



SVERIGE

Landsprofil om cancer

2025



Landsprofilerna om cancer

Det europeiska registret över cancerrelaterad ojämlikhet är ett flaggskeppsinitiativ inom Europas plan mot cancer. Registret innehåller välgrundade och tillförlitliga uppgifter om cancerprevention och cancervård som kan hjälpa att urskilja trender, avvikelser och ojämlikheter mellan länder, regioner och befolkningsgrupper. I landsprofilerna om cancer fastställs styrkor, utmaningar och särskilda åtgärdsområden för var och en av EU:s 27 medlemsländer samt Island och Norge för att vägleda investeringar och åtgärder på EU-nivå, nationell nivå och regional nivå som en del av Europas plan mot cancer. Det europeiska registret över cancerrelaterad ojämlikhet stöder också flaggskepp 1 i handlingsplanen för nollförörening. Profilerna utarbetas av OECD i samarbete med Europeiska kommissionen. Värdefulla synpunkter och kommentarer har också inkommit från nationella experter, OECD:s hälsokommitté och EU:s tematiska arbetsgrupp för registret över cancerrelaterad ojämlikhet.

Data- och informationskällor

De data och upplysningar som presenteras i landsprofilerna är till största delen hämtade från den officiella statistik som länderna rapporterat in till Eurostat och OECD. All information har validerats för att jämförelserna av data ska hålla högsta möjliga kvalitet. Information om vilka källor och metoder som använts vid insamling och hantering av data finns i Eurostats databas och OECD:s hälsodatabas.

Ytterligare uppgifter och information kommer också från Europeiska kommissionens gemensamma forskningscentrum (JRC), EU:s statistik om inkomst- och levnadsvillkor (EU-Silc), Världshälsoorganisationen (WHO), Internationella centrumet för cancerforskning (IARC), Internationella atomenergigorganet (IAEA), European Society for Paediatric Oncology (SIOPE), Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA LGBTIQ), undersökningen Health Behaviour in School-aged Children (Skolbarns hälsovanor) samt från 2023 års landsprofiler om hälsa respektive cancer samt andra nationella källor (oberoende av privata eller kommersiella intressen). EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde för de 27 EU-länderna om inte annat anges. Island och Norge ingår inte i EU-genomsnittet. Dödlighet och incidens är åldersstandardiserade enligt Eurostats europeiska standardbefolkning från 2013.

Köpkraftsparitet är ett mått som anger vilken växelkurs som krävs för att olika valutor ska ha samma köpkraft, så att skillnader utjämnas mellan prisnivåerna i ett land jämfört med ett annat.

Ansvarsfriskrivning: Denna publikation offentliggörs under överinseende av OECD:s generalsekreterare och Europeiska kommissionens ordförande. De åsikter och argument som framförs här återspeglar inte nödvändigtvis OECD-ländernas eller Europeiska unionens officiella ståndpunkter. Detta dokument inklusive alla data och kartor påverkar inte något territoriums status eller suveränitet, dragningen av internationella gränser eller namnet på några territorier, städer eller områden. Namn på länder och territorier samt eventuella kartor i denna gemensamma publikation används enligt OECD:s praxis.

Särskilda territoriella ansvarsfriskrivningar som gäller avseende OECD: Anmärkning av Republiken Turkiet: Information i detta dokument som hänvisar till "Cypern" avser den södra delen av ön. Det finns ingen gemensam myndighet som företräder både turk- och grekcyprioter på ön. Turkiet erkänner Turkiska republiken norra Cypern. Fram till dess att en varaktig och rättvis lösning nås inom ramen för Förenta nationerna kommer Turkiet att vidmakthålla sin ståndpunkt i "Cypernfrågan".

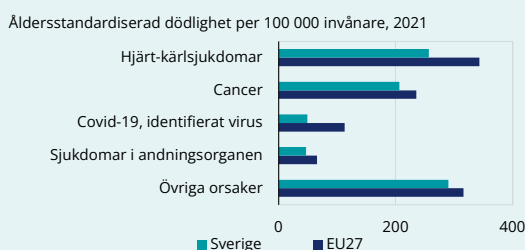
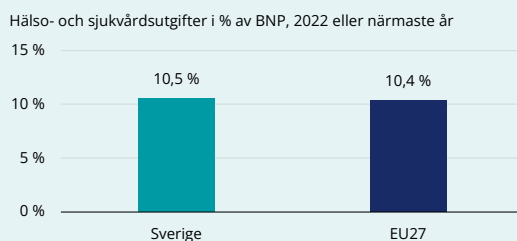
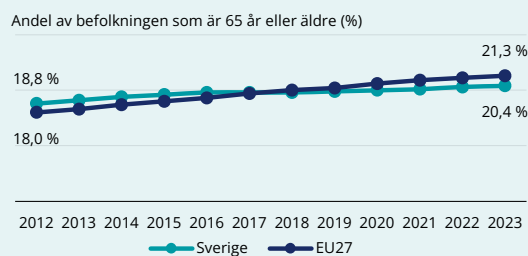
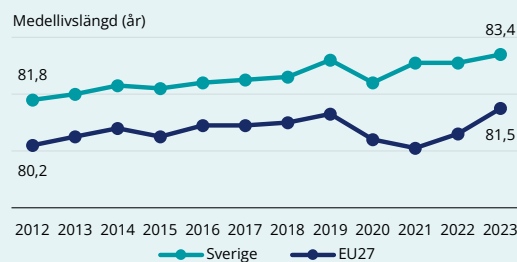
Anmärkning av alla Europeiska unionens medlemsländer i OECD och Europeiska unionen: Republiken Cypern erkänns av alla medlemmar i Förenta nationerna med undantag för Turkiet. Informationen i detta dokument avser det område där Republiken Cyperns regering utövar faktisk kontroll.

© OECD/Europeiska unionen, 2025. Om det förekommer diskrepanser mellan ursprungsverket och eventuella översatta versioner bör endast originaltexten betraktas som giltig.

Innehållsförteckning

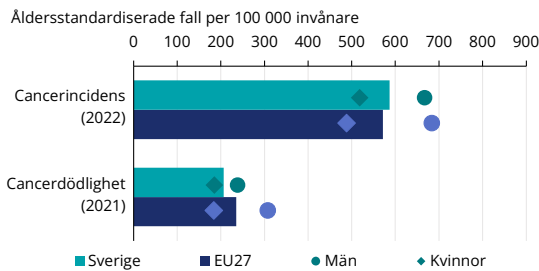
1. ÖVERSIKT	3
2. CANCER I SVERIGE	4
3. RISKFAKTORER OCH FÖREBYGGANDE STRATEGIER	9
4. TIDIG UPPTÄCKT	13
5. UTVÄRDERING AV CANCERVÅRDEN	15
5.1. Tillgänglighet	15
5.2. Kvalitet	18
5.3. Kostnader och valuta för pengarna	20
5.4. Välbefinnande och livskvalitet	22
6. FOKUS PÅ BARNCANCER	24

Sammanfattning av hälso- och sjukvårdssystemets viktigaste egenskaper



Källa: Eurostats databas.

1. Översikt

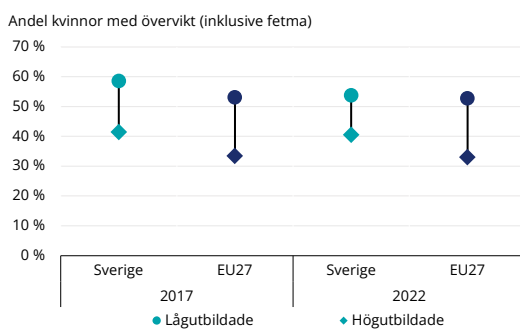


Cancer i Sverige

Cancerincidensen i Sverige ökade med över 30 % mellan 2012 och 2022. Den uppskattade cancerincidensen 2022 bland svenska män var 667 nya fall per 100 000, vilket är lägre än EU-genomsnittet på 684 per 100 000. Bland kvinnor var cancerincidensen (518 nya fall per 100 000) högre än EU-genomsnittet (488 per 100 000). Cancerdödligheten är bland de lägsta i EU, med 207 fall per 100 000 jämfört med EU-genomsnittet på 235 fall per 100 000.

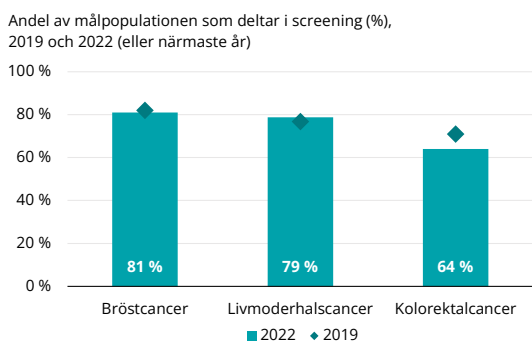
Risikfaktorer och förebyggande strategier

Prevalensen av vissa viktiga riskfaktorer för cancer, såsom daglig rökning och alkoholkonsumtion, är lägre i Sverige än i EU som helhet. Oroväckande är dock den relativt höga prevalensen av andra riskfaktorer, såsom övervikt eller fetma, exponering i arbetet och låg konsumtion av frukt. Ojämligheten mellan socioekonomiska grupper bland vuxna är stor för övervikt och fetma, men klyftan mellan utbildningsnivåerna är mindre än EU-genomsnittet. Prevalensen av riskfaktorer för cancer är i allmänhet lägre än EU-genomsnittet bland ungdomar i Sverige, men trenden för övervikt och alkoholkonsumtion är ökande.



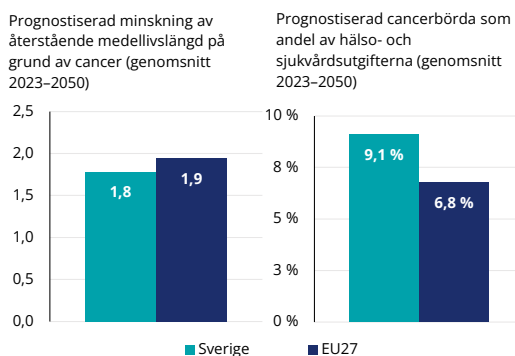
Tidig upptäckt

Sverige har tre allmänna screeningprogram för livmoderhalscancer, bröstcancer och kolorektalcancer, med högt deltagande bland respektive målpopulation. Screening för livmoderhals- och bröstcancer var de första program som genomfördes, medan införandet av screeningprogrammet för kolorektalcancer inleddes i alla regioner 2022. De flesta regioner i Sverige erbjuder eller planerar att erbjuda organiserad testning för prostatacancer och pilotstudier för lungcancerscreening pågår. Sveriges nationella cancerstrategi har varit inriktad på att främja deltagande i screening och minska ojämlikheter.



Utvärdering av cancervården

Sveriges nationella cancerstrategi inrättades 2009 med övergripande mål att minska risken för insjuknande i cancer, förbättra kvalitet i omhändertagandet av patienter med cancer, förlänga överlevnaden och förbättra livskvalitet efter en cancerdiagnos. Canceröverlevnaden i Sverige har ökat avsevärt under de senaste årtiondena. Den uppskattade framtida inverkan av cancer på den återstående medellivslängden är mindre i Sverige än i EU-genomsnittet. Den beräknade cancerbördan för de totala hälsoutgifterna är emellertid större i Sverige än EU-genomsnittet, och det finns stora skillnader i tillgången till cancerrehabilitering och palliativ vård i Sverige. Insatser för att minska skillnaderna ingick i den nationella planen för investeringar i cancervård 2024 och 2025.



2. Cancer i Sverige

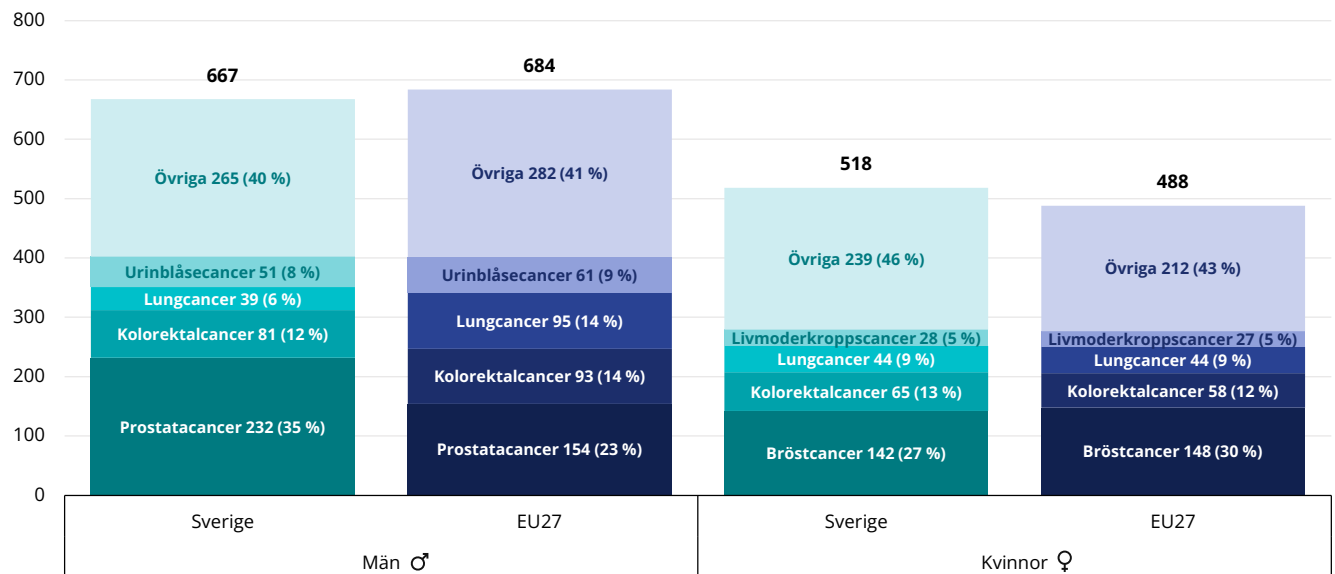
Cancerincidensen har ökat med 30 % under det senaste årtiondet

Enligt det gemensamma forskningscentrumets europeiska cancerinformationssystem uppskattades cancerincidensen bland svenska män till 667 nya fall per 100 000 invånare 2022, vilket är lägre än EU-genomsnittet på 684 per 100 000. Bland kvinnor uppskattades cancerincidensen

(518 nya fall per 100 000 invånare) vara högre än EU-genomsnittet (488 per 100 000) (Figur 1). Uppgifter från det nationella cancerregistret visar att det totala antalet nya cancerfall i Sverige ökade med över 30 % mellan 2012 och 2022. Det europeiska cancerinformationssystemet uppskattar att cancerfallen framöver kommer att öka med 19 % mellan 2022 och 2040.

Figur 1. För prostatacancer är incidensen högre bland män i Sverige än i EU som helhet

Åldersstandardiserad incidens per 100 000 invånare, uppskattning, 2022



Anm. Siffrorna för 2022 är uppskattningar gjorda före covid-19-pandemin baserade på incidensutvecklingen under tidigare år, vilket kan skilja sig jämfört med senare år. Siffrorna inbegriper alla cancerformer utom icke-melanom hudcancer. Livmoderkroppscancer omfattar inte livmoderhalscancer.

Källa: Europeiska cancerinformationssystemet. Från <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, hämtad den 10 mars 2024. © Europeiska unionen, 2024. Den procentuella fördelningen av incidens omräknades på grundval av åldersstandardiserade incidenstal och skiljer sig därmed från den procentuella fördelningen av absoluta tal som anges på det europeiska cancerinformationssystemets webbplats.

