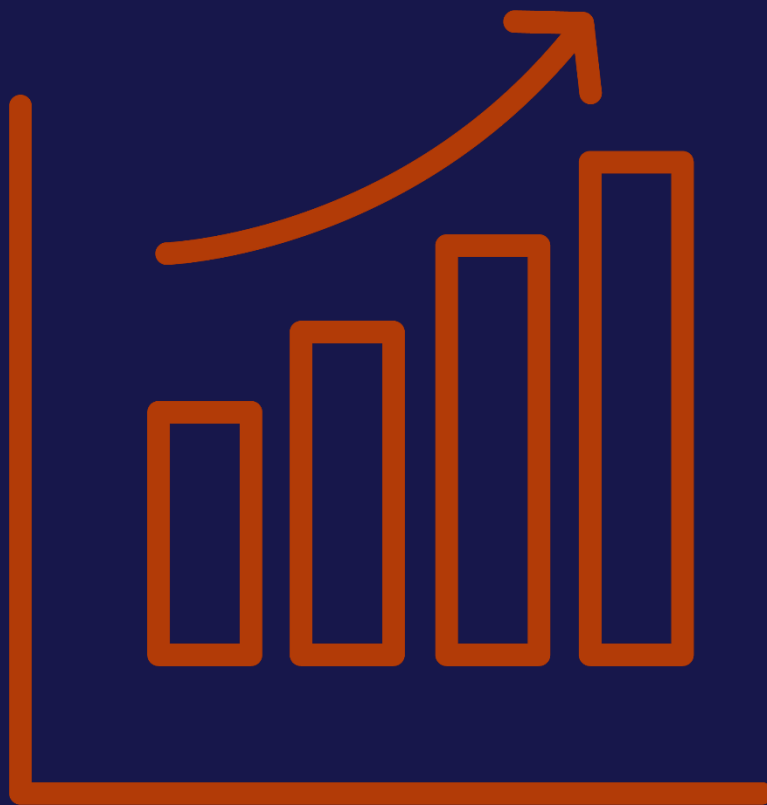


# Cancervården under press – ökad överlevnad ställer nya krav

---

Katarina Gralén, Hedda Carlsson, Peter Lindgren





**Författare:**

Gralén Katarina, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund  
Carlsson Hedda, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund  
Lindgren Peter, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

**Citera rapporten som:**

Gralén K, Carlsson H, Lindgren P. Cancervården under press - ökad överlevnad ställer nya krav. IHE RAPPOR 2026:7, IHE: Lund.

Studien har finansierats av MSD Sverige. Författarna själva ansvarar för studiens upplägg, genomförande och slutsatser.

IHE RAPPOR 2026:7  
e-ISSN:1651-8179  
ISSN:1651-7598

© IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida ([www.ihe.se](http://www.ihe.se))



## Förord

Cancervården i Sverige befinner sig i en period av omfattande förändring där både vårdbehov och behandlingskomplexitet ökar i snabb takt. Antalet nya cancerfall fortsätter att stiga samtidigt som medicinska framsteg har förbättrat överlevnaden och förändrat vårdens förutsättningar. Utvecklingen drivs bland annat av en åldrande befolkning, förbättrad diagnostik, ökad screening samt framsteg inom precisionsmedicin och immunterapi. Detta har skapat bättre behandlingsmöjligheter, men också mer komplex och resurskrävande vård. I takt med att allt fler patienter lever längre med sin diagnos har cancervården utvecklats från att främst fokusera på akut behandling till att i allt större utsträckning omfatta långsiktig vård, uppföljning och stöd. Detta ställer nya krav på vårdens organisation och resurser, samtidigt som utvecklingen skapar nya möjligheter för framtidens hälso- och sjukvård.

Denna rapport belyser de utmaningar och möjligheter som följer av utvecklingen och syftar till att bidra med en fördjupad förståelse för cancervårdens framtida behov och förutsättningar. Särskilt fokus riktas mot hur en ökad incidens samt framsteg inom diagnostik och behandling har påverkat överlevnad, vårdefterfrågan och belastningen på den specialiserade vården i Sverige.

IHE vill rikta ett stort tack till Lars Ny, professor och överläkare i onkologi, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Ronny Öhman, överläkare, Lungmedicin, Skånes universitetssjukhus, Lund för värdefulla kommentarer och samtal om de nationella vårdprogrammen.

Studien har finansierats av MSD Sverige. Författarna själva ansvarar för studiens upplägg, genomförande och slutsatser.

Lund juni 2026

Peter Lindgren  
Verkställande direktör, IHE

# Innehållsförteckning

Förord.....	3
Innehållsförteckning .....	4
Sammanfattning .....	5
Summary.....	7
1. Introduktion .....	9
1.1 Syfte .....	10
1.2 Metod.....	10
2. Antalet personer som lever med cancer ökar .....	11
3. Betydande framsteg inom cancervården .....	16
3.1 Mer omfattande screeningprogram .....	16
3.2 Förfinad diagnostik .....	17
3.3 Större arsenal av behandlingsalternativ .....	17
3.4 Fler och mer omfattande nationella vårdprogram .....	19
4. Hur påverkas cancervården? .....	21
4.1 Fler patienter i cancervården.....	21
4.2 Resursanvändning kopplade till nationella vårdprogram.....	24
4.3 Mer precisionsdiagnostik och fler cancerläkemedel .....	27
4.4 Väntetider .....	29
4.5 Fortsatt upplevd personalbrist, trots fler onkologiläkare.....	30
5. Implikationer för en hållbar cancervård .....	32
Referenser.....	35
Bilaga 1: Figurer .....	38
Bilaga 2: Nationella vårdprogram .....	44

# Sammanfattning

## Fler lever med cancer









Cancervården i Sverige genomgår en strukturell förändring där både efterfrågan på och komplexiteten inom vården ökar snabbt. Antalet nya cancerfall har stigit kraftigt sedan år 2000, från cirka 44 000 till över 71 000 fall per år, och prognoser pekar på fortsatt ökning. Samtidigt har överlevnaden förbättrats, vilket innebär att en växande andel patienter lever längre med en cancerdiagnos. Detta har lett till en tydlig förskjutning från ett vårdssystem präglad av akut behandling till en modell där långsiktig behandling, uppföljning och stöd utgör en allt större del av verksamheten.

## Förbättrad diagnostik och behandling

Utvecklingen drivs av flera samverkande faktorer, en åldrande befolkning, förbättrad diagnostik, ökad screening samt medicintekniska framsteg inom framför allt diagnostik, precisionsmedicin och immunterapier, se översikt nedan. Dessa framsteg har förbättrat prognoser och överlevnad, men samtidigt ökat vårdvolymerna och gjort varje enskilt patientförlopp mer resurskrävande. Cancerbehandling består i dag ofta av en sekvens av olika terapier, avancerad diagnostik och kontinuerlig monitorering, vilket förlänger och intensifierar vårdförloppen.

Detta skapar en typ av framgångsparadox där medicinska framsteg leder till att fler patienter överlever, men också till att det totala vårdbehovet ökar över tid. Den samlade belastningen på vårdsystemet växer därmed snabbare än vad incidensutvecklingen i sig förklarar. Ytterligare en förstärkande faktor är standardisering genom nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp, som visserligen har ökat jämlikheten och strukturen i vården, men också bidragit till snabbare inflöden till diagnostik och en ökad total resursanvändning. Prognoser visar dessutom att både antal nya cancerfall, prevalens och läkemedelskostnader kommer att fortsätta öka, vilket förstärker behovet av långsiktig planering.

### Översikt över utveckling inom svensk cancervård till följd av fler cancerfall, ändrade nationella vårdprogram och medicintekniska framsteg

Område	Utveckling mellan 2013/2015 och 2025
 Incidens och överlevnad	
 Prevalens	
 Diagnostiska möjligheter	
 Behandlingsmöjligheter	

### Vårdens kompetensförsörjning är avgörande

Cancervården kräver en bred grupp av specialiserad personal, men tillgången på nyckelkompetenser har inte ökat i takt med det ökade vårdbehovet. Detta riskerar att bli ett hinder som påverkar både tillgänglighet, kvalitet och möjligheten att utnyttja tekniska investeringar fullt ut. Brist på personal kan dessutom förstärka regionala skillnader och påverka jämlikheten i vården. Att stärka kompetens, behålla personal och skapa en god arbetsmiljö är en viktig strategisk fråga för vården och samhället i stort.

### Att möta framtidens behov

Sammantaget pekar utvecklingen på att cancervården rör sig mot ett vårdssystem där en växande patientpopulation lever längre med mer komplexa vårdbehov. Detta ställer ökade krav på helhetssyn i styrning och planering, där diagnostik, behandling, uppföljning och kompetensförsörjning betraktas som ett sammanhängande system snarare än separata delar. Utan en sådan helhetssyn riskerar vården att utveckla nya flaskhalsar när kapacitet byggs ut i en del av kedjan utan motsvarande förstärkning i andra delar. Cancervårdens står inför en långsiktig systemutmaning. För att hantera det ökande vårdtrycket krävs antingen ökade resurser, omprioriteringar inom vården och/eller mer omfattande bredare samhälleliga omprioriteringar. Det finns inga enkla lösningar, men behovet av strategisk och långsiktig planering är tydligt.

## Summary

### More people are living with cancer

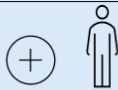







Cancer care in Sweden is undergoing a structural change where both the demand for and the complexity of healthcare are increasing rapidly. The number of new cancer cases has risen sharply since 2000, from about 44,000 to over 71,000 cases per year, and forecasts point to a continued increase. At the same time, survival has improved, which means that a growing proportion of patients live longer with a cancer diagnosis. This has led to a clear shift from a healthcare system characterized by acute treatment to a model where long-term treatment, follow-up and support make up an increasingly large part of the activities.

### Improved diagnostics and treatment

The development is driven by several interacting factors, an aging population, improved diagnostics, increased screening and medical technology advances in diagnostics, precision medicine and immunotherapies, see overview below. These advances have improved prognosis and survival, but at the same time increased the volumes of care and made each individual patient pathway more resource intensive. Cancer treatment today often consists of a sequence of different therapies, advanced diagnostics and continuous monitoring, which prolongs and intensifies the care pathway.

This creates a type of success paradox where medical advances lead to more patients surviving, but also to the total need for care increasing over time. The overall burden on the healthcare system is thus growing faster than change in incidence alone explains. Another reinforcing factor is standardization through national care programs and standardised care pathways, which have increased equality and the structure of care, but also contributed to faster inflows to diagnostics and an increased total use of resources. In addition, forecasts show that both the number of new cancer cases, prevalence and costs for pharmaceuticals will continue to increase, reinforcing the need for long-term planning.

### Overview of developments in Swedish cancer care as a result of more cancer cases, changes in national care programs and medical technology advances

Area		Development between 2013/2015 and 2025
	<u>Incidence and survival</u>	
	<u>Prevalence</u>	
	<u>Diagnostic options</u>	
	<u>Treatment options</u>	

### Healthcare skills supply is crucial

Cancer care requires a broad group of specialised staff, but the availability of key skills has not increased in line with the increased need for care. This could become an obstacle that affects both accessibility, quality and the ability to fully utilise technology investments. A lack of staff can also reinforce regional differences and affect equality in healthcare. Strengthening skills, retaining staff and creating a healthy work environment is an important strategic issue for healthcare and society at large.

### Meeting the needs of the future

Overall, the development indicates that cancer care is moving towards a care system where a growing patient population lives longer with more complex care needs. This places increased demands on a holistic approach to governance and planning, where diagnostics, treatment, follow-up and skills supply are regarded as a coherent system rather than separate parts. Without such a holistic approach, healthcare risks developing new bottlenecks when capacity is expanded in one part of the chain without corresponding reinforcement in other parts. Cancer care is facing a long-term systemic challenge. To handle the increasing pressure on care, either increased resources, reprioritisation in healthcare and/or more extensive broader societal reprioritisation are required. There are no easy solutions, but the need for strategic and long-term planning is clear.

# 1. Introduktion

Cancer utgör en av de mest betydande folkhälsoutmaningarna i Sverige och globalt, med omfattande konsekvenser på både individ- och samhällsnivå. Sjukdomen närmar sig att bli den vanligaste dödsorsaken i landet. Cancervården har de senaste decennierna genomgått stora förändringar med screening och nya behandlingsformer, vilket resulterat i tydliga överlevnadsvinster vid flera cancerformer. Detta innebär också att cancer långsamt håller på att förändras från ett akut till ett kroniskt tillstånd. Samtidigt har förbättrad hälsa generellt och förbättrad vård inom många områden minskat dödligheten i flera sjukdomar, vilket har lett till ökad livslängd och en större andel äldre i befolkningen. Detta innebär att fler hinner drabbas av cancer under sin livstid och att antalet personer som lever med cancer ökar. I flera länder har cancer nu blivit den primära dödsorsaken och därigenom gått om hjärt- och kärlsjukdom, och samma förändring tycks ske även i Sverige.

Ökad sjukdom innebär ökande vårdbehov, ekonomiska kostnader samt fysiskt och psykiskt lidande som påverkar både patienten, närstående och samhället. På samhällsnivå är cancer förenad med höga kostnader både i form av direkta kostnader för diagnostik och behandling, samt indirekta kostnader i form av produktionsbortfall till följd av sjukskrivning och förtida död. Enligt beräkningar från IHE uppgick de totala samhällskostnaderna för cancer till 58 miljarder kronor år 2022 (1). Av de 58 miljarderna utgjorde de direkta kostnaderna för sjukvård, läkemedel och screening, 55 procent (32 miljarder). Resterande del på 26 miljarder motsvarade indirekta kostnaderna, bestod främst av produktionsbortfall, det vill säga förlorat ekonomiskt värde när människor inte kan arbeta på grund av sjukdom eller för tidig död, men också informell vård även kallat vård av närstående.

När antalet cancerfall ökar påverkas hälso- och sjukvården och klinikerna på flera sätt, både organisatoriskt, ekonomiskt och medicinskt. Fler cancerpatienter innebär att fler behöver utredning, behandling och uppföljning. Redan idag insjuknar över 71 000 personer per år i Sverige, och antalet väntas öka framöver. Detta leder till högre belastning på sjukhus, vårdplatser och specialistmottagningar.

Cancerbehandling är komplex och kräver samarbete mellan flera olika yrkesgrupper och flera olika kliniker. Exempel på yrkesgrupper och kliniker som är involverade i vården för cancerpatienter finns sjuksköterskor och specialister inom onkologi, patologi, kirurgi, radiologi, samt biomedicinska analytiker. När fler patienter tillkommer ökar behovet av utbildad personal, något som redan idag är en utmaning inom svensk sjukvård. Samtidigt kräver mer avancerade behandlingar högre kompetens och kontinuerlig vidareutbildning.

Cancer är en resurskrävande sjukdom där diagnostik, operationer, läkemedel och långvarig uppföljning innebär höga kostnader. När antalet patienter ökar stiger också vårdens totala behov och utgifter, vilket kan leda till behov av omprioriteringar och omfördelning av resurser inom sjukvården och/eller inom samhället i stort.

I början av 2026 presenterade regeringen en ny nationell cancerstrategi som har tre övergripande mål: att minska risken för cancer och öka tidig upptäckt, att förbättra överlevnaden samt att säkerställa god livskvalitet under och efter sjukdom. Den omfattar insatser inom prevention, screening, rehabilitering och palliativ vård, men betonar också forskning och innovation. Strategin bygger vidare på den tidigare cancerstrategin från 2009, men är anpassad till dagens kunskapsläge och tekniska utveckling och anger inriktningen för utvecklingen av svensk cancervård under de kommande 10-15 åren (2).

## 1.1 Syfte

Syftet med denna rapport är att belysa hur demografiska förändringar i form av befolkningens ökande ålder och en högre incidens, tillsammans med förändringar i vårdprocesser avseende ex. diagnostik och behandling har bidragit till en ökad överlevnad och en ökad efterfrågan och belastningen på den specialiserad öppenvård och slutenvård i Sverige. Primärvården belyses inte i denna rapport. Vårdprocessernas utveckling exemplifieras genom vårdprogrammen för de tre cancerformerna melanom (hud), njurcancer och lungcancer, men diskussionen i stort avser cancer generellt.

## 1.2 Metod

För att illustrera hur efterfrågan och belastningen på cancervård ändrats över tid har svenska offentliga statistikdatabaser, offentliga dokument och litteratur använts. Epidemiologiska och demografiska data hämtades från statistikdatabaser hos Socialstyrelsen, Statistikmyndigheten (SCB) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt kvalitetsregistren för lungcancer, melanom och njurcancer. De ICD-10 koder som definieras som cancer i denna rapport är C00-C97, samt ICD-7-koderna 140-209 (endast relevant för Cancerregistret). När det varit möjligt har tidsperioden 2000-2025 använts, men när data inte varit tillgängligt för hela tidsperioden så har senast tillgängliga data använts. Data från kvalitetsregistren är kopplad till de nationella vårdprogrammen, och har höga täckningsgrader mot cancerregistret på mellan 95 och 100 procent (3-5).

För att samla information om förändringar i vårdprocesser användes det aktuella nationella vårdprogrammet för malignt melanom, njurcancer och lungcancer, kontrasterat mot den första versionen av motsvarande nationella vårdprogram som publicerats av Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC) 2013 respektive 2015. Ur dessa vårdprogram valdes ut ett antal centrala aktiviteter i dialog med klinisk expert för att jämföra stora förändringar mellan det första respektive det innevarande programmet. Därtill gjordes en riktad litteraturgenomgång som omfattade framför allt rapporter från RCC och myndigheter som Socialstyrelsen etc. Ett fåtal vetenskapliga artiklar granskades också.

Rapporten fokuserar på situationen inom specialiserad öppenvård och slutenvård, det vill säga hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård (6). Cancervårdens påverkan på primärvården belyses ej i denna rapport, även om även primärvårdens arbete påverkas genom exempelvis högre krav på diagnostisk förmåga och ansvar för viss uppföljning och rehabilitering.

## 2. Antalet personer som lever med cancer ökar

### Antalet personer som insjuknar i cancer ökar

Sedan år 2000 har antalet personer som insjuknat i cancer i Sverige ökat kraftigt, från 44 044 personer till 71 488 personer år 2023 vilket motsvarar en ökning med 62 procent (7), Figur 1. Enligt våra beräkningar utifrån Socialstyrelsens prognoser (8) väntas denna ökning fortsätta med ytterligare 22 procent fram till 2043.<sup>1</sup>

### Antalet personer som avlider i cancer ökar långsammare

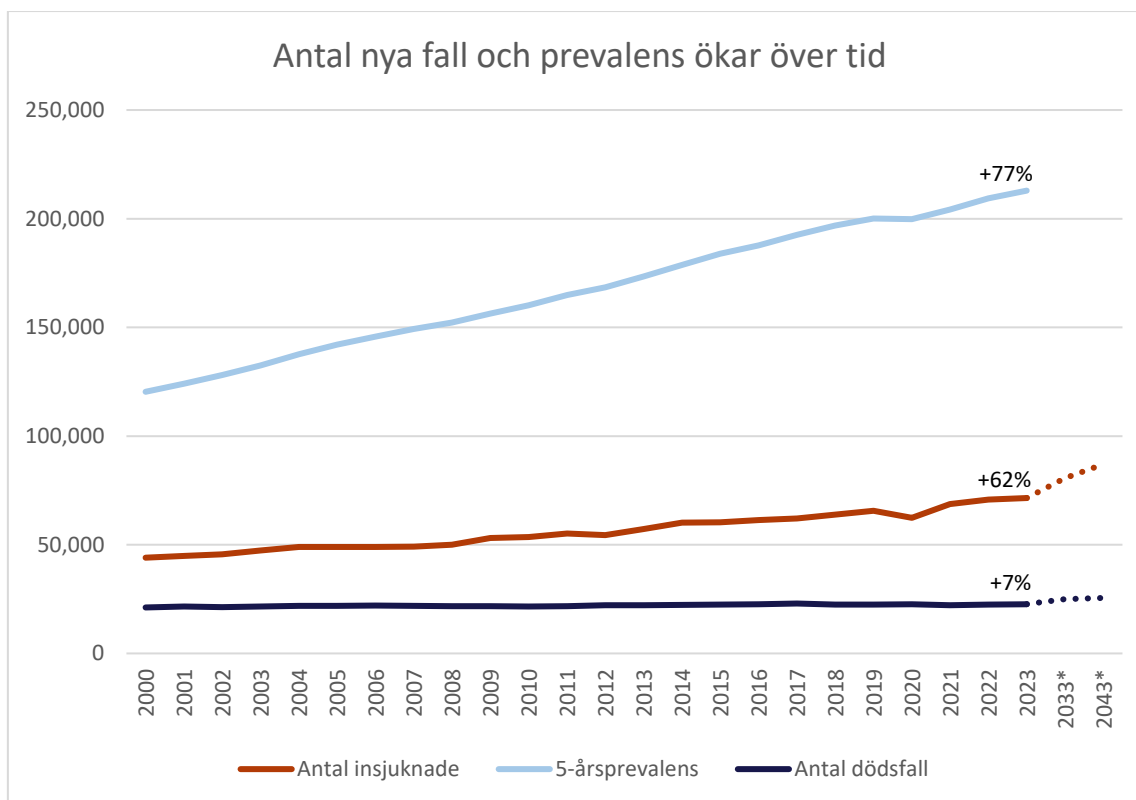
Samtidigt har antalet personer som dör i cancer ökat betydligt långsammare. Mellan 2000 och 2023 ökade dödsfallen med 7 procent, från 21 153 till 22 687 personer (9). Enligt våra beräkningar utifrån Socialstyrelsens prognoser (8) kommer antalet dödsfall öka ytterligare 13 procent fram till 2043.<sup>2</sup> Även om det totala *antalet* dödsfall i cancer har ökat, så har *risken* att dö i cancer minskat med 10 procent under samma period när man tar hänsyn till befolkningens storlek (9), från 238 dödsfall per 100 000 invånare år 2000 till 215 dödsfall per 100 000 invånare år 2023, se Figur A1 i Bilaga 1. Denna förbättring kan förklaras av tidigare upptäckt genom ex. screeningprogram, vilket ökar sannolikheten att överleva, samt av förbättrade behandlingsmöjligheter.

