

SVERIGE

Landsprofiler om cancer 2023



Landsprofilerna om cancer

Det europeiska registret över cancerrelaterad ojämlikhet är ett flaggskeppsinitiativ i Europas plan mot cancer. Det innehåller välgrundade och tillförlitliga uppgifter om cancerprevention och cancervård för att identifiera trender, avvikelser och ojämlikheter mellan länder och regioner i EU. I landsprofilerna om cancer identifieras styrkor, utmaningar och särskilda åtgärdsområden för var och en av EU:s 27 medlemsländer samt Island och Norge för att vägleda investeringar och åtgärder på EU-nivå, nationell nivå och regional nivå som del av Europas plan mot cancer. Det europeiska registret över ojämlikheter i cancersektorn stöder också flaggskepp 1 i handlingsplanen för nollföröreningar.

Profilerna utarbetas av OECD i samarbete med Europeiska kommissionen. Teamet vill tacka de nationella experterna och för de värdefulla kommentarer som och förslag som inkommit från OECD:s hälsokommitté och EU:s expertgrupp för registret över cancerrelaterad ojämlikhet.

Data- och informationskällor

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

Data har också samlats in från Världshälsoorganisationen (WHO), Internationella centret för cancerforskning, Internationella atomenergiorganet, Institute for Health Metrics and Evaluation och andra nationella källor (som är oberoende av privata eller kommersiella intressen). EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde för de 27 EU-länderna om inte annat anges. Island och Norge ingår inte i EU-genomsnittet. Köpkