)	C50
Livmoderhalskræft	C53
Livmoderkræft	C54-55
Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv	C56, C570-4
Prostatakræft	C61
Testikelkræft	C62
Kræft i urinveje inkl. nyrekræft	C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411-419
Hjerne og centralnervesystem	C70-72, C751-753, D32-33, D352-354, D42- 43, D443, D444, D445

³¹ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer> og <https://medinfo.dk/>

12.2 Virtuelle kontakter

Virtuelle kontakter blev indført som en del af 'kontakttype' med LPR3, og omfatter ydelserne telefonkonsultation og videokonsultation. Der er afgrænset til personer med dansk bopæl, og år er defineret ved året for kontaktens afslutning.

12.3 Operationer

Operation er defineret af procedurekoder for egentlige operationer i SKS-klassifikationen i Landspatientregisteret: KA*, KB*, KC*, KD*, KE*, KF*, KG*, KH*, KJ*, KK*, KL*, KM*, KN*, KP*, KQ*, KTDH20, KTEC20, KTJJ10, KTKA30. Afgrænsningen for operation er som vist nedenfor.

Tabel 14 Afgrænsning af operationer

Population	SKS-kode for operation	Eksklusion af følgende koder
Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud	KA*, KB*, KC*, KD*, KE*, KF*, KG*, KH*, KJ*, KK*, KL*, KM*, KN*, KP*, KQ*, KTDH20, KTEC20, KTJJ10, KTKA30	KAAA, KABA, KACA, KCAA, KCEA, KCGA, KCHA, KCKA, KJDF, KKGA, KKGB, KKGf, KKKA, KKKF, KLBA, KLBB, KLBC, KLFA, KLFB, KNAa, KNBA, KNCA, KNDA, KNEA, KNFA, KNGA, KNHA, KPAA, KPBA, KPCA, KPDA, KPEA, KPFA, KPJA, KJAH00-21, KJFA00-02, KJFA12, KJFA16-17

Kilde: SKS-klassifikationen

12.4 Strålebehandling

Strålebehandling er defineret af procedurekoderne BWGC*, BWGE*, BWGG*, BWGJ*, BNGD* og BWHD* fra SKS-klassifikationen til Landspatientregisteret.

Tabel 15 Afgrænsning af strålebehandling

Population	SKS-kode for strålebehandling	Beskrivelse
Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud	BWGC*	Ekstern strålebehandling
	BWGE*	Brachyterapi
	BWGG*	Isotopterapi
	BWGJ*	Intraoperativ strålebehandling, ioniseret stråling
	BWHD	Fotodynamisk terapi
	BNGD*	Strålebehandling af hud og underhud

Kilde: SKS-klassifikationen

Note: WT er erstattet af BWGG

*Alle underliggende koder medtages i opgørelsen

12.5 Medicinsk kræftbehandling

Medicinsk kræftbehandling (kemoterapi) er defineret af procedurekoderne BOHJ*, BWHA*, BWHB*, BWHC*, BOHE*, BJHE11, BJHE12, BJHE2 og BLHM3 fra SKS-klassifikationen til Landspatientregisteret.

Tabel 16 Afgrænsning af medicinsk kræftbehandling (kemoterapi)

Population	SKS-kode for medicinsk behandling	Beskrivelse
Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud	BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling
	BWHA*	Cytostatisk behandling
	BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer
	BWHC*	Hormonel og antihormonel antineoplastisk behandling
	BOHE*	Behandling med hæmatopoietiske vækstfaktorer
	BJHE11	Instillation af BCG i blæren
	BJHE12	Instillation af cytostatikum i blæren
	BJHE2	Avanceret intravesikal kemoterapi
	BLHM3	Behandling med lavdosis cytostatica

Kilde: SKS-klassifikationen

Note: *Alle underliggende koder medtages i opgørelsen

12.6 Radiologiske undersøgelser

Afgrænsningen af radiologiske undersøgelser er som angivet nedenfor.

Tabel 17 Afgrænsning af radiologiske undersøgelser

Population	SKS-kode for radiologiske undersøgelser	Beskrivelse
Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud	MR-scanninger	UXM*
	CT-scanninger	UXC*
	Andre radiologiske undersøgelser:	
	Røntgen undersøgelser	UXR*, WNCG211XX, WNCGD11*, WNCGD12*, WNCGD13*, WNCGD15*, WNCGD1D*, WNCGS14XX
	PET CT/MR scanning, tumorscintigrafi, uspecifik isotop, SPECT	WDTPS*, WDTGD*, WDTGS*, WDTGW*, WDTSS*, WDLPSFAXX, WDTCPXYXX, WEEGS*, WEEGW*, WEES*, WEFGS*, WEFSS*, WEHGS*, WEMGS*, WG4GS26XX, WGBGD10C1, WGKGS27XX, WGLGD35XX, WKBGD19XX, WKBGS19XX, WKBGW19XX, WKBPSFAXX, WKBSS19XX, WLHGS41XX, WM*, WPKG26XX, WQACSXYXX, WRACPYXX, WRACSXYXX, WDAGS36XX, WDGPSFAXX, WDGPFAXX, WDTCPXYXX, WC1PSG4XX, WC2GS12XX, WC2GS15XX, WBCBPXYXX, WCBGS10XX, WCBMPXYXX, WBBGS25XX, WBCGD31XX, WGKGS27XX, WGLGD*, WGZGS42XX, WNFGD*, WAHCSXYXX, WEMGS20XX, WEMGS21XX
	Angiografier	UXA*
	Ultralyd undersøgelser	UXU*

Kilde: SKS-klassifikationen

Note: *Alle underliggende koder medtages i opgørelsen

12.7 Genoptræningsplaner

Opgørelsen omfatter antal genoptræningsplaner i et forløbselement med forløbslabel 'Kræftsygdomme' og registreret kræftsygdom (undtagen anden hudkræft) som aktionsdiagnose. Afgrænsningen af genoptræningsplaner er som angivet nedenfor. Der afgrænses til én genoptræningsplan per 14. dag for samme patient.