Prostatacancer står för den högsta incidensen bland män, 35 % av alla nya cancerfall, jämfört med 23 % i EU som helhet. Bland kvinnorna står bröstcancer för den högsta incidensen, 27 % av alla nya cancerfall, jämfört med 30 % i EU som helhet.

Jämfört med andra EU-länder är incidensen för hudmelanom hög både bland män (54 nya fall per 100 000 invånare) och kvinnor (48 per 100 000) i Sverige (jämfört med 24 per 100 000 bland män och 19 per 100 000 bland kvinnor i EU), men en minskad incidens har observerats i den yngre befolkningen (upp till 59 år) under de senaste åren. Incidensen för prostatacancer är också högre

än EU-genomsnittet (232 nya fall per 100 000 invånare jämfört med 154 per 100 000 i EU). Lungcancerincidensen bland män (39 nya fall per 100 000 invånare) är däremot betydligt lägre än EU-genomsnittet (95 per 100 000)¹. Lungcancerincidensen bland män har minskat under de senaste årtiondena, med 28 % mellan 1970 och 2022 enligt uppgifter från det nationella cancerregistret (åldersstandardiserad incidens enligt 1970 års folkräkning). En motsatt trend noteras för svenska kvinnor, där lungcancerincidensen per 100 000 invånare (åldersstandardiserat) ökade med 249 % mellan 1970 och 2022. Under samma period

¹ Lungcancer avser även strupcancer och bronkialcancer.

ökade incidensen för bröstcancer med 117 % och prostatacancer med 128 %. En del av ökningen i bröstcancer och prostatacancer kan förklaras av införandet av bröstcancerscreening och användningen av PSA-tester under denna period. Den största ökningen observerades för malignt melanom, som ökade med 620 % bland män och 404 % bland kvinnor i nya fall per 100 000 invånare (åldersstandardiserat).

Den åldersstandardiserade cancerdödligheten är den tredje lägsta i EU, med en relativt liten skillnad mellan könen

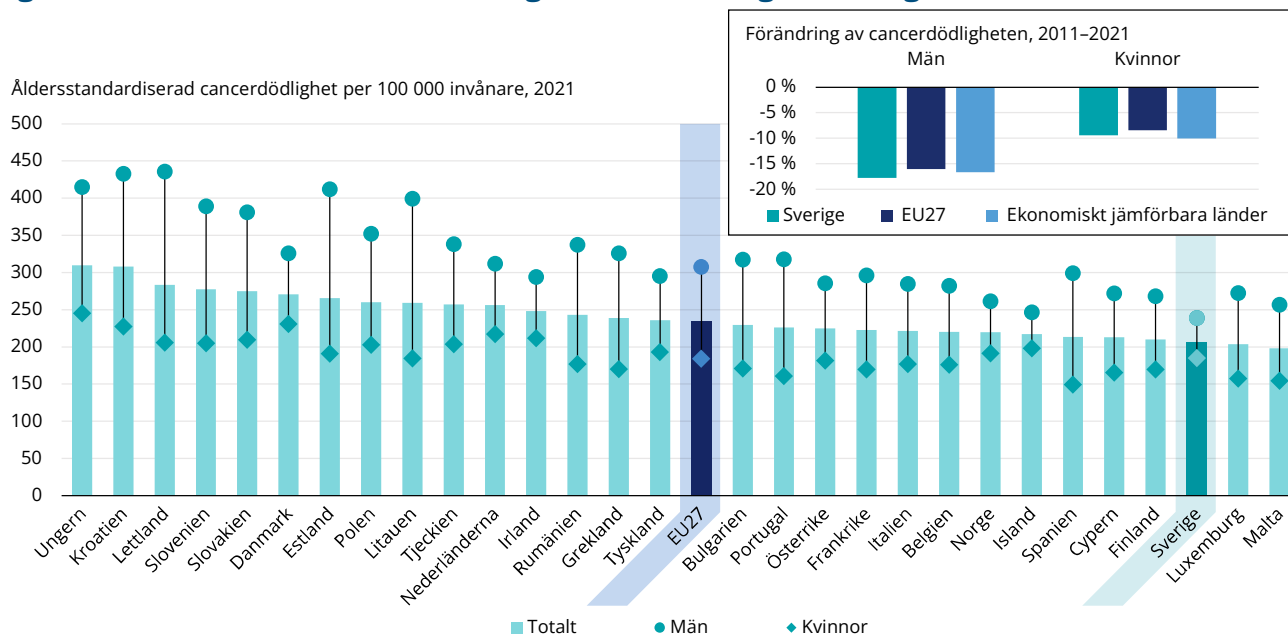
Cancerdödligheten är den tredje lägsta i EU, med 207 åldersstandardiserade dödsfall per 100 000 invånare jämfört med EU-genomsnittet på 235 dödsfall per 100 000 invånare (Figur 2). Som i alla andra EU+2-länder² är dödligheten betydligt högre bland män än bland kvinnor. Klyftan mellan könen är dock den lägsta bland EU-länderna, med en skillnad mellan män och kvinnor på 54 dödsfall per 100 000 invånare jämfört med 124 per 100 000 i EU som helhet. Dödligheten bland män minskade avsevärt mellan 2011 och 2021 (-18 %), vilket är en marginellt större förändring än bland ekonomiskt jämförbara länder³ (-17 %). Även bland kvinnor minskade dödligheten (-9 %), men i något lägre grad än i ekonomiskt jämförbara länder

(-10 %). Tidstrender presenterade av de regionala cancercentrumen i Sverige visar att skillnaden mellan könen både när det gäller incidens och dödlighet har minskat markant för lungcancer, bukspottkörtelcancer och magsäckscancer sedan 1970-talet, vilket förmodligen förklarar en del av den totalt sett minskade skillnaden mellan könen i fråga om cancerdödlighet.

Lungcancer och kolorektalcancer var de främsta orsakerna bakom cancerdödligheten i Sverige 2021. Lungcancer stod för 16 % av alla dödsfall i cancer medan kolorektalcancer stod för 12 %, följt av prostatacancer och bukspottkörtelcancer (9 % vardera).

Även om cancerdödligheten i Sverige minskar är cancer den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. Under 2021 överträffade cancerdödligheten till och med dödligheten för hjärt- och kärlsjukdomar hos män i Stockholmsregionen. Eftersom dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar betydligt snabbare än cancerdödligheten kommer cancer sannolikt att bli den främsta dödsorsaken framöver. Dödsfallen till följd av hjärt- och kärlsjukdomar (åldersstandardiserade) per 100 000 invånare minskade med 32 % mellan 2011 och 2021, medan motsvarande minskning i cancerdödligheten var 13 %.

Figur 2. Skillnaden mellan könen när det gäller cancerdödlighet i Sverige är minst i EU



Anm. Ekonomiskt jämförbara länder definieras som tertilkuster baserat på 2022 års BNP per capita mätt i köpkraftsstandard. För SE är ekonomiskt jämförbara länder AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU och NO.
Källa: Eurostats databas. Uppgifterna avser 2021.

² EU+2-länderna omfattar de 27 EU-medlemsländerna plus Island och Norge.

³ Ekonomiskt jämförbara länder definieras som tertilkuster baserat på 2022 års BNP per capita mätt i köpkraftsstandard. För SE är ekonomiskt jämförbara länder AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU och NO.

Den undvikbara cancerdödligheten minskar i Sverige, särskilt när det gäller bröstcancer och lungcancer

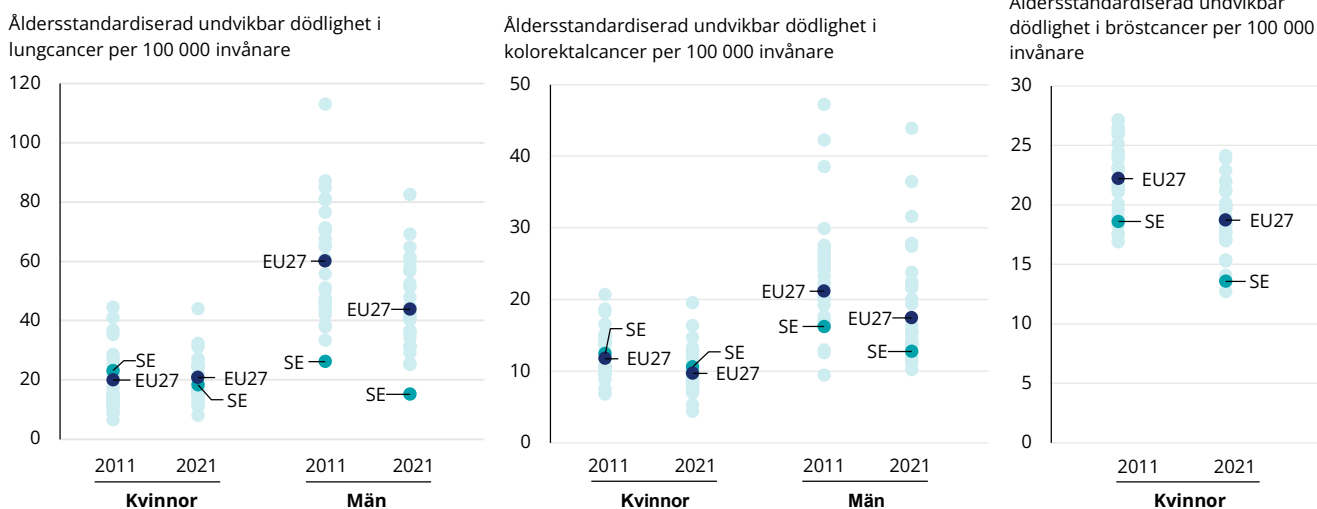
Tack vare förbättrade förebyggande strategier och framsteg när det gäller behandlingsalternativ anses en betydande andel cancerdödlighet hos personer under 75 år potentiellt kunna undvikas⁴ – antingen genom folkhälsoinsatser som minimerar exponeringen för cancerriskfaktorer (hälsopolitiskt åtgärdbar cancerdödlighet) eller genom optimal onkologisk vård (sjukvårdsrelaterad åtgärdbar cancerdödlighet).

Den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten i lungcancer i Sverige 2021 var 18 dödsfall per 100 000 bland kvinnor (12 % lägre än EU-genomsnittet) och 15 per 100 000 bland män (65 % lägre än EU-genomsnittet). Jämfört med 2011 har denna dödlighet minskat med 20 % för kvinnor och 42 % för män, medan EU-genomsnittet ökade med 4 % för kvinnor och minskade med 27 % för män under samma period. Förbättringarna i Sverige är kopplade till en minskad prevalens av rökning på senare år, vilket återspeglar de positiva

effekterna av tobakskontrollpolitiken under de senaste årtiondena.

Under 2021 var den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten i bröstcancer i Sverige 14 dödsfall per 100 000 kvinnor, vilket är 28 % lägre än EU-genomsnittet (Figur 3). Denna dödlighet har minskat med 27 % jämfört med 2011, medan EU-genomsnittet minskade med 16 % under samma period. Motsvarande siffror för kolorektalcancer i Sverige var 11 dödsfall per 100 000 bland kvinnor (10 % högre än EU-genomsnittet) och 13 per 100 000 bland män (27 % lägre än EU-genomsnittet). Jämfört med 2011 har denna dödlighet minskat med 15 % för kvinnor och 21 % för män, medan EU-genomsnittet minskade med 18 % för både kvinnor och män under samma period. Insatser för att förbättra tidig diagnostisering (t.ex. införandet av screeningprogrammet för kolorektalcancer i alla regioner 2022) och cancervårdens kvalitet (t.ex. inrättande av övergripande cancercentrum och standardiserade vårdförlopp) kommer att bidra till ytterligare minskningar (se avsnitten 4 och 5.2).

Figur 3. Den undvikbara cancerdödligheten minskar i Sverige



Anm. Siffrorna för undvikbar dödlighet avser dödsfall hos personer under 75 år.

Källa: Eurostats databas. Uppgifterna avser 2021.

Sverige har den femte högsta cancerprevalensen i EU+2-länderna

Sverige har högre femårig cancerprevalens⁵ än EU-genomsnittet (Figur 4). Enligt uppgifter från Globocan var antalet cancerfall i Sverige 2 051 per 100 000 invånare 2022, vilket är 9 % högre än EU-genomsnittet på 1 876 fall per 100 000.

Enligt uppgifter från Nordcan var den tioåriga prevalensen i Sverige 2 721 fall per 100 000 invånare 2010 och 3 317 fall per 100 000 år 2022, vilket motsvarar en ökning med 22 % och medför det högsta registrerade talet någonsin sedan datainsamlingen inleddes. Enligt uppskattningar baserade på uppgifter från Eurocare-6 ökade

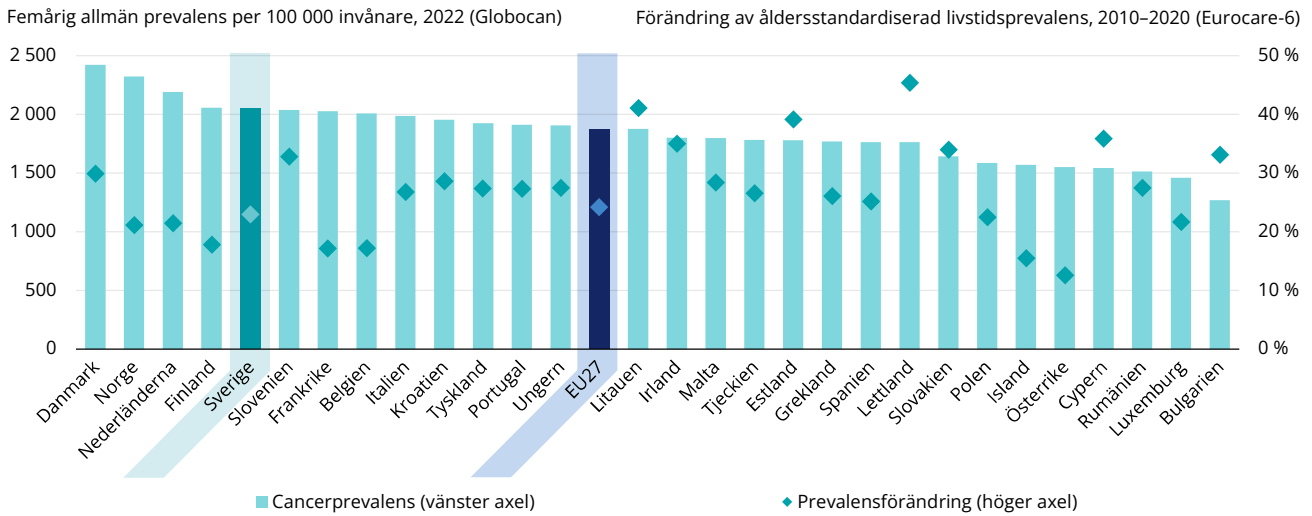
⁴ Undvikbar dödlighet omfattar åtgärdbara dödsfall som kan undvikas genom å ena sidan effektiva folkhälsoinsatser och förebyggande insatser, å andra sidan snabba och effektiva hälso- och sjukvårdsåtgärder.

⁵ Cancerprevalens avser den andel av befolkningen som har diagnostiserats med cancer och fortfarande lever, inklusive patienter som för närvarande genomgår cancerbehandling och patienter som har avslutat behandlingen. Femårig cancerprevalens omfattar personer som har diagnostiserats under de senaste fem åren, medan livstidsprevalensen täcker alla som någon gång i sitt liv har fått en cancerdiagnos.

prevalensen för livslång cancer mellan 2010 och 2020 med 23 % i Sverige, jämfört med 24 % för EU som helhet. Den relativt höga cancerprevalensen

i Sverige kan dock vara kopplad till den höga canceröverlevnaden (se avsnitt 5.2).

