

Skal danske patienter have adgang til nye, innovative behandlinger?

RAPPORT FRA HØRING DEN 6. NOVEMBER 2025 PÅ CHRISTIANSBORG ARRANGERET AF BRYSTKRÆFTFORENINGEN, DANSK MYELOMATOSE FORENING, KIU OG LYLE





Skal danske patienter have adgang til nye, innovative behandlinger?

Udarbejdet af Decisions i december 2025.

Decisions ApS
Frederiksborggade 1A
1360 København K
info@decisions.dk

Publikationen kunne ikke laves uden hjælp fra Brystkræftforeningen, Dansk Myelomatose Forening, KIU - kræft i underlivet og LyLe

Skal danske patienter have adgang til nye, innovative behandlinger?

Torsdag den 6. november 2025 var de fire patientforeninger Brystkræftforeningen, Dansk Myelomatose Forening, KIU - Kræft I Underlivet og LyLe værter for en høring på Christiansborg om patienters adgang til nye, innovative behandlinger. En høring, som patientforeningerne har lavet uden tilskud udefra.

Høringen samlede politikere, læger, patienter og fagfolk med det formål at overbevise de politiske beslutningstagere om, at deres egen beslutning om, at danske patienter skal have hurtig adgang til nye, innovative behandlinger er langt fra en realitet.

Blandt de deltagende politikere var sundhedsordførerne Jens Henrik Thulesen Dahl (Danmarksdemokraterne) og Peder Hvelplund (Enhedslisten) samt regionsrådspolitiker Vibeke Westh (Socialdemokratiet).

Flere af patientforeningernes forpersoner samt centrale aktører på kræftområdet var oplægsholdere og debattører. Centralt for høringen stod Folketingets syv principper for godkendelse af dyr sygehusmedicin.

Denne rapport gengiver, hvad der skete på høringen. Den er udarbejdet af Decisions, som også bistod patientforeningerne med at arrangere høringen.

København, december 2025

Martin Vith Ankerstjerne
Decisions

Er avancerede terapier et behandlingsmæssigt paradigmeskift?

Den første faglige præsentation ved overlæge Agoston Gyula Szabo fra Rigshospitalet fokuserede på myelomatose som eksempel på et kræftområde, hvor der er sket en positiv udvikling på grund af nye avancerede immunterapier til behandling af myelomatosepatienter.

Han fortalte, blandt andet om den nye behandlingsform til myelomatosepatienter, der kaldes CAR-T, hvor patientens egne hvide blodlegemer (T-celler) høstes i et laboratorium, for derefter at blive genmodificeret og dermed programmeret til specifikt at angribe og ødelægge kræftceller. Efter modificeringen opdyrkes T-cellerne og sættes tilbage i patienten. På den måde udnyttes potentialet ved patientens eget immunsystem, der på ny bliver i stand til at angribe kræftcellerne.

Det betyder, at patienten undgår behandling med kemoterapi, der giver mange bivirkninger og gør patienten mere syg. Dertil er behandlingsformen en engangsbehandling, og dermed en engangsudgift, der har potentiale til at give flere sygdomsfrie år, og forhåbentligt forvandle kræftsygdommen til en kronisk tilstand fremfor en dødelig sygdom.

Agoston slog fast, at der har været en rivende udvikling indenfor medicin til myelomatose i de sidste 25 år. Og at de nye T-celle aktiverende immunbehandlinger ifølge Agoston er et paradigmeskift, fordi det er en ny måde at tænke behandling af kræftpatienter på.

CAR-T behandling bliver desværre ikke den første behandling, som patienterne tilbydes. De skal først igennem standardbehandlingerne. Agoston pegede på, at det er et etisk dilemma, når en læge skal forklare sine patienter, hvorfor de ikke må få den behandling, som kan gøre dem raske.



Agoston Gyula Szabo





Hvad er status på patienternes adgang til innovative behandlinger?

Formand for Brystkræftforeningen Anja Skjoldborg Hansen præsenterede sit syn på, hvordan det ser ud med patienternes adgang til ny, innovativ medicin i Danmark.

Anja indledte præsentationen med at forklare, at de samlede udgifter til medicin i Danmark godt nok er steget målt i kroner og ører i perioden 2008 til 2024, men målt som andel af de samlede sundhedsudgifter er der ikke sket den store udvikling. Faktisk var andelen højere i 2008 end den er i dag.

Sammenligner man udgifterne til lægemidler med andre europæiske lande målt i kroner per indbygger, er Danmark placeret i den lavere ende. I Danmark bruger vi under 3.000 kroner om året pr. indbygger på lægemidler, mens man i Finland bruger over 3.300 kroner og i Tyskland over seks tusind kroner.