Tabel 18 Afgrænsning af genoptræningsplaner

Population	SKS-kode for genoptræningsplaner	Beskrivelse
Genoptræningsplaner for personer i et kræftforløb, samt der har haft mindst én kontakt (fysisk fremmøde) til sygehusvæsenet med kræftsygdom DC* (undtaget DC44) i pågældende forløb	Udarbejdelse af genoptræningsplan, rehabilitering på specialiseret niveau	ZZ0175V
	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almen genoptræning	ZZ0175X*
	Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning	ZZ0175Y
	Udarbejdelse af genoptræningsplan, egen træning	ZZ0175Z

Kilde: SKS-klassifikationen

Note: *Alle underliggende koder medtages i opgørelsen

12.8 Sektorielt overblik og fællespopulationer

Figurene viser borgere i populationen med kontakt til sundhedsvæsenet i året for incidensdatoen for førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose i Landspatientregisteret (10-års-incidens) fordelt efter sektor. Da populationen findes på baggrund af sygehuskontakter har alle borgere pr. definition kontakt til sygehus. Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagstid under sygesikringen.

Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Bilag 1. Incidens

Bilagstabel 1.1 10-års-incidens, for alle kræftformer*, fordelt på køn, 2023

Køn	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kvinder	17.617	17.652	16.931	16.934	16.845	16.603	16.638	16.117	16.388	16.909	16.895
Mænd	17.903	18.408	17.606	18.069	17.475	17.086	17.273	16.461	16.948	16.921	16.589

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen

Note: *Tabellen viser antal personer, der for første gang i løbet af de forudgående 10 år har haft kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusvæsen med en DC-diagnose (ekskl. DC44) som aktionsdiagnose. Opgørelsen er afgrænset til personer med dansk bopæl.

Bilagstabel 1.2 10-års-incidens for kvinder, fordelt på udvalgte kræftformer, 2013-2023

Kvinder	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brystkræft	5.046	5.117	5.017	5.077	5.191	5.294	5.403	5.077	5.240	5.469	5.582
Endetarmskræft	636	742	696	632	649	577	562	491	508	490	484
Hjerne og centralnervesygdom	1.098	1.140	1.190	1.313	1.454	1.426	1.705	1.552	1.560	1.557	1.708
Hoved-halskræft	637	665	647	715	710	715	764	755	739	790	817
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	2.342	2.313	2.331	2.398	2.463	2.490	2.504	2.588	2.654	2.666	2.715
Kræft i urinveje, inkl. nyrekræft	899	961	1.013	926	959	979	958	968	972	979	1.033
Kræft i æggestokkene	616	594	636	626	622	598	563	615	564	584	574
Livmoderhalskræft	413	455	355	360	364	354	373	323	287	334	339
Livmoderkræft	856	854	872	849	783	752	822	793	845	831	810
Modermærkekræft i hud	1.221	1.289	1.290	1.414	1.316	1.499	1.479	1.448	1.590	1.648	1.646
Tyktarmskræft	1.583	1.912	1.880	1.810	1.814	1.582	1.680	1.531	1.630	1.599	1.479
Total	15.013	15.647	15.554	15.727	15.958	15.913	16.448	15.776	16.191	16.633	16.803

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen viser antal personer, der for første gang i løbet af de forudgående 10 år har haft kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusvæsen med en eller flere af de pågældende diagnosegrupper som aktionsdiagnose. Opgørelsen er afgrænset til personer med dansk bopæl. Samme person kan indgå i opgørelsen flere gange, men max en gang pr. diagnosegruppe.

Bilagstabel 1.3 10-års-incidens for mænd, fordelt på udvalgte kræftformer, 2013-2023

Mænd	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Endetarmskræft	977	1.188	1.116	1.007	985	899	887	772	884	805	763
Hjerne og centralnervesygdom	840	917	983	1.046	1.005	1.065	1.286	1.181	1.116	1.179	1.226
Hoved-halskræft	1.075	1.015	1.052	1.079	1.057	1.065	1.107	1.063	1.166	1.135	1.038
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	2.267	2.448	2.325	2.377	2.463	2.395	2.399	2.405	2.457	2.432	2.452
Kræft i urinveje, inkl. nyrekræft	2.195	2.404	2.316	2.252	2.401	2.268	2.506	2.513	2.552	2.512	2.587
Modermærkekræft i hud	991	1.096	1.082	1.223	1.304	1.422	1.363	1.388	1.477	1.560	1.584
Prostatakræft	4.289	4.678	4.541	4.761	4.464	4.613	4.642	4.477	4.680	4.807	4.445
Testikelkræft	324	342	360	380	307	297	362	342	305	312	328
Tyktarmskræft	1.718	2.004	2.044	2.026	2.001	1.737	1.669	1.599	1.558	1.472	1.492
Total	14.297	15.664	15.413	15.774	15.584	15.383	15.842	15.391	15.792	15.815	15.554

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen viser antal personer, der for første gang i løbet af de forudgående 10 år har haft kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusvæsen med en eller flere af de pågældende diagnosegrupper som aktionsdiagnose. Opgørelsen er afgrænset til personer med dansk bopæl. Samme person kan indgå i opgørelsen flere gange, men max en gang pr. diagnosegruppe.

Bilagstabel 1.4 10-års-incidens for udvalgte kræftformer for kvinder, fordelt på alder, 2023

Kvinder	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Total
Brystkræft	0	28	438	1.529	2.046	1.541	5.582
Endetarmskræft	0	0	23	96	179	186	484
Hjerne og centralnervesygdom	21	114	211	413	536	413	1.708
Hoved-halskræft	1-4	40	91	204	303	177	820
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	0	1-4	16	283	1.321	1.093	2.720
Kræft i urinveje, inkl. nyrekræft	1-4	7	15	143	426	438	1.035
Kræft i æggestokkene	0	1-4	32	121	216	201	574
Livmoderhalskræft	0	8	138	84	72	37	339
Livmoderkræft	0	1-4	26	160	345	278	810
Modermærkekræft i hud	0	47	201	491	466	441	1.646
Tyktarmskræft	0	9	35	184	508	743	1.479
Total	27	260	1.221	3.661	6.263	5.390	16.803
Andel ud af total	0,2 pct.	1,5 pct.	7 pct.	22 pct.	37 pct.	32 pct.	100 pct.

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen viser antal personer, der for første gang i løbet af de forudgående 10 år har haft kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusvæsen med en eller flere af de pågældende diagnosegrupper som aktionsdiagnose. Opgørelsen er afgrænset til personer med dansk bopæl. Samme person kan indgå i opgørelsen flere gange, men max en gang pr. diagnosegruppe.