Figur 4. Cancerprevalensen är relativt hög i Sverige

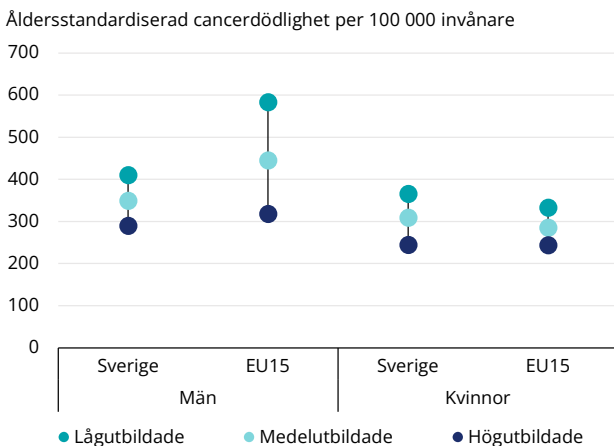


Källor: Databas från IARC Globocan 2024; EUROCARE-6-studie (De Angelis m. fl., 2024).

Den socioekonomiska ojämlikheten i cancerdödlighet bland män i Sverige är mindre än EU-genomsnittet

Den totala cancerdödligheten i Sverige är högre bland personer med lägre utbildningsnivå jämfört med personer med högre utbildning (Figur 5). Skillnaden i åldersstandardiserad total cancerdödlighet per utbildningsnivå bland svenska män (42 %) är mindre än genomsnittskillnaden i EU (84 %) men större bland svenska kvinnor (50 %) än EU-genomsnittet (37 %).

Figur 5. Utbildningsklyftan för cancerdödlighet är mindre i Sverige än i EU bland män, men större bland kvinnor



Anm. Uppgifter från EU-CanIneq-studien avser 2015–2019. EU-15 avser övriga EU-länder utom Sverige och Norge. Källa: Europeiska kommissionen, IARC och Erasmus MC, 2024, Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality across European countries. Faktablad om ojämlikhet från Europeiskt centrum för arbetsmarknadsrelationer.

En uppdatering av den nationella cancerstrategin har planerats till 2025

Regeringen arbetar med en uppdatering av den nationella cancerstrategin. Den nuvarande strategin inrättades 2009 med det övergripande målet att minska risken för insjuknande i cancer, förbättra kvalitet i omhändertagandet av patienter med cancer, förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvalitet efter en cancerdiagnos, minska regionala skillnader i överlevnadstid och minska skillnaderna mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid (Ruta 1). Inom strategin inrättades sex regionala cancercentrum 2010, samtidigt som man skapade nationella och regionala specialiserade samarbetsgrupper och tog fram nationella riktlinjer. Dessutom infördes 2015 standardiserade vårdförlopp i syfte att minska väntetiden, standardisera diagnostiska strategier, öka patientnöjdheten och minska regionala ojämlikheter när det gäller tillgång till vård i rätt tid. Under 2023 omfattades 83 % av alla cancerpatienter av något av 31 standardiserade vårdförlopp.

År 2023 fick Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag av regeringen att ta fram en lägesbild av 2009 års nationella cancerstrategi (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2024). Slutsatserna i lägesbilden är att den nationella cancerstrategin ger struktur och inriktning men brister i prioritering, implementering och uppföljning, att måluppfyllelsen skiljer sig åt mellan strategins olika målområden och att de standardiserade vårdförloppen har

skapat sammanhållna flöden i cancervården men behöver utvecklas ytterligare för att nå ledtidsmålen. I lägesbilden framhålls också att barncancervård har blivit en del av strategin men behöver vidareutvecklas och att medicinteknisk utvecklingen, EU-initiativ och ett parallellt nationellt initiativ för att överföra vissa delar

av hälso- och sjukvården från slutenvården till primärvården behöver vägas in i en ny strategi. Ett första förslag till en uppdaterad strategi kommer att läggas fram i början på 2025.

Ruta 1. Den svenska cancerplanen kommer att uppdateras 2025

Sveriges nationella cancerstrategi från 2009 överensstämmer med prioriteringarna i Europas plan mot cancer, som syftar till att minska cancerrisken, förbättra patienternas livskvalitet, förlänga överlevnadstiden och minimera skillnader (Tabell 1). Strategin omfattar insatser för att bekämpa cancerriskfaktorer samt kostnadsfri allmän screening för bröstcancer, livmoderhalscancer och kolorektalcancer. Den inbegriper också tvärvetenskapliga specialistgrupper, nationella behandlingsriktlinjer, sjukdomsspecifika kvalitetsregister och grundläggande och specialiserad palliativ vård. Cancerpatienternas livskvalitet är ett fokusområde i strategin. Flera nationella arbetsgrupper har inrättats, däribland en grupp vars syfte är att förbättra barncancervården. Sverige är också inriktat på cancerforskning och flera institutioner deltar i EU-finansierade projekt. Cancerrelaterad ojämlikhet är en central fråga i 2009 års nationella cancerstrategi, med syftet att minska skillnaderna mellan befolkningsgrupper och regioner när det gäller överlevnadstid efter en cancerdiagnos. Uppdateringen av den nationella cancerstrategin som är planerad till början av 2025 förväntas utgå från ett helhetsperspektiv som omfattar förebyggande åtgärder, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, rehabilitering, palliativ vård och uppföljningsvård. Avsikten är att ha flera prioriterade områden, såsom antagandet av precisionsvård, för att synkronisera hälsofrämjande och förebyggande insatser med andra sjukdomsområden och insatser för att säkerställa optimerade vårdprocesser och ökad tillgänglighet. Strategin ska också ta hänsyn till Europas plan mot cancer.

Tabell 1. Sveriges nationella cancerstrategi är anpassad till Europas plan mot cancer

Pelare för Europas plan mot cancer				Övergripande teman inom Europas plan mot cancer		
Förebyggande	Tidig upptäckt	Diagnos och behandling	Livskvalitet	Cancerrelaterad ojämlikhet	Barncancer	Forskning och innovation
●	●	●	●	●	●	●

Anm. Blå anger att Sveriges nationella cancerstrategi innehåller ett särskilt avsnitt om ämnet, orange anger att ämnet omfattas av något av dess avsnitt men inte är fokus i sig, och rosa anger att ämnet inte omfattas av strategin.

Källa: Anpassad från studien om kartläggning och utvärdering av genomförandet av Europas plan mot cancer (ej offentliggjord ännu).

3. Riskfaktorer och förebyggande strategier

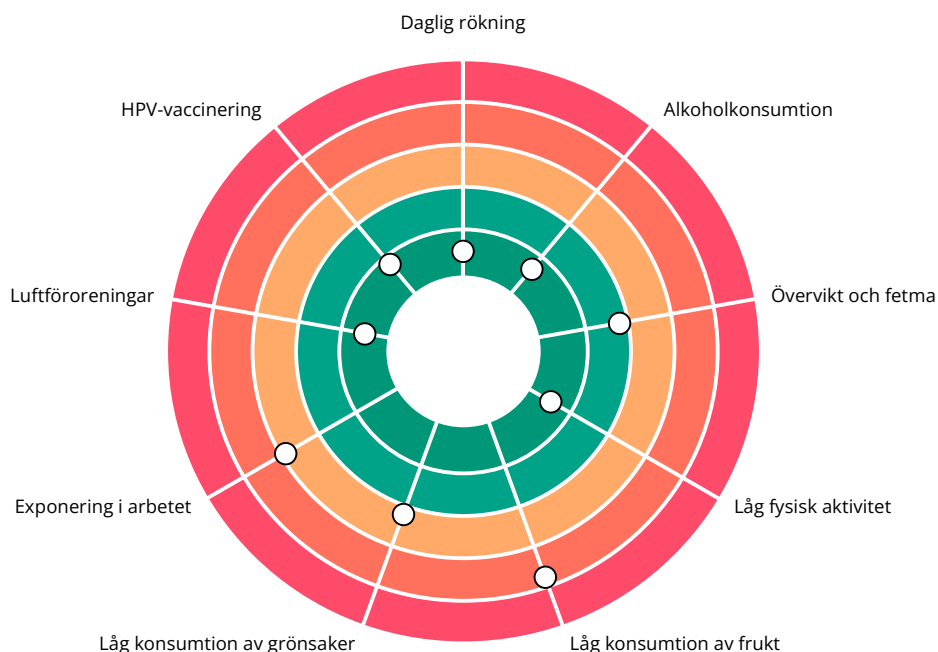
Sverige har relativt hög prevalens av övervikt, fetma, ohälsosam kost och exponering i arbetet

Prevalensen av vissa viktiga riskfaktorer för cancer, såsom daglig rökning och alkoholkonsumtion, är lägre i Sverige än i EU som helhet (Figur 6). Sverige är också ett av de tre EU-länder som ligger främst när det gäller fysisk aktivitet, luftkvalitet och HPV-vaccinering. En relativt hög prevalens av andra riskfaktorer, såsom övervikt och fetma, exponering i arbetet och låg konsumtion av frukt är dock bekymmersam. Under 2022 utgjorde utgifterna för förebyggande åtgärder⁶ 4 % av de aktuella hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige – lägre än EU-genomsnittet på 6 %.

Luftföroreningsnivån i svenska städer – mätt i partiklar med en diameter under 2,5 mikrometer (PM_{2,5}) (en komponent av luftföroreningar utomhus som klassificeras som cancerframkallande

för människor) – är låg (6 µg/m³) jämfört med EU-genomsnittet (12 µg/m³). Sverige har också relativt stor täckning av HPV-vaccinering. Flickor erbjuds sedan 2012 gratis vaccinering mot HPV-infektion, genom det nationella barnvaccineringsprogrammet. Sedan 2020 omfattas även pojkar av programmet. Vaccinationerna utförs i skolan. År 2023 var andelen flickor som fick alla rekommenderade doser av HPV-vaccinet vid 15 års ålder 85 % i Sverige, jämfört med EU-genomsnittet på 64 %. För pojkar uppgick denna siffra till 92 % 2023. Skillnaderna mellan landets regioner är få. HPV-vaccinering erbjuds också kostnadsfritt till kvinnor födda 1994–1999, som ett led i ansträngningar för att eliminera livmoderhalscancer senast 2027. Folkhälsomyndigheten planerar att anta en ny rekommendation om HPV-vaccinering för pojkar och män upp till 26 år för att ytterligare minska HPV-relaterad cancer.

Figur 6. Sverige har relativt hög prevalens av låg konsumtion av grönsaker och frukt samt exponering i arbetet



Anm. Ju närmare mitten punkten är placerad, desto bättre är landets resultat jämfört med andra EU-länder. Inget land hamnar i det vita mittenfältet, eftersom det finns utrymme för förbättringar på alla områden i samtliga länder.

Källor: OECD:s beräkningar baserade på 2022 års EU-Silc-undersökning om övervikt, fetma, fysisk aktivitet, frukt- och grönsakskonsumtion (hos vuxna); Eurofound-undersökning om exponering i arbetet; OECD:s hälsostatistik om rökning, alkoholkonsumtion (hos vuxna) och luftföroreningar; samt WHO när det gäller HPV-vaccinering (15-åriga flickor).

⁶ Utgifter för förebyggande åtgärder som rapporteras i hälsoredovisningen bör omfatta verksamhet utanför nationella program (t.ex. opportunistisk cancerscreening eller rådgivning för rökavvänjning vid rutinmässiga läkarbesök), men i praktiken kan länder ha svårt att identifiera förebyggande utgifter utanför sådana program.

Tidigare uppskattningar har visat att nästan en tredjedel av alla cancerfall (28 %) i Sverige kan tillskrivas riskfaktorer som går att förebygga, där rökning bidrar till den största andelen (11 %), följt av ultraviolett strålning (7 %), fetma och övervikt (2 %), dålig kost (2 %), alkoholkonsumtion (2 %), cancerrelaterade infektioner (2 %) och låg fysisk aktivitet (1 %) (Fridhammar, Hofmarcher och Persson, 2020). Det finns stora skillnader i exponering för cancerriskfaktorer mellan olika socioekonomiska grupper – särskilt när det gäller rökning. Prevalensen av daglig rökning i Sverige var 2022 10 procentenheter högre bland personer med den lägsta utbildningsnivån (12 %) än bland personer med den högsta (2 %), även om trenden för tobaksrökning är nedåtgående i alla socioekonomiska grupper (Folkhälsomyndigheten, 2022). Sverige har dessutom den lägsta prevalensen av rökning i EU (9 % 2022)⁷. Enligt Cancerfonden är exponeringen för ultraviolett strålning vanligare bland personer med högre utbildningsnivå, som därigenom löper större risk att utveckla malignt melanom.

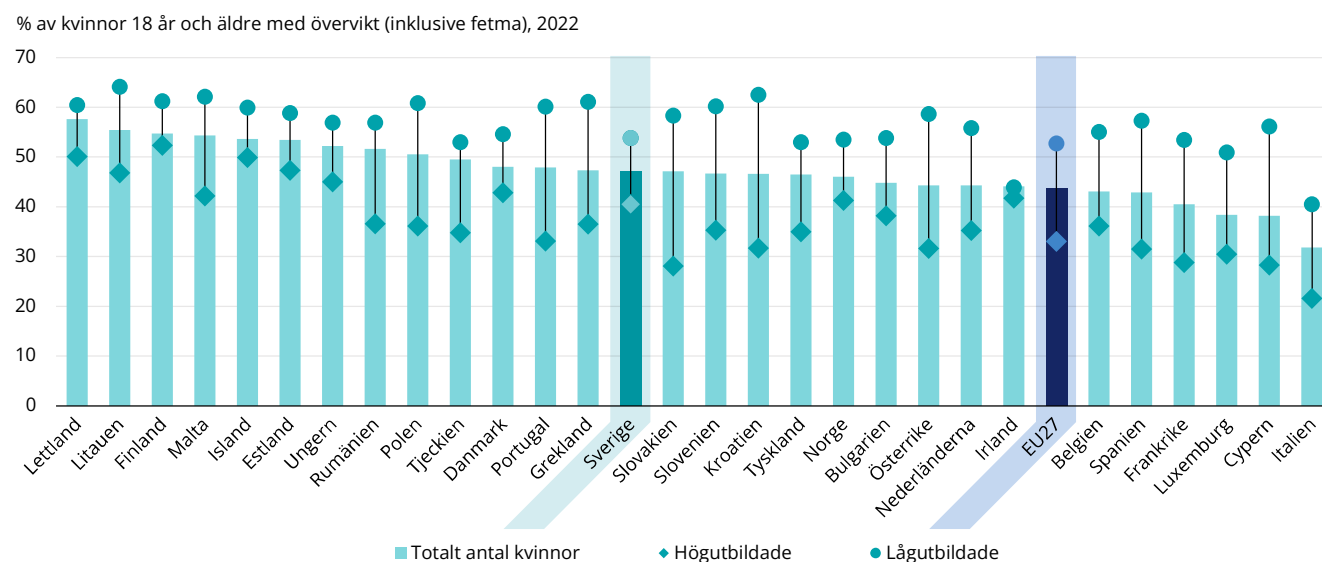
Även om prevalensen av rökning har minskat i Sverige så har prevalensen av snus ökat, med 29 % rapporterade användare bland män och 13 % bland kvinnor 2023 enligt information från Centralförbundet för alkohol- och

narkotikaupplysning. Enligt Internationella centret för cancerforskning är rökfri tobak kopplad till ökad risk för cancer i munhålan, matstrupen och bukspottkörteln. Nya nikotinprodukter såsom e-cigarettor och nikotinpåsar har också införts på marknaden. Vita snus- och nikotinpåsar användes av 13 % av svenska elever i årskurs nio och av 24 % av äldre ungdomar 2023 enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Risken för cancer från dessa produkter är fortfarande okänd, men på grund av hälsoriskerna med nikotin kommer de att behöva övervakas noga.