### Allt fler personer lever med cancer under längre tid

När allt fler insjuknar i cancer samtidigt som dödligheten inte ökar lika mycket leder det till att allt fler lever med cancer under längre tid. Detta syns tydligt i *prevalensen*, alltså hur många som lever med en cancerdiagnos. Femårsprevalensen, som inkluderar personer som insjuknat de senaste fem åren och lever vid periodens slut (10) har ökat med 77 procent sedan år 2000 - från 120 377 till 212 913 personer, se Figur 1. Denna förändring innebär att efterfrågan på vård ökar dels genom att fler patienter behöver diagnosticeras och starta cancerbehandling, dels genom att fler patienter stannar längre i behandling och uppföljning.

<sup>1</sup> Den procentuella förändringen av antal personer som insjuknar i cancer (+22 procent) mellan femårsperioden 2020-2024 och perioden 2040-2044, hämtades från Socialstyrelsens prognosverktyg (Prognosmetod: Konstant insjuknande). Denna applicerades på det faktiska antalet insjuknade år 2023 för att beräkna den absoluta ökningen fram till 2043.

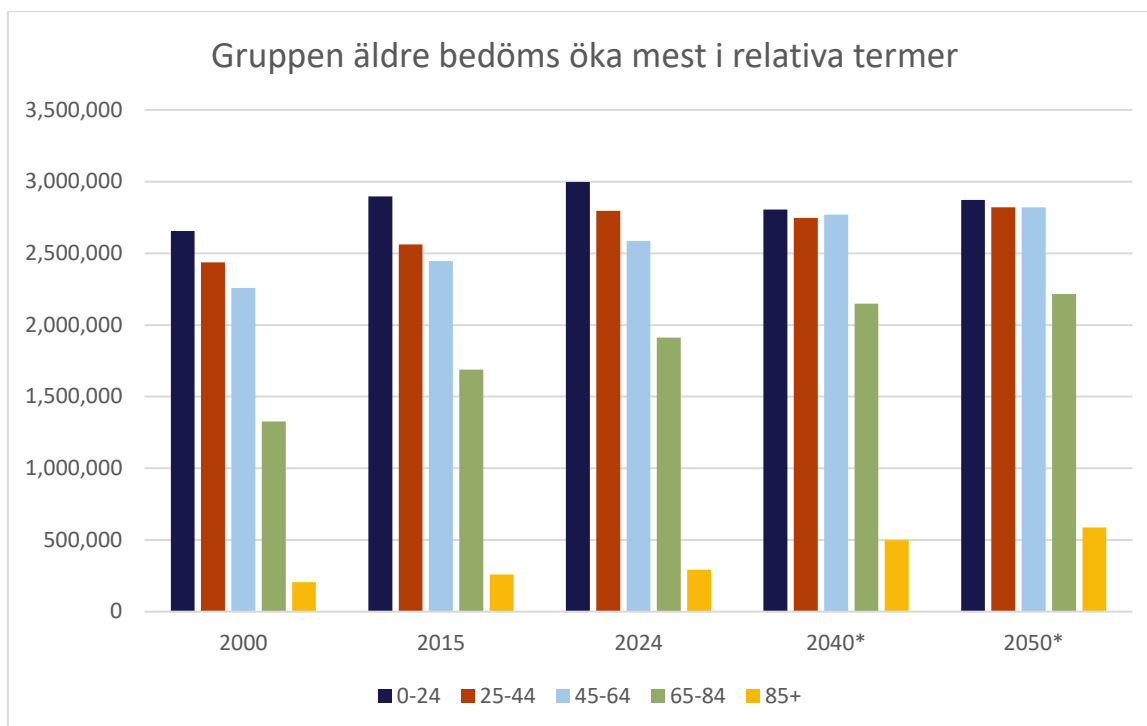
<sup>2</sup> Den procentuella förändringen i antal dödsfall (+13 procent) mellan femårsperioden 2020-2024 och perioden 2040-2044, hämtades från Socialstyrelsens prognosverktyg (Prognosmetod: Nordpred). Denna applicerades på det faktiska antalet dödsfall år 2023 för att beräkna den absoluta ökningen i antal dödsfall fram till 2043.



**Figur 1. Antal personer som insjuknar i, avlider av respektive lever med cancer i Sverige, 2000-2023, samt beräknat antal insjuknade och antal dödsfall i cancer år 2033 och 2043 utifrån prognoser.**

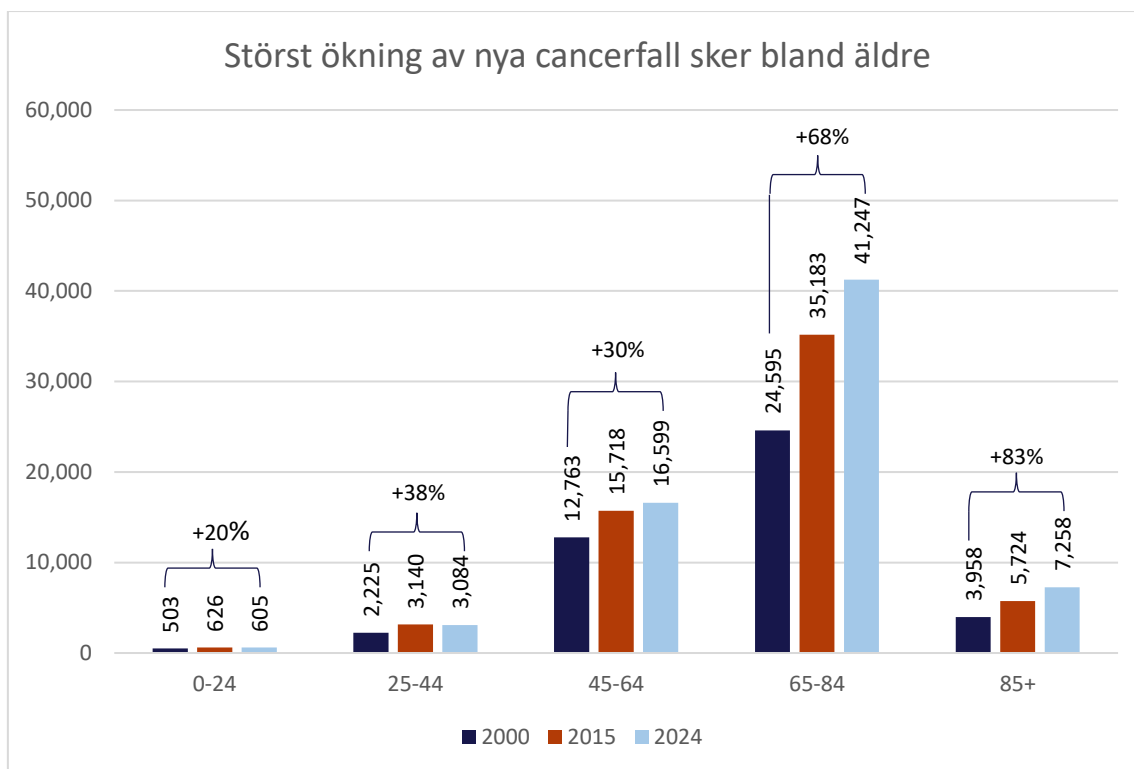
### Befolkningens storlek och andelen äldre ökar

En viktig förklaring till att fler personer insjuknar i cancer är demografiska förändringar, särskilt att andelen äldre i befolkningen ökar i Sverige. Mellan år 2000 och 2024 växte befolkning från 8,9 miljoner till 10,6 miljoner (11), vilket motsvarar en ökning på 19 procent. De största relativa ökningarna av *befolkning* har skett i åldersgrupperna 65-84 och 85+, med 44 respektive 43 procent, Figur 2. Enligt SCB:s prognoser (12) förväntas dessa grupper fortsätta öka mest fram till 2050, med en ökning på 16 procent för gruppen 65-84 år och 100 procent för åldersgruppen 85+. Denna utveckling påverkar cancerincidensen, eftersom risken för cancer ökar med ålder.



**Figur 2. Folkmängd i Sverige 2000-2024 och \*befolkningsprognoser 2040-2050, antal personer.**

Figur 3 visar hur ökningen i antalet *nya cancerfall* mellan 2000 och 2024 fördelas mellan olika åldersgrupper (7). Den största ökningen ses i åldersgrupperna 65-84 och 85+, där antalet nya fall ökade med 68 respektive 83 procent. Detta innebär att antalet nya cancerfall ökar mest bland äldre. Utvecklingen förklaras inte enbart av att antalet äldre har blivit fler, utan också av att risken att insjukna i cancer inom dessa åldersgrupper har ökat sedan år 2000 (7).

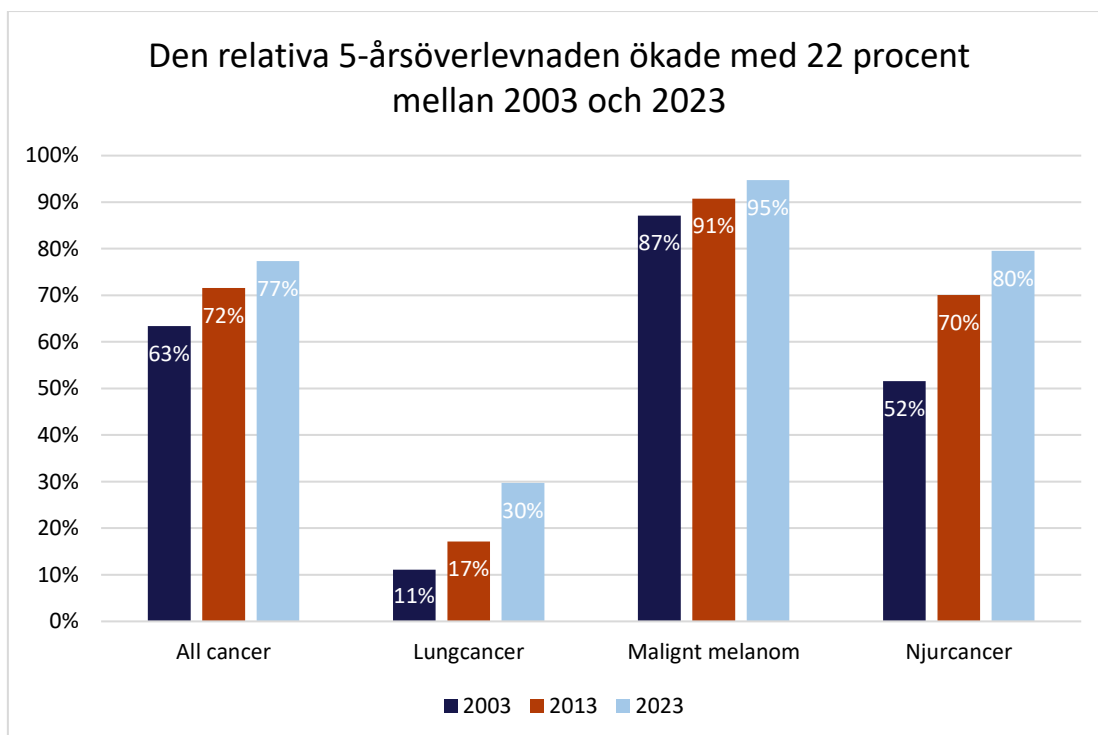


Figur 3. Antal personer som insjuknar i cancer per åldersgrupp i Sverige, 2000-2024.

#### Den relativa 5-årsöverlevnaden i cancer har ökat med 22 procent sedan 2003

Överlevnaden i cancer i Sverige tillhör de högsta i EU, och har ökat under de senaste decennierna (13). Den relativa 5-årsöverlevnaden för all cancer steg från 63 procent år 2003 till 77 procent år 2023 (14), vilket motsvarar en ökning på 22 procent, se Figur 4.<sup>3</sup> En ökad överlevnad i cancer innebär fler vunna levnadsår, och innebär också ökat behov av behandling och uppföljning inom vården. Överlevnaden skiljer sig åt mellan olika cancerformer. Figur 4 visar den relativa 5-årsöverlevnaden för lungcancer, malignt melanom och njurcancer (14). Överlevnaden för lungcancer och njurcancer ökade drastiskt mellan 2003 och 2023, med 173 procent respektive 54 procent, medan ökningen för malignt melanom var ungefär 9 procent.

<sup>3</sup> Begreppet relativ 5-årsöverlevnad beskriver hur stor andel cancerdrabbade som är i livet fem år efter diagnostillfället, jämfört med en jämförbar grupp människor i befolkningen som inte drabbats av cancer. Relativ överlevnad mäter alltså sannolikheten att överleva sin cancersjukdom under en viss period. Värdet 100 innebär att överlevnaden är densamma som i övriga befolkningen, medan värden under 100 betyder att överlevnaden är lägre hos personer med cancer än i den övriga befolkningen.



**Figur 4. Relativ 5-årsöverlevnad vid all cancer, samt lungcancer, malignt melanom och njurcancer i Sverige, 2003-2023. Avser patienter 20-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden. Mätperioden är fem år, där det redovisade årtalet är det sista av dessa.**

Att cancer upptäcks i tidigare stadier är en bidragande faktor till den ökade överlevnaden. Andelen patienter med lungcancer som diagnosticeras i stadie I har ökat från 20 procent år 2009 till 33 procent år 2024 (4), motsvarande en ökning på 70 procent, och andelen fall av malignt melanom som upptäcks i stadie I har ökat från 68 procent år 2000 till 76 procent år 2024 (3), motsvarande en ökning på 11 procent (Bilaga 1 Figurer A2-A3). För njurcancer, där stadiindelningen baseras på tumörstadium (T-stadium) och förekomst av fjärrmetastaser (M-stadium), har en ökande andel patienter diagnosticerats vid de tidigaste stadierna T-stadium T1 och M-stadium M0 (5) (Bilaga 1 Figur A4-A5). Andelen som diagnosticeras vid T-stadium T1 har ökat från 57 procent till 64 procent mellan 2012 och 2024, motsvarande en ökning på 12 procent och andelen som diagnosticeras vid M-stadium M0 har ökat från 83 procent till 86, motsvarande en ökning på 4 procent under samma period. Trots detta har den totala ökningen av cancerfall varit så stor att antalet patienter som diagnostiseras i sena stadier inte har minskat, utan snarare varit oförändrat eller ökat.

Att cancer upptäcks i tidigare stadier bidrar till ökningarna i både incidens och prevalens. Samtidigt innebär detta att en större andel patienter behandlas i tidiga stadier, där behandlingen generellt är mindre omfattande och resurskrävande än i senare stadier. Tidigare upptäckt kan därmed både öka den totala resursförbrukningen genom fler patienter, men samtidigt minska resursbehovet per patient genom en förskjutning från mer avancerade och krävande behandlingar.

### 3. Betydande framsteg inom cancervården

Under de senaste decennierna har det gjorts betydande framsteg inom cancervården i Sverige, med fokus på tidig upptäckt och jämlik tillgång till behandling. Sekundärprevention som utbyggda screeningprogram har bidragit till att fler cancerfall identifieras i ett tidigt och mer behandlingsbart skede. Även på området primärprevention har framsteg gjorts kring exempelvis minskad rökning och vaccination mot HPV, vilket på sikt kan leda till att färre individer insjuknar i cancer. Samtidigt har utvecklingen inom diagnostik, inklusive avancerad bildteknik och molekylära metoder, förbättrat precisionen i både diagnos och behandlingsval. Nya och mer riktade läkemedel har dessutom ökat överlevnaden och livskvaliteten för många patienter.

För att bidra till en jämlik och god vård till alla patienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status finns Nationella vårdprogram (15). De tas fram inom ramen för Regionala Cancercentrums (RCC:s) verksamhet och utgör en central del av kunskapsstyrningen av cancervården. De bygger på bästa medicinska evidens och ger rekommendationer kring utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter. De nationella vårdprogrammen ska ses över minst en gång om året (16) och i nuläget finns det 57 nationella vårdprogram (15). Utifrån dessa nationella vårdprogram utformas i flera regioner därefter regionala medicinska riktlinjer med en anpassning till lokala förhållanden och förutsättningar. Kopplade till flera av de nationella vårdprogrammen finns standardiserade vårdförlopp (SVF) som är ett nationellt arbetssätt som ska minska onödig väntan och ovisshet för patienten och det startar med en välgrundad misstanke om cancer (17). SVF revideras och publiceras tillsammans med det nationella vårdprogrammet för respektive diagnos (18), och idag finns 32 SVF (19). Nationella vårdprogram beskriver medicinskt innehåll och *vad* som ska göras, medan SVF lägger fokus på process och tid samt anger *hur och när* det ska göras.

#### 3.1 Mer omfattande screeningprogram

##### Ökad screening leder till att fler fall upptäcks

Screeningprogram i Sverige påverkar antalet cancerfall på flera sätt. På kort sikt ökar antalet fall eftersom fler fall upptäcks i tidiga, symtomfria stadier, exempelvis vid mammografi för bröstcancer. På längre sikt minskar antalet fall av *avancerad* cancer genom tidigare upptäckt och behandling. För vissa cancerformer, såsom tjock- och ändtarmscancer samt livmoderhalscancer, kan screening även minska det totala antalet fall genom att förstadier avlägsnas innan de utvecklas till cancer. Samtidigt kan screening leda till överdiagnostik, då fall upptäcks som inte aldrig skulle ha orsakat symtom under personens livstid. Sammantaget leder detta till att fler patienter hamnar i specialistvården för att utredas och behandlas, vilket ställer högre krav på vårdsystemets kapacitet.

##### Tre nationella screeningprogram

I Sverige finns det tre nationella screeningprogram: bröstcancer, livmoderhalscancer och kolo-rectalcancer (tjock-och ändtarmscancer). Mammografiscreening infördes successivt i Sverige från 1970-talet (20) och omfattar sedan år 2014 alla kvinnor 40-74 år i alla regioner (21). Deltagandet i screening för bröstcancer minskade från ungefär 90 procent år 2014 till 80 procent år 2022 (22).

Screening för livmoderhalscancer har erbjudits sedan 1960-talet (23) och har successivt utökats. Sedan år 2022 används HPV-test för hela åldersgruppen 23-70 år (24). HPV-vaccin ingår sedan 2010 för flickor i det svenska barnvaccinationsprogrammet (23), och sedan 2020 även för pojkar

(25). Deltagandet i screening för livmoderhalscancer ökade från ungefär 70 procent år 2014 till 80 procent år 2022 (22).