1-4 angiver, at tallet er diskretioneret, da der alene er 1-4 observationer i cellen. Totaler er som følge heraf afrundede til nærmeste 5 i de berørte kolonner og rækker, hvor det er muligt at udlede det diskretionerede tal.

Bilagstabel 1.5 10-års-incidens for udvalgte kræftformer for mænd, fordelt på alder, 2023

Mænd	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Total
Endetarmskræft	0	1-4	22	136	306	298	763
Hjerne og centralnervesygdom	34	68	143	260	407	314	1.226
Hoved-halskræft	1-4	12	65	243	482	234	1.038
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	1-4	0	21	204	1.142	1.084	2.452
Kræft i urinveje, inkl. nyrekræft	4	6	61	350	1.128	1.038	2.587
Modermærkekræft i hud	0	18	95	366	561	544	1.584
Prostatakræft	0	0	5	392	2.287	1.761	4.445
Testikelkræft	0	93	144	69	18	1-4	328
Tyktarmskræft	0	1-4	34	208	581	668	1.492
Total	41	199	590	2.209	6.763	5.763	15.554
Andel ud af total	0,3 pct.	1,3 pct.	4 pct.	14 pct.	43,5 pct.	37 pct.	100 pct.

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen viser antal personer, der for første gang i løbet af de forudgående 10 år har haft kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusvæsen med en eller flere af de pågældende diagnosegrupper som aktionsdiagnose. Opgørelsen er afgrænset til personer med dansk bopæl. Samme person kan indgå i opgørelsen flere gange, men max en gang pr. diagnosegruppe.

1-4 angiver, at tallet er diskretioneret, da der alene er 1-4 observationer i cellen. Totaler er som følge heraf afrundede til nærmeste 5 i de berørte kolonner og rækker, hvor det er muligt at udlede det diskretionerede tal.

Bilag 2. Gennemsnitlige antal sygehusophold

Bilagstabel 2.1 Gennemsnitlige antal sygehusophold som del af et kræftforløb 1, 2 og 3 år efter kræftdiagnose, 2020-2022

År efter en kræftdiagnose	2020	2021	2022
1 år efter	18,7	18,7	18,8
2 år efter	23,7	23,8	-
3 år efter	27,0	-	-

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 1, 2 og 3 år efter incidens-dato. Årstal angiver året for den incidente kontakt. De gennemsnitlige antal sygehusophold tre år efter kan opgøres for patienter med en incidens-dato i til og med 2020. Opgørelsen er afgrænset til sygehusophold, med forløbslabel 'Kræftsygdomme'.
 '-' betyder det ikke kan udregnes for disse årstal, da data går til og med 2023.

Bilagstabel 2.2 Gennemsnitlige antal sygehusophold som del af et kræftforløb 1 år efter kræftdiagnose, fordelt på udvalgte kræfttyper, 2020-2022

Udvalgte kræfttyper	2020	2021	2022
Hoved-halskræft	27,0	26,6	26,2
Brystkræft	31,7	31,1	30,8
Endetarmskræft	18,9	19,5	19,7
Kræft i hjerne og centralnervesystem	19,9	21,2	21,4
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	19,0	18,8	18,7
Kræft i urinveje inkl. Nyrekræft	11,9	11,7	11,7
Kræft i æggestokkene	19,0	19,8	20,8
Livmoderhalskræft	21,2	19,5	21,7
Livmoderkræft	9,4	9,2	10,0
Modermærkekræft i hud	8,1	8,4	7,7
Prostatakræft	13,7	13,8	14,3
Testikelkræft	14,8	15,2	13,9
Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm	10,9	10,8	10,7

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 1 år efter incidens-dato. Årstal angiver året for den incidente kontakt. Opgørelsen er afgrænset til sygehusophold, med forløbslabel 'Kræftsygdomme'. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarms-kræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

Bilagstabel 2.3 Gennemsnitlige antal sygehusophold som del af et kræftforløb 2 år efter en kræftdiagnose, fordelt på udvalgte kræfttyper, 2020

Udvalgte kræfttyper	2020	2021
Hoved-halskræft	31,9	31,2
Brystkræft	37,8	37,1
Endetarmskræft	24,9	25,8
Kræft i hjerne og centralnervesystem	23,4	24,8
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	25,0	24,9
Kræft i urinveje inkl. Nyrekræft	16,3	16,7
Kræft i æggestokkene	28,5	29,0
Livmoderhalskræft	25,9	24,3
Livmoderkræft	13,2	12,9
Modermærkekræft i hud	11,9	12,3
Prostatakræft	17,7	17,6
Testikelkræft	20,4	21,2
Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm	14,9	15,0

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 1 år efter incidens-dato. Årstal angiver året for den incidente kontakt. Opgørelsen er afgrænset til sygehusophold, med forløbslabel 'Kræftsygdomme'. De gennemsnitlige antal sygehusophold tre år efter kan opgøres for patienter med en incidens-dato i til og med 2020. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