Socioekonomiska skillnader i övervikt och fetma bland kvinnor är lägre i Sverige än i EU

I Sverige var prevalensen av övervikt (inklusive fetma) bland vuxna kvinnor 47 %⁸ 2022, vilket är högre än EU-genomsnittet (44 %) (Figur 7). Liksom i de flesta länder är övervikten betydligt högre bland kvinnor med lägre utbildningsnivå (54 %) än bland kvinnor med högre utbildningsnivå (41 %), även om skillnaden i Sverige (13 procentenheter) är lägre än EU-genomsnittet (20 procentenheter). Prevalensen av övervikt i Sverige minskade dock mer mellan 2017 och 2022 bland kvinnor med lägre utbildningsnivå (-8 %) än bland kvinnor med högre utbildningsnivå (-2 %). Denna minskning är också större än EU-genomsnittet på -1 % i båda utbildningsgrupperna.

Figur 7. I Sverige är prevalensen av övervikt bland kvinnor inom alla utbildningsnivåer högre än EU-genomsnittet



Anm. Övervikt (inklusive fetma) omfattar personer med ett kroppsmasseindex (BMI) över 25.
Källa: Eurostats databas.

⁷ Folkhälsomyndigheten rapporterar en rökingsprevalens på 6 %.

⁸ Folkhälsomyndigheten rapporterar en prevalens av övervikt (inklusive fetma) på 45 % bland kvinnor i åldersgruppen 16–84 år.

Dålig kost bidrar till övervikt och fetma. Under 2022 konsumerade 52 % av svenska vuxna frukt mindre än en gång per dag (jämfört med 39 % i EU) och 41 % konsumerade grönsaker mindre än en gång per dag (jämfört med 40 % i EU).

Sverige har haft ett starkt fokus på förebyggande insatser under de senaste åren

Ansvar för att förebygga hälsorisker är fördelat mellan en mängd aktörer på alla nivåer i det svenska samhället, inklusive på nationell, regional och kommunal nivå. Sverige har fokuserat starkt på förebyggande insatser under de senaste åren. På uppdrag av Regionala cancercentrum i samverkan utarbetade den nationella arbetsgruppen för cancerprevention 2020 en plan för det förebyggande arbetet inom de regionala cancercentrumen (Regionala cancercentrum i samverkan, 2020). Planen uppdaterades också 2023. Syftet med planen var att beskriva åtgärder för att förebygga cancer och främja en hälsosam livsstil på nationell nivå inom ramen för de regionala cancercentrumens uppdrag.

År 2018 offentliggjorde Socialstyrelsen nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018a). Rekommendationerna omfattade insatser för bättre levnadsvanor i fråga om tobaksbruk, alkoholkonsumtion, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet, i syfte att uppnå en bättre hälsa och förebygga sjukdomar. I riktlinjerna betonades insatser riktade till särskilda riskgrupper, däribland vuxna med särskild risk (t.ex. på grund av sjukdom eller social sårbarhet), vuxna som ska genomgå en operation, barn och unga samt gravida, med uppdaterade riktlinjer planerade för publicering. Dessutom offentliggjordes nationella riktlinjer för vård vid obesitas 2023 (Socialstyrelsen, 2023). I dessa betonas vikten av tidig upptäckt och samordnad vård vid obesitas samt noteras att de svenska sjukvårdsregionerna måste avsätta mer resurser för vård av barn och vuxna med obesitas under de kommande åren.

Vissa regioner i Sverige erbjuder hälsokontroller inom primärvården till en utvald del av befolkningen (t.ex. alla 40-åringar) med fokus på ohälsosamma levnadsvanor. Modellen för fysisk aktivitet på recept har använts i Sverige sedan början av 2000-talet och omfattar personcentrerad individuell rådgivning, skriftliga evidensbaserade rekommendationer för fysisk aktivitet, uppföljning och samhällsstöd. Initiativet har visat sig ha positiva effekter för såväl den fysiska aktiviteten

som hälsoreultatet under längre perioder, i både kliniska uppföljningsstudier och randomiserade kontrollerade studier. Under 2022 utövade 60 % av personer över 15 år fysisk aktivitet minst tre gånger i veckan – dubbelt fler än EU-genomsnittet (31 %).

Fritidskortet är ett regeringsinitiativ som syftar till att ge barn och ungdomar i åldern 8–16 år ökad tillgång till idrott, kultur, utomhusaktiviteter och andra samhällsaktiviteter. Det kan användas för att betala fritidsverksamhet inom ramen för t.ex. idrottsorganisationer, friluftorganisationer och andra organisationer inom det civila samhället och kultursektorn. Reformen kommer att lanseras för barn och familjer 2025, i syfte att öka den fysiska aktiviteten bland barn och ungdomar.

Bland ungdomar är nivåerna när det gäller rökning, alkoholintag och fetma lägre än i EU, men trenderna i frukt- och grönsakskonsumtion är oroande

Prevalensen av riskfaktorer för cancer är i allmänhet lägre bland ungdomar i Sverige än i EU som helhet⁹, men det finns vissa undantag (Figur 8). Under 2022 var prevalensen av rökning (minst en gång under de senaste 30 dagarna) bland svenska 15-åringar 12 %, vilket är 5 procentenheter lägre än EU-genomsnittet, och tobaksanvändningen minskade med 1,5 procentenheter under 2014–2022. Prevalensen av upprepade fylla i samma åldersgrupp var 17 %, vilket också är mer än 5 procentenheter lägre än EU-genomsnittet, men ökade något med 1 procentenhet under perioden 2014–2022. Övervikt (inklusive fetma) bland 15-åringar i Sverige följer samma mönster, med en lägre prevalens på 19 % jämfört med EU-genomsnittet 2022 (–2 procentenheter) och en marginell ökning under perioden 2014–2022 (0,2 procentenheter). Övervikt och fetma är vanligare bland barn med en mindre gynnad familjebakgrund. I Sverige är 11–15-åringarna i den lägsta inkomstgruppen 9 procentenheter mer benägna att vara överviktiga (23 %) jämfört med den högsta inkomstgruppen (14 %), enligt enkätinstrumentet Family Affluence Scale.

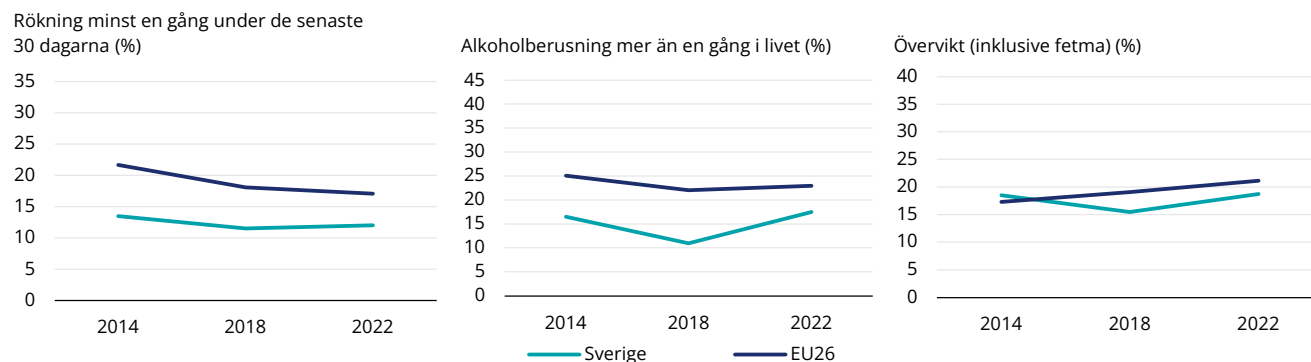
Sverige har sämre resultat än andra EU-länder när det gäller daglig konsumtion av frukt och grönsaker bland 15-åringar. Under 2022 var prevalensen av daglig fruktkonsumtion 17 %, vilket är 13 procentenheter lägre än EU-genomsnittet, och prevalensen för daglig grönsakskonsumtion låg på 23 %, vilket var 11 procentenheter lägre. Trenden var också nedåtgående under perioden 2014–2022, då den dagliga fruktkonsumtionen

9 Uppgifterna är hämtade från undersökningen *Health Behaviour in School-aged Children study* och kan skilja sig från den nationella källan.

minskade med 5 procentenheter och den dagliga grönsakskonsumtionen minskade med 16 procentenheter. Andelen 15-åringar som dagligen

utövar 60 minuters fysisk aktivitet är dock något högre i Sverige än i övriga EU – 16 % jämfört med EU-genomsnittet på 15 %.

Figur 8. Bland ungdomar är nivåerna när det gäller rökning, alkoholintag och fetma lägre än i EU som helhet



Anm. EU-genomsnittet är ett oviktat medelvärde. Uppgifterna avser 2022 och baseras på ungdomar i åldern 15 år. Källa: Undersökningen Health Behaviour in School-aged Children.

Användningen av e-cigarett ökar snabbt bland ungdomar och unga vuxna

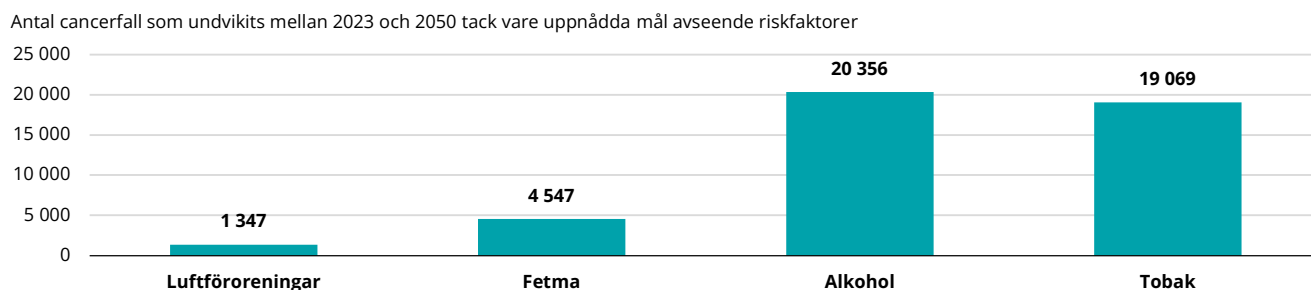
Elektroniska cigaretter (e-cigarett eller vapes) är apparater som laddas med en vätska som ofta innehåller nikotin och olika aromer. Enligt statistik från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning uppgav omkring 1–2 % av invånarna i Sverige i åldern 17–84 år att de hade använt e-cigarett under den senaste månaden 2017. Denna siffra ökade till 5 % 2023. Bland personer i åldern 17–29 år ökade siffran från 6 % 2017 till 16 % 2023, med en starkare ökning bland unga kvinnor. Bland elever i årskurs nio (15–16 år) som använt e-cigarett den senaste månaden var prevalensen relativt stabil på omkring 5 % för flickor och 7 % för pojkar 2014–2021. Prevalensen ökade kraftigt till

23 % för flickor och 18 % för pojkar 2022, och sjönk igen till 22 % respektive 13 % 2023.

Sverige skulle kunna förhindra över 20 000 nya cancerfall genom att uppnå alkoholminskningsmålen

Liksom alla andra länder i Europa har Sverige en betydande möjlighet att minska antalet nya cancerfall i landet genom att fokusera på primärprevention. Enligt OECD:s strategiska folkhälsoplanering finns den största potentialen – för en minskning av antalet cancerfall med 20 356 mellan 2023 och 2050 – i uppnåendet av alkoholminskningsmålen (Figur 9). Att uppnå ytterligare mål skulle också minska cancerbördan med 19 069 fall (tobak), 4 547 fall (fetma) och 1 347 fall (luftföroreningar) under samma period.

Figur 9. Sverige har möjlighet att minska antalet nya cancerfall om målen för minskning av alkohol, tobak och fetma uppnås



Anm. Målet för tobak är en 30-procentig minskning av tobaksanvändningen mellan 2010 och 2025 och att mindre än 5 % av befolkningen använder tobak senast 2040. För alkohol är målet en minskning med minst 20 % av den totala alkoholkonsumtionen och en minskning med 20 % av den höga alkoholkonsumtionen (sex eller fler alkoholhaltiga drycker vid ett enda tillfälle för vuxna) mellan 2010 och 2030. För luftföroreningar är det en årlig genomsnittlig $PM_{2,5}$ -nivå på $0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ till 2030 och $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ till 2050. När det gäller fetma är målet en minskning till 2010 års fetmanivå senast 2025.

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

4. Tidig upptäckt

Som en del av 2009 års nationella cancerstrategi rekommenderades kontinuerlig uppföljning av deltagandet i och kvaliteten på befintliga och framtida screeningprogram samt fortsatt hög grad av deltagande i hela landet. Det rekommenderades också att framtida screeningprogram skulle införas på ett samordnat och strukturerat sätt för att undvika regionala skillnader och att insatser skulle göras för att nå ut till befolkningsgrupper med lägre deltagandegrader.

Populationsbaserade screeningprogram har utvecklats för att följa evidensbaserade rekommendationer

Sverige har tre nationella populationsbaserade screeningprogram för cancer (screening som aktivt erbjuds en specifik målpopulation i riskzonen), vilka inkluderar screening för livmoderhalscancer, bröstcancer och kolorektalcancer.

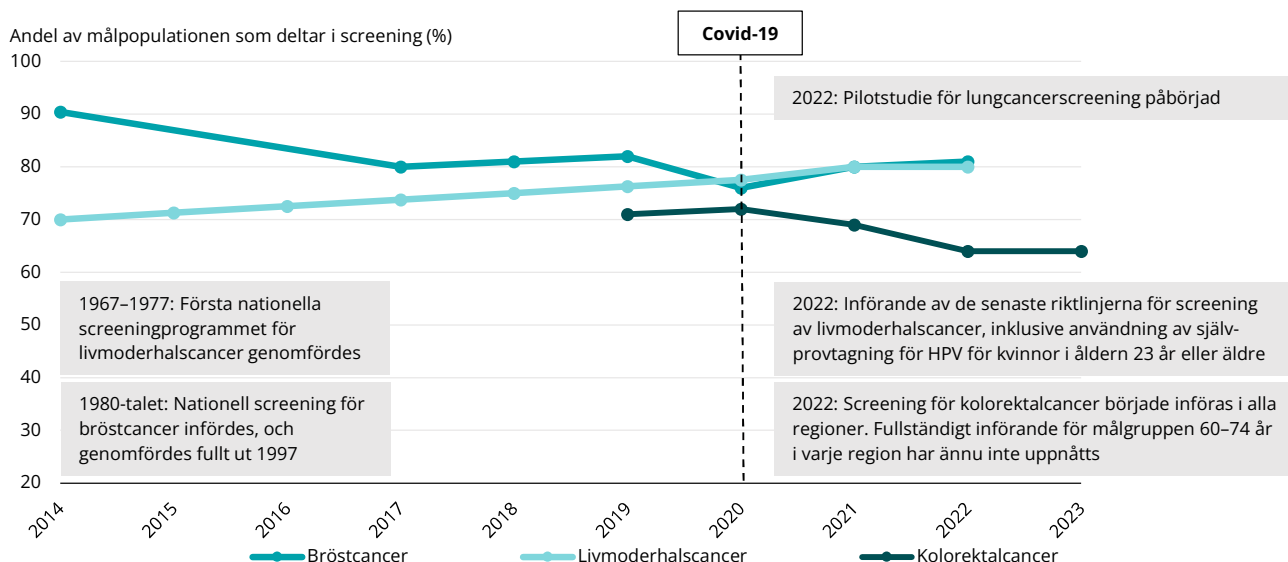
Screening för livmoderhalscancer var det första nationella screeningprogrammet för cancer som rekommenderades i Sverige, och genomfördes 1967–1977. År 2015 rekommenderade Socialstyrelsen att screening för livmoderhalscancer skulle ändras från primär cytologi (gynekologisk cellprovtagning) till primär HPV-testning för kvinnor i åldern 30–64 år och kvinnor i åldern 23–29 år som testats med primär cytologi. Rekommendationen för det nuvarande screeningprogrammet är primär screening med ett HPV-test för kvinnor som är 23 år eller äldre, med ett inledande screeningintervall på fem år, följt av ett intervall på sju år bland kvinnor som är 49 år eller äldre. Den sista screeningen bör erbjudas kvinnor i åldern 64–70.