Screening för kolorektalcancer rekommenderas av Socialstyrelsen för alla mellan 60-74 år sedan 2014, (26) , men bedöms vara fullt genomförd i alla regioner först 2026 (27). Deltagandegraden i screening för kolorektalcancer har minskat från drygt 70 procent år 2019 till ungefär 65 procent år 2023. Utanför de nationella screeningprogrammen finns också screeningrelaterade aktiviteter i form av organiserad testning av prostatacancer av asymtomatiska män i 13 av 21 regioner (22), och pilotstudier för riskbaserad screening av lungcancer i flera regioner (22).

## 3.2 Förfinad diagnostik

Som nämndes ovan bidrar screeningprogram till att fler cancerfall identifieras i ett tidigt och mer behandlingsbart skede. Samtidigt har utvecklingen inom diagnostik, inklusive avancerad bildteknik och molekylära metoder, förbättrat precisionen i både diagnos och behandlingsval.

### Bilddiagnostik

Utvecklingen inom bilddiagnostik i Sverige har under de senaste åren blivit allt mer avancerad och integrerad i standardiserade vårdförlopp (28). Modern teknik som högupplöst magnetkameraundersökning (MR), datortomografi (DT, CT) med förbättrad kontrastteknik samt PET-DT möjliggör en mer exakt kartläggning av tumörers utbredning och biologiska aktivitet (29). Dessutom används i ökande grad AI-baserade analysverktyg för att förbättra tolkningen av bilder och upptäcka subtila förändringar i ett tidigt skede (30). Detta bidrar till mer träffsäkra diagnoser, bättre stadiindelning och därmed mer individanpassade behandlingsstrategier.

### Molekylär diagnostik

Inom testdiagnostik har precisionsmedicin fått ett starkt genomslag, där genetiska och molekylära analyser av tumörer spelar en central roll. Enligt riktlinjer används idag breda paneltester, såsom nästa generations sekvensering (NGS), för att identifiera mutationer som kan vara behandlingsbara med riktade läkemedel (31). Biomarkörer analyseras också rutinmässigt för att avgöra vilka patienter som har nytta av immunterapi. Denna utveckling innebär att diagnostiken inte enbart fastställer cancersjukdomens typ, utan även dess molekylära profil, vilket möjliggör mer skraddarsydd och effektiv behandling.

## 3.3 Större arsenal av behandlingsalternativ

Det finns flera olika metoder som kan användas för att behandla cancer, till exempel kirurgi, strålning och läkemedel. Val av behandling påverkas av faktorer som typ av cancer, tumörens läge, stadium osv (32). Patienter med cancersjukdom erbjuds ofta en kombination av kirurgi, strålbehandling och olika typer av läkemedelsbehandling. Många av dessa behandlingar ges på högspecialiserade behandlingsenheter inom den onkologiska eller kirurgiska specialistvården (33).

- *Kirurgi* är den vanligaste behandlingsmetoden vid cancersjukdomar, och kan utgöra enda behandlingen eller kombineras med andra.
- *Strålbehandling*, även kallad radioterapi, kan ges före eller efter operation, eller i kombination med cytostatika och andra behandlingar vid cancer.
- *Läkemedelsbehandling* vid cancer har under de senaste två decennierna genomgått stora förändring med nya behandlingsterapier kontinuerligt införts i klinisk praxis med tydligt förbättrade kliniska utfall. Samtidigt har behandlingsvalet blivit mer komplext.

### Fyra grupper av cancerläkemedel

Cancerläkemedel kan förenklat delas in i fyra grupper: cytostatika, endokrin behandling, målinriktad behandling och immunterapi (33). Dessa används ofta i kombination beroende på cancerform, patientfaktorer och biomarkörer (33). I detta sammanhang kan också nämnas begreppet precisionsmedicin som innebär att behandlingen anpassas till patientens diagnos och biomarkörer för att öka behandlingseffekten och minska risken för onödiga biverkningar. *Cytostatika*, även kallat kemoterapi eller cellgifter, hämmar celledelning eller dödar snabbt delande celler och ges intravenöst (34). Idag finns över 100 preparat som ofta kombineras, ibland med immunterapi eller målriktade läkemedel (33, 35).

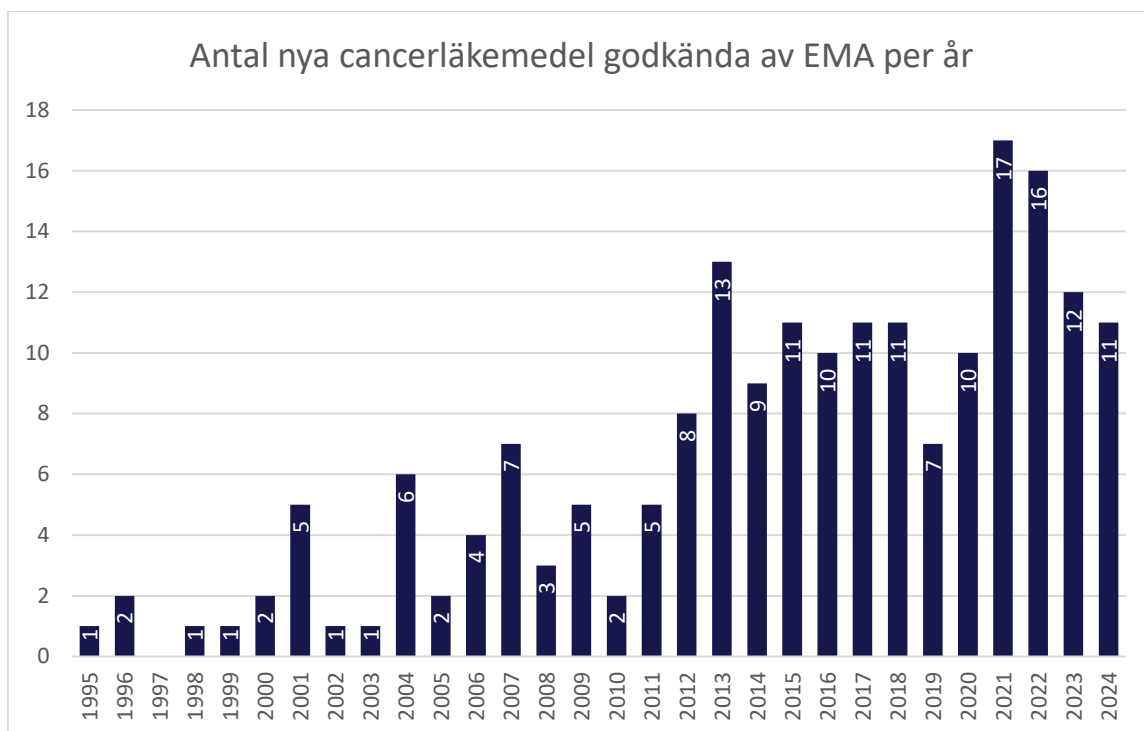
*Endokrin, även kallad hormon- eller antihormonell behandling* används vid hormonberoende cancerformer så som bröst- eller prostatacancer genom att blockera eller sänka hormonnivåer, t.ex. östrogen och testosteron (36). Behandlingen kan ges ensam eller i kombination med andra terapier både före (neoadjuvant), efter (adjuvant) och i palliativt syfte. Behandlingen ges ofta som tabletter men även via injektioner (37).

*Målinriktad behandling* angriper specifika egenskaper hos cancercellernas specifika egenskaper och kräver ofta molekylär diagnostik. Dessa introducerade i början av 2000-talet och idag används över 100 målriktade läkemedel och fler introduceras (38). Behandlingen ges intravenöst, som injektion, eller i tablettform (39).

*Immunterapi* syftar till att stärka kroppens eget immunförsvar mot cancer och har utvecklats snabbt under senare år (40). Exempel är kontrollpunktshämmare (checkpointshämmare) som PD-1- eller PD-L1 hämmare, samt CAR-T-celler där patientens egna T-celler modifieras för att angripa tumörceller (41). Immunterapi ges via infusion (42), intravenöst och numera även subkutant.

### Antalet godkända cancerläkemedel har ökat kraftigt

Antalet godkända cancerläkemedel har ökat markant över tid, liksom antalet behandlingsindikationer per läkemedel. Den snabba ökningen kan illustreras genom att Europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA, godkände ungefär ett nytt cancerläkemedel per år under perioden 1995-2000, medan för perioden 2021-2024 hade antalet nya godkända läkemedel ökat till 14 per år. I Figur 5 visas utvecklingen av antalet nya cancerläkemedel för perioden 1995-2024 som godkänts av EMA. Mellan åren 1995 och 2024 godkändes totalt 194 nya cancerläkemedel med nya aktiva substanser, och under samma period godkändes 318 nya indikationer till nya patientgrupper för redan godkända läkemedel. Enbart under 2024 godkändes 36 nya indikationer på cancerområdet. De grupper av läkemedel där flest godkännanden görs är målriktad terapi, följt av immunterapi (43). Denna utveckling förväntas fortsätta under de kommande åren, och onkologi utgjorde med 40 procent det största terapiområdet inom nystartade kliniska prövningar år 2022 (44).



Figur 5. Årligt antal av nya cancerläkemedel godkända av EMA, år 1995-2024 (43).

### 3.4 Fler och mer omfattande nationella vårdprogram







Den nationella cancerstrategin lanserades år 2009, och året därpå bildades formellt regionala cancercentrum, RCC. RCC:s uppdrag är att ta fram, stödja och främja implementering av nationella vårdprogram inom cancerområdet (16). Vårdprogrammen ska bidra till en jämlik och god vård till alla patienter, och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter (15). Det finns idag 2026 mer än 55 nationella vårdprogram (45). Vårdprogramgrupperna ska numera se över vårdprogrammen årligen för att hålla dem uppdaterade (46), vilket innebär en större arbetsbörda för dem än tidigare. Dessutom tar flera regioner fram regionala medicinska riktlinjer.

För att belysa utvecklingen inom cancervården generellt analyserades de nationella vårdprogrammen för lungcancer, melanom och njurcancer dels den första versionen 2013 respektive 2015 dels den mest aktuella versionen. Dessa tre vårdprogram används som exempel på hur diagnostik, behandling och vårdprocesser inom cancervården blivit mer komplexa och individualiserade över tid. Förändringarna för dessa tre cancerområden beskrivs kvalitativt och används för att illustrera förändringarna av nationella vårdprogram och av cancervården i stort. Dessa tre nationella vårdprogram beskrivs mer i detalj i Bilaga 2, medan det nedan beskrivs mer övergripande.

De nationella vårdprogrammen för lungcancer, melanom och njurcancer har under denna period utvecklats mot mer individualiserad och mer kunskapsintensiv cancervård. Utvecklingen har framför allt präglats av förbättrad molekylär diagnostik samt en snabb utveckling av målinriktade behandlingar, immunterapi etc. Vårdprogrammen har därmed gått från att huvudsakligen beskriva standardiserade kirurgiska och cytostatikabaserade behandlingar till att i högre grad stödja precisionsmedicin, där behandling anpassas efter tumörens biologiska egenskaper och patientens förutsättningar.

För lungcancer har utvecklingen mellan det första nationella vårdprogrammet som RCC tog fram 2015 (47) och innevarande version 9.0 som publicerades 2025 (48) framför allt kännetecknats av en ökad grad av individualisering, där avancerad diagnostik och matchning till rätt behandling i allt högre utsträckning anpassas efter tumörens stadium och patientens förutsättningar. Det nationella vårdprogrammet för melanom har gått från en i huvudsak kirurgisk inriktning till precisionsmedicin från RCC:s första version år 2013 till 2025-års version 8.0 (49, 50). Förändringarna speglar både medicinteknisk utveckling och ökad tillgång till effektiv systemisk behandling, vilket tillsammans har förändrat hela vårdkedjan från diagnostik till uppföljning. Det nationella vårdprogrammet för njurcancer har under perioden från RCC:s första version år 2013 till 2025-års version 6.0 utvecklats i riktning mot ökad individualisering och mer strukturerad vårdprocess genom hela vårdkedjan (51, 52).

Sammantaget visar förändringarna i de nationella vårdprogrammen att cancervården blivit mer specialiserad och allt mer beroende av avancerad diagnostik och nya läkemedelsbehandlingar. Möjligheterna inom patologi, molekylär diagnostik och läkemedelsbehandling har utvecklats snabbt, vilket har möjliggjort en mer individanpassad behandling utifrån tumörens biologiska egenskaper och patientens förutsättningar. Samtidigt har utvecklingen gjort cancervården mer komplex och resurskrävande. Områden som bilddiagnostik, kirurgi, strålbehandling och uppföljning har däremot förändrats i mindre omfattande grad, men påverkas fortfarande av det ökade antalet patienter. Vårdprogrammets utveckling illustreras översiktligt i Tabell 1.

	Insatsområde	Utveckling mellan 2013/15 och 2025*
	Bilddiagnostik	➔
	Patologi och molekylär diagnostik	⬆
	Kirurgi	➔
	Strålning	➔
	Läkemedelsbehandling	⬆
	Uppföljning	➔

\*avser förändring i komplexitet, frekvens eller intervall utan att beakta förändring i patientpopulation.

Tabell 1. De nationella vårdprogrammets förändring över tid sedan 2013/15.

## 4. Hur påverkas cancervården?

Det ökande antalet personer som insjuknar i respektive lever med cancer, tillsammans med mer omfattande screening, förfinad diagnostik och fler och förändrade behandlingsstrategier har lett till en ökad efterfrågan på cancervård. Även när cancer inte kan botas kan många numera leva länge med sjukdomen tack vare effektiva behandlingar. Detta kallas ibland kronisk cancer. Inom denna patientgrupp kan tre huvudgrupper identifieras:(53)

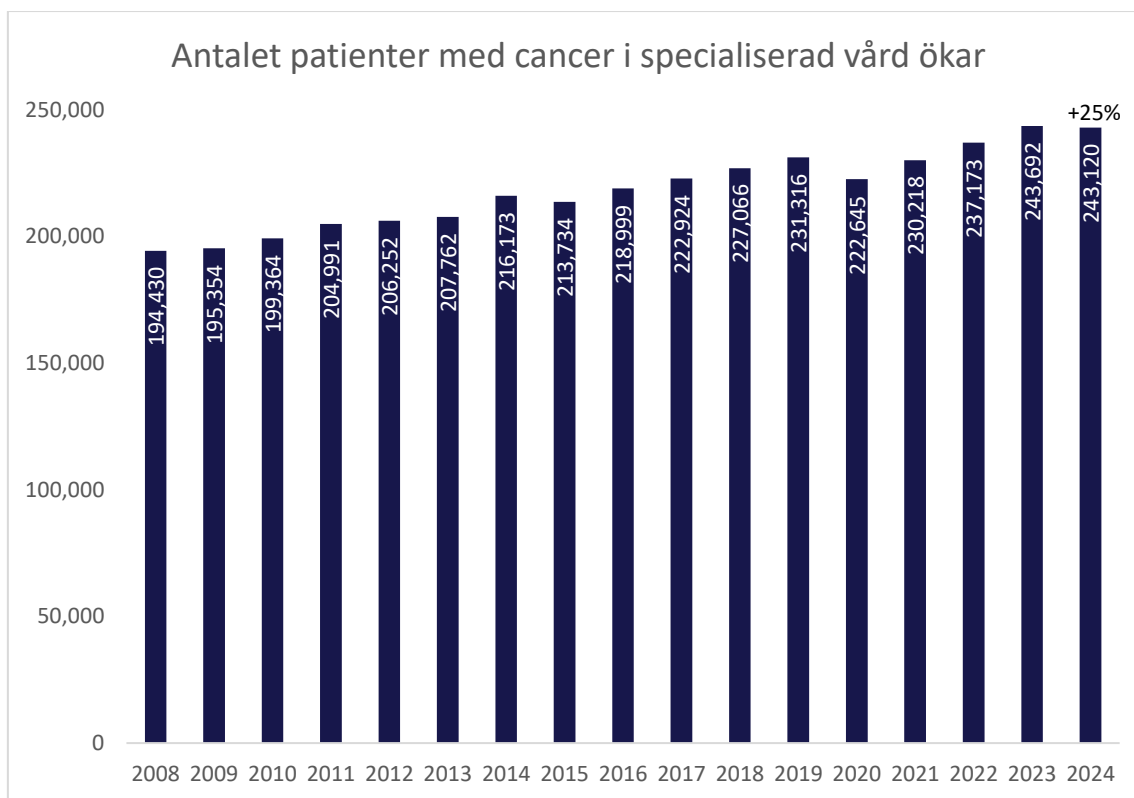
- Botade patienter som inte behöver fortsatt vård, men är oroliga för återfall i cancer
- Patienter med långa behandlingsperioder, kombinerat med återfall och nya behandlingsepisoder
- Botade patienter, som dock har svåra biverkningar i form av skador på slemhinnor eller nervsystem

Sammantaget innebär detta att fler kommer behöva cancervård och de kommer även att behöva vård under en längre tidsperiod. Onkologichefsrådet konstaterar att cancervården står inför ökande utmaningar (54). De beskriver att prevalensen inom onkologi och hematologi ökar med cirka 5 procent per år, vilket på sikt motsvarar en fördubbling av patientantalet inom 15 år. Vidare konstaterar Onkologichefsrådet att cancerpatienter hanteras inom onkologin under en längre period till följd av långvarig och komplex behandling och uppföljning. De beskriver vidare att området onkologi påverkas mer av *prevalens*, medan kirurgisk cancervård beskrivs vara mer relaterad till *incidens*. Parallellt med att antalet patienter ökat har patientens roll inom cancervården blivit mer framträdande. Patienter och närstående beskrivs som medskapare av framtidens cancervård, där deras erfarenheter, behov och synpunkter är viktiga för att utveckla en personcentrerad och säker vård (55).

### 4.1 Fler patienter i cancervården

#### Antalet patienter i cancervården ökar över tid

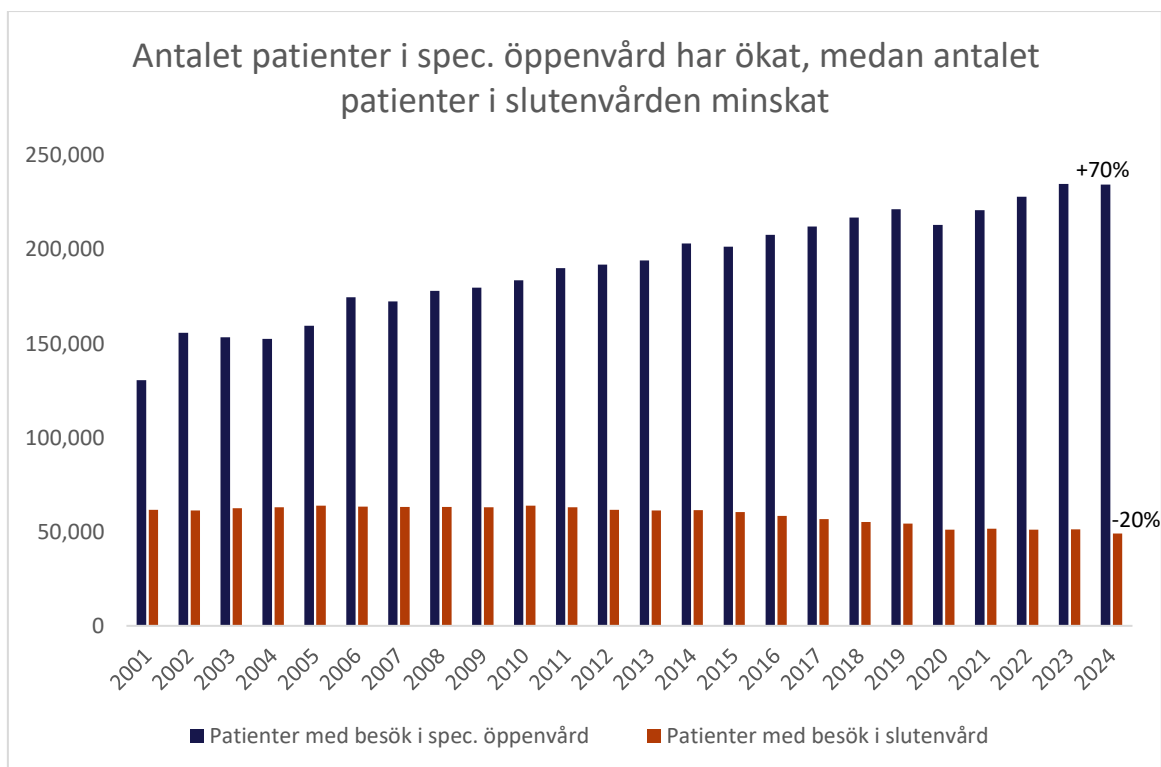
Antalet *patienter* som besökt slutenvård och specialiserad öppenvård kopplat till en cancerdiagnos har ökat med 25 procent mellan åren 2008 och 2024, från 194 430 patienter till 243 120 patienter (56), Figur 6. Statistiken omfattar inte besök inom primärvård. Denna ökning är något högre än antalet patienter för samtliga diagnoser med besök i slutenvård och specialiserad öppenvård, som ökade med 20 procent under samma period. Cancervården har därmed haft en snabbare ökning av vårdbehovet, motsvarande 20 procent högre, än den generella. Detta innebär ökat tryck på den cancervårdens kapacitet och organisation.



**Figur 6. Antal patienter med cancer som haft minst ett besök i specialiserad öppenvård eller slutenvård i Sverige, 2008-2024.**

Ökningen av vårdbehovet inom cancervården ses framför allt inom den specialiserade öppenvården. Antalet patienter med cancerrelaterade besök inom specialiserad öppenvård ökade från 130 699 år 2001 till 234 544 år 2024 (56) (Figur 7), vilket motsvarar en ökning på 79 procent. Det är en större ökning än för specialiserad öppenvård totalt, där antalet patienter för samtliga diagnoser ökade med 69 procent under samma period.

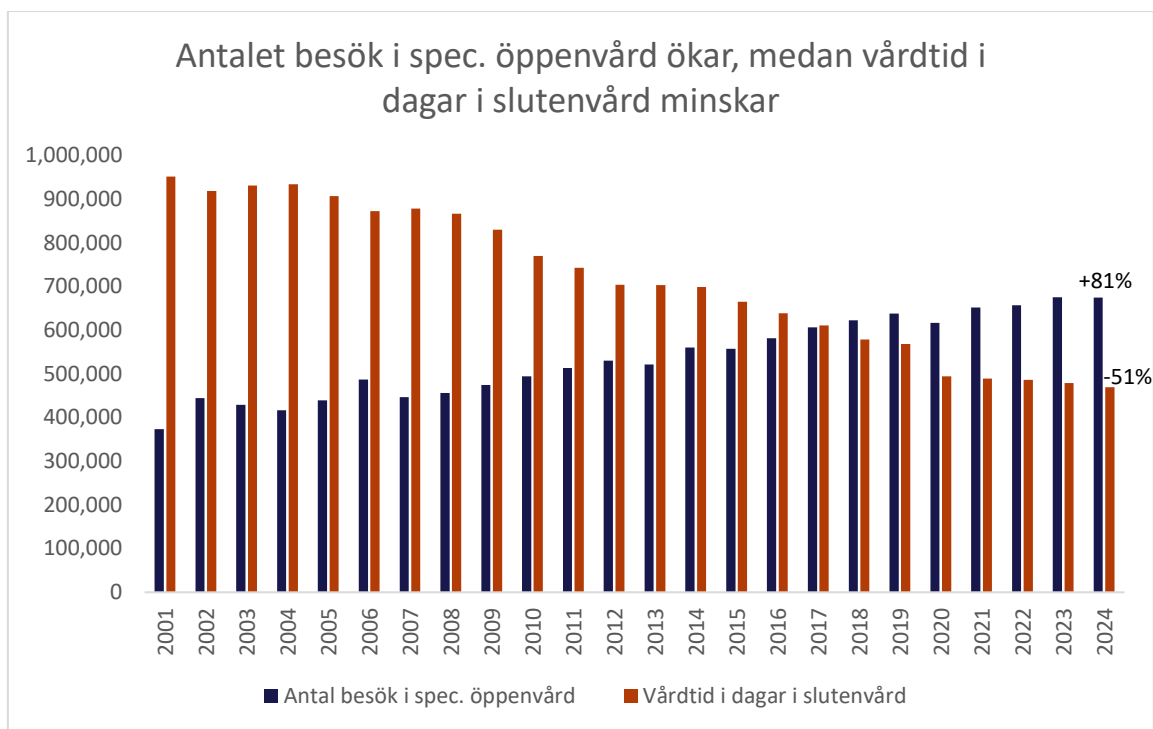
Samtidigt har antalet patienter som vårdas i slutenvården minskat. För cancerdiagnoser minskade antalet patienter i slutenvård från 61 291 patienter år 2000 till 49 132 patienter år 2024, en minskning med 20 procent. Motsvarande minskning för samtliga diagnoser var 7 procent. Utvecklingen visar att cancervården i allt högre grad har förskjutits från slutenvård till specialiserad öppenvård, vilket kan vara en effekt av medicinska och tekniska framsteg som gjort det möjligt att ge fler behandlingar inom öppenvården och att behandlingar nu är mindre invasiva och därmed har kortare slutenvårdstider (57). Samtidigt har ökningen av patienter i specialiserad öppenvård varit större för cancer än för samtliga diagnoser, vilket ställer ökade krav på den specialiserade öppenvårdens kapacitet och organisation.



Figur 7. Antal patienter med minst ett besök i specialiserad öppenvård respektive slutenvård, 2001-2024.

#### Antalet besök inom cancervården ökar, men antalet vård dagar minskar

Antalet patienter ger en viktig men ofullständig bild av vårdens resursbehov, och behöver därför kompletteras med uppgifter om *vårdkonsumtion* i form av *besök*. Figur 8 visar utvecklingen av antal besök kopplade till cancer i specialiserad öppenvård och antal vård dygn i slutenvård mellan 2001 och 2024. Under perioden ökade antalet besök i specialiserad öppenvård vid cancer med 81 procent, från 373 729 till 674 614 besök. Samtidigt har antalet vård dygn i slutenvård minskat med 51 procent, från 951 633 till 469 450 vård dygn (56). För samtliga diagnoser ökade antalet besök i specialiserad öppenvård med 87 procent, och antalet vård dygn i slutenvård minskade med 27 procent. Antalet besök inom specialiserad öppenvård har alltså ökat mindre för cancer än för samtliga diagnoser, medan antalet vård dygn i slutenvården har minskat mer än för samtliga diagnoser. Sammantaget visar utvecklingen en tydlig förskjutning från slutenvård till specialiserad öppenvård inom cancervården, men ökningen av antal specialiserade öppenvårdsbesök har varit något lägre och minskningen av vård dygn något mindre för cancer än för vården totalt, vilket kan tyda på kortare vårdförlopp till följd av ändrade behandlingsmöjligheter.



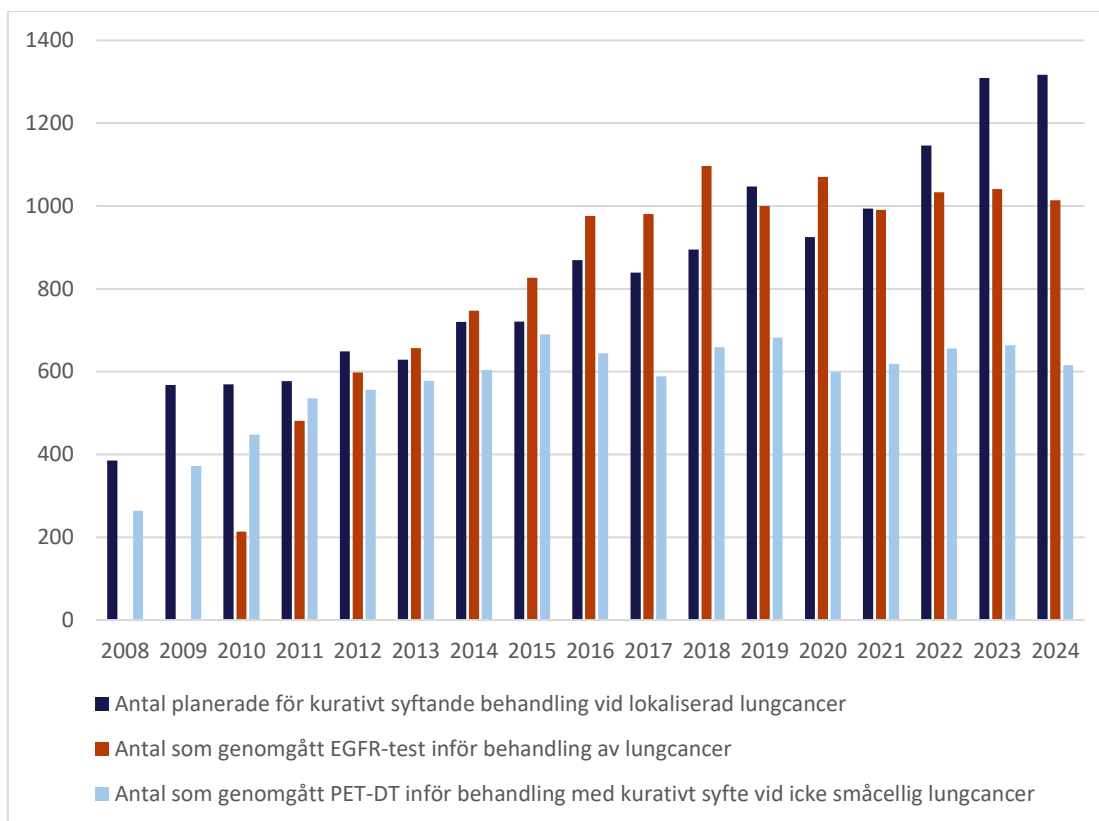
Figur 8. Antal besök i specialiserad öppenvård och antal vård dagar i slutenvård för patienter med cancer i Sverige, 2001-2024.

## 4.2 Resursanvändning kopplade till nationella vårdprogram

Insatserna som beskrivs i de nationella vårdprogrammen för cancer följs upp i de nationella kvalitetsregistren. De nationella vårdprogrammen beskriver vad som bör göras i utredning, behandling och uppföljning utifrån bästa tillgängliga evidens, medan de nationella kvalitetsregistren följer hur vården faktiskt genomförs i praktiken. De mäter exempelvis väntetider, diagnostiska tester och vårdresultat. I detta avsnitt beskrivs några exempel på resursanvändning kopplat till de nationella vårdprogrammen för lungcancer, melanom och njurcancer.

### Fler insatser inom lungcancer

Indikatorer i kvalitetsregistret för lungcancer som visar på förändringar i efterfrågan är antal patienter som genomgått EGFR-test, antal PET-DT samt antal planerade för kurativ behandling. Kvalitetsregistret för lungcancer (4) visar att antalet EGFR-test ökat kraftigt med 374 procent och antalet PET-DT test med 133 procent har ökat över tid mellan 2008 och 2024, Figur 9. I samma figur visas också att antalet patienter med lokaliserad lungcancer som planerats för kurativt syftande behandling har ökat med 242 procent. Ökningen kan bero på både ändrade riktlinjer i vårdprogrammen och fler patienter, eller en kombination, men hur de olika delarna har påverkat var för sig går ej att uttolka från statistiken.

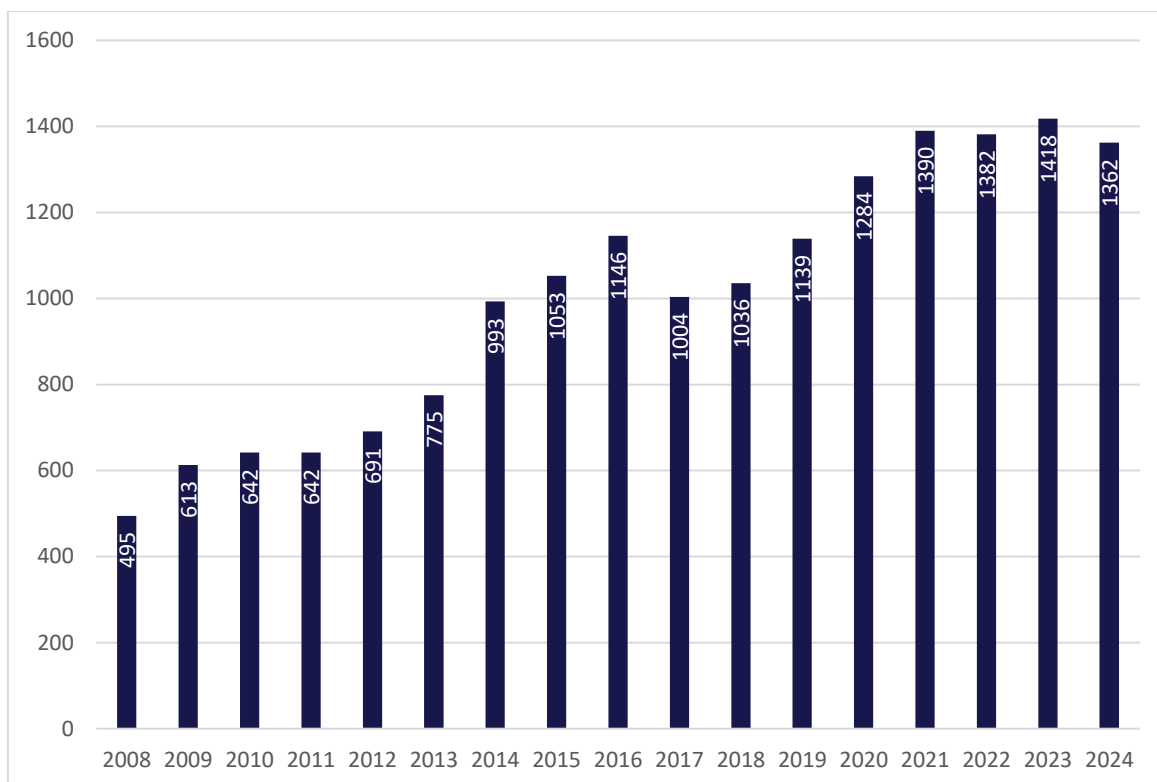


**Figur 9. Antal planerade för kurativt syftande behandling vid lokaliserad lungcancer, antal som genomgått EGFR-test inför behandling och antal som genomgått PET-DT inför behandling med kurativt syfte vid NSCLC, 2008-2024.**

Data från kvalitetsregistret visar också hur antal personer med lungcancer som planerats för olika typer av behandlingar har utvecklats över tid (4), se Bilaga 1 Figur A6. Antalet patienter som genomgår strålbehandling mot primärtumör har minskat, medan antalet patienter som genomgår stereotaktisk strålbehandling har ökat. Stereotaktisk strålbehandling innebär en hög dos strålning mer noggrant riktad än konventionell strålbehandling (58). Antalet patienter som opereras som första behandling har också tydligt ökat över tid, antalet som får kurativt syftande kemoterapi har minskat och antalet som får läkemedelsbehandling har varit relativt stabil.

#### Fler insatser inom melanom (hudmelanom)

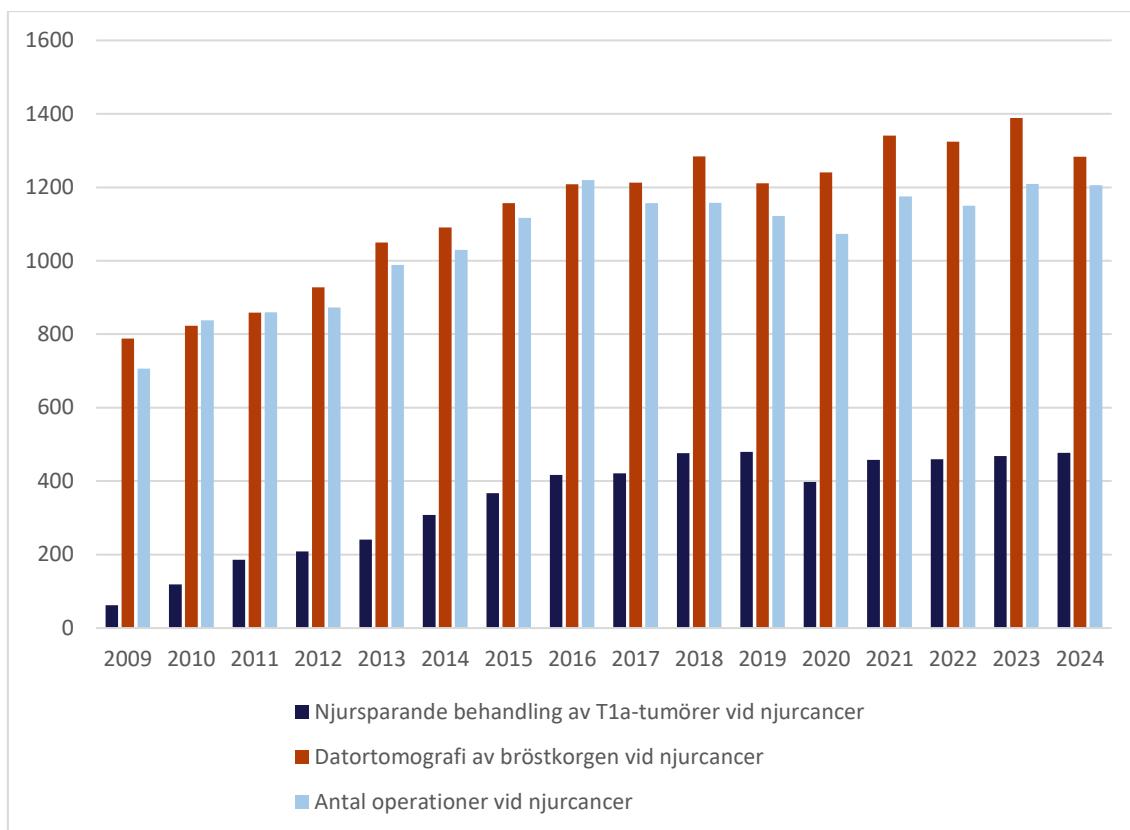
I kvalitetsregistret för melanom finns begränsat med data som visar på förändringar i efterfrågan på vård över tid. Från registret kan dock utläsas att antal sentinel node biopsier har ökat från 495 biopsier år 2008 till 1 362 biopsier år 2024, motsvarande en ökning på 175 procent (3), Figur 10.



Figur 10. Antal sentinel node biopsier (SNB) vid malignt hudmelanom, 2008-2024.

#### Fler insatser inom njurcancer

Ett exempel på hur vården vid njurcancer förändrats över tid ges i Figur 11 där ett antal variabler från kvalitetsregistret för njurcancer (5) valts ut som exempel. För njurcancer har antalet njursparande behandling för T1a-tumörer ökat med 669 procent under perioden 2009-2024. Under samma period ökade antalet DT av bröstkorgen med 63 procent och antal operationer med 71 procent.



**Figur 11. Antal patienter planerade för njursparande behandling av T1a-tumörer vid njurcancer, antal DT av bröstkorgen vid njurcancer, och antal operationer vid njurcancer, 2009-2024.**

Data från kvalitetsregistret visar också utvecklingen av antal personer med njurcancer som planerats för olika typer av behandlingar (5), se Bilaga 1 Figur A7. Antalet patienter med njurcancer som får onkologisk behandling har ökat över tid. Samtidigt har även fler patienter börjat följas med expektans och aktiv monitorering, där man övervakar sjukdomen utan att ge behandling. Denna data endast avser primärbehandlingar, vilket innebär att det inte framgår hur många personer som genomgått olika behandlingar totalt över hela sin behandlingstid.

### 4.3 Mer precisionsdiagnostik och fler cancerläkemedel

Genom fler och mer omfattande screeningprogram, förbättrad diagnostik och en större arsenal av behandlingsalternativ diagnosticeras fler patienter i ett tidigare skede. Detta bidrar till att fler patienter lever längre med sin sjukdom och som därmed kan få tillgång till fler behandlingslinjer över tid. Precisionsdiagnostik innebär att läkemedelsbehandling anpassas efter tumörens molekylära egenskaper som gör det möjligt att välja mer riktade och effektiva läkemedel för rätt patient. Det ökar behandlingseffekten och minskar onödiga biverkningar, och leder till att fler lever längre med cancer.

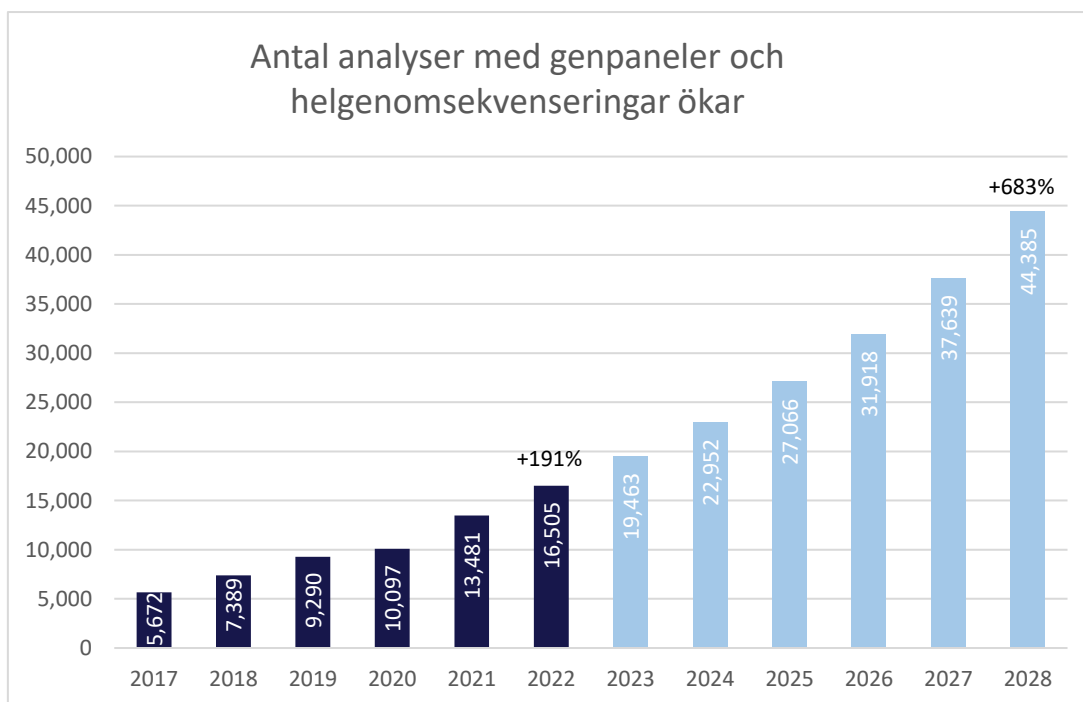
#### Mer precisionsdiagnostik

Precisionsmedicinen utgör en allt viktigare del av cancervården, och för att identifiera rätt läkemedel till rätt patient krävs precisionsdiagnostik. Diagnostik är en förutsättning för att kunna tillhandahålla lämpligt precisionsläkemedel. Precisionsmedicin har under de senaste åren därför blivit en allt större del av cancervården. RCC publicerade år 2024 en rapport med syfte att förbereda vården på nya metoder inom klinisk praxis inom precisionsdiagnostik. Där

beskrevs fem metoder som förväntades få ökat genomslag på cancerområdet de kommande fem åren (31):

- Bildgivande diagnostik (PET-DT/MR)
- Avancerad bildanalys av patologibilder
- DNA-analys
- RNA-analys
- Analys av flytande biopsier (vätskebiopsier).

Användningen av precisionsdiagnostik har ökat markant de senaste tio åren, vilket i sin tur ger möjlighet att ge patienten rätt behandling inom ramen för precisionsmedicin. Antalet analyser med genpaneler och helgenomsekvenseringar i Sverige ökade från 5 672 analyser år 2017 till 16 505 analyser 2022 (Figur 12). Prognoser för perioden fram till 2028 visar att precisionsdiagnostiska metoder bedöms öka med 170 procent på fem år (31).



**Figur 12. Antalet analyser med genpaneler och helgenomsekvenseringar i Sverige 2017-2022 samt beräkning av utvecklingen 2023-2028 baserat på genomsnittlig tidigare årlig ökning. (31)**

Införandet av gensekvenserad och molekylär diagnostik i Sverige bedöms innebära en inledande puckelkostnad, som innebär en kostnad som successivt kommer att minska. Kostnadsökning uppskattas till cirka 790 miljoner kronor mellan 2021-2030 för infrastruktur kring bl.a. IT och ökad analyskapacitet (31). En utmaning och potentiellt hinder är att investeringskostnaden och den efterföljande nyttan tillfalla olika delar av vårdssystemet, vilket innebär att den aktör som finansierar testerna inte alltid är densamma som får del av de långsiktiga besparingarna. En jämlik implementering kräver även förstärkt laboratoriekapacitet och kompetens inom flera yrkesgrupper, samt investeringar av fysisk och digital infrastruktur som laboratorier och data-system (59).

### Fler cancerläkemedel

Antalet godkända cancerläkemedel har markant ökat över tid, liksom antalet behandlingsindikationer per läkemedel, vilket beskrevs i avsnitt 3.3. Sammantaget har detta bidragit till att fler patienter lever längre. Fler överlevande och fler behandlingsalternativ innebär att användningen av läkemedel ökar. Vidare har tilläggsbehandling med läkemedel före och efter kirurgi för att minska risken för återfall, så kallad neoadjuvant och adjuvant behandling blivit aktuellt för allt fler diagnoser och fler väntas. Det innebär att behandlingarna blir aktuella för större patientgrupper och bidrar till ökade läkemedelskostnader både nu och framöver (60, 61). SKR beskriver att satsade pengar på cancervården, t.ex. läkemedel leder till sparade liv, men att detta samtidigt har en hög kostnad (57).

Cancerläkemedel kan antingen klassificeras som förmånsläkemedel eller rekvisitionsläkemedel beroende på om de förskrivs på recept och omfattas av läkemedelsförmånen, eller om de beställs (rekvireras) och ges direkt inom vården, exempelvis på sjukhus. Kostnaderna för förmånsläkemedel mot cancer har ökat med 8,6 procent mellan 2023 och 2024 enligt Socialstyrelsen (62), och förväntas fortsätta öka till följd av möjliga indikationsutvidgningar och nya läkemedel. Även kostnaderna för rekvisitionsläkemedel mot cancer, har ökat kraftigt över tid men redovisas inte uppdelat på sjukdomsområde (62). Socialstyrelsen bedömer att cancer är det område som kommer att ha störst påverkan på hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling, till följd av ett ökat antal läkemedelsbehandlingar inom cancerområdet, där kombinationsbehandlingar blir allt vanligare. Sammantaget pekar detta på att terapiområdet sannolikt kommer att fortsätta växa framöver.

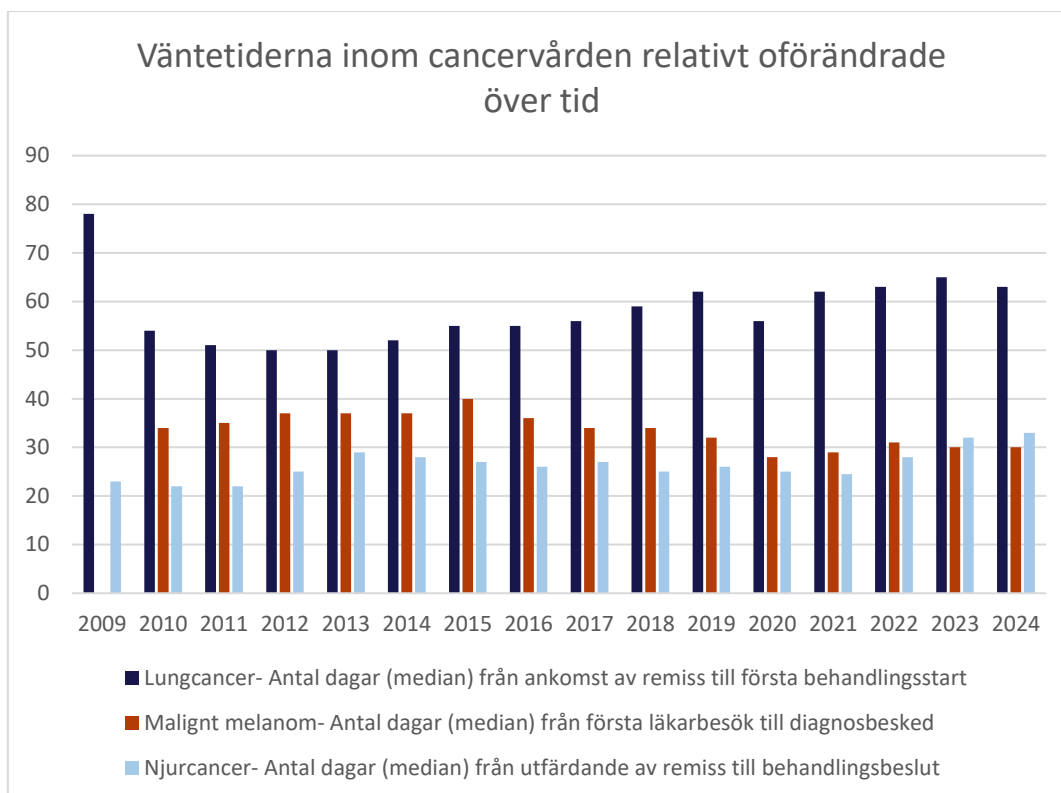
Den stora arsenalen av behandlingsmöjligheter har förbättrat möjligheter till förlängd överlevnad vilket framgår från tidigare data på överlevnad och prevalens, men medför samtidigt utmaningar för hälso- och sjukvården. Detta inkluderar immunrelaterade biverkningar hos upp till 30 procent av patienterna som får immunterapi, betydande sjukvårdskostnader och osäkerhet kring patientselektion, behandlingssekvensering och förbättrad säkerhet för att möjliggöra bred implementering (63, 64).

## 4.4 Väntetider

Utveckling av väntetider inom cancervården ger en indikation på klinikernas möjlighet att följa de uppsatta målen. För *cancer totalt* har andelen ”första besök inom 90 dagar” minskat något från 99 procent varje år 2012-2024 till 96 procent år 2025 (65), Bilaga 1 Figur A8. Huruvida detta kan bero på en eftersläpning i inrapportering till SKR framgår inte av statistiken. Andelen patienter som genomgått standardiserat vårdförlopp vid cancer inom den angivna leddtiden har sjunkit från 51 procent år 2020, till 47 procent år 2025 (66). Sammantaget framstår väntetiderna inom cancervården som relativt oförändrade över tid, trots ökade krav och mer komplexa utrednings- och behandlingsprocesser.

Även på diagnosnivå visar utvecklingen överlag stabila mönster. I Figur 13 presenteras data för specifika väntetider inom vårdprogrammen för lungcancer, malignt hudmelanom och njurcancer. För *lungcancer* har medianantalet dagar från ankomst av remiss till första behandlingsstart minskat från 78 dagar år 2009 till 63 dagar år 2024, men ökat sedan 2012-2013 då mediantiden var på sin lägsta nivå på 50 dagar (4). Trots ökad användning av PET-DT och mer komplexa utredningar, är tid till behandlingsbeslut oförändrad vilket kan tyda på effektiviseringar (67). För *malignt melanom* har medianantalet dagar från första läkarbesök till diagnosbesked minskat från 34 dagar till 30 dagar mellan 2009 och 2024 (3), och för *njurcancer* har

medianantalet dagar från utfärdande av remiss till behandlingsbeslut ökat från 23 dagar år 2009 till 33 dagar år 2024 (5).



Figur 13. Antal dagar (median) från ankomst av remiss till första behandlingsstart för lungcancer, antal dagar (median) från första läkarbesök till diagnosbesked för malignt hudmelanom, och antal dagar (median) från utfärdande av remiss till behandlingsbeslut för njuncancer för 2009-2024.

## 4.5 Fortsatt upplevd personalbrist, trots fler onkologiläkare

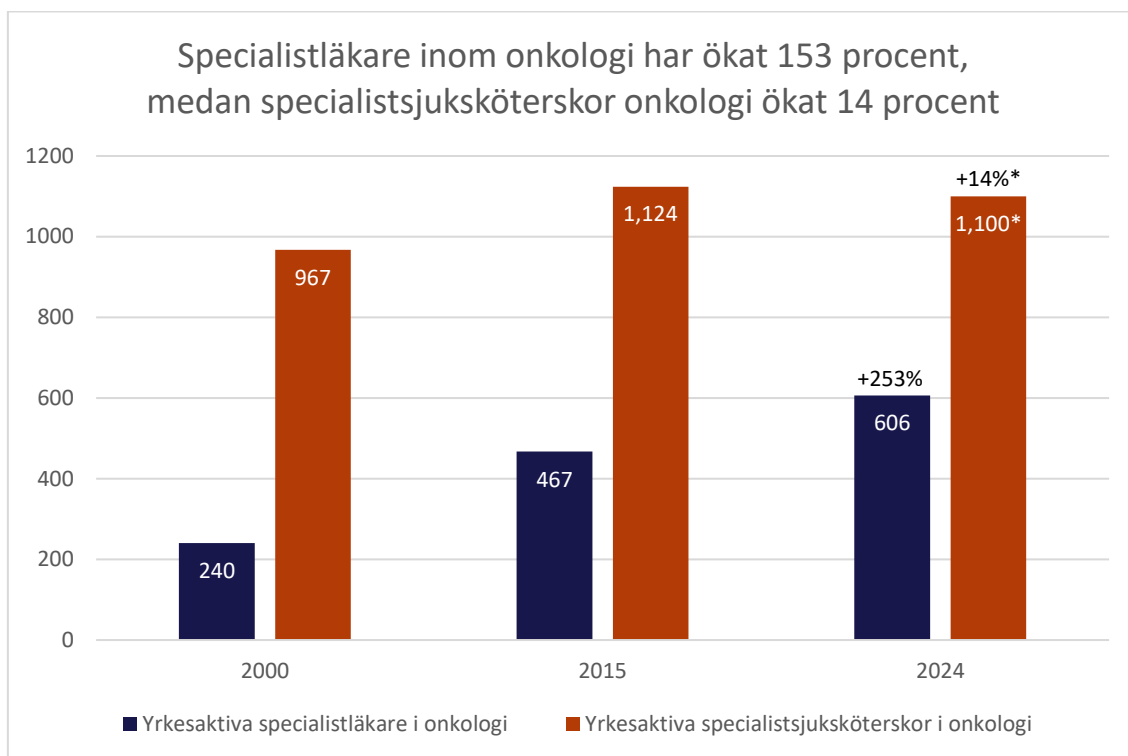
Kompetensförsörjningen i cancervården är en växande utmaning i takt med ökade vårdbehoven och mer avancerade behandlingar. Efterfrågan på läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens inom exempelvis onkologi och avancerad läkemedelsbehandling bedöms öka snabbare än tillgången. Onkologichefsrådet framhåller behov av fler specialister samt långsiktig utbildnings- och bemanningsplanering (54). Antalet verksamma specialister i onkologi bedöms behöva fördubblas inom en tioårsperiod för att möta vårdbehovet. Onkologichefsrådet anser att det också finns ett betydande behov av fler onkologisjuksköterskor och andra nyckelprofessioner. De poängterar även behovet av fortbildning för att möta den snabba medicinska och tekniska utvecklingen.

På bemanningsområdet kan dessutom finnas geografiska skillnader, där vissa regioner kan ha svårare att rekrytera och behålla specialistkompetens jämfört med andra. Detta riskerar att negativt påverka både tillgänglighet och jämlikhet i cancervården.

Trots att vården beskriver en brist på personal, så visar statistik från Socialstyrelsen att antalet yrkesaktiva specialisläkare för specialiseringar totalt har ökat med 66 procent, motsvarande 13 060 personer mellan 2000 och 2024. Antalet yrkesaktiva specialisläkare inom specifikt onkologi har ökat med 153 procent, motsvarande 366 personer under samma period (68), Figur 14 och Bilaga 1 Tabell A1. Sedan år 2016, när definitionen för specialistsjuksköterska ändrades,

har antalet specialistsjuksköterskor totalt ökat med 3 procent, medan antalet specialistsjuksköterskor inom onkologi har minskat med mindre än 1 procent.

Kontaktsjuksköterskorna är cancerpatientens primära kontakt med vården. Andelen patienter som har en namngiven kontaktsjuksköterska mäts i kvalitetsregistren och är genomgående mycket hög (3-5), men det framgår inte av statistiken hur många patienter varje kontaktsjuksköterska ansvarar för.



**Figur 14. Antal yrkesaktiva specialistläkare och specialistsjuksköterskor i onkologi i Sverige, 2000-2024. \*=Definitionen av specialistsjuksköterska ändrades år 2016, därför bör förändringen över tid tolkas med försiktighet.**

Personalen på en sjukhusklinik som onkologen består av flera yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och sjuksköterskor inom flera specialistområden, sjukhusfysiker o.s.v. Cancerpatienter behandlas dessutom på flera olika kliniker, inte bara på onkologkliniker. Den tillgängliga statistiken för personal är dock inte uppdelad per verksamhetsområde, vilket gör det svårt att visa hur bemanningssituationen ser ut inom cancervårdens olika områden. Sedan 2016 har antalet årsarbetare (helårsekvivalenter) sett till samtliga läkare och sköterskor i regionernas hälso- och sjukvård ökat med 15 procent, Bilaga 1 Figur A9 (69).

Att antalet läkare och sjuksköterskor har ökat de senaste två åren bedöms av SKR främst bero på att fler har rekryterats till vården och att färre lämnar yrket. Detta kan delvis kopplas till regionernas arbete med att minska användningen av hyrpersonal (70). Samtidigt kvarstår brist eftersom vårdbehoven har ökat ännu snabbare, bland annat på grund av en åldrande befolkning, fler patienter med kroniska sjukdomar och ökad komplexitet i vården, vilket gör att efterfrågan fortsatt överstiger tillgången.

## 5. Implikationer för en hållbar cancervård

### En växande patientpopulation - fler lever med cancer över tid

Utvecklingen inom cancer i Sverige och många andra länder kan beskrivas som en tydlig förskjutning där allt fler insjuknar, men allt färre dör i samma takt. Sedan år 2000 har antalet nya cancerfall i Sverige ökat kraftigt - från cirka 44 000 till över 71 000 per år - och prognoser visar att ökningen kommer att fortsätta bland annat drivet av en åldrande befolkning. Samtidigt har antalet dödsfall bara ökat svagt, och när man tar hänsyn till befolkningsökningen har risken att dö i cancer minskat. Cancer blir därmed i allt högre grad blir en sjukdom som människor lever med under längre tid, snarare än dör av. Antalet personer som lever med en cancerdiagnos fem år efter diagnos har ökat påtagligt de senaste 20 åren. Detta innebär en förskjutning i vårdbehovet från akut behandling till långsiktig uppföljning, kontinuerlig behandling och stöd till en växande patientgrupp.

### Tidigare upptäckt och prevention blir allt viktigare

Parallellt med den ökade cancerbördan blir prevention, diagnostik och screening centrala verktyg för att hantera framtidens vårdtryck. Förändringar i levnadsvanor påverkar också incidensen: rökning har minskat i Sverige, samtidigt som obesitas har ökat, vilket påverkar risken för flera cancerformer. Utvecklingen av screeningprogram och förbättrad diagnostik har bidragit och kan fortsätta att bidra till tidigare upptäckt, vilket i sin tur både ökar överlevnaden och förändrar vårdbehovets struktur över tid. Samtidigt kan utvidgade screeningprogram leda till fler diagnoser och därmed ökad belastning på vårdsystemet. Medicintekniska framsteg inom diagnostik, såsom biomarkörer och precisionsdiagnostik, har ökat precisionen men också komplexiteten i vårdförloppet.

Införande av standardiserade vårdförlopp (SVF) och nationella vårdprogram har förbättrat jämlikheten och strukturen inom cancervården, men har samtidigt bidragit till ökad belastning på diagnostiska resurser genom snabbare och mer omfattande utredningar.

### Ökad behandlingskomplexitet och behovet av effektiv vårdkapacitet

Medicintekniska framsteg har lett till mer effektiva men också mer komplexa och resurskrävande behandlingar. Cancerbehandling är idag sällan en enskild insats, utan en sekvens av kombinerade och individualiserade terapier som förändras över tid. Behandlingarna kräver avancerad diagnostik, kontinuerlig monitorering och ofta multidisciplinära beslut. Detta innebär längre och mer intensiva vårdförlopp per patient.