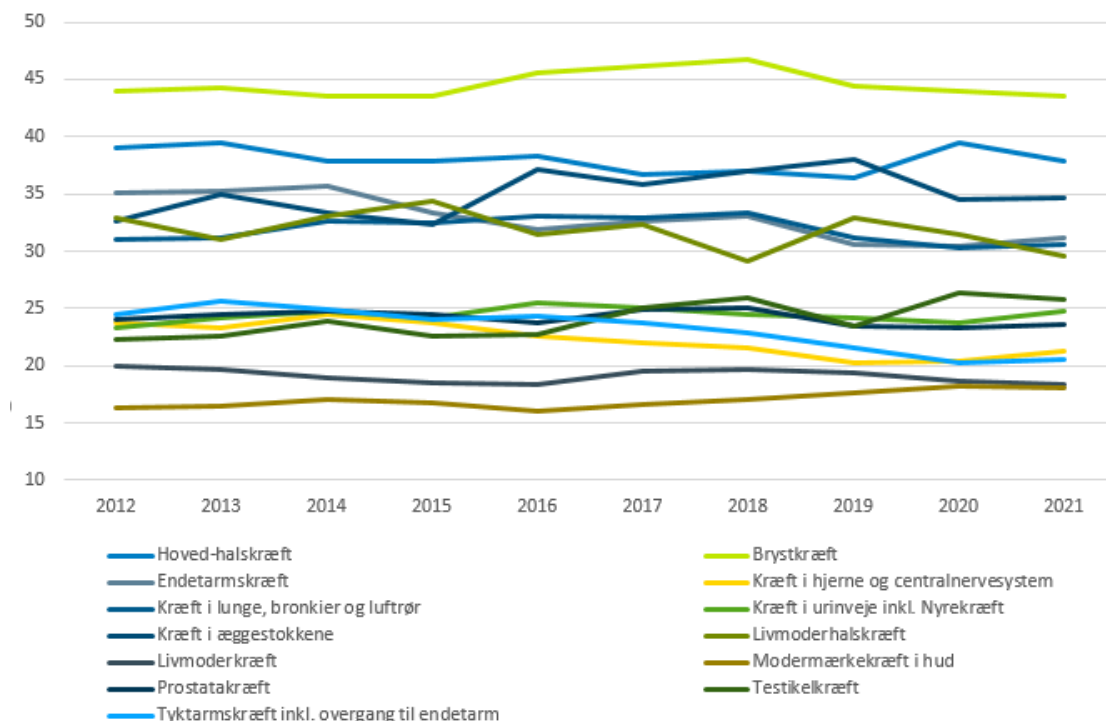
Bilagstabel 2.4 Gennemsnitlige antal sygehusophold som del af et kræftforløb 3 år efter en kræftdiagnose, fordelt på udvalgte kræfttyper, 2020

Udvalgte kræfttyper	2020
Hoved-halskræft	35,1
Brystkræft	41,9
Endetarmskræft	28,6
Kræft i hjerne og centralnervesystem	25,4
Kræft i lunge, bronkier og luftrør	28,4
Kræft i urinveje inkl. Nyrekræft	19,3
Kræft i æggestokkene	35,2
Livmoderhalskræft	28,6
Livmoderkræft	15,9
Modermærkekræft i hud	15,0
Prostatakræft	20,9
Testikelkræft	23,4
Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm	17,5

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 1 år efter incidens-dato. Årstal angiver året for den incidente kontakt. Opgørelsen er afgrænset til sygehusophold, med forløbslabel 'Kræftsygdomme'. De gennemsnitlige antal sygehusophold tre år efter kan opgøres for patienter med en incidens-dato i til og med 2020. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

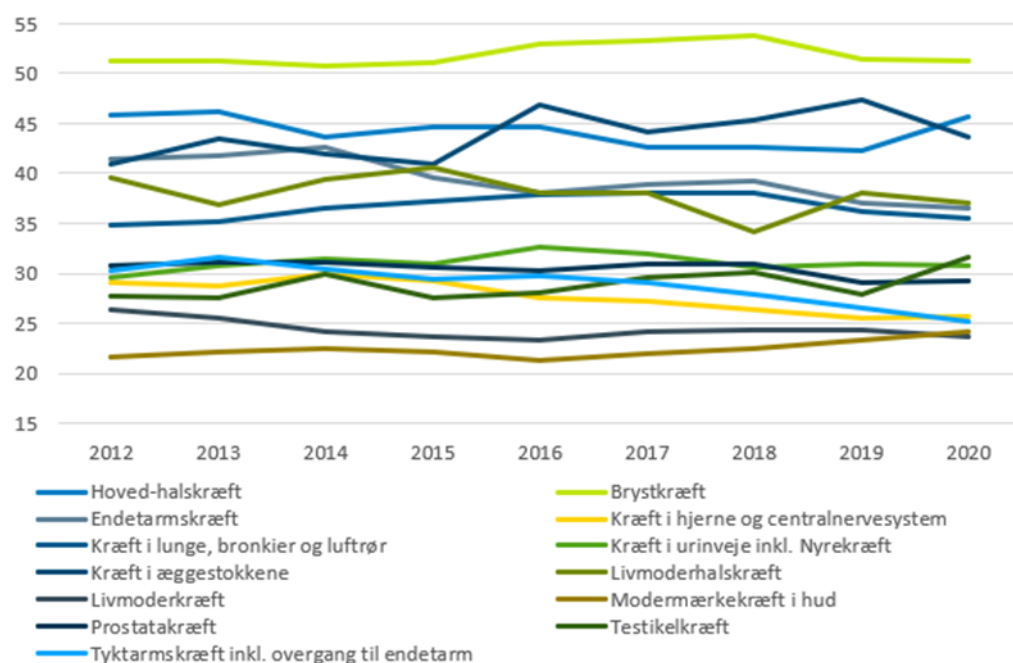
Bilagsfigur 2.1 Gennemsnitlige antal sygehusophold i de første 2 år efter kræftdiagnose fordelt på kræfttype (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej), 2012-2021



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 2 år efter incidens-dato (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej). Årstal angiver året for den incidente kontakt. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

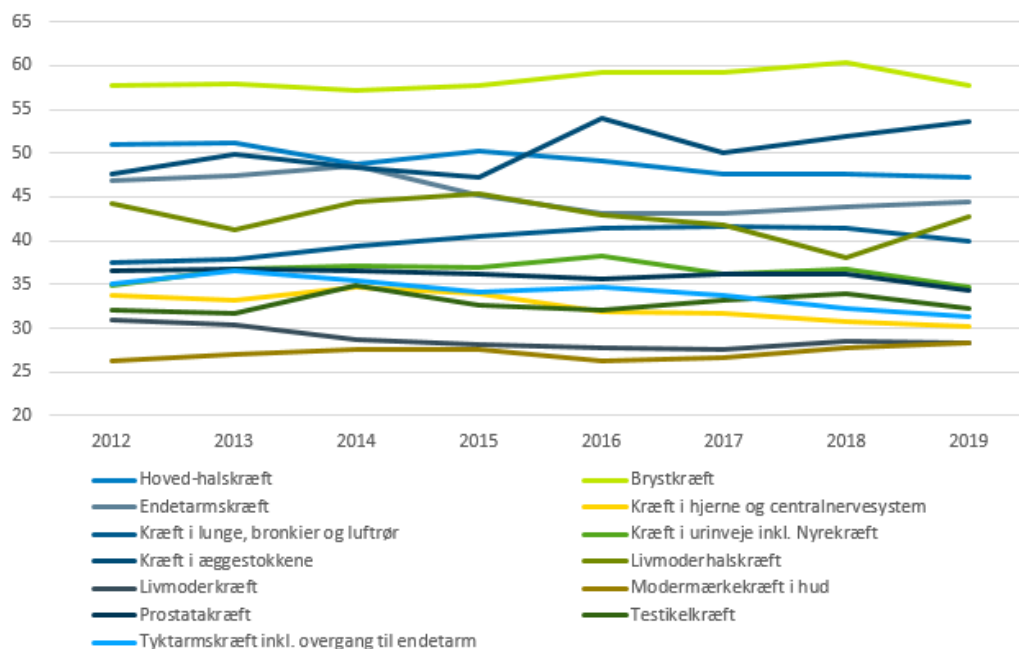
Bilagsfigur 2.2 Gennemsnitlige antal sygehusophold i de første 3 år efter kræftdiagnose fordelt på kræfttype (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej), 2012-2020