Screening för bröstcancer med mammografi inleddes på 1980-talet och genomfördes fullt ut 1997, med ett rekommenderat screeningintervall på 18–24 månader. Alla kvinnor i åldern 40–74 år erbjuds mammografi och omkring 60 % av alla bröstcancerfall upptäcks genom screeningprogrammet (Socialstyrelsen, 2022a).

År 2014 rekommenderade Socialstyrelsen att screening för kolorektalcancer genom test av ockult blod i avföringen skulle erbjudas befolkningen i åldern 60–74 år vartannat år. Omständigheter såsom pågående screeningstudier och personalbrist inom vissa yrkeskategorier – framför allt gastroenterologer – ledde till ett regionalt ojämnt införande av screeningprogrammet för kolorektalcancer i Sverige. Under 2022 började screeningsprogrammet dock införas i alla regioner, men man har ännu inte nått ut till hela åldersgruppen i alla regioner. Socialstyrelsen planerar att undersöka det vetenskapliga underlaget för att sänka startåldern för screening av kolorektalcancer till 50 år.

Det finns regionala och socioekonomiska skillnader i deltagandet i screeningprogrammen

Den genomsnittliga deltagargraden i bröstcancer-screening i Sverige är drygt 80 % (Figur 10), med relativt små regionala skillnader – med undantag av Stockholmsregionen, där deltagargraden är omkring 70 % enligt Cancerfonden. Det finns dock möjliga förklaringar såsom felaktigheter i uppgifterna och mammografiundersökningar som äger rum utanför screeningprogrammet på privata kliniker (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020). Deltagandet i screening för livmoderhalscancer i Sverige var 80 % 2022. När det gäller screening för kolorektalcancer undersöktes 64 % av den kallade befolkningen 2022 och 2023, och deltagargraden var i allmänhet högre bland kvinnor (69 %) än bland män (62 %) enligt Cancerfonden. Regionerna Stockholm och Gotland var först med att erbjuda screening för kolorektalcancer under 2009, och deltagargraden 2023 var 68 % i Stockholm och 73 % i Gotland.

Figur 10. Screeningdeltagandet är högt och relativt stabilt i Sverige

Anm. Uppgifterna avser mammografiscreening bland kvinnor i åldrarna 40–74 år under de föregående 18–24 månaderna (baserat på programdata), utom för 2014 då de avser åldersgruppen 50–69 år under de senaste två åren (baserat på undersökningsdata), screening av livmoderhalscancer inom screeningintervallet (5,5 år för kvinnor i åldrarna 23–49 år och 7,5 år för kvinnor i åldrarna 50–70 år) och screening av kolorektalcancer bland den kallade befolkningen i åldrarna 60–80 år inom två år (baserat på programdata).

Källor: OECD:s hälsostatistik 2024 för bröstcancer, Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention för livmoderhalscancer, Svenska kolorektalcancerregistret.

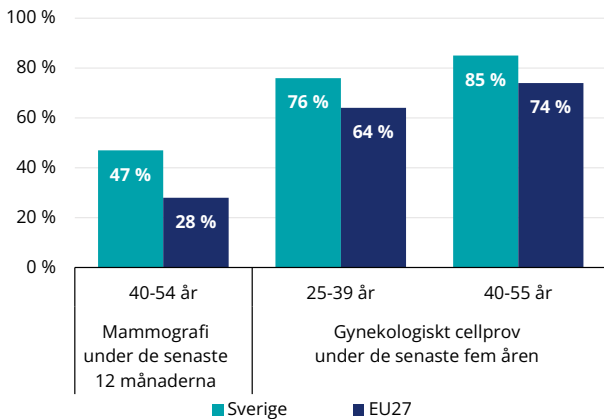
Det finns socioekonomiska skillnader när det gäller deltagandet i screeningprogrammen i Sverige. Deltagandet i bröstcancerscreening bland kvinnor i åldern 40–54 år var exempelvis 64 % för kvinnor med lägre utbildningsnivå och 82 % för kvinnor med högre utbildningsnivå 2019–2020 (Socialstyrelsen, 2022a). Sveriges nationella cancerstrategi har varit inriktad på att främja deltagande i screening och minska ojämlikheterna. Under 2010 inleddes en process för kvalitetsutveckling och ökat deltagande i screening för livmoderhals- och bröstcancer. Ett steg för att främja detta var att göra bröstcancerscreening kostnadsfri i hela landet från och med juli 2016, i syfte att nå socioekonomiskt utsatta grupper. Under 2023 genomförde de regionala cancercentrumen tillsammans med regionerna en nationell kampanj om vikten av att delta i nationella screeningprogram. Dessutom använder Sverige lokala hälsoinformatörer för att informera om screening. Ett annat exempel på hur man främjar deltagandet i screening av livmoderhalscancer är användningen av självtester för HPV, som rekommenderades av Socialstyrelsen i de uppdaterade riktlinjerna om screening för livmoderhalscancer 2022 (Socialstyrelsen, 2022b).

Hbtqi-personer deltar i högre grad i bröst- och livmoderhalscancerscreening i Sverige än i EU

Enligt EU:s tredje hbtqi-undersökning är deltagandet i cancerscreening bland hbtqi-personer högre i Sverige än i andra EU-länder (Figur 11). För bröstcancerscreening rapporterade 47 % av den berörda hbtqi-populationen (ciskvinnor, transkvinnor och intersexuella) i åldern 40–54 år att de hade genomgått mammografi under de senaste tolv månaderna, vilket är mycket högre än EU-genomsnittet på 28 %. För screening av livmoderhalscancer rapporterade 76 % av den berörda hbtqi-populationen i åldern 25–39 år i Sverige att de hade genomgått en gynekologisk cellprovtagning under de senaste fem åren (högre än 64 % i EU), medan 85 % av populationen i åldern 40–55 år i Sverige rapporterade att de tagit ett gynekologiskt cellprov (högre än 74 % i EU). Detta är i linje med den relativt höga screeningfrekvensen i Sverige jämfört med EU.

Figur 11. Deltagandet i cancerscreening bland hbtqi-personer är högre i Sverige än i andra EU-länder

Andel hbtqi-personer som screenats för bröst- eller livmoderhalscancer (%)



Anm. Resultaten av hbtqi-undersökningen avser åldersgrupper och/eller screeningintervall som inte är anpassade till massscreeningen i EU-länderna, och dessa bör inte jämföras. Källor: Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (EU:s tredje hbtqi-undersökning).

Organiserad testning för prostatacancer erbjuds i vissa regioner

Det finns inga nationella screeningprogram för prostatacancer eller lungcancer i Sverige. Socialstyrelsen rekommenderade emot screening för prostatacancer med endast prostataspecifik antigen-testning (PSA) 2018 och drog slutsatsen att screening med PSA-tester och kompletterande tester behövde undersökas ytterligare innan en positiv rekommendation kunde utfärdas

(Socialstyrelsen, 2018b). De regionala cancercentrumen fick dock i uppdrag av regeringen att hjälpa regionerna att organisera prostatacancer-testning av asymtomatiska män. Arbetet samordnas av en nationell arbetsgrupp med företrädare för varje sjukvårdsregion. I september 2024 hade totalt 13 av 21 regioner börjat testa, och i slutet av 2024 förväntades nästan alla regioner ha börjat. Testförfarandena och vilka åldersgrupper som omfattas skiljer sig åt mellan regionerna.

En pilotstudie för lungcancerscreening inleddes 2022

Lungcancer leder till de flesta cancerrelaterade dödsfall i Sverige, till stor del på grund av att lungcancer ofta diagnostiseras i ett sent skede. Tidigare studier har visat att screening för lungcancer skulle vara kostnadseffektivt i Sverige (Andersson m.fl., 2021). Socialstyrelsen har ännu inte rekommenderat lungcancerscreening, utan efterlyser pilotstudier i Sverige för att besvara återstående frågor om strukturen på ett eventuellt screeningprogram. En pilotstudie för lungcancerscreening bland kvinnor på grundval av nuvarande och tidigare rökvanor påbörjades i Stockholmsregionen 2022 av Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, med planer på att utöka till män under 2024. Pilotprojekt för lungcancerscreening i samarbete med regionala cancercentrum planeras också inom Norra, Västra och Södra sjukvårdsregionen.

5. Utvärdering av cancer vården

5.1. Tillgänglighet

Svenska cancerpatienter får endast begränsade direkta ekonomiska konsekvenser till följd av sin sjukdom eftersom alla invånare har rätt till hälso- och sjukvård, inklusive cancerbehandlingar, och patientavgifterna är låga. Den andel av befolkningen som rapporterade icke tillgodosedda behov av sjukvård i Sverige (2,1 %) liknade EU-genomsnittet (2,4 %) 2023.

Sjukvårdsutgifterna som andel av BNP i Sverige var 11 % av BNP 2022, den sjätte högsta andelen i EU. Under 2024 kostade ett besök på en vårdcentral mellan 100 och 400 kronor (9–35 euro) och ett

besök på en specialiserad vårdinrättning mellan 200 och 450 svenska kronor (17–39 euro), beroende på region. Högkostnadsskyddet inom öppenvården innebär att patienten inte behöver betala mer än 1 400 kronor (122 euro) per tolv månadersperiod. Läkareundersökningar är kostnadsfria för patienter upp till 18 år (upp till 20 år i vissa regioner) och för medborgare över 85 år. Patientavgiften för övernattnings på sjukhus uppgår till omkring 130 kronor (11 euro) per dygn.

Patientavgiften för receptbelagda läkemedel är begränsad till 2 850 kronor (248 euro) per år, medan sjukhusläkemedel ingår i högkostnadsskyddet för slutenvården. Asylsökande och personer som vistas

i landet utan tillstånd har rätt till subventionerad hälso- och sjukvård och tandvård som inte kan vänta, vilket inkluderar akut hälso- och sjukvård och akut tandvård. De har även rätt till mödravård, rådgivning om preventivmedel och abort samt vård enligt smittskyddslagen (som syftar till att förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar). Dessutom har barn upp till 18 års ålder, oavsett migrationsstatus, rätt till subventionerad hälso- och sjukvård i samma utsträckning som personer som är bosatta i samma region. Dessa regler gäller inte för personer som bara tillfälligt besöker Sverige.

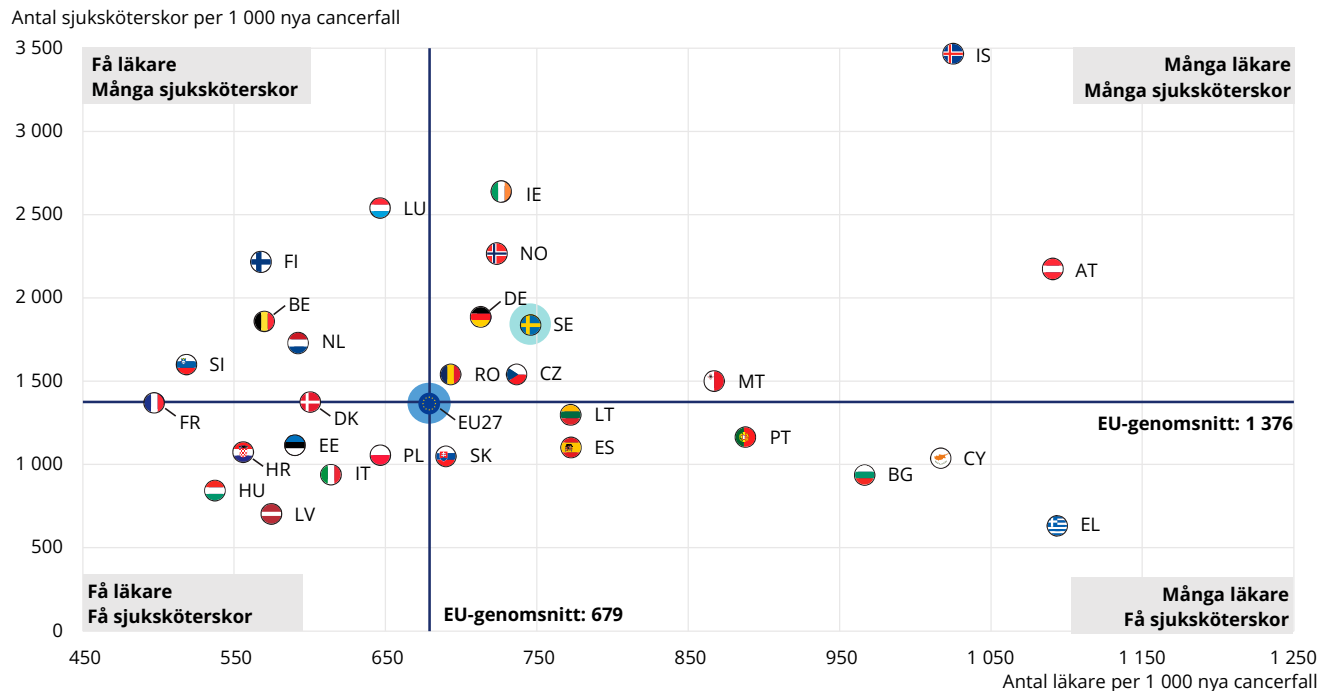
Sverige har en hög täthet av sjuksköterskor och läkare, men det finns en viss regional obalans

Sverige hör till den grupp av länder som har hög tillgång till läkare och sjuksköterskor i förhållande till antalet nya cancerfall. Det finns 746 läkare per 1 000 nya cancerfall, vilket är högre än EU-genomsnittet på 679 per 1 000 (Figur 12). Antalet läkare per 100 000 anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn ökade med 13 % under det senaste årtiondet – från 352 per 100 000 år 2011 till 399 per 100 000 år 2021 (Socialstyrelsen, 2021).

Sverige har 1 844 sjuksköterskor per 1 000 nya cancerfall, vilket är högre än EU-genomsnittet på 1 376 per 1 000. Sverige har också höga poäng på EONS (European Oncology Nursing Society) cancerindex 2022. På det hela taget har Sverige goda resultat jämfört med andra EU-länder när det gäller erkännande av sjuksköterskor, men avancerade cancersjuksköterskeroller har ännu inte genomförts och erkänts på systemnivå.

År 2024 offentliggjorde Socialstyrelsen en statusrapport om efterfrågan på och utbudet av hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige, som visar att det råder brist på vissa yrken och att det förekommer regionala skillnader (Socialstyrelsen, 2024). Antalet sjuksköterskor per 100 000 anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn minskade från 883 per 100 000 år 2011 till 857 per 100 000 år 2021 – en minskning med 3 %. Sverige har specialiserade sjuksköterskor inom olika hälso- och sjukvårdsområden, inklusive onkologi. Antalet specialistsjuksköterskor per 100 000 anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn minskade med 3 % och antalet radiologisjuksköterskor med 1 % mellan 2017 och 2021. Prognoserna indikerar att bristen på licensierad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035.