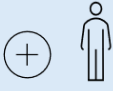





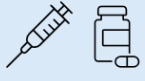

Samtidigt har utvecklingen av nya läkemedel, inklusive målriktade behandlingar och immunterapi, ökat möjligheterna men också kostnaderna och resursåtgången. En viktig paradox är att teknologisk utveckling inte enbart effektiviserar vården - den driver också ökad efterfrågan på resurser. Standardisering genom SVF och nationella vårdprogram har ökat likvärdigheten, men samtidigt bidragit till längre och mer resursintensiva vårdprocesser. Vårdprogrammen behöver dessutom i allt högre grad ses över och uppdateras numera årligen för att följa den snabba utvecklingen inom exempelvis läkemedelsområdet. Detta innebär en ökad arbetsbörda för vårdprogramgrupperna att kontinuerligt revidera och uppdatera för att spegla de mest aktuella rekommendationerna. Sammantaget har detta lett till en multiplikatoreffekt där fler patienter, längre överlevnad och mer avancerad behandling successivt ökar belastningen på vårdsystemet. Detta leder till ett ökat behov av effektiv vård och tillräckliga resurser.

## Långsiktig kompetensförsörjning för en hållbar cancervård

Cancerbehandling är komplex och kräver samarbete mellan flera yrkesgrupper, inklusive sjuksköterskor, biomedicinska analytiker samt specialister inom onkologi, patologi, kirurgi och radiologi. Trots ökande antal specialistläkare och andra yrkesgrupper kvarstår brister inom flera områden. En förklaring är att vårdbehovet och komplexiteten i behandlingen ökar snabbare än tillgången på personal i vården. Långa utbildningstider och ökande specialisering kan förstärka denna obalans. Detta kan också leda till att investeringar i utrustning och vårdplatser inte kan utnyttjas fullt ut. Ett exempel är genetisk testning och precisionsdiagnostik som har stort behov av yrkesgrupper som patologer och molekylärbioologer. Kompetensbrist riskerar dessutom att påverka jämlikheten i vården, särskilt mellan regioner. Arbetsbelastning och arbetsmiljö blir därmed avgörande faktorer för att behålla personal.

### Att möta ett ökat tryck på cancervården - idag och i framtiden

Den svenska cancervården står inför ett växande och mer komplext vårdtryck. Ökande incidens och prevalens av cancer, tillsammans med förbättrad överlevnad, innebär att fler patienter lever längre med eller efter en cancerdiagnos. Samtidigt har diagnostik och behandling utvecklats snabbt, med fler avancerade terapier och mer omfattande uppföljning som kräver större resurser per patient. Tillsammans skapar detta en multiplikatoreffekt där belastningen på cancervården ökar snabbare än vad som kan förklaras av antalet nya cancerfall enbart. Detta samband illustreras i Tabell 2. Den nya cancerstrategin med sina tre övergripande mål om att minska risken för cancer och öka tidig upptäckt, att förbättra överlevnad samt att säkerställa god livskvalitet under och efter sjukdom väntas dessutom ytterligare öka kraven genom större fokus på tidig diagnostik, förbättrad behandling och längre uppföljningstider. Strategins mål förutsätter sammantaget ökade insatser genom hela vårdkedjan. Mot denna bakgrund finns ett behov av att bättre förstå hur detta påverkar vårdens samlade arbetsbörda och resursbehov, vilket utgör en central utgångspunkt för föreliggande projekt.

Område	Utveckling mellan 2013/2015 och 2025
 Incidens och överlevnad	
 Prevalens	
 Diagnostiska möjligheter	
 Behandlingsmöjligheter	

**Tabell 2. Översikt över utveckling inom svensk cancervård till följd av fler cancerfall, ändrade nationella vårdprogram och medicintekniska framsteg.**

Patienternas perspektiv har också fått en viktigare roll i utvecklingen av framtidens cancervård. Att ta del av patienters erfarenheter, behov och önskemål kan bidra till att förbättra vårdens kvalitet, relevans och organisation. Det är därför värdefullt att patienters perspektiv och intressen beaktas när strategiska beslut om cancervårdens utveckling och prioriteringar fattas.

För att möta framtidens behov krävs bättre data och mer långsiktig resursplanering. Resursfördelning inom cancervården behöver i högre grad baseras på den faktiska vårdbelastningen, inklusive cancerprevalens, antal pågående behandlingar och uppföljningar samt behov av löpande diagnostik på individnivå. Ett utvecklat kvalitetsregister som även omfattar behandlingslinjer, läkemedelsanvändning och avancerad sjukdom skulle kunna ge bättre förståelse för vårdflöden och resursbehov över tid.

Samtidigt behövs ett tydligare systemperspektiv där cancervården ses som ett sammanhängande vårdssystem. Om olika delar av vården utvecklas utan samordning riskerar investeringar inom exempelvis behandling att skapa nya flaskhalsar inom diagnostik eller uppföljning. En hållbar utveckling kräver därför en kapacitetsplanering för hela vårdkedjan.

Den ökade belastningen kan beskrivas som en framgångsparadox: medicinska framsteg leder till att fler liv räddas, men också till att fler patienter lever länge med behov av behandling, uppföljning och hantering av sena biverkningar. Därmed blir cancervårdens utmaningar inte en tillfällig kapacitetsfråga utan en långsiktig systemutmaning för hela hälso- och sjukvården. För att hantera det ökande vårdtrycket krävs antingen ökade resurser, omprioriteringar inom vården eller mer omfattande bredare samhällsliga prioriteringar. Det finns inga enkla lösningar, men behovet av strategisk och långsiktig planering är tydligt.

#### Sammanfattande rekommendationer för att möta den ökade pressen på cancervården

- **Skifta resursplanering från incidens till total sjukdomsbörda**  
Resursfördelning bör baseras på cancerprevalens, antal pågående behandlingar och uppföljningspatienter - inte enbart nya fall. Detta speglar bättre den faktiska belastningen på vården.
- **Beakta cancervården som en strategisk investering** i befolkningens hälsa, arbetsförmåga och långsiktiga produktivitet som i sin tur bidrar till positiva samhällsekonomiska effekter. Att resurserna avseende budget och bemanning följer utvecklingen av vården på respektive område är avgörande för att kunna möta upp behoven på ett långsiktigt hållbart sätt i ett vårdssystem som blivit mer komplext, mer långvarigt och mer kunskapsintensivt.
- **Säkerställ tillgång och samordna behoven inom diagnostik och behandling**  
Investeringar i avancerad behandling måste alltid matchas med motsvarande kapacitet inom diagnostik (t.ex. patologi, molekylärdiagnostik och bildiagnostik) för att undvika flaskhalsar.
- **Stärk långsiktig kompetensförsörjning och god arbetsmiljö**  
Nationella och regionala strategier bör behandla kompetensförsörjning och arbetsmiljö som en grundläggande del av vården. Detta inkluderar utbildning, karriärvägar och att behålla personal.
- **Bygg ut datainfrastruktur för att följa hela vårdflödet**  
Utveckla kvalitetsregister så att de inkluderar behandlingslinjer, uppföljning och avancerad sjukdom, inte enbart primärbehandling. Detta behövs för att kunna planera kapacitet och analysera resursanvändning över tid samt eventuell undanträngning.

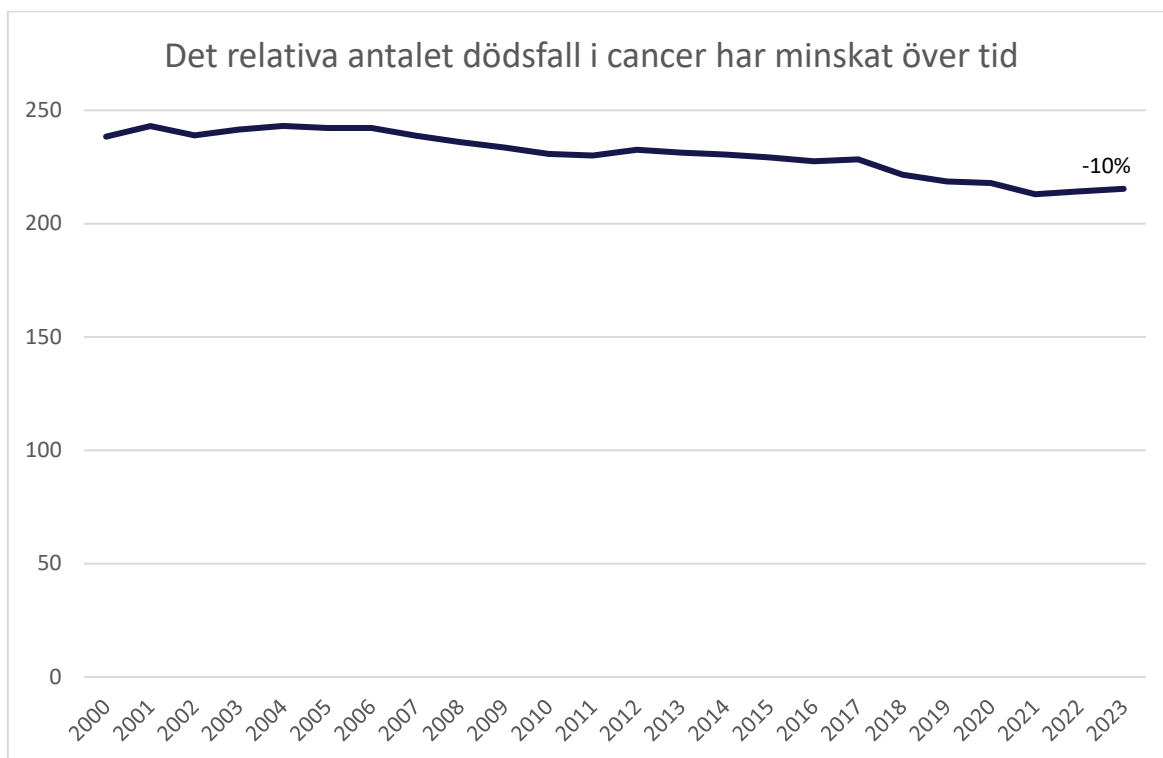
## Referenser

1. Carlsson H, Fridhammar A, Steen Carlsson K, Löfvendahl S. Kostnader för cancer - idag och i framtiden [Kommande IHE RAPPORT, IHE: Lund]. 2024.
2. Socialdepartementet. Ökad överlevnad och bättre livskvalitet - nationell cancerstrategi 2.0. 2026.
3. Nationella kvalitetsregistret för hudmelanom (SweMR) [database on the Internet]. 2026. Available from: <https://statistik.incanet.se/Hudmelanom/>.
4. Nationellt kvalitetsregister för lungcancer (NLCR) [database on the Internet]. 2026. Available from: <https://statistik.incanet.se/Lunga/>.
5. Nationella kvalitetsregistret för njurcancer [database on the Internet]. 2026. Available from: <https://statistik.incanet.se/njurcancer/>.
6. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Term: Specialiserad vård. u.å. Available from: <https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?term=c3Bly2lhbGlzZXJhZCB2w6VyZA==#:~:text=Definition%2C%20h%C3%A4lso%2D%20och%20sjukv%C3%A5rdsverksamhet%20som%20kr%C3%A4ver%20mer,som%20uppr%C3%A4tth%C3%A5ller%20funktionen%20som%20annan%20specialist%20%C3%A4n>
7. Cancerregistret [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_can/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_can/val.aspx).
8. Cancer i Sverige: Prognoser av insjuknande och dödlighet [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS\\_prognoser/](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_prognoser/).
9. Statistikdatabas för dödsorsaker [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_dor/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx).
10. Prevalence - Tables [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/prevalence\\_table?years=2023&years\\_available=1943\\_2024&sexes=0](https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/prevalence_table?years=2023&years_available=1943_2024&sexes=0).
11. Folkmängden efter ålder och kön. År 1860 - 2024 [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101A/BefolkningR1860N/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningR1860N/).
12. Folkmängd efter inrikes/utrikes född, ålder och kön. År 2026 - 2120 [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0401\\_BE0401A/BefolkprognRevNb/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0401_BE0401A/BefolkprognRevNb/).
13. OECD and the European Commission. Landsprofiler om cancer 2023- Sverige. 2024.
14. Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom [database on the Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR),. 2026. Available from: <https://vardenisiffror.se/dataexport>.
15. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Nationella vårdprogram cancer. u.å.
16. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Utvärdering av nationella vårdprogram inom cancerområdet Rekommendationer om vägar framåt 2024.
17. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Vårdförlopp, SVF. u.å.
18. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Ändringar i SVF. u.å.
19. Socialstyrelsen. Cancer. u.å.
20. Socialstyrelsen. Ny översyn av screeningprogram klar. 2023. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/ny-oversyn-av-screeningprogram-klar/>.

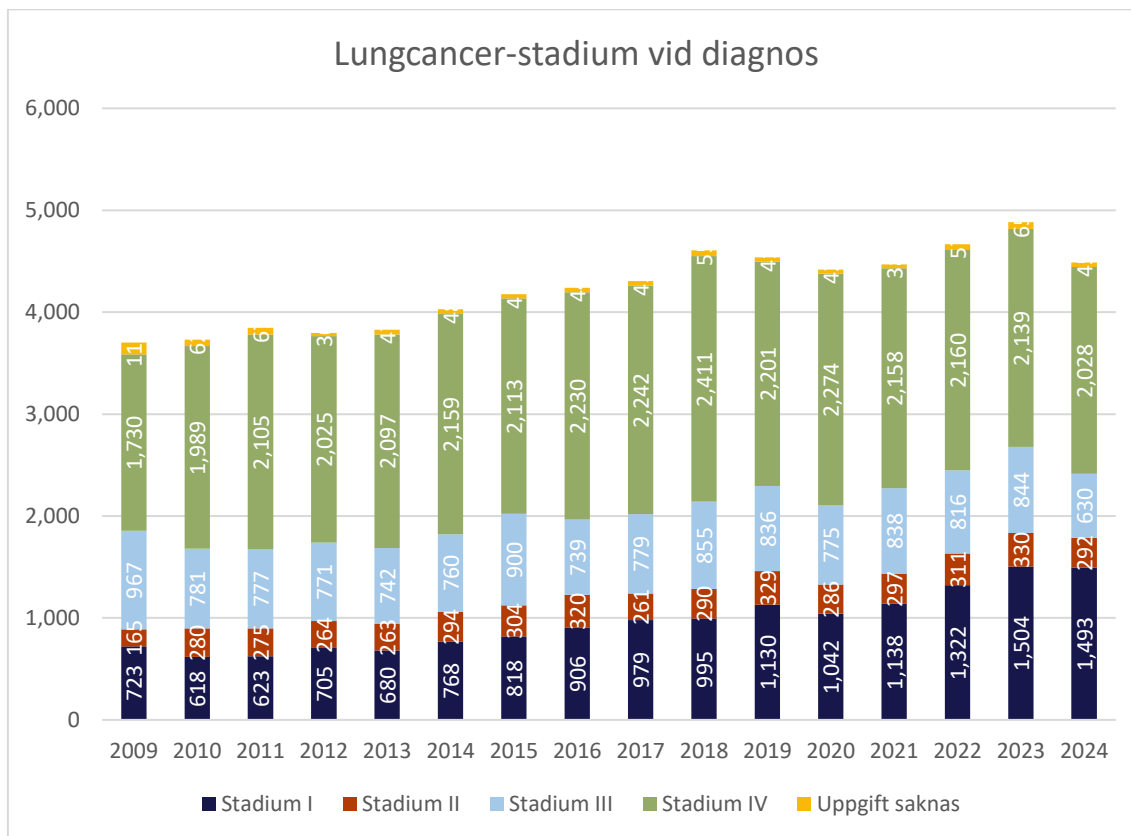
21. Fridhammar A, Gustafsson A, Andersson E, Steen Carlsson K. Värdet av utökad mammografiscreening till äldre åldersgrupper. IHE RAPPORT 2025:13, IHE: Lund. 2025.
22. OECD and the European Commission. Country Cancer Profile 2025- Sweden. 2026.
23. SBU. Screening för livmoderhalscancer med självprovtagning för HPV: ett vetenskapligt underlag 2021.
24. Socialstyrelsen. Screening för livmoderhalscancer- Rekommendation om att erbjuda screening- Slutversion 2022. 2022.
25. Folkhälsomyndigheten. Tidigare vaccinationsprogram. 2024. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/tidigare-vaccinationsprogram/>.
26. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025: Screening för tjock- och ändtarmscancer. Bilaga: Organisatoriska konsekvenser. 2025.
27. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer. 2026.
28. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Bilddiagnostik. u.å.
29. Cancerfonden. Undersökningar. u.å.
30. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Nationell genomlysning bilddiagnostik. 2024.
31. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Framtidens precisionsdiagnostik Utredning kring precisionsdiagnostikens konsekvenser 2024.
32. Cancerfonden. Cancerbehandlingar. u.å.
33. Läkemedelsverket. Läkemedelshandboken: Medicinsk onkologisk behandling. 2024.
34. Cancerfonden. Cytostatikabehandling. u.å.
35. Läkemedelsverket. Läkemedelshandboken, Cytostatikabehandling 2024.
36. Läkemedelsverket. Läkemedelshandboken, Endokrin behandling. 2024.
37. Cancerfonden. Hormonell behandling. u.å.
38. Läkemedelsverket. Läkemedelshandboken Målriktad behandling 2024.
39. Cancerfonden. Målinriktade läkemedel. u.å.
40. Cancerfonden. Immunterapi. u.å.
41. Läkemedelsverket. Läkemedelshandboken Immunterapi och cellterapi. 2024.
42. Cancerfonden. Frågor & svar om immunterapi u.å.
43. Manzano A, Svedman C, Hofmarcher T, Wilking N. Comperator report on Cancer in Europe 2025 - Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics. IHE REPORT 2025:2, IHE: Lund, Sweden 2025.
44. OECD. Access to oncology medicines in EU and OECD countries 2024.
45. RCC. Kunskapsbanken: Nationella Vårdprogram. uå. Available from: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/varprogram/>.
46. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Styrdokument Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården 2025-04-22 Version: 6.1 2025.
47. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Lungcancer. Nationellt vårdprogram, version 1.0 2015.
48. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Lungcancer. Nationellt vårdprogram, version 9.0. 2025.
49. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Malignt melanom. Nationellt vårdprogram, version 1.0. 2013.

50. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Melanom. Nationellt vårdprogram, version 8.1. 2025.
51. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Njurcancer. Nationellt vårdprogram, version 1.0. 2013.
52. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Njurcancer. Nationellt vårdprogram, version 6.0. 2025.
53. Kampen mot cancer. Kronisk cancer - en ny utmaning för sjukvården. u.å.
54. Onkologichefsrådet. Remissyttrande Bättre tillsammans - Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi 2025.
55. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Patientsamverkan. u.å. Available from: <https://cancercentrum.se/omrcc/patientsamverkan.954.html>
56. Patientregistret [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_par/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx).
57. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten, oktober 2023. 2023.
58. Cancerfonden. Strålbehandling. 2019. Available from: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/behandlingar/stralbehandling>.
59. Henkel PS, Pedersen K, Taskén K, Hult EH, Gelderblom H, Fagereng GL, et al. Precision cancer medicine in Europe: a mixed-methods study on infrastructure for extended molecular diagnostics. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2026;152:80.
60. Region Skåne. Läkemedelskostnader i Region Skåne 2025 2026.
61. Region Skåne. Prognos för utvecklingen av läkemedelskostnader i Region Skåne 2026-2027. 2026.
62. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige - analys och prognos 2025-2028 2025.
63. Björkström K, Matikas A, Svedman F, Björgvinsson E, Zupancic M, Villabona L, et al. Perioperative immune checkpoint inhibitor therapy across tumors: Insights and shared lessons from a rapidly evolving field. *J Intern Med*. 2026(May 2026):299(5):538-69.
64. Helgadottir H, Ny L, Ullenhag G, Falkenius J, Mikiver R, Olofsson Bagge R, et al. Survival after introduction of adjuvant treatment in stage III melanoma: a nationwide registry-based study. *J Natl Cancer Inst* 2023;2023 Sep 7(115(9)):1077-84.
65. Genomförda första besök inom 90 dagar i cancersjukvård [database on the Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR),. 2026. Available from: <https://vardenisiffror.se/dataexport>.
66. Ledtid för standardiserat vårdförlopp vid cancer [database on the Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR),. 2026. Available from: <https://vardenisiffror.se/dataexport>.
67. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Lungcancer Nationell kvalitetsrapport för 2024 2025.
68. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal [database on the Internet]. 2026. Available from: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_per/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx).
69. Visualiseringsverktyget Personalen i Valfärden [database on the Internet]. 2026. Available from: <https://skr.se/personalochkompetensforsorjning/statistikompersonalochkompetensforsorjning/personalstatistik.9829.html>.
70. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Personalen i välfärden 2025. 2025.
71. Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC). Lung- och lunsäckscancer. u.å.