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 3 år efter incidens-dato (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej). Årstal angiver året for den incidente kontakt. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

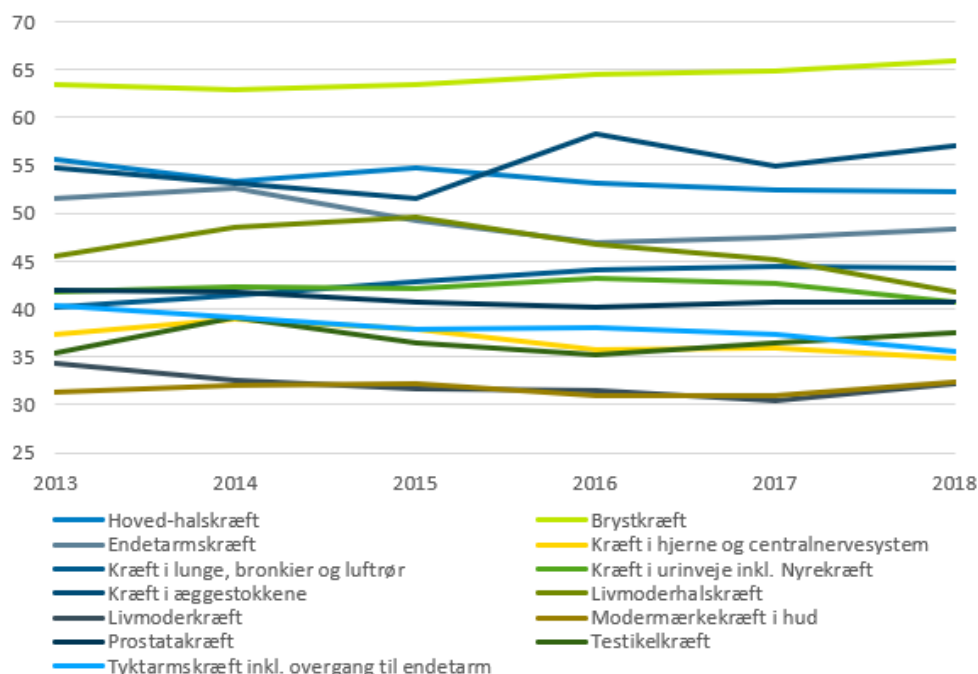
Bilagsfigur 2.3 Gennemsnitlige antal sygehusophold i de første 4 år efter kræftdiagnose fordelt på kræfttype (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej), 2012-2019



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 4 år efter incidens-dato (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej). Årstal angiver året for den incidente kontakt. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

Bilagsfigur 2.4 Gennemsnitlige antal sygehusophold i de første 5 år efter kræftdiagnose fordelt på kræfttype (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej), 2012-2018



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver antal gennemsnitlige sygehusophold 5 år efter incidens-dato (uanset om sygehusopholdet er knyttet til et kræftforløb eller ej). Årstal angiver året for den incidente kontakt. Hoved-halskræft, C00-14, C30-32, C73; Tyktarmskræft inkl. overgang til endetarm, C18-19; Endetarmskræft, C20; Kræft i lunge, bronkier og luftrør, C33-34; Moder-mærkekræft i hud, C43; Brystkræft, C50; Livmoderhalskræft, C53; Livmoderkræft, C54-55; Kræft i æggestokkene inkl. kræft i æggeledere og nærliggende bindevæv, C56, C570-4; Prostatakræft, C61; Testikelkræft, C62; Kræft i urinveje inkl. nyrekræft, C64-68, D090-091, D095-096, D301-309, D411.

Bilag 3. Genoptræningsplaner

Bilagstabel 3.1 Antal genoptræningsplaner for kræftpatienter per kommune per år,
2020-2023

Kommune	2020	2021	2022	2023
Københavns Kommune	124	178	214	279
Frederiksberg Kommune	25	59	47	72
Ballerup Kommune	28	37	39	38
Brøndby Kommune	14	19	11	28
Dragør Kommune	6	9	7	13
Gentofte Kommune	40	42	41	78
Gladsaxe Kommune	28	33	46	39
Glostrup Kommune	10	14	14	16
Herlev Kommune	8	20	17	26
Albertslund Kommune	13	8	17	18
Hvidovre Kommune	21	24	26	47
Høje-Taastrup Kommune	24	23	34	23
Lyngby-Taarbæk Kommune	24	30	29	34
Rødovre Kommune	19	26	25	36
Ishøj Kommune	9	9	8	15
Tårnby Kommune	19	16	19	34
Vallensbæk Kommune	6	9	6	12
Furesø Kommune	11	29	30	36
Allerød Kommune	18	12	20	26
Fredensborg Kommune	28	32	30	41
Helsingør Kommune	32	46	52	61
Hillerød Kommune	26	28	32	33
Hørsholm Kommune	16	22	17	26
Rudersdal Kommune	36	28	34	55
Egedal Kommune	33	23	35	38
Frederikssund Kommune	31	31	34	52
Greve Kommune	54	80	95	113
Køge Kommune	66	107	105	115
Halsnæs Kommune	16	33	29	33
Roskilde Kommune	87	162	163	154
Solrød Kommune	24	53	30	57
Gribskov Kommune	30	40	37	49