Figur 12. Sverige har större tillgång till sjuksköterskor och läkare per nya cancerfall än EU-genomsnittet



Anm. Uppgifterna om sjuksköterskor omfattar alla kategorier av sjuksköterskor (inte bara de som uppfyller kraven i EU-direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer). Uppgifterna avser praktiserande sjuksköterskor utom i Portugal och Slovakien, där de avser yrkesverksamma sjuksköterskor. I Grekland är antalet sjuksköterskor en underskattning, eftersom siffrorna endast inkluderar sjuksköterskor som arbetar på sjukhus. Siffrorna från Portugal och Grekland omfattar alla läkare som har rätt att utöva sitt yrke, vilket leder till en kraftig överskattning av antalet yrkesverksamma läkare. EU-genomsnittet är ett oviktat medelvärde. Källa: OECD:s hälsostatistik 2024. Uppgifterna avser 2022 eller senast tillgängliga år.

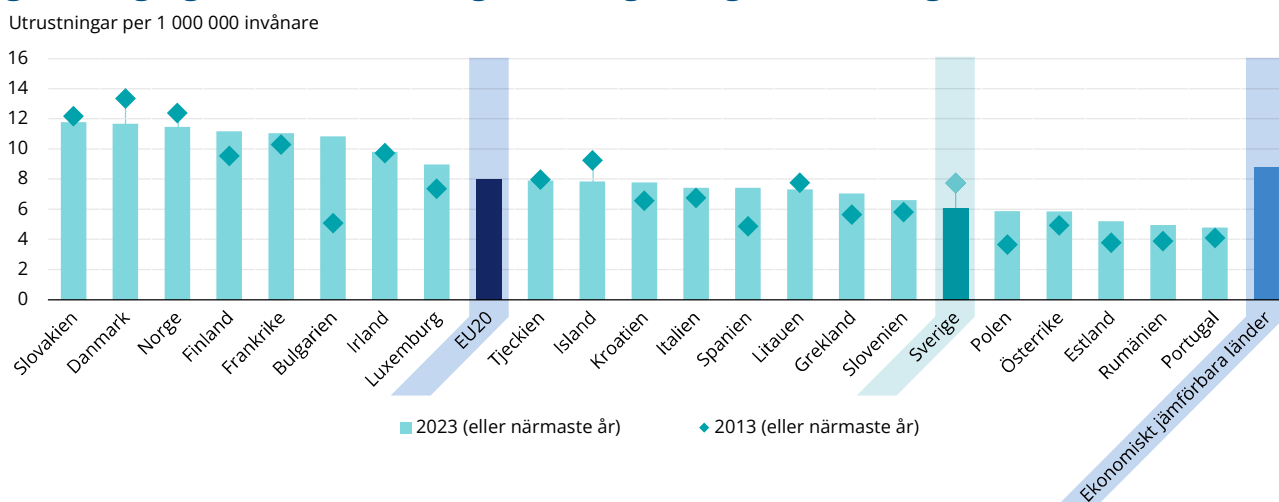
Antalet strålbehandlingsmaskiner har minskat under det senaste årtiondet

I Sverige är tillgången till strålbehandlingsutrustning relativt låg (Figur 13). Antalet strålbehandlingsmaskiner var 6 per 1 000 000 invånare 2023, vilket är 24 % lägre än EU-genomsnittet (8 per 1 000 000) och 31 % lägre än genomsnittet bland ekonomiskt jämförbara länder (9 per 1 000 000). Volymen har minskat med 22 % sedan 2012.

Strålbehandling bidrar till 30 % av all bot mot cancer. En rapport om strålbehandling i de nordiska länderna¹⁰ (Regionala cancercentrum i samverkan 2022) visar att tillgängligheten i Sverige är nära kopplad till det låga utbudet av specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal. I rapporten konstateras att Sverige håller på att tappa mark på många strålningsområden och att konsekvenserna av rekryteringsproblemen, tillsammans med minskad

forskningsverksamhet, blir alltmer uppenbara. Bristen på både specialistläkare och specialistsjuksköterskor påverkar den tillgängliga utrustningens användningsgrad. Bristen på kompetens bidrar också till långsammare utveckling och spridning av ny teknik och nya behandlingsmetoder i Sverige jämfört med exempelvis Danmark och Norge. Bristen på läkare som arbetar med forskning begränsar ytterligare möjligheterna att bedriva forskning och utveckling på samma nivå som jämförbara länder. De regionala cancercentrumen har tillsammans med den nationella arbetsgruppen för strålbehandling gjort särskilda insatser för att stärka strålbehandlingsområdet. Detta inkluderar insatser för att öka tillgängligheten, säkerställa ett rättvist införande av nya metoder, utöka den kliniska forskningen, förbättra utbildningsinitiativen och optimera resursanvändningen inom svensk strålbehandling.

Figur 13. Tillgången till strålbehandlingsutrustning i Sverige är relativt låg



Anm. Den allra största delen av strålbehandlingsutrustningen i EU-länderna finns på sjukhus. Uppgifterna för Portugal och Frankrike omfattar endast utrustning på sjukhus, medan uppgifterna för andra länder avser all utrustning. Ekonomiskt jämförbara länder enligt en indelning i tre grupper baserat på 2022 års BNP per capita mätt i köpkraftsstandard. För SE är ekonomiskt jämförbara länder AT, DK, IE, IS, LU och NO. EU-genomsnittet är ett oviktat medelvärde.
Källa: OECD:s hälsostatistik 2024.

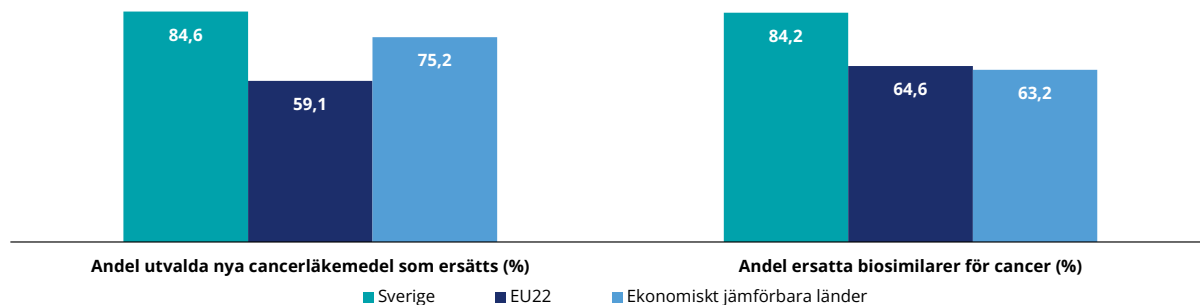
Andelen onkologiska läkemedel som subventioneras i Sverige ligger långt över EU-genomsnittet

Andelen indikationer för ett urval av cancerläkemedel (för bröst- och lungcancer) med hög klinisk nytta som offentligt subventioneras i Sverige är 85 %, vilket är högre än både EU-genomsnittet (59 %) och genomsnittet bland ekonomiskt jämförbara länder (75 %) (Figur 14). Andelen biosimilarer för cancerläkemedel med offentlig subvention är 84 %, vilket också är högre än både EU-genomsnittet (64 %) och genomsnittet bland ekonomiskt jämförbara länder (63 %).

Effektivt godkännande av och tillgång till nya cancerläkemedel i Sverige hanteras genom en samarbetsprocess som involverar sjukvårdsregionerna och statliga organ. Denna gemensamma insats styrs av hälsoekonomiska utvärderingar som genomförs av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Rådet för nya terapier (NT-rådet) fungerar som en expertgrupp för att rekommendera införande av nya läkemedel och läkemedelsbehandlingar (landsspecifika faktablad, 2024).

¹⁰ Danmark, Finland, Island, Norge och/eller Sverige.

Figur 14. Tillgången till nya onkologiska läkemedel och biosimilarer är högre i Sverige än i EU som helhet



Anm. Analysen omfattar ett urval av 13 indikationer för 10 nya cancerläkemedel mot bröst- och lungcancer med stor klinisk nytta och 19 biosimilarer för 3 cancerläkemedel (bevacizumab, rituximab och trastuzumab) med aktivt godkännande för försäljning av Europeiska läkemedelsmyndigheten från och med den 26 mars 2023. Uppgifterna motsvarar andelen indikationer eller biosimilarer som fanns med på den offentliga förteckningen över ersättningar den 1 april 2023. Ekonomiskt jämförbara länder enligt en indelning i tre grupper baserat på 2022 års BNP per capita mätt i köpkraftsstandard. För SE är ekonomiskt jämförbara länder AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU och NO. EU-genomsnittet är ett oviktat medelvärde.

Källa: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024), Access to oncology medicines in EU and OECD countries, OECD Health Working Papers, nr 170, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Det finns planer på att se över och förbättra cancerrehabiliteringsvården i Sverige

Det råder ojämlikhet i tillgången till cancerrehabilitering i Sverige – både på grund av skillnader mellan olika geografiska regioner och beroende på diagnos. Tillgången till diagnosspecifik rehabilitering är ofta bättre för de vanligaste cancerformerna och patientorganisationer kan ibland också tillhandahålla utbildning och psykosocialt stöd. År 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att se över cancerrehabiliteringen på regional nivå och kommer att hjälpa regionerna att införa åtgärds-koder i registerdata för att möjliggöra datadriven uppföljning av cancerrehabilitering.

Det finns utrymme för att förbättra den palliativa vården i vissa regioner och för vissa diagnoser

Den specialiserade palliativa vården är indelad i palliativ slutenvård och vårdhem, avancerad hemsjukvård och tvärvetenskapliga palliativa konsultteam som bistår sjukhusen, primärvården och den kommunala vården. Cancerfonden granskade tillgången till palliativ vård i en rapport för 2024, där tre förbättringsområden betonas: ojämlikhet i tillgången till vård, brist på politisk styrning och struktur samt brister när det gäller fortbildning och kompetensutveckling (Cancerfonden, 2024). Ojämlikheter i tillgången till palliativ vård gäller såväl skillnader mellan regionerna som mellan olika diagnoser. De svenska riktlinjerna för palliativ vård (först utfärdade 2014) håller på att ses över.

I Sverige omfattas alla dödsfall av ett nationellt kvalitetsregister för palliativ vård. Informationen omfattar bland annat frågor om patientens sista

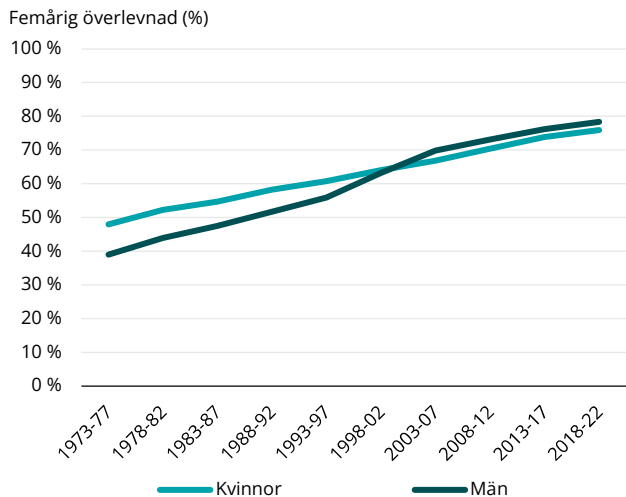
levnadsvecka, som besvaras av vårdpersonal och släktingar. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede för patienterna och deras släktingar.

5.2 Kvalitet

Canceröverlevnaden ökar stadigt i Sverige

Canceröverlevnaden övervakas av Socialstyrelsen genom det svenska cancerregistret. Uppgifterna offentliggörs regelbundet i databasen Nordcan tillsammans med jämförbara uppgifter från alla nordiska länder. Canceröverlevnaden i Sverige har ökat avsevärt under de senaste årtiondena och är den högsta bland de nordiska länderna för både män och kvinnor. Enligt uppgifter från Nordcan var den femåriga relativa överlevnadsgraden för cancer i Sverige 78 % för män och 76 % för kvinnor under perioden 2018–2022. Under perioden 1973–1977 var motsvarande siffror 39 % för män och 48 % för kvinnor (Figur 15). Bland de vanligaste cancertyperna registrerades en mycket hög överlevnadsgrad på fem år för bröstcancer (93 %), prostatacancer (95 %) och melanom (94 % för män och 96 % för kvinnor) under diagnosperioden 2018–2022. Kolorektalcancer hade en överlevnadsgrad på 72 % för kvinnor och 70 % för män. För lungcancer var överlevnadsgraden låg (35 % för kvinnor och 27 % för män) under perioden 2018–2022, men den har ökat kraftigt under det senaste årtiondet (21 % för kvinnor och 16 % för män 2008–2012) eventuellt tack vare införandet av nya cancerläkemedel, främst immunterapi men delvis även målriktade behandlingar. Jämfört med övriga nordiska länder är överlevnaden i lungcancer i Sverige den näst högsta efter Norge när det gäller kvinnor och den tredje högsta efter Norge och Island när det gäller män.

Figur 15. Den femåriga canceröverlevnaden i Sverige har ökat gradvis bland både män och kvinnor under de senaste årtiondena



Källa: Cancerregistret (länk: <https://nordcan.iarc.fr/en>).

Överlevnaden har historiskt sett varit högre bland kvinnor än bland män, men trenden vände i början av 2000-talet. Det hänger samman med omvända trender när det gäller incidensen för lungcancer, där trenden är ökande för kvinnor (vilket minskar den genomsnittliga överlevnaden) och minskande för män (vilket ökar den genomsnittliga överlevnaden) samt med en ökad incidens för prostatacancer.