Hvis man ser på, hvor mange lægemidler godkendt af det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) i perioden 2019-2022, der er fuldt tilgængelige i Danmark i forhold til andre europæiske lande, er Danmark faldet helt ned midt i feltet på en 15. plads. Det er til trods for Folketingets femte princip, der handler om, at Danmark skal være blandt de lande, der hurtigst ibrugtager ny medicin.

Udviklingen skal også ses i lyset af, at Danmark faktisk er et af de lande i EU, hvor forekomsten af kræft er højest, og hvor kræft forventes at reducere den gennemsnitlige levetid mest.

Samtidig har vi en udfordring med de principper, som vi i Danmark anbefaler ny medicin ud fra. Nye lægemidler udvikles til mindre patientgrupper for at gøre dem så målrettede og skræddersyet som muligt. Men i Danmark kræver vi stadig evidens i form af store randomiserede studier, hvilket forsinker eller forhindrer adgangen til lovende behandlinger.

Anja sluttede af med at præsentere det politiske valg: Skal Danmark være et foregangsland for adgang til personlig og innovativ kræftbehandling eller skal vi fastholde et system, der ikke matcher fremtidens medicin.

Fire fortællinger om patienternes rejse

Patienter, og repræsentanter for patienter, fra de enkelte patientforeninger satte fokus på de oplevelser, som almindelige patienter oplever med mangel på adgang til innovative behandlinger i Danmark. Fortællingerne gav eksempler på mennesker med kræft, der ikke kan få den behandling, de har brug for i Danmark, selvom den findes i andre omkringliggende lande som Sverige og Tyskland og er godkendt af de europæiske lægemiddelmyndigheder.

En Patient fortalte blandt andet, at hun tidligere var i en situation, hvor hun kun fik muligheden for at købe sig til en effektiv behandling, fordi hun fik samlet penge ind til medicinen gennem frivillige donationer.

Nu står hun desværre i den situation, at behandlingen ikke virker mere. Derfor har hun behov for ny medicin. Hun ved, at medicinen findes og tilbydes i andre lande. Men hun kan ikke få adgang til den i Danmark og har, som det ser ud nu, ikke råd til selv at betale.

En andre kræftramt patient fortalte, at han havde udtømt alle sine muligheder for behandling i Danmark og derfor kun havde seks måneder igen. Han vidste, at der fandtes en god behandling i Tyskland, som han ikke kunne få i Danmark. Han fik gennem sin sundhedsforsikring til at betale for udgifterne, der gjorde det muligt for ham at tage til Tyskland og få behandlingen. Manden havde et positivt møde med det tyske sundhedsvæsen og mærker i dag ikke noget til sin kræftsygdom.

Gennemgående for alle fortællingerne var, at der blev fortalt om valg mellem liv og død, og om den dybe frustration patienterne oplever, når det danske system bliver en barriere for at få adgang til medicin, der kan forlænge livet for patienterne. Også de sociale og økonomiske aspekter blev fremhævet, herunder at adgang til behandling ikke bør afhænge af privat formue, frivillig hjælp eller bopæl.





Kan lægerne tilbyde patienterne de nye, innovative behandlinger?

Overlæge på Rigshospitalet Carsten Utoft Niemann satte fokus på de etiske og kliniske dilemmaer, som læger står overfor, når de skal rådgive patienterne om behandlingsmuligheder. Under præsentationen tog han udgangspunkt i lægeløftet og pegede på, at systemet i dag gør det vanskeligt at leve op til ambitionen om at sikre lige adgang til god og sikker medicin for alle patienter.

Han understregede, at det som læge er afgørende at kunne give den rigtige behandling eller et realistisk perspektiv til patienten, og at dette forudsætter adgang til både kliniske forsøg og nye, godkendte behandlinger. Han pegede på, at adgang til kliniske forsøg i sig selv giver en bedre overlevelse.

Carsten fremhævede en ændring i sundhedsloven, der blev vedtaget i juni 2025, som et vigtigt skridt, fordi den gør det muligt at anvende registerdata direkte til at dokumentere effekt og bivirkninger af behandlinger givet i kliniske forsøg.

På den baggrund foreslog han en model, hvor lægemiddelvirksomhederne skal stille lægemidler gratis til rådighed, hvis de er godkendt af de europæiske lægemiddelmyndigheder, men endnu ikke af Medicinrådet. Lægemiddelvirksomhederne vil som betaling modtage real world data om, hvor god effekt medicinen har og hvilke bivirkninger, den medfører.

Det vil både styrke evidensen om nye behandlinger, øge antallet af kliniske forsøg og give bedre grundlag for individualiseret behandling samtidig med, at patienternes data beskyttes.

Bidrager innovative behandlinger til flere leveår for patienterne?

Thomas Hofmarcher fra Institute for Health Economic gennemgik de økonomiske realiteter for at tegne et billede af potentialet ved innovative behandlinger. Han havde ikke mulighed for at deltage i høringen, men havde sendt en video af hans præsentation, som blev præsenteret for alle deltagerne under høringen.

Thomas fremhævede i sin præsentation, at antallet af nye kræfttilfælde i Europa er steget fra godt to millioner i 1995 til 3,2 millioner i 2022. I en fremskrivning forventes det, at der vil være over fire millioner nye patienter om året i 2050 i Europa.

Samtidig er femårs-overlevelsen forbedret. Det gælder især i Danmark, hvor fem års-overlevelseshraten er steget fra 49 procent i årene 1998-2002 til at være oppe på 71 procent for årene 2018-2022. Det er en markant forbedring, og Danmark har nu den tredje højeste fem-års overlevelseshrate i EU.

Thomas fremhævede dog, at der ses store forskelle mellem diagnoser. Han gav et eksempel med myelomatose, hvor fem-års overlevelsen er steget fra 28 procent i 1994-1998 til hele 73 procent i 2019-2023, mens overlevelseshraten inden for livmoderhalskræft fortsat ligger på godt 80 procent, hvilket i det store og hele er uændret siden 1990'erne.

Den svenske sundhedsøkonom pegede på, at der er mange faktorer, som spiller ind på den positive udvikling, som vi oplever i overlevelseshraterne for kræft. Medicin er kun en af mange faktorer.

Thomas gennemgik udviklingen i medicin indenfor kræft. Kemoterapi kom før 1950'erne, hormonterapi kom fra 1950'erne og frem til 1970'erne, mens mere targeterede behandlinger kom i slutningen af 1990'erne. Og efter 2010 har vi fået immunterapierne. Samtidig kommer der også langt flere behandlinger, og vi er nu oppe på, at der kommer 14 nye behandlinger om året på europæisk niveau.

Spørgsmålet er så, hvor gode landene er til at bruge de nye behandlinger. Her viste Thomas en figur over forbruget af en gruppe af immunterapier, hvor Danmark har et meget lavt forbrug i forhold til de fleste andre europæiske lande. Faktisk er forbruget af disse immune checkpoint inhibitors tre gange så stort i lande som Frankrig og Belgien.

Thomas sluttede af med spørgsmålet om, hvorvidt de nye behandlinger giver resultater i form af længere overlevelse. Her gik han tilbage til eksemplet fra tidligere med myelomatose, hvor han påviste, at der er kommet et betydeligt antal nye behandlinger til sygdomme. Og det har som nævnt resulteret i mere end en fordobling af femårs-overlevelsen. Med livmoderkræft er der nævnt ikke rigtigt sket en forbedring i overlevelsen, og til den kræftsygdom er der heller ikke kommet en eneste ny behandling i perioden fra 1995 til 2020.



Thomas sluttede med at dokumentere, at udgifter til kræftmedicin i Europa er steget fra 41 euro pr. indbygger i 2010 til 122 euro i 2023 baseret på listepreiser. Også de samlede udgifter til kræftbehandling er steget i perioden fra 211 euro pr. indbygger til 275 euro. Måler man udgifter til kræftbehandling i forhold til de samlede udgifter til sundhed, ligger udgifterne meget konstant mellem seks og syv procent – til trods for stigningen i antal patienter. I samme periode er de indirekte omkostninger som følge af kræft, fx udgifter til sygedagpenge og førtidspension, faldet fra 177 euro pr. indbygger i 2010 til 154 euro i 2023.

Sådan sikres patienterne adgang til innovative behandlinger

Jesper Pökin, administrerende direktør, Livskraftig Medicin



Sådan sikres patienternes adgang til innovative behandlinger

Jesper Fisker, administrerende direktør for Kræftens Bekæmpelse, holdt oplæg om hans bud på, hvordan patienter i Danmark kan sikres adgang til innovative behandlinger. Jesper fortalte, at patienternes fortællinger havde gjort et stort indtryk på ham.

Han indledte med at understrege vigtigheden af samarbejde og fælles principper på tværs af patienter, klinikere og beslutningstagere for at sikre patienternes adgang til innovative behandlinger.