Kommune	2020	2021	2022	2023
Odsherred Kommune	39	69	70	92
Holbæk Kommune	50	125	123	141
Faxe Kommune	45	41	76	72
Kalundborg Kommune	46	90	102	97
Ringsted Kommune	27	66	48	61
Slagelse Kommune	72	128	131	128
Stevns Kommune	29	46	35	51
Sorø Kommune	27	44	47	68
Lejre Kommune	31	54	66	73
Lolland Kommune	44	72	73	80
Næstved Kommune	76	125	157	146
Guldborgsund Kommune	62	82	113	124
Vordingborg Kommune	58	88	94	112
Bornholm Kommune	29	49	39	32
Middelfart Kommune	43	52	65	69
Assens Kommune	54	85	101	133
Faaborg-Midtfyn Kommune	52	108	110	149
Kerteminde Kommune	45	46	69	92
Nyborg Kommune	51	57	101	89
Odense Kommune	226	351	449	538
Svendborg Kommune	68	102	175	183
Nordfyns Kommune	49	81	84	91
Langeland Kommune	19	38	38	43
Ærø Kommune	8	16	23	19
Haderslev Kommune	44	52	82	85
Billund Kommune	10	12	30	22
Sønderborg Kommune	48	83	108	124
Tønder Kommune	40	37	50	69
Esbjerg Kommune	79	93	114	134
Fanø Kommune	5	9	6	5
Varde Kommune	38	61	39	63
Vejen Kommune	31	32	37	48
Aabenraa Kommune	47	54	79	76
Fredericia Kommune	46	47	60	60
Horsens Kommune	112	117	122	101
Kolding Kommune	53	80	96	79
Vejle Kommune	89	125	114	130

Kommune	2020	2021	2022	2023
Herning Kommune	93	109	102	136
Holstebro Kommune	64	78	60	83
Lemvig Kommune	32	34	42	30
Struer Kommune	23	33	27	29
Syddjurs Kommune	49	51	65	73
Norddjurs Kommune	37	38	65	60
Favrskov Kommune	46	59	74	57
Odder Kommune	31	44	34	31
Randers Kommune	126	119	101	81
Silkeborg Kommune	94	117	107	100
Samsø Kommune	5	6	9	10
Skanderborg Kommune	91	105	78	75
Aarhus Kommune	408	468	450	441
Ikast-Brande Kommune	36	62	58	72
Ringkøbing-Skjern Kommune	44	70	76	70
Hedensted Kommune	43	62	57	64
Morsø Kommune	27	15	34	36
Skive Kommune	44	41	37	43
Thisted Kommune	54	51	64	71
Viborg kommune	80	93	100	94
Brønderslev Kommune	38	37	65	74
Frederikshavn Kommune	102	98	112	129
Vesthimmerlands Kommune	31	46	47	67
Læsø Kommune	5	6	1-4	1-4
Rebild Kommune	32	40	48	41
Mariagerfjord Kommune	45	48	76	54
Jammerbugt Kommune	53	47	62	79
Aalborg Kommune	255	243	313	329
Hjørring Kommune	89	98	94	120

Kilde: Landspatientregisteret pr. 17. juli 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Opgørelsen omfatter antal genoptræningsplaner (ZZ0175X, ZZ0175Y, ZZ0175V, ZZ0175Z), med forløbslabel 'Kræftsygdomme' og registreret kræftsygdom (undtagen anden hudkræft) som aktionsdiagnose. Der afgrænses til én genoptræningsplan per 14. dag for samme patient. Bopælskommunen er opgjort på tidspunktet for udarbejdelsen af genoptræningsplanen.

Bilag 4. Kræftpakkeforløb

Bilagstabel 4.1 Gennemsnitlige antal sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden, fordelt på organspecifikke pakkeforløb, 2019-2023

Pakkenr.	2019		2020		2021		2022		2023	
	Afkræftet	Bekræftet	Afkræftet	Bekræftet	Afkræftet	Bekræftet	Afkræftet	Bekræftet	Afkræftet	Bekræftet
B01	1,6	3,8	1,5	4,1	1,5	4	1,3	3,7	1,3	3,5
B02	2,8	4,3	2,8	4,3	2,7	4,4	2,6	4,4	2,6	4,3
B03	3,3	3,6	3,1	3,7	3,7	3,8	3,3	3,7	3,5	3,5
B04	3,5	3,6	3,8	3,4	3,9	3,4	3,9	3,6	3,7	3,2
B05	1,7	1,8	1,6	2	1,8	1,8	2,1	2	1,7	2
B06	3	2,8	3	2,8	3,2	2,9	3,1	2,9	3,2	2,9
B07	2,9	3,1	2,7	3,3	2,8	3,6	3	3,7	2,7	3,6
B08	2,9	3	3,1	3,3	3	3,6	3,3	4,3	3,1	3,8
B09	1,7	4,6	1,6	4,6	1,6	5	1,6	4,7	1,5	4,6
B10	2,8	3	2,6	3,1	2,6	3,2	2,8	3	2,8	3,9
B12	1,7	3,7	1,7	3,7	1,6	3,9	1,6	4	1,6	4,1
B13	2,6	7,7	2,6	5,6	2,6	4,5	2,7	4,7	2,6	4,6
B16	2,1	3,9	2,1	3,8	2,4	4	2,5	4,2	2,5	4,5
B17	1,9	3	1,9	3	1,7	2,5	1,8	8,3	1,8	4,4
B18	1,4	3	1,4	2,6	1,4	3	1,4	3,2	1,4	4
B19	1,5	3	1,7	3,1	1,6	3	1,6	3,1	1,6	2,9
B20	1,6	2,7	1,5	2,5	1,6	2,8	1,6	2,7	1,6	2,8
B21	2,1	2,9	2,2	3	2,2	2,9	2,1	3,1	2,2	3,1
B22	1,5	3,4	1,7	3,4	1,4	3,3	1,6	3,3	1,7	3,7
B23	1,8	1,8	1,8	2,9	1,8	3,7	1,9	3,1	1,9	2,9
B24	1,7	3,7	1,4	3,7	1,5	4,1	1,5	4,6	1,6	3,8
B25	1,6	1,8	1,6	1,9	1,6	2,1	1,6	1,9	1,6	2
B26	3,4	5,5	3,4	5,5	3,4	5,6	3,2	5,4	3	5,3
B27	2,4	2,4	3,3	2,6	2,2	3	3,1	2,4	2,4	2,7
B29	2,3	2,7	2	2,7	1,7	3,3	1,7	3,2	1,8	3,3
B30	2,4	1,8	2,3	2,1	2,3	1,9	2,8	2,3	2,1	2
B31	2,5	3,5	2,7	4,7	4,1	5,1	4,3	5,1	3,1	5,4
B33	3,7	3,8	3,4	5,2	3,4	4,3	3,3	5	3,4	4,6

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver det gennemsnitlige antal ophold pr. pakkeforløb for organspecifikke kræftpakker i henvisnings- og udredningsperioden (OF1+OF2). Opgørelsen er afgrænset til pakkeforløb, hvor der både er registreret et henvisningstidspunkt (A-punkt) og et beslutningspunkt vedrørende initialbehandling (C-punkt) eller slutpunkt, for diagnose afkræftet (X1-punkt). Opgørelsen medtager kun pakkeforløb, hvor der har været minimum et sygehusophold knyttet til pakke-ID'et.