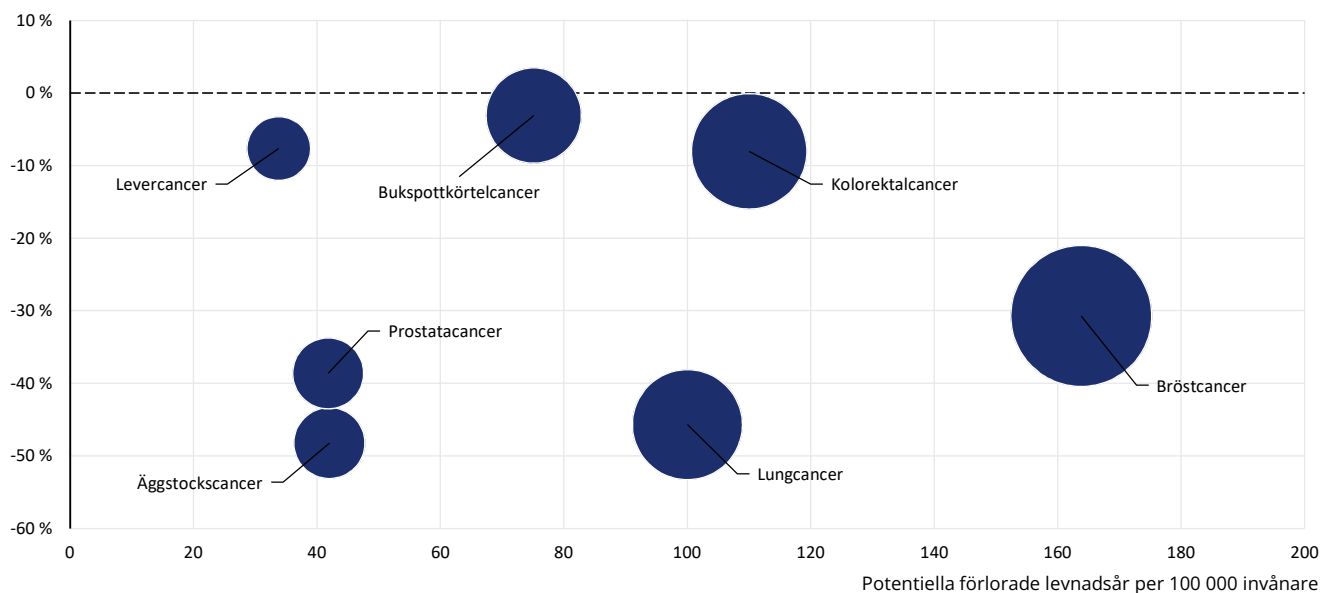
Antalet potentiella förlorade levnadsår på grund av cancer är nästan 40 % lägre än i övriga EU

Potentiella förlorade levnadsår är ett intressant kompletterande mått på hur olika cancerformer påverkar samhället, eftersom större vikt läggs vid cancerdödligheten hos yngre individer. Genom att undersöka förändringen av potentiellt förlorade levnadsår över tid för olika cancerformer kan man påvisa förbättringar av cancervårdssystemen som minskat den förtida dödligheten. Antalet potentiella förlorade levnadsår på grund av alla former av cancer i Sverige 2022 var 840 per 100 000 invånare. Det är 38 % lägre än EU-genomsnittet (1 355 per 100 000). Antalet potentiella förlorade levnadsår har minskat med 25 % sedan 2012, jämfört med en genomsnittlig minskning på 19 % i EU som helhet.

Den cancer typ som orsakade flesta potentiella förlorade levnadsår i Sverige var kolorektalcancer, med 110 förlorade år per 100 000 invånare 2022 (Figur 16), men siffran har samtidigt minskat med 8 % sedan 2012. Bröstcancer orsakade 164 förlorade år per 100 000 kvinnor 2022, och siffran har minskat med 31 % sedan 2012. Ingen cancerform uppvisar en ökning av antalet potentiella förlorade levnadsår mellan 2012 och 2022.

Figur 16. Alla stora cancerformer uppvisar en minskning av antalet potentiella förlorade levnadsår i Sverige under det senaste årtiondet

Förändring i procent av potentiella förlorade levnadsår 2012–2022 (eller närmaste tillgängliga år) (%)



Anm. Andel potentiellt förlorade levnadsår från bröstcancer, livmoderhalscancer och äggstockscancer beräknas endast för kvinnor, medan andelen potentiellt förlorade levnadsår från prostatacancer avser män. Rosa bubblor signalerar en ökning av den procentuella förändringen i potentiellt förlorade levnadsår under 2012–2022 (eller det senaste tillgängliga året). Blå bubblor indikerar en minskning. Storleken på bubblorna står i proportion till de potentiellt förlorade levnadsåren 2022.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2024.

Organiseringen av cancervården är decentraliserad i Sverige

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av en decentraliserad styrningsstruktur. Regeringen ansvarar för regleringen, medan de 21 regionerna ansvarar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård för sina invånare, oavsett om vården står under regionens regi eller köps in från en privat vårdgivare eller från en annan region. De 290 kommunerna ansvarar för en viss del av hälso- och sjukvården, såsom äldreboenden och elevhälsan i skolan. Sverige är dessutom indelat i sex större sjukvårdsregioner, som samverkar för att tillhandahålla specialiserad hälso- och sjukvård såsom cancervård. Varje sjukvårdsregion har minst ett universitetssjukhus.

Flera områden inom hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserade, medan andra delar av den specialiserade vården är centraliserad. De sex regionala cancercentrum som inrättades i enlighet med 2009 års nationella cancerstrategi stöder arbetet i nationella och regionala tvärvetenskapliga riktlinjegrupper, som upprättar kliniska riktlinjer och kvalitetsregister. Dessa grupper gör det möjligt att exempelvis följa upp nationella riktlinjer och kvalitetsregister för att säkerställa efterlevnad och fastställa kvalitetssäkringsmål.

Det finns för närvarande fyra ackrediterade övergripande cancercentrum (Comprehensive Cancer Centre) i Sverige, däribland i de tre storstadsregionerna. Karolinska CCC var det första som inrättades 2020, följt av Skånes universitetssjukhus och Sahlgrenska universitetssjukhuset 2022 samt Universitetssjukhuset i Linköping 2024. Status som Comprehensive Cancer Centre är, enligt Organisation of European Cancer Institutes (OECI), en bekräftelse på att centrumet uppfyller de höga krav som ställs på kvalitet, vård, utbildning och forskning på cancerområdet.

Enligt OECD:s policyundersökning om cancervård har Sverige under de senaste åren försökt hitta effektiva sätt att tillhandahålla vård av hög kvalitet. Sverige har utvecklat ett koncentrerat tillhandahållande av cancervård och inrättat nätverk för cancervård för att tillhandahålla vård av hög kvalitet och cancervård i tvärvetenskapliga grupper. Främjandet av tvärvetenskaplig vård är en del av 2009 års nationella cancerstrategi och stöds av de nationella cancervårdsprogrammen. För bröstcancer bedömdes 99 % av alla fall (med regionala variationer på mellan 97 % och 100 %) av tvärvetenskapliga team innan behandlingen inleddes 2023, enligt information från det nationella kvalitetsregistret för bröstcancer.

Många kvalitetsregister avseende cancer omfattar patientrapporterade erfarenheter och utfallsmått

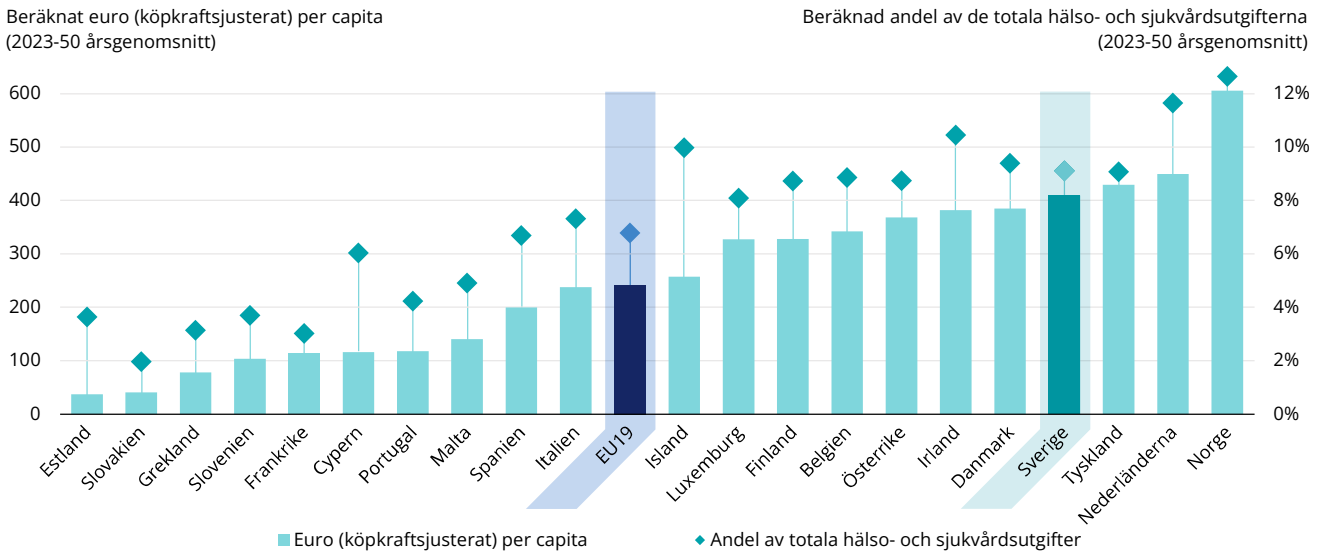
Sverige har ett stort antal register över hälsodata som hanteras av Socialstyrelsen, däribland Sveriges cancerregister som grundades 1958. Detta högkvalitativa register omfattar hälsodata för hela befolkningen och lagrar personnummer, vilket gör det möjligt att länka till andra register. Sverige har också över 30 kliniska kvalitetsregister med nationell täckning av cancer, som omfattar de allra flesta cancerfall. Många kvalitetsregister för cancer i Sverige innehåller information om patientrapporterade utfalls- och erfarenhetsmått. Patientrapporterade erfarenhetsmått registreras också som en del av standardiserade vårdförlopp, som ger information om patienternas erfarenhet av att omfattas av ett vårdförlopp för cancer på både regional och nationell nivå. Denna information omfattar ämnen som deltagande och delaktighet, emotionellt stöd och tillgänglighet (Regionala cancercentrum i samverkan, 2024a). Dessutom rekommenderas hälso- och sjukvårdssektorn att använda en fritt tillgänglig nationell formulärsamling för patientrapporterade utfallsmått för att skapa en mer standardiserad strategi för uppföljning och förbättring av vårdkvaliteten. Formulären togs fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillsammans med Inera (ett digitaliseringsbolag som arbetar för de svenska kommunernas och regionernas räkning) och kommer så småningom också att innehålla information om patientrapporterade erfarenhetsmått.

5.3 Kostnader och valuta för pengarna

Cancerbördan för hälso- och sjukvårdsutgifterna förväntas förbli högre än EU-genomsnittet under de kommande 25 åren

Enligt OECD:s strategiska folkhälsoplaneringsmodell uppskattas de totala hälsoutgifterna bli 9 % högre i Sverige mellan 2023 och 2050 på grund av cancerbördan (Figur 17). Detta motsvarar i genomsnitt 409 euro (köpkraftsparitet) per person och år. Denna siffra är väsentligt högre än genomsnittet i EU-19 (242 euro). Totalt förväntas hälso- och sjukvårdsutgifterna per capita öka med 34 % i Sverige mellan 2023 och 2050, jämfört med 59 % i EU-27.

Figur 17. Den beräknade cancerbördan för hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige beräknas vara högre än EU-genomsnittet



Anm. EU-genomsnittet är ett oviktat medelvärde.
 Källa: OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Sverige kommer att förlora arbetsår motsvarande 159 heltidsarbetande per 100 000 invånare på grund av minskad sysselsättning i samband med cancer

Ungefär en tredjedel av alla nya cancerfall bland kvinnor och en fjärdedel av alla fall bland män drabbar människor under 65 år enligt statistik från Sveriges cancerregister. Utöver effekter på hälsa och livskvalitet innebär cancer för många människor nya omständigheter för deras arbetsliv. Försäkringskassan ger cancerpatienter viss flexibilitet att vara sjukskrivna, antingen helt (100 %) eller på deltid (75 %, 50 % eller 25 %) av sin ordinarie arbetstid. En större svensk studie visar på hög kortvarig sjukfrånvaro bland patienter med kolorektalcancer – särskilt under de första två åren efter diagnosen – men inga tydliga indikationer på hög långvarig sjukfrånvaro (Beermann m.fl., 2022). En annan svensk studie visar att bröstcanceröverlevare har högre sjukfrånvaro än befolkningen i allmänhet.

OECD:s strategiska folkhälsoplaneringsmodell visar att cancer, genom sin inverkan på sysselsättningen på grund av arbetslöshet och deltidsarbete, minskar arbetskraftens deltagande och produktivitet. Sverige förväntas förlora arbetsår motsvarande i genomsnitt 159 heltidsarbetande per 100 000 invånare under 2023–2050, på grund av behovet att minska sysselsättningen. Dessutom förväntas cancer leda till en förlust av arbetsår motsvarande 43 heltidsarbetande per 100 000 människor på grund av frånvaro och 49 per 100 000 på grund av sjuknärvaro¹¹.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ansvarar för att utvärdera onkologiska läkemedel

Två viktiga utmaningar när det gäller framtida utgifter för cancervård är den åldrande befolkningen i allmänhet – som kommer att leda till fler cancerpatienter och färre personer i arbetsför ålder som betalar skatt för att finansiera hälso- och sjukvårdstjänster – och ökade utgifter för cancerläkemedel. Mellan 2008 och 2018 ökade försäljningen av cancerläkemedel per capita med 104 % från 28 euro till 57 euro i Sverige och med 144 % från 25 euro till 61 euro i EU som helhet. Samtidigt återspeglar detta det faktum att nya och bättre – om än dyrare – behandlingsalternativ har blivit tillgängliga för personer med cancer.

Sverige använder en värdebaserad metod för att bedöma och prissätta nya läkemedel som används i öppenvårdssammanhang (receptbelagda läkemedel). Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) är det statliga organ som har till uppgift att avgöra om en läkemedelsprodukt, en medicinteknisk produkt eller ett tandvårdsförfarande bör subventioneras av staten. Kostnadseffektivitet är ett av tre kriterier som TLV använder för att bedöma nya receptbelagda läkemedel. TLV lämnade 2024 in en rapport till regeringen om möjligheten att använda registeruppgifter för att förbättra övervakningen av läkemedelsanvändning och klinisk effektivitet (TLV, 2024). Förmågan att följa upp läkemedelsanvändningen är en viktig del av TLV:s arbete för att säkerställa att behandlingskosten är rimlig

¹¹ Sjuknärvaro avser förlorad produktivitet som uppstår när anställda inte fungerar fullt ut på arbetsplatsen på grund av sjukdom, skada eller annat tillstånd.

i förhållande till nyttan. Nya sjukhusläkemedel bedöms visserligen direkt av sjukvårdsregionerna, men regionerna kan få rekommendationer från NT-rådet om huruvida de bör ersätta läkemedel-skostnaderna och de kan också be TLV att genomföra en kostnadseffektivitetsanalys för ytterligare vägledning om huruvida ett läkemedel ger valuta för pengarna.

Användning av cancerläkemedel i klinisk praxis styrs av nationella behandlingsriktlinjer. Trots detta kan den faktiska användningen fortfarande skilja sig åt mellan sjukvårdsregioner, även om en rapport från Regionala cancercentrum i samverkan visar att regionerna för det mesta följde nationella rekommendationer från NT-rådet 2023. Ytterligare förbättringar av den nationella täckningen av cancerläkemedelsregistret behövs för att göra det lättare att bättre övervaka den faktiska användningen av läkemedel jämfört med rekommendationerna.