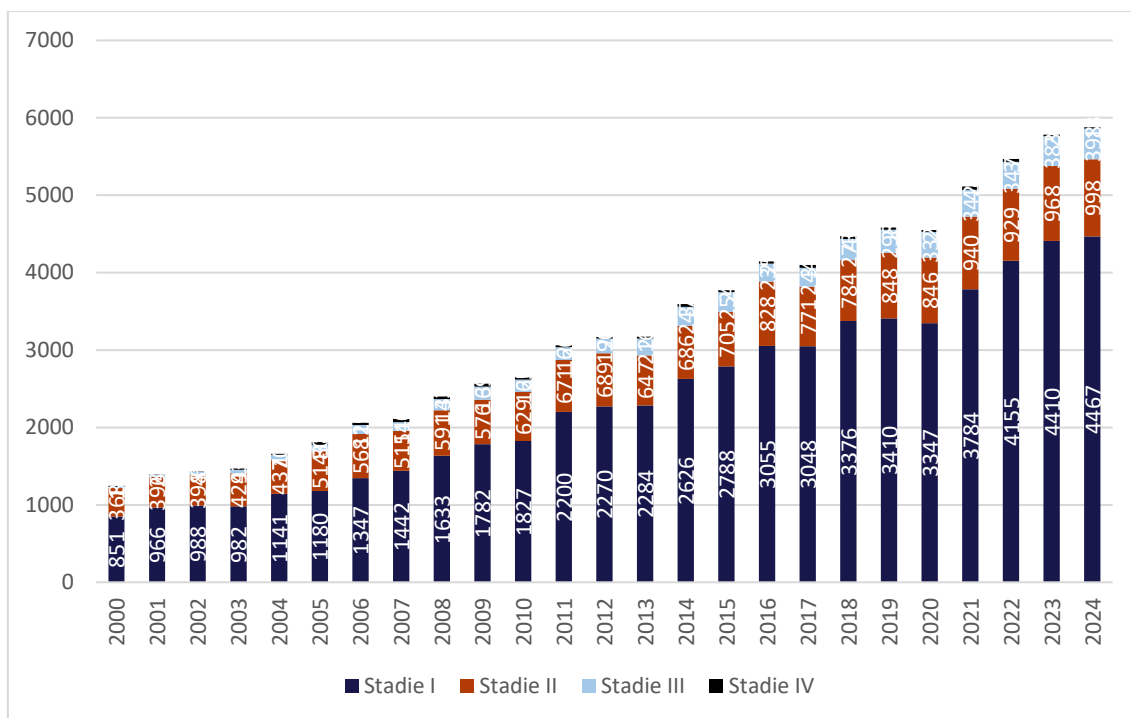
## Bilaga 1: Figurer



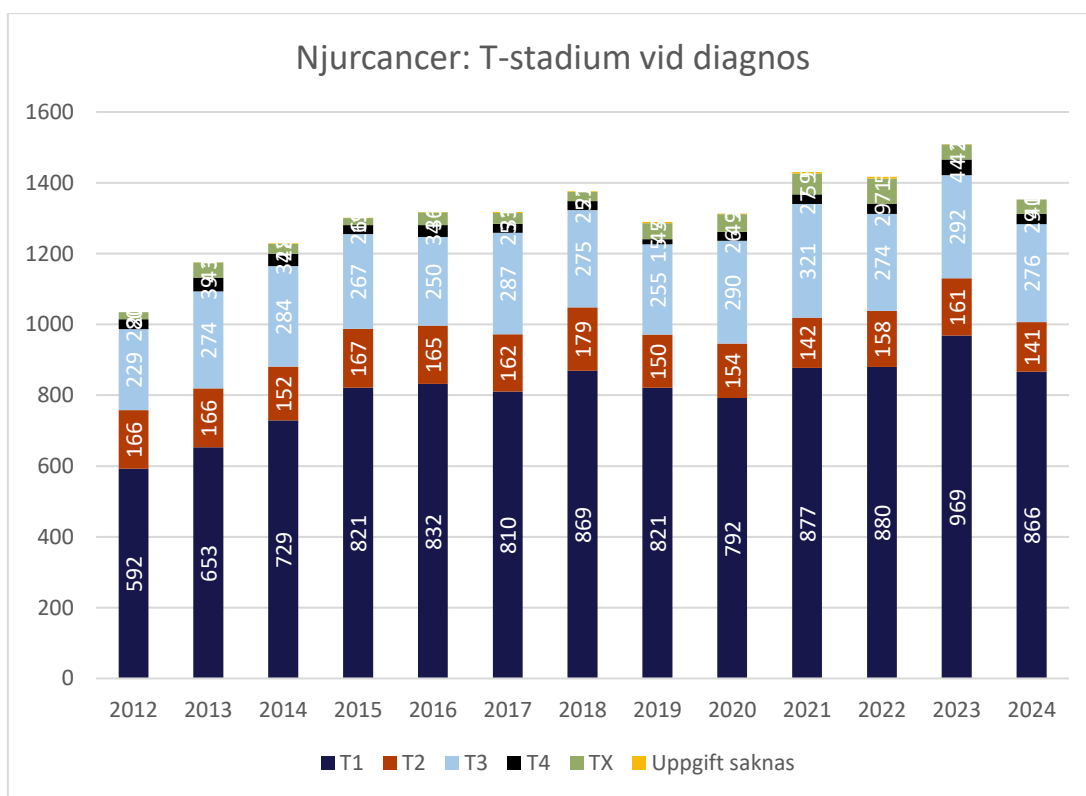
Figur A1. Antal dödsfall i cancer per 100 000 invånare år 2000-2024.



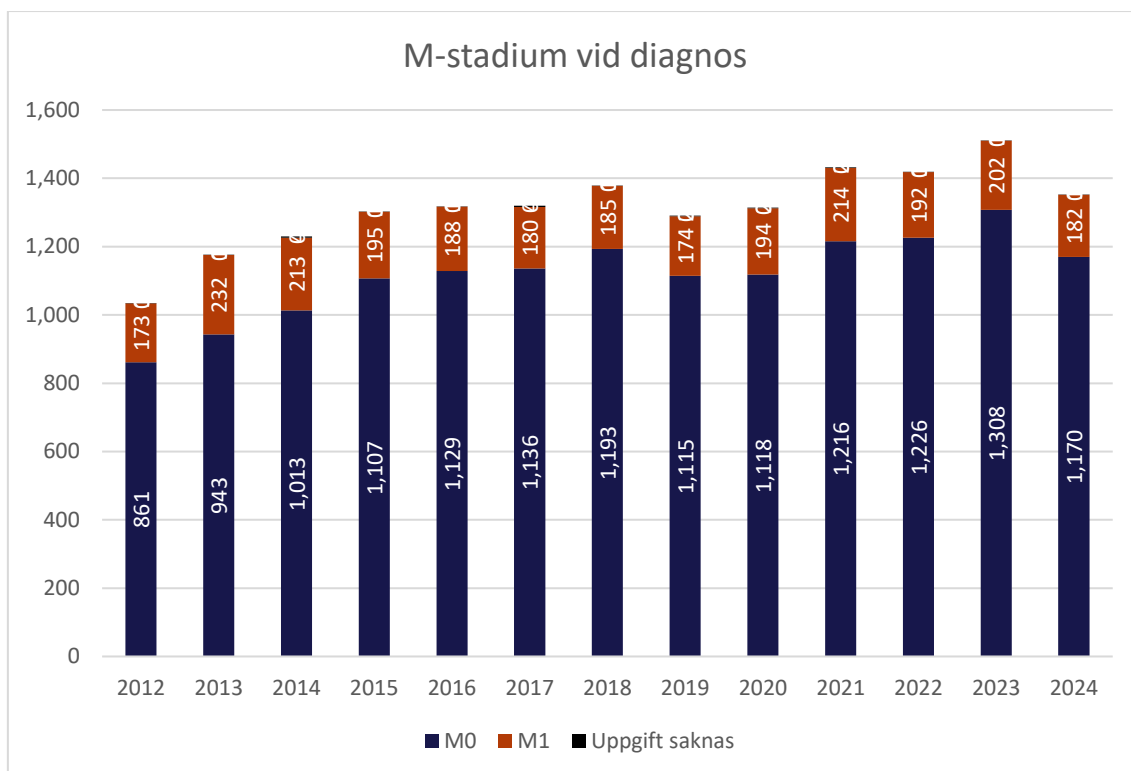
Figur A2: Antal personer per stadium vid diagnos vid lungcancer, 2009-2024.



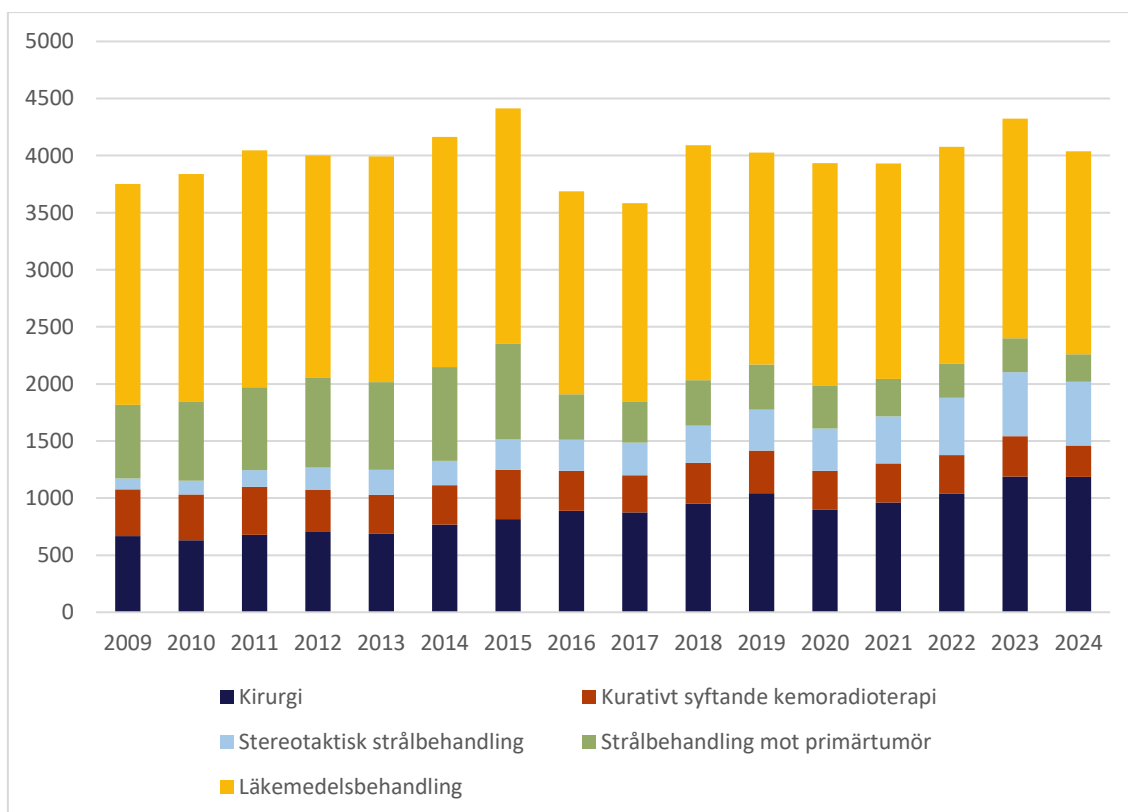
Figur A3: Antal personer per stadium vid diagnos av malignt hudmelanom, 2000-2024.



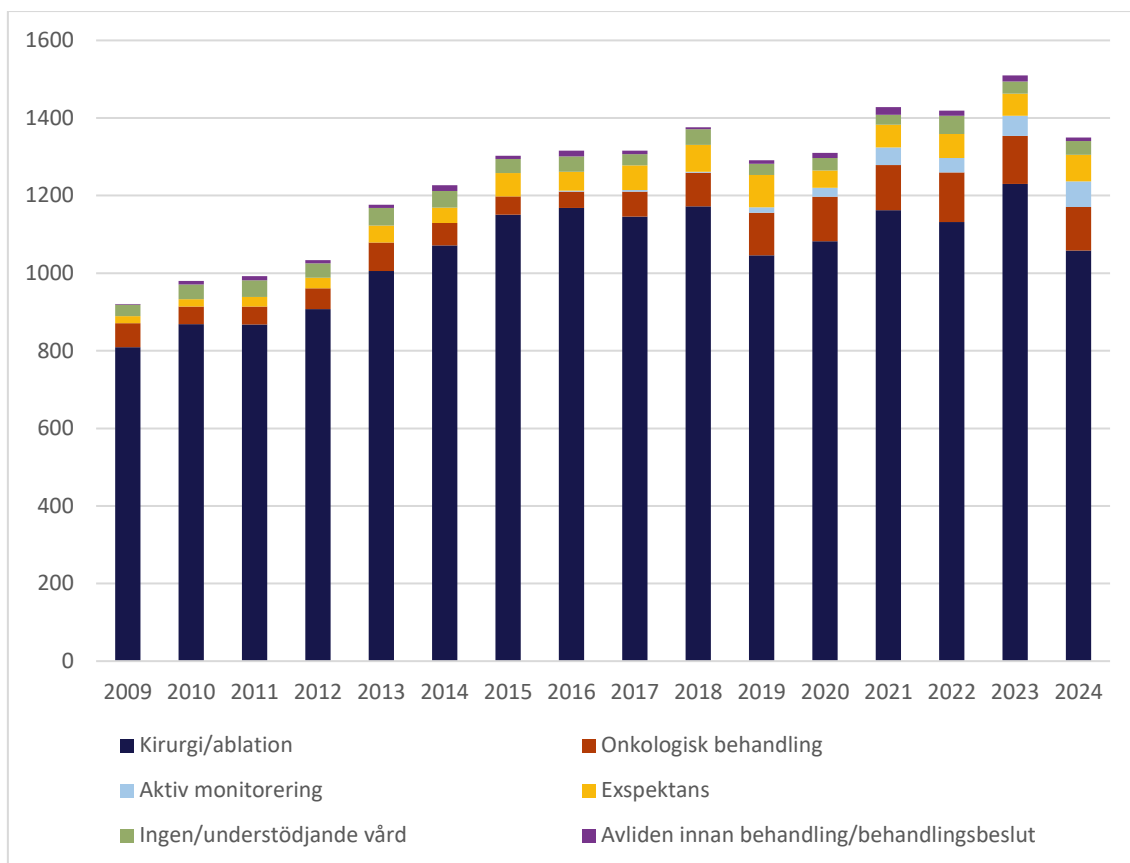
Figur A4: Antal personer per T-stadium vid diagnos vid njuncancer, 2012-2024.



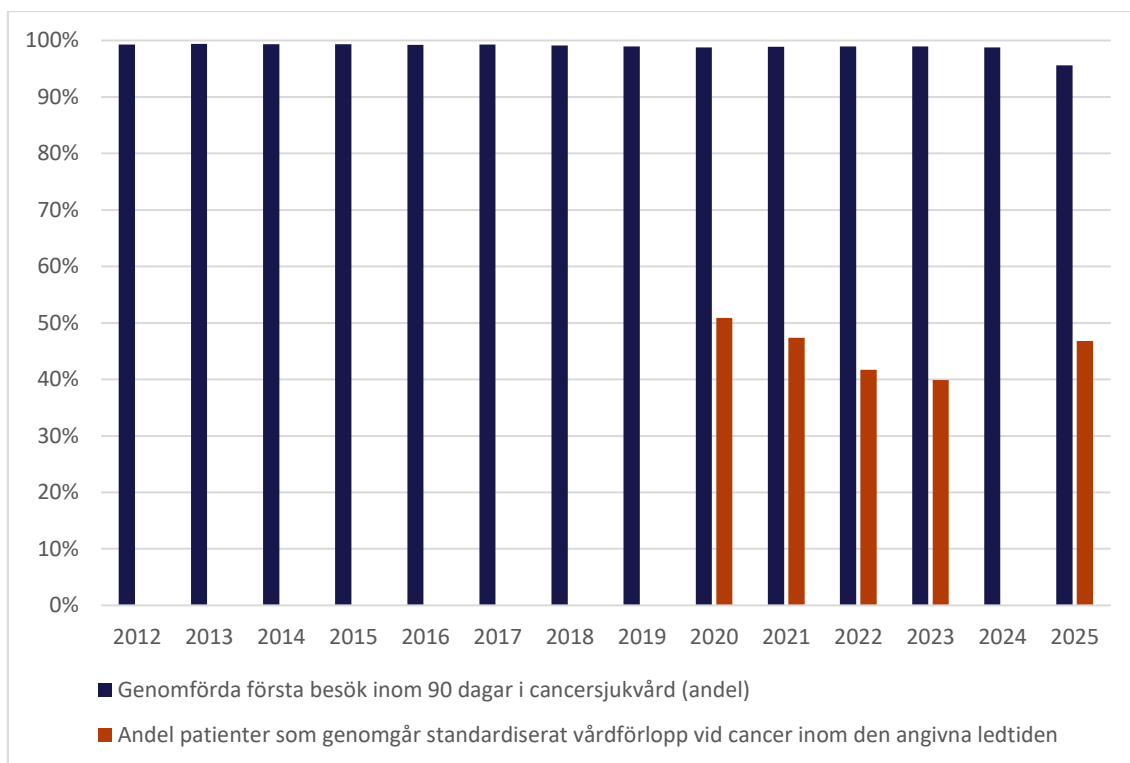
Figur A5: Antal personer per M-stadium vid diagnos vid njurcancer, 2012-2024.



Figur A6: Antal patienter som planerats för respektive behandling vid lungcancer, 2009-2024.



Figur A7: Antal patienter med respektive primärbehandling vid njurcancer, 2009-2024.

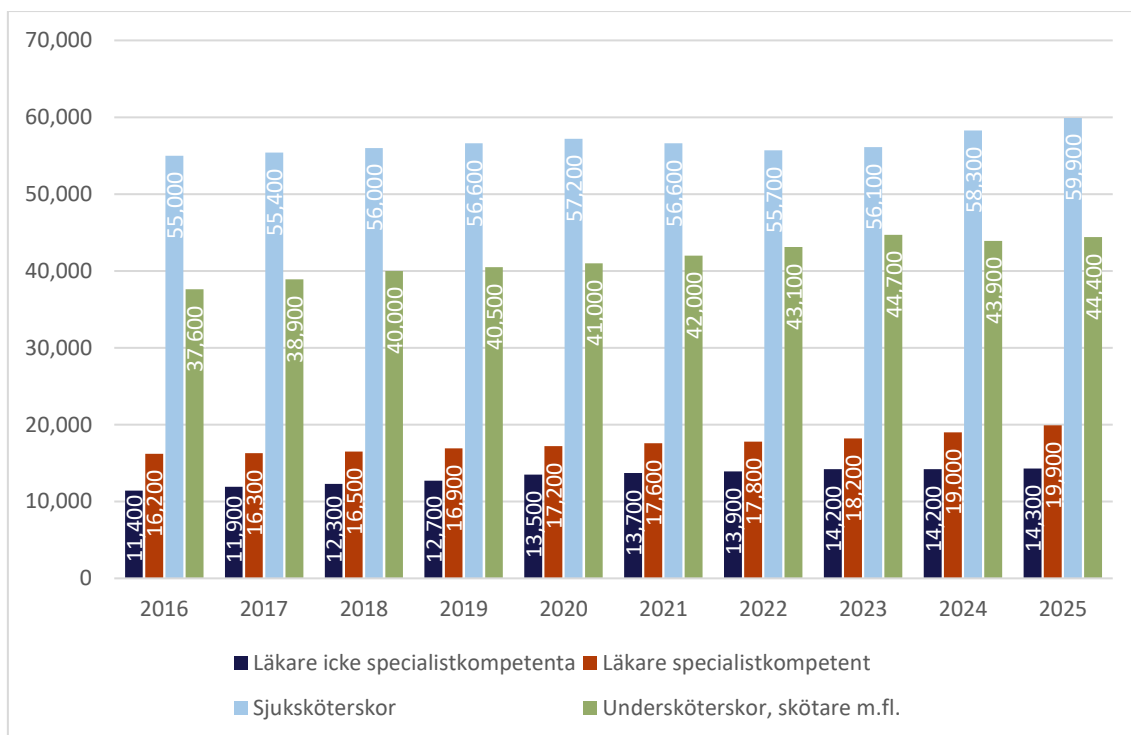


Figur A8: Andel genomförda första besök inom 90 dagar i cancersjukvård 2012-2025, andel patienter som genomgår SVF vid cancer inom den angivna ledtiden 2020-2025.