For kræft i urinveje medtages kun opgørelse for det fælles pakkeforløb 'Kræft i urinveje', B13. Kræft i blæren, kræft i nyre og kræft i nyrebækken og urinleder medtages således ikke, idet de alle starter op i det fælles pakkeforløb for kræft i urinveje (B13). Derfor findes der ikke koder for udredning start eller diagnose afkræftet for pakkeforløbsnummer 14, 15 og 32.

Bilagstabel 4.2 Gennemsnitlige antal sygehusophold i henvisnings- og udredningsperioden, for diagnostiske pakkeforløb, 2019-2023

Pakkeforløbstype	2019	2020	2021	2022	2023
Diagnostiske pakkeforløb for uspecifikke symptomer	3,1	3,0	3,0	2,9	2,9
Diagnostiske pakkeforløb ved metastaser uden kendt primærtumor	-	-	-	-	3,5

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen angiver det gennemsnitlige antal ophold pr. i forløbsperioden fra henvisningens start til pakkeforløbets slut (DF3 og MF3). Opgørelsen er afgrænset til pakkeforløb, hvor der både er registreret et henvisningstidspunkt (A-punkt) og et sluttidspunkt (X-punkt).

For de diagnostiske pakkeforløb ved metastaser uden kendt primærtumor opgøres aktiviteten kun for 2023, da monitoreringsmodellen for disse pakkeforløb blev ændret pr. 1. juli 2022, og der kun er medtaget data for hele kalenderår.

Bilagstabel 4.3 Udvikling i antal diagnostiske pakkeforløb, 2019-2023

Pakkeforløbstype	2019	2020	2021	2022	2023
Diagnostiske pakkeforløb for uspecifikke symptomer	9.300	10.718	10.594	10.273	10.304
Diagnostiske pakkeforløb ved metastaser uden kendt primærtumor	-	-	-	-	882

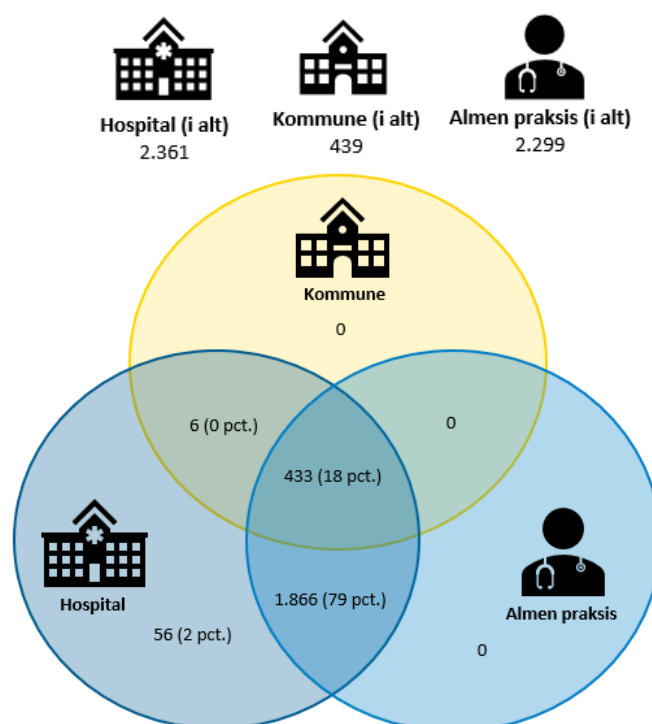
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til pakkeforløb, hvor der både er registreret et henvisningstidspunkt (A-punkt) og et sluttidspunkt (X-punkt).

For de diagnostiske pakkeforløb ved metastaser uden kendt primærtumor opgøres antal pakker kun for 2023, da monitoreringsmodellen for disse pakkeforløb blev ændret pr. 1. juli 2022, og der kun er medtaget data for hele kalenderår.

Bilag 5. Kontakt til forskellige sektorer

Figur 5.1 Antal førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose, med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt efter sektor, 0-44-årige, 2023



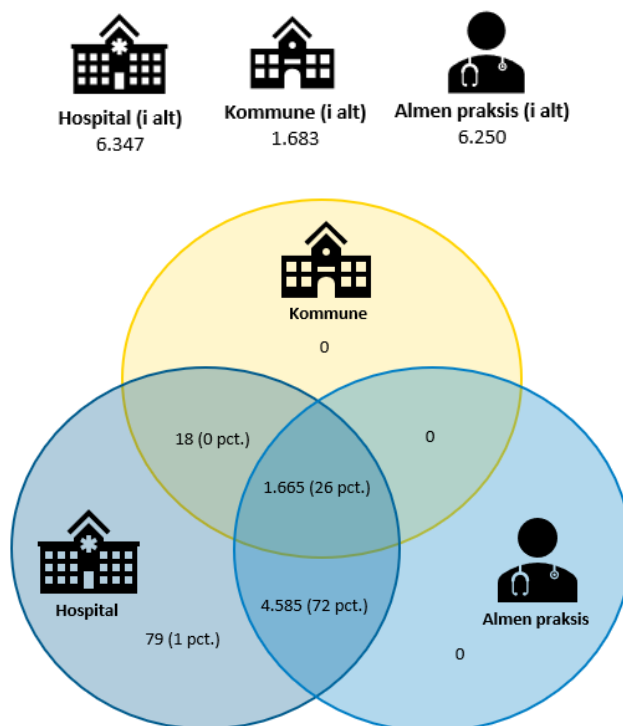
Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr. 27. august 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andele er afrundede.