5.4 Välbefinnande och livskvalitet

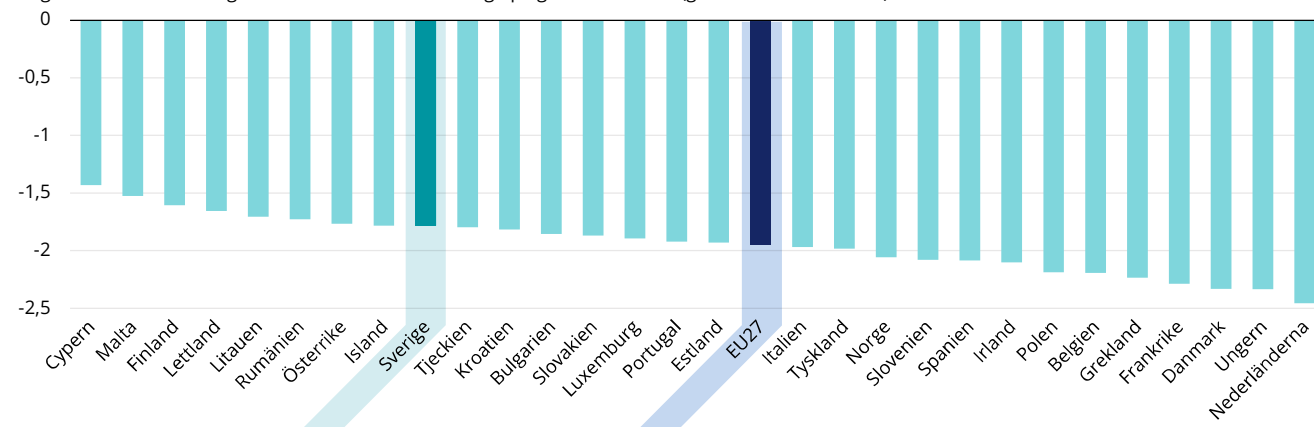
Cancers inverkan på den återstående medellivslängden förväntas vara mindre i Sverige än i övriga EU

Cancer är en av de främsta orsakerna till dödsfall och funktionsnedsättning i EU-länderna, vilket påverkar välbefinnande och livskvalitet. Enligt OECD:s strategiska folkhälsoplaneringsmodell kommer cancer att minska den återstående medellivslängden för befolkningen i Sverige med 1,8 år mellan 2023 och 2050 jämfört med ett scenario utan cancer (Figur 18). Denna siffra är lägre än EU-genomsnittet (1,9 år). Det kan i detta sammanhang noteras att Sverige från omkring 2008 till 2019 ökade den återstående medellivslängden med två år.

Cancer har också en betydande inverkan på befolkningens psykiska hälsa på grund av sjukdomens symtom och behandlingens biverkningar samt påverkan på vardagsliv, sociala roller och arbete. Enligt OECD:s strategiska folkhälsoplaneringsmodell förväntas antalet depressioner på grund av cancer öka i Sverige med ytterligare 10 åldersstandardiserade fall per 100 000 invånare och år.

Figur 18. Sverige förväntas uppleva en minskning av den återstående medellivslängden på 1,8 år mellan 2023 och 2050 på grund av cancer

Prognostiserad minskning av återstående medellivslängd på grund av cancer (genomsnitt 2023–2050)



Anm. EU-genomsnittet är ett oviktat medelvärde.

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

Livskvalitet bland människor med cancer övervakas inte systematiskt i Sverige

En ökad cancerincidens och längre överlevnad innebär att fler människor lever med cancer än under tidigare årtionden. Även vid avancerad sjukdom finns det nu många effektiva behandlingar som kan sakta ned utvecklingen och förlänga livet. När canceröverlevnaden ökar och sjukdomen

i vissa fall blir kronisk spelar livskvalitet, rehabilitering och palliativ vård en mer central roll i vården av cancerpatienter och överlevare. Det främsta resultatet av cancerbehandlingen har ofta varit överlevnad, och överlevnadsgraden har ökat för många former av cancer. Mindre fokus har riktats på livskvalitet för personer med cancer: hur de mår under och efter behandlingen och vilka

möjligheter de har att återfå den hälsa de hade före cancerdiagnosen. Under de senaste åren har dock den kommission som har till uppgift att uppdatera den nationella cancerstrategin haft uppdraget att inkludera detta i den nya planen.

I Sverige finns inga möjligheter att följa upp livskvalitet för patienter med cancer generellt på nationell nivå (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2024). Tillgängliga data kan i första hand erhållas från enskilda studier i Sverige eller internationellt. Nationella kvalitetsregister rapporterar kliniska resultat och organisatoriska åtgärder såsom väntetider. Omkring 15 kvalitetsregister på cancerområdet ger dock information om uppföljningen av patientrapporterade utfallsmått, t.ex. livskvalitet. Detta omfattar registren för tjock- och ändtarmscancer samt huvud- och nackcancer. Registret för bröstcancer började samla in patientrapporterade utfallsmått med moduler från fem olika instrument 2020 (Regionala cancercentrum i samverkan, 2024b).

Anhörigvårdare får betald ledighet

Cancer påverkar inte bara dem som blir sjuka, utan även deras anhöriga. En anhörigvårdare kan vara en partner, ett barn, en förälder eller en nära vän. I Sverige kan enligt Försäkringskassans regler en anhörig få 100 dagars betald ledighet för att vårda en närstående med livshotande

sjukdom. Ersättningen fastställs på nationell nivå och motsvarar nästan 80 % av lönen, upp till ett visst tak. Betald ledighet kan användas av anhöriga i arbetsför ålder upp till 67 år, och den livshotande sjukdomen måste intygas genom ett läkarutlåtande.

Sverige har ökat investeringarna i rehabilitering

Ett nationellt program för cancerrehabilitering utvecklades inom de regionala cancercentrumen och inrättades i Sverige 2014. De insatser som ingår i det nationella programmet bygger på fysiska, psykologiska, sociala och existentiella behov som är relevanta för livskvaliteten för människor med cancer. De omfattar även stöd till anhörigvårdare.

Civilsamhället spelar också en viktig roll inom cancerrehabiliteringen och samarbetar med sjukvårdsregionerna. Ett exempel är "Kraftens hus", som är en ideell organisation och mötesplats för personer med cancer och canceröverlevare.

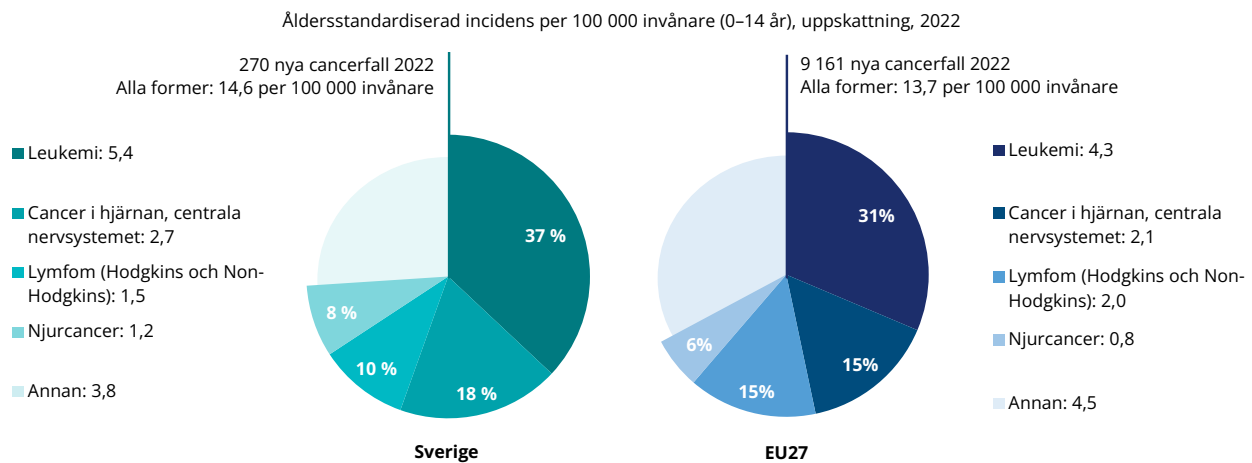
Som en del av de nationella investeringarna i cancervård 2024 tilldelades de regionala cancercentrumen i Sverige 220 miljoner kronor (19 miljoner euro) för att distribuera till olika initiativ inom cancervården. Dessa inkluderar insatser för att förbättra cancerrehabiliteringen och den palliativa vården.

6. Fokus på barncancer

Enligt det europeiska cancerinformationssystemets uppskattning fick 270 barn och ungdomar upp till 15 år en cancerdiagnos i Sverige 2022. Detta motsvarar 14,6 barn med cancerdiagnos per 100 000 barn 2022 – med en något högre andel pojkar än flickor, vilket också är högre jämfört med 13,7 per 100 000 i EU som helhet (Figur 19). Uppgifter från det svenska cancerregistret visar att incidenstrenderna är svagt nedåtgående sedan 1980-talet. Leukemi är den vanligaste cancertypen, med 5,4 fall per 100 000 (37 %), följt av cancer i hjärnan och centrala nervsystemet samt lymfom.

Enligt Eurostat är cancerdödligheten i Sverige lägre, med en treårig genomsnittlig dödlighet bland barn på 1,9 per 100 000 jämfört med 2,1 i EU. Socialstyrelsen rapporterar om socioekonomiska skillnader i barncancer, där föräldrarnas utbildningsnivå påverkar barnets chanser att överleva cancer. Mellan 2009 och 2013 var den treåriga överlevnadsgraden 86 % för barn till föräldrar med lägre utbildning och 92 % för barn med föräldrar med högre utbildning.

Figur 19. Cancerincidensen bland barn i åldern 0–14 år är något högre än EU-genomsnittet



Anm. Uppskattningarna för 2022 är baserade på incidensutvecklingen från tidigare år, och kan skilja sig från de uppgifter som noterats under senare år. "Alla former" omfattar alla cancerformer utom icke-melanom hudcancer.

Källor: Europeiska cancerinformationssystemet för cancerförekomster. Från <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, hämtad den 10 mars 2024. © Europeiska unionen, 2024.

Som en del av initiativet Genomic Medicine Sweden (GMS), som grundades 2018 för att omsätta innovation inom genomik till precisionsmedicin, har alla barn som nyligen diagnostiserats med cancer erbjudits helgenomsekvensering sedan 2021. Initiativet har tilldelats statliga medel sedan 2018. År 2024 anslog socialdepartementet ytterligare medel för fortsatt utveckling av precisionsvård och diagnostik genom GMS. Detta inkluderar fortsatt nationellt genomförande av användningen av precisionsdiagnostik i kliniska provningar inom cancer och nationell och internationell datadelning för utveckling av precisionsmedicin. Ett annat projekt, BrainChild, kommer att integrera data med artificiell intelligens för att underlätta tillgången till hälsodata om barncancer med de övergripande målen om ökad överlevnad och förbättrad livskvalitet.

I SIOPE-projektet OCEAN om barncancervård konstaterades att Sverige har sex institutioner som behandlar barn med cancer, med relativt god geografisk fördelning (SIOPE, 2024). Dessutom finns alla 13 infrastruktur- och behandlingsmodaliteter såsom stamcellstransplantationer, brachyterapi, foton- och protonstrålningsterapi samt överlevandevårdskliniker tillgängliga för vård av barncancerpatienter i Sverige. Av de 436 kliniska provningarna om barn- och ungdomscancerpatienter i Europa mellan 2010 och 2022 genomfördes enbart 54 i Sverige (12 %). Detta är näst högst bland de nordiska länderna, efter Danmark på 17 % (SIOPE, 2024). Dessutom fanns 72 % av de 68 läkemedel som identifierades som nödvändiga för att behandla cancer hos patienter i åldern 0–18 år tillgängliga i Sverige 2018, jämfört med 76 % i EU i genomsnitt (Vassal m.fl., 2021).

Källförteckning

Andersson E m.fl., Lungcancer i Sverige – En analys av sjukdomsburda och värdet av tidigare detektion, IHE Rapport 2021:10, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund, 2021.

Beermann LC, Alexanderson K, Martling A och Chen L, "Overall and diagnosis-specific sickness absence and disability pension in colorectal cancer survivors and references in Sweden", *Journal of Cancer Survivorship*, vol. 16, utgåva 2, 2022, s. 269-278.

Cancerfonden, Cancerfondsrapporten 2024. Palliativ vård – mer än vård i livets slutskede, Stockholm, 2024.

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

Folkhälsomyndigheten, "Folkhälsodata 2022", http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata/.

Fridhammar A, Hofmarcher T och Persson S, Cancer i Sverige – Hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer? Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund, 2020.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Lägesbild av den nationella cancerstrategin – Kartläggning av styrkor och utvecklingsbehov, Stockholm, 2024.

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

Regionala cancercentrum i samverkan (2020), Nationell cancerpreventionsplan 2020-2022, Stockholm.

Regionala cancercentrum i samverkan (2022), Nordisk strålbehandling - En benchmarkingstudie, Stockholm.

Regionala cancercentrum i samverkan (2024a), "Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)".

Regionala cancercentrum i samverkan (2024b), "PROM NKBC" (patientrapporterade utfallsmått i Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer).

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: Sweden, SIOP Europe, Bryssel, <https://siope.eu/media/documents/sweden-pccp.pdf>.

Socialstyrelsen (2018a), Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Stockholm.

Socialstyrelsen (2018b), Screening för prostatacancer - Rekommendation och bedömningsunderlag, Stockholm.

Socialstyrelsen (2021), "Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal", <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/halso-och-sjukvardspersonal/>, hämtad den 1 juli 2024.

Socialstyrelsen (2022a), Nationell utvärdering – bröstcancerscreening med mammografi, Stockholm.

Socialstyrelsen (2022b), Screening för livmoderhalscancer - Rekommendation om att erbjuda screening, Stockholm.

Socialstyrelsen (2023), Nationella riktlinjer för vård vid obesitas, Stockholm.

Socialstyrelsen (2024), Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal: nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3, Stockholm.

TLV, Tillgängliggörande av data för utvärdering av läkemedelsanvändning och läkemedelseffekt, Stockholm, 2024.

Vassal, G. m.fl., "Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe", *Annals of Oncology*, vol. 32, utgåva 4, s. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Förkortningar för länder

Belgien	BE	Frankrike	FR	Lettland	LV	Österrike	AT	Spanien	ES
Bulgarien	BG	Grekland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Sverige	SE
Cypern	CY	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Tjeckien	CZ
Danmark	DK	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Tyskland	DE
Estland	EE	Italien	IT	Nederländerna	NL	Slovakien	SK	Ungern	HU
Finland	FI	Kroatien	HR	Norge	NO	Slovenien	SI		

Landsprofil om cancer 2025

Det europeiska registret över cancerrelaterad ojämlikhet är ett flaggskeppsinitiativ inom Europas plan mot cancer. Registret tillhandahåller välgrundade och tillförlitliga uppgifter om cancerprevention och cancervård som kan hjälpa att urskilja trender, avvikelser och ojämlikheter mellan länder och regioner i EU. Registret inbegriper en webbplats och ett dataverktyg som utvecklats av Europeiska kommissionens gemensamma forskningscentrum (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), samt en alternerande serie landsspecifika cancerprofiler vartannat år och en övergripande rapport om cancerrelaterad ojämlikhet i Europa.

I landsprofilerna om cancer fastställs styrkor, utmaningar och särskilda åtgärdsområden för var och en av EU:s 27 medlemsländer samt Island och Norge för att vägleda investeringar och åtgärder på EU-nivå, nationell nivå och regional nivå som del av Europas plan mot cancer. Det europeiska registret över cancerrelaterad ojämlikhet

stöder också flaggskepp 1 i handlingsplanen för nollförening.

Profilerna utarbetas av OECD i samarbete med Europeiska kommissionen. Gruppen är tacksam för de värdefulla kommentarer och förslag som inkommit från nationella experter, OECD:s hälsokommitté och EU:s tematiska arbetsgrupp för registret över cancerrelaterad ojämlikhet.

Varje landsprofil om cancer ger en kort sammanfattning av:

- den nationella cancerbördan,
- riskfaktorer för cancer, med fokus på beteende- och miljöriskfaktorer,
- program för tidig upptäckt,
- cancervårdens prestanda, med fokus på tillgänglighet, vårdkvalitet, kostnader och livskvalitet.

Ange följande vid hänvisning till denna publikation:

OECD/European Commission (2025), Landsprofiler om cancer: Sverige 2025 EU:s landsprofiler om cancer, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/48c765ea-sv>.

Ursprungligen publicerad på engelska under titeln: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Sweden 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/39c18d93-en>.

Vid eventuella avvikelser ska endast texten i den engelska versionen anses giltig.

© OECD/European Union 2025 för denna svenska utgåva.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

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

Attribution – you must cite the work.

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

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

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

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

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