År	Yrkesaktiva specialitläkare			Yrkesaktiva specialistsjuksköterskor		
	Total	Onkologi	Radiologi	Total	Onkologi	Radiologi
2000	19 768	240	826	53 535	967	2 618
2001	20 317	243	839	53 324	949	2 607
2002	20 914	255	877	53 399	942	2 580
2003	21 423	272	891	52 782	941	2 606
2004	22 139	279	933	53 127	977	2 590
2005	22 689	284	944	52 833	993	2 578
2006	23 362	305	951	52 291	1 012	2 521
2007	24 041	313	980	52 208	1 039	2 465
2008	24 395	329	984	51 720	1 041	2 412
2009	24 975	339	1 022	51 703	1 053	2 338
2010	25 448	368	1 053	51 336	1 072	2 274
2011	26 067	397	1 100	50 568	1 086	2 180
2012	26 672	419	1 121	50 431	1 104	2 081
2013	27 376	438	1 141	50 305	1 110	1 989
2014	27 872	452	1 177	49 818	1 121	1 895
2015	28 328	467	1 202	49 798	1 124	1 783
2016	28 692	477	1 225	49 453	1 106	1 678
2017	29 094	479	1 245	49 274	1 109	1 584
2018	29 502	488	1 273	49 234	1 104	1 462
2019	29 205	507	1 239	49 304	1 107	1 373
2020	29 231	515	1 227	47 653	1 082	1 172
2021	30 052	524	1 265	49 044	1 106	1 110
2022	31 533	555	1 337	49 958	1 108	1 023
2023	32 394	577	1 388	49 638	1 109	969
2024	32 828	606	1 407	50 773	1 100	896
<b>Procentuell förändring</b>	<b>+66%</b>	<b>+153%</b>	<b>+70%</b>	<b>-5%</b>	<b>+14%</b>	<b>-66%</b>

Tabell A1: Antal yrkesaktiva specialitläkare och specialistsjuksköterskor i överensstämmelse med legitimation eller yrkesbevis 2000-2024.

CANCERVÅRDEN UNDER PRESS - ÖKAD ÖVERLEVNAD STÄLLER NYA KRAV



Figur A9: Antal årsarbetare (heltidsekvivalenter) inom svenska regioner per yrke, 2016-2025.

## Bilaga 2: Nationella vårdprogram

### Vårdprogrammet för lungcancer

Antalet nya fall av lungcancer har varit relativt oförändrat mellan 2015 och 2024, från 4 378 fall år 2015 till 4 374 fall år 2024 (7). Under samma period har antalet dödsfall minskat något från 3 628 till 3 561 dödsfall (9). Den förväntade relativa 5-årsöverlevnaden i lungcancer har ökat från 17 till 30 procent mellan 2013 och 2023, alltså nära på fördubblats (14). Lungcancer delas in i två huvudgrupper, icke småcellig respektive småcellig lungcancer. Vid diagnos utgör den icke småcelliga lungcancern cirka 80 procent av alla fall, medan småcellig lungcancer utgör 15 procent av fallen (71).

Det nationella vårdprogrammet för lungcancer, framtaget av RCC, har genomgått betydande förändringar mellan det första nationella vårdprogrammet som RCC tog fram 2015 (47) och innevarande version 9.0 som publicerades 2025 (48). Utvecklingen kännetecknas framför allt av en ökad grad av individualisering, där diagnostik och behandling i allt högre utsträckning anpassas efter tumörens stadium och patientens förutsättningar. En viktig del syftar till att matcha rätt patient med rätt läkemedel, vilket ofta ger bättre resultat än traditionella cytostatika. Beskrivningen nedan av vårdprogrammets innehåll är generell, medan vårdprogrammet i sig är detaljerat och många delar är indelade för respektive stadium.

**Bilddiagnostiken** utvecklats över tid och särskilt användningen av PET-DT har fått en mer central och standardiserad roll i stadiindelning och behandlingsplanering, även om den nämns även i vårdprogrammet 2015. PET-DT ger bättre diagnostiska möjligheter för att stadiindela och att kunna verifiera eller utesluta spridning till körtlar och utifrån det besluta lämplig behandling. Invasiv diagnostik har förskjutits mot mindre invasiva metoder, där EBUS och EUS i stor utsträckning har ersatt mer kirurgiska ingrepp för mediastinal stadiindelning. En stor utveckling har skett inom **patologi och molekyllär diagnostik**. År 2015 var diagnostik huvudsakligen begränsad till ett fåtal genetiska avvikelser, främst EGFR och ALK. I den senaste versionen av vårdprogrammet rekommenderas en bred testning av genetiska förändringar vid icke-småcellig lungcancer: EGFR, BRAF, KRAS, ERBB2, MET, ALK, ROS1, RET, NTRK, samt PD-L1. Införandet av next-generation sequencing (NGS) och, i vissa situationer, cirkulerande tumör-DNA (ctDNA) genom blodprov, har möjliggjort en mer heltäckande kartläggning av tumörens molekyllära profil. Detta har i sin tur lagt grunden för en mer precis och personanpassad läkemedelsbehandling. Dessa möjligheter fanns inte 2015.







**Läkemedelsbehandlingen** har utvecklats från att huvudsakligen bestå av cytostatika och någon enstaka målinriktad behandling, till att inkludera både immunterapi och ett växande antal målriktade terapier. Dessa möjligheter är tätt kopplade till utvecklingen inom diagnostiken. Immunterapi, i form av PD-1- och PD-L1-hämmare, har blivit en central komponent i behandlingen, både som monoterapi och kombinationsterapi. Samtidigt har antalet tillgängliga målriktade behandlingar ökat i takt med att fler behandlingsbara mutationer identifierats än EGFR och ALK. Dessa förändringar har också lett till en mer komplex behandlingsstruktur med flera behandlingslinjer och ökade krav på kontinuerlig omvärdering av behandlingsstrategin, exempelvis genom rebiopsi vid sjukdomsprogression.

Även **kirurgi och strålbehandling** har utvecklats, om än mer gradvis. Kirurgins roll i tidiga stadier är i huvudsak oförändrad, men i lokalt avancerad sjukdom har den i ökad utsträckning integrerats i olika behandlingsstrategier, exempelvis i kombination med neoadjuvant eller adjuvant systembehandling. Inom strålbehandling har stereotaktisk strålbehandling (SBRT)

etablerats som ett standardalternativ för patienter med tidig, inoperabel sjukdom, och kombinationer med systembehandling har fått en tydligare roll i senare stadier.

Målet med uppföljning inom lungcancer är att tidigt upptäcka återfall hos patienten och att följa behovet av rehabilitering. Till uppföljningen ska patienten få en individuellt framtagen uppföljningsplan. I vårdprogrammet för 2025 konstateras att det är oklart vad som är den mest effektiva uppföljningen av patienter som fått kurativ behandling.

Sammantaget speglar utvecklingen av vårdprogrammet en förflyttning från ett relativt standardiserat behandlingsupplägg till en mer komplex och individualiserad vård. De största förändringarna återfinns inom molekylär diagnostik och läkemedelsbehandling, medan förändringar inom kirurgi och strålbehandling främst utgör en vidareutveckling och förfining av etablerade arbetssätt. Ett ökat antal insjuknade, förbättrad överlevnad och mer avancerade, individanpassade behandlingar samverkar och leder till ett successivt ökat och mer resurskrävande vårdbehov vid lungcancer.

Insatsområde	Utveckling mellan 2015 och 2025*	Förändring
Bilddiagnostik		Nu: Mer systematisk användning av PET/CT för stadiindelning och behandlingsbeslut.
Patologi och molekylär diagnostik		Tidigare: begränsad mutationsanalys av EGFR och ALK. Nu: BRAF, KRAS, ERBB2, MET, ROS1, RET, NTRK, PD-L1, NGS-paneler Ibland ctDNA -
Kirurgi		Nu: I huvudsak oförändrad roll. Neoadjuvant/adjuvant immunterapi i kirurgiskt sammanhang.
Strålning		Nu: Viss förändring från konventionell strålbehandling, till introduktion av stereotaktisk strålbehandling som standard vid tidig sjukdom.
Läkemedelsbehandling		Tidigare: cytostatika och EGFR/ALK-riktad behandling. Nu: Fler immunterapi (PD-1/PD-L1), Målriktade terapier, Flerkombinationsbehandling. Utökad antal behandlingslinjer. Läkemedel ges både adjuvant/neoadjuvant behandling
Uppföljning		Nu: Uppföljningen har utvecklats mot mer individualiserad, behovsstyrd och evidensbaserad uppföljning.

\* avser förändring i komplexitet, frekvens eller intervall utan att beakta förändring i patientpopulation

Tabell A2: Förändringar i nationellt vårdprogram för lungcancer mellan 2015 och 2025.

## Vårdprogrammet för melanom (hudmelanom)

Antalet nya fall av hudmelanom har ökat från 3 117 fall år 2013 till 5 067 fall för år 2024 (7), motsvarande en ökning på 63 procent. Antalet dödsfall har däremot minskat något under samma period, från 520 år 2013 till 491 år 2024 (9), motsvarande en minskning på 6 procent. Den relativa 5-årsöverlevnaden har ökat något från 91 procent år 2013 till 95 procent år 2023 (14).

Det nationella vårdprogrammet för melanom har utvecklats från en huvudsak kirurgisk inriktning till precisionsmedicin från RCC:s första version år 2013 till 2025-års version 8.0 (49, 50). Förändringarna speglar både medicinteknisk utveckling och ökad tillgång till effektiv systemisk behandling, vilket tillsammans har förändrat hela vårdkedjan från diagnostik till uppföljning. I vårdprogrammet för melanom från 2025 beskrivs att det område där det varit tydligast och snabbast utveckling är onkologisk läkemedelsbehandling.

Inom **bilddiagnostik** har utvecklingen inneburit en förskjutning mot tidigare och mer strukturerad diagnostik. Klinisk bedömning kompletteras i större utsträckning med dermatoskopi och bildstödjande metoder, vilket har förbättrat möjligheten till tidig upptäckt och snabbare handläggning. Detta har bidragit till kortare diagnostiska ledtider och en mer standardiserad utredningsprocess. I dagens vårdprogram används DT och PET-DT mer strukturerat vid högre sjukdomsstadier som en del av behandlingsplanering exempelvis för att hitta asymptomiska hjärnmetastaser utan symtom, som kan uppstå vid bl.a. malignt melanom.

**Patologi och molekyllär diagnostik** har samtidigt utvecklats från en huvudsakligen histopatologisk bedömning där vävnadsprover undersöks, till att molekyllär analys är en väl etablerad och viktig komponent. Särskilt för avancerat melanom analyseras mutationer i exempelvis BRAF och PD-L1 för att styra val av målriktad behandling. Även i vårdprogrammet 2013 nämndes mutationsanalys av BRAF, NRAS och cKIT, men sammantaget har molekyllär diagnostik gått från att vara ett komplement till att utgöra en central del i behandlingen av melanom. Införandet och utökningen av molekyllär diagnostik, framför allt mutationsanalyser, har stärkt den prediktiva och prognostiska värderingen av melanom.







Inom **kirurgi** kvarstår kirurgisk excision som den grundläggande kurativa behandlingen, men vårdprogrammet har utvecklats mot mer selektiva och stadiumanpassade strategier. Användningen av sentinel node-diagnostik och mer återhållsamma kirurgiska ingrepp vid vissa riskgrupper speglar en ökad evidensstyrning och ett tydligare fokus på att undvika överbehandling, samtidigt som kirurgin fortsatt utgör en central del av den kurativa vården.

**Strålbehandling** har fått en mer differentierad roll jämfört med tidigare. Från att främst ha använts i palliativa situationer och vid adjuvant postoperativ behandling vid lymfkörtelmetastaserad sjukdom har den i senare versioner av vårdprogrammet fått en tydligare plats både i palliativ behandling och i utvalda adjuvanta situationer. Utvecklingen av mer precisa tekniker har bidragit till en mer selektiv och målinriktad användning.

Den största förändringen återfinns inom **läkemedelsbehandling**. Tidigare läkemedelsbehandling var begränsade till cytostatika, även om immunterapi och målsökande behandling nämndes i vårdprogrammet för 2013. Introduktionen av immunterapi, såsom PD-1- och CTLA-4-hämmare, samt målriktade terapier mot specifika mutationer, har påtagligt ökat överlevnaden. Dessa behandlingar används idag både i metastaserad och adjuvant situation. Dessutom har nya terapier utvecklats för specifika subgrupper, vilket ytterligare förstärker behovet av genetisk (molekyllär) diagnostik. Jämfört med 2013 års vårdprogram, där behandlingsmöjligheterna var begränsade, finns idag en bred arsenal av systemiska behandlingar inklusive immuncheckpoint-hämmare och BRAF/MEK-hämning. Detta har lett till en mer individualiserad behandlingsstrategi där molekyllär profilering påverkar terapival.

Slutligen har **uppföljning** utvecklats från mer standardiserade kontrollintervall till en mer risk- och stadiumanpassad uppföljningsstruktur. I dagens vårdprogram anpassas uppföljningen efter individuella riskfaktorer som tumörstadium. Låg-riskpatienter följs i mindre intensiv omfattning, ofta med fokus på egenkontroll och patientutbildning, medan hög-riskpatienter kan behöva tätare kontroller och i vissa fall bilddiagnostik.

Sammantaget visar utvecklingen av vårdprogrammet en förskjutning från en relativt enhetlig och kirurgiskt dominerad vårdmodell till en multidisciplinär, molekylärt informerad och behandlingsintensiv strategi där både diagnostik och terapi i högre grad individualiseras. Efterfrågan på cancervård ökar eftersom fler insjuknar samtidigt som överlevnaden förbättras. Tillsammans med en mer komplex och individanpassad behandling innebär detta ett växande vårdbehov över tid.

Insatsområde	Utveckling mellan 2013 och 2025*	Förändring
Bilddiagnostik		Nu: Något tidigare och bredare användning inkl. dermatoskopi och teledermatoskopi, samt PET-DT
Patologi och molekylär diagnostik		Tidigare: I viss mån BRAF V600 och NRAS-test Nu: Utökad klassifikation och molekylär diagnostik integrerad. Utökad BRAF V600 och NRAS-test 2025 omnämns även PD-L1. I vissa fall bred genetisk profilering (NGS-panel). Ökad användning av sentinel node biopsier.
Kirurgi		Nu: Fortsatt central roll.
Strålning		Nu: Minskad adjuvant behandling Ökad användning av sterotaktisk behandling
Läkemedelsbehandling		Tidigare: I huvudsak cytostatika Nu: Fler immunterapier (PD-1-, CTLA-4-, LAG-3 -hämmare) Målriktad behandling (BRAF/MEK-hämmare). Flerkombinationsbehandlingar. Utökad antal behandlingslinjer. Läkemedel ges både adjuvant/neoadjuvant och vid spridd sjukdom.
Uppföljning		Nu: Mer individualiserad, behovsstyrd och evidensbaserad uppföljning.

\* avser förändring i komplexitet, frekvens eller intervall utan att beakta förändring i patientpopulation

Tabell A3: Förändringar i nationellt vårdprogram för melanom (hud) mellan 2013 och 2025.

## Nationella vårdprogrammet för njurcancer

Antalet nya fall av njurcancer anges vara 1359 år 2024 (1600 2023), jämfört med 1 317 år 2013 (7). År 2013 dog 510 personer av njurcancer, jämfört med 2024 då 480 personer dog (9). Relativ 5-årsöverlevnad för njurcancer har ökat från 70 till 80 procent mellan 2013 och 2023 (14). Det nationella vårdprogrammet för njurcancer har under perioden från RCC:s första version år 2013 till 2025-års version 6.0 utvecklats i riktning mot ökad individualisering och mer strukturerad vårdprocess genom hela vårdkedjan (51, 52).

Inom **bilddiagnostik** har utvecklingen gått från en relativt standardiserad användning av främst CT och ultraljud för diagnostik och stadieindelning till en mer avancerad och differentierad diagnostisk. Parallellt har diagnostiken blivit mer standardiserad inom ramen för strukturerade vårdförlopp, vilket bidrar till snabbare och mer enhetliga utredningsprocesser.

Även **patologi och molekyllär diagnostik** har genomgått en fördjupning där 2025 års program utgår från en subtypning enligt WHO/ISUP-systemet samt en selektiv användning av molekyllära analyser. Detta innefattar genetiska förändringar såsom VHL, MET och andra relevanta mutationer i specifika fall, särskilt vid ovanliga tumörtyper, yngre patienter eller misstänkt ärftlig cancer. Utvecklingen speglar en gradvis förskjutning mot precisionsmedicinska principer, även om molekyllär diagnostik ännu inte är implementerad i rutin inom njurcancer.

Inom **kirurgisk behandling** har det skett en tydlig förskjutning mot mer organbevarande och tekniskt avancerade ingrepp. Medan nefrektomi (öppen eller laparoskopisk) var huvudstandard i 2013 års vårdprogram, betonas i 2025 års version i högre grad nefronsparande kirurgi, inklusive partiell nefrektomi och ökad användning av robotassisterad kirurgi. Dessutom har aktiv monitorering i selekterade patientgrupper fått en tydligare roll, vilket speglar en mer individualiserad behandlingsstrategi.

För **strålbehandling** kvarstår den huvudsakliga indikationen som palliativ symtomlindring, särskilt vid metastaserad sjukdom. Samtidigt har teknisk utveckling möjliggjort en mer precis och selektiv användning av stereotaktisk strålbehandling (SBRT) i vissa fall, även om strålning fortsatt inte har en kurativ huvudroll vid njurcancer.







När det gäller **läkemedelsbehandling** är förändringen mellan de två programversionerna mest omfattande. 2013 års behandlingslandskap dominerades av den målinriktade behandlingen tyrosinkinashämmare (TKI), medan 2025 års vårdprogram speglar ett paradigmskifte med införande av immunterapi, framför allt checkpoint-hämmare, ofta i kombination med andra läkemedel. Detta har breddat behandlingsmöjligheterna vid avancerad sjukdom och möjliggjort mer effektiva sekventiella behandlingsstrategier. Adjuvant tilläggsbehandling med immunterapi hos patienter som har genomgått nefrektomi eller partiell nefrektomi.

Slutligen har **uppföljning** utvecklats från relativt fasta och generella kontrollscheman till en mer riskstratifierad och individualiserad modell. I 2025 års vårdprogram betonas längre uppföljningstider för vissa patientgrupper, mer anpassade intervall baserat på återfallsrisk samt ökad användning av nationella kvalitetsregister. Detta bidrar till både bättre resursanvändning och förbättrad långsiktig kunskap om sjukdomsförlopp och behandlingsresultat.

**Uppföljningen** är liknande som tidigare, men skillnaden är att patienterna överlever längre så patientvolymerna ökar.

Utvecklingen av det nationella vårdprogrammet för njurcancer mellan 2013 och 2025 går liksom de andra sjukdomsområdena mot mer differentierade och komplexa kombinationer för läkemedelsbehandling samt en mer individanpassad uppföljning. Fler insjuknar i njurcancer och fler

överlever längre. I kombination med mer komplex och individanpassad vård skapar detta en multiplikatoreffekt som driver en ökad efterfrågan på vård.

Insatsområde	Utveckling mellan 2013 och 2025*	Förändring
Bilddiagnostik		Nu: Mer avancerad bilddiagnostik CT/MR för bättre stadiindelning och behandlingsplanering
Patologi och molekylär diagnostik		Nu: Molekylär diagnostik används begränsat i klinisk praxis.
Kirurgi		Nu: Utveckling mot något mer organbevarande strategier och tekniskt avancerade metoder.
Strålning		Nu: I huvudsak oförändrad roll
Läkemedels-behandling		Tidigare: TKI Nu: Fler immunterapier Målriktad behandling. Fler kombinationsbehandlingar. Utökad antal behandlingslinjer
Uppföljning		Nu: Något mer individualiserad och riskbaserad modell.

\* avser förändring i komplexitet, frekvens eller intervall utan att beakta förändring i patientpopulation

Tabell A4: Förändringar i nationellt vårdprogram för njurcancer mellan 2013 och 2025.

IHE RAPPORT 2026:7