Figuren viser borgere i populationen med kontakt til sundhedsvæsenet i incidensåret fordelt efter sektor. Da populationen findes på baggrund af sygehuskontakter har alle borgere pr. definition kontakt til sygehus. Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagstid under sygesikringen. Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalssystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL § 83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL § 83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Antallet af borgere med kommunal kontakt kan være en smule underestimeret, da tre kommuner ikke lever op til fastsatte kriterier vedr. datakvalitet.

Figur 5.2 Antal førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose, med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt efter sektor, 45-59-årige, 2023



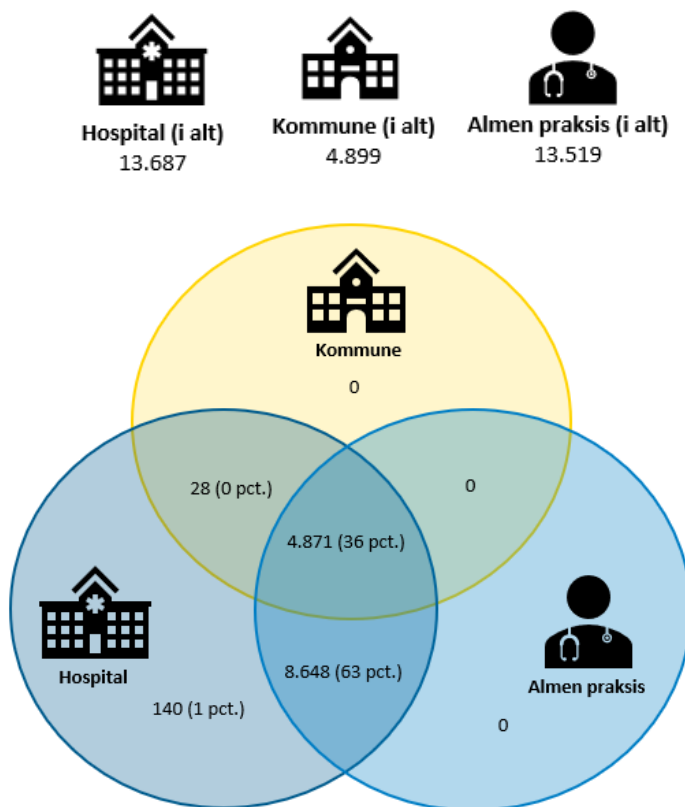
Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr. 27. august 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andele er afrundede.

Figuren viser borgere i populationen med kontakt til sundhedsvæsenet i incidensåret fordelt efter sektor. Da populationen findes på baggrund af sygehuskontakter har alle borgere pr. definition kontakt til sygehus. Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagtid under sygesikringen. Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Antallet af borgere med kommunal kontakt kan være en smule underestimeret, da tre kommuner ikke lever op til fastsatte kriterier vedr. datakvalitet.

Figur 5.3 Antal førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose, med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt efter sektor, 60-74-årige, 2023



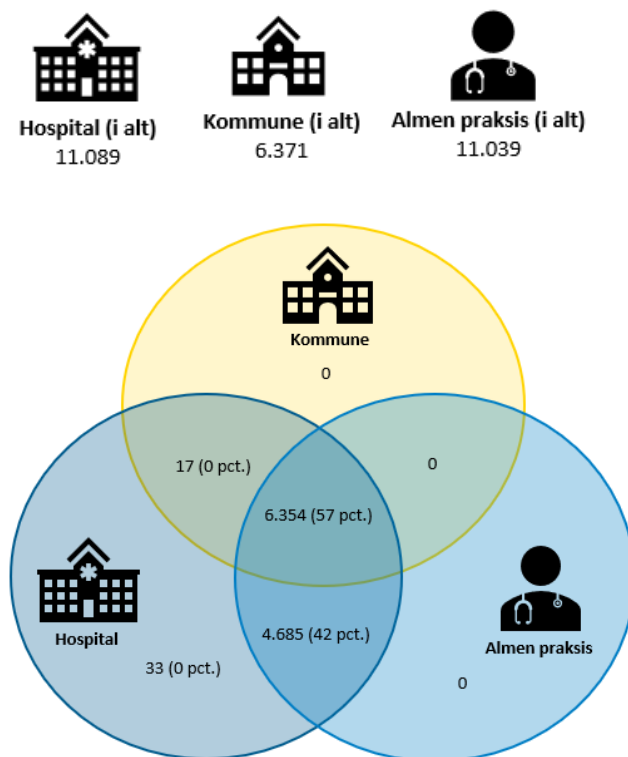
Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr. 27. august 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andele er afrundede.

Figuren viser borgere i populationen med kontakt til sundhedsvæsenet i incidensåret fordelt efter sektor. Da populationen findes på baggrund af sygehuskontakter har alle borgere pr. definition kontakt til sygehus. Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagtid under sygesikringen. Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalssystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL § 83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL § 83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Antallet af borgere med kommunal kontakt kan være en smule underestimeret, da tre kommuner ikke lever op til fastsatte kriterier vedr. datakvalitet.

Figur 5.4 Antal førstegangsdagnosticerede med en kræftdiagnose, med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt efter sektor, 75+-årige, 2023



Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sygesikringsregisteret (SSR) pr. 27. august 2024, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andele er afrundede.

Figuren viser borgere i populationen med kontakt til sundhedsvæsenet i incidensåret fordelt efter sektor. Da populationen findes på baggrund af sygehuskontakter har alle borgere pr. definition kontakt til sygehus. Kontakt til almen praksis omfatter borgere med kontakt til almen praksis (speciale 80) i dagstid under sygesikringen. Kommunal kontakt defineres som borgere, der har fået leveret eller er visiteret til indsatser fra kommunen registreret i kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ). Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje (SUL § 138), rehabilitering (SEL §83a), genoptræning (SEL § 86 stk. 1), vedligeholdelsestræning (SEL § 86 stk. 2) og/eller hjemmehjælp (SEL §83). Plejehjemsbeboere og forebyggende hjemmebesøg er ikke med i denne definition.

Antallet af borgere med kommunal kontakt kan være en smule underestimeret, da tre kommuner ikke lever op til fastsatte kriterier vedr. datakvalitet.