Medicinrådet blev også italesat, herunder at det er en vigtig aktør, men at der også er udfordringer særligt i forhold til efterlevelse af henholdsvis det fjerde, femte og syvende princip om åbenhed i Medicinrådets sager, hurtig ibrugtagning og adgang til behandling.

Jesper pegede på behovet for at nedsætte behandlingstiden af ansøgninger i Medicinrådet, da antallet af ansøgninger generelt er stigende og fortsat vil stige i fremtiden. Afslutningsvis opfordrede Jesper til at styrke samarbejdet med udlandet, hvor man har gode erfaringer med at samarbejde om anbefalinger på nordisk plan. Samtidig pegede han på, at en ensretning af rammer på EU-niveau med national beslutningsret vil styrke gennemsigtig og lige adgang til behandling.

Paneldebat:

Hvorfor må udgifterne til medicin ikke vokse?

Debatten samlede politikere og formænd fra tre af patientforeningerne, herunder Jens Henrik Thulesen Dahl (DD), Peder Hvelplund (Ø) og Vibeke Westh (A), samt Anja Skjoldborg Hansen, formand for Brystkræftforeningen, Carsten Levin, formand for Dansk Myelomatose Forening, samt Gitte Plambek, formand for Kræft I Underlivet (KIU).

Debatten om adgang til innovative behandlinger berørte primært de økonomiske rammer, prioriteringer og barrierer i det danske sundhedsvæsen. Der var bred enighed om, at Danmark ikke lever op til Folketingets femte princip, som handler om hurtig ibrugtagning af nye, effektive lægemidler, som Folketinget vedtog tilbage i 2016.

Udfordringerne blev især knyttet til regionernes pressede budgetter, hvor hospitalernes økonomiske ramme ofte spænder ben for, at patienter kan få adgang til innovativ medicin. Der blev påpeget, at vurderingen af ny medicin bør være en klinisk og faglig beslutning fremfor økonomisk.

Flere af deltagerne i debatten nævnte, at patienter bør have mulighed for at få en behandling, når de europæiske lægemiddelmyndigheder har godkendt den og vurderet den som effektiv. Alligevel fører stramme regionale budgetter ofte til, at indførelsen af nye behandlinger nedprioriteres. Det kan føre til ulighed i sundhed og unødigt belastning for patienterne, hvis adgang til behandling afhænger af region eller personlig økonomi.

Ventetiden for adgang til ny medicin blev også diskuteret, da den varierer afhængigt af region og budget på det enkelte hospital. Der blev udtrykt bekymring over, at køb af innovative behandlinger i nogle regioner kan føre til afskedigelser eller nedprioritering af andre behandlinger. Et centralt løsningsforslag fra debatten var derfor, at indførelsen af innovative behandlinger bør ledsages af en form for compensation eller særskilt finansiering til regionerne. Det skal sikre, at patienterne ikke kommer i klemme, og at personale eller andre behandlinger ikke rammes unødvendigt.

Flere i debatten understregede, at udgifter til medicin ikke kun bør ses som en løbende omkostning, men i stedet som en langsigtet investering i menneskeliv og folkesundhed. Investering i innovative behandlinger kan reducere den samlede belastning af sundhedsvæsenet, forbedre livskvaliteten og forlænge livet for patienterne. Debatten pegede desuden på behovet for større gennemsigtighed og hurtigere godkendelsesprocesser, især når medicinen allerede er godkendt og testet på europæisk niveau.

Brug af sundhedsdata blev fremhævet som en væsentlig ressource, der i højere grad bør bruges for at øge ibrugtagning af innovativ medicin. For eksempel ved at opstille et system, der gør det muligt for lægemiddelvirksomheder at indgå i samarbejde med læger og hospitaler om, at de stiller medicin gratis til rådighed mod at få samlede datasæt om behandling og effekt. Der kan sikre, at Danmark kan rapportere effekt af ny behandling og samtidig sikre adgang til nye, innovative behandlinger.

Debatdeltagerne opfordrede til at styrke samarbejdet, både nordisk og internationalt i forhold til behandlinger på tværs af landegrænser og i forhold til forhandling og prissætning af medicin, adgangsmodeller og udnyttelse af data.

Samlet peger høringen og debatten på, at adgang til ny medicin kræver mere fleksible økonomiske rammer og en erkendelse af, at innovative behandlinger er væsentlige investeringer for både patient og samfund.



Skal danske patienter have adgang til nye, innovative behandlinger?

Brystkræftforeningen, LVLE, KJU og Dansk Myelomatose Forening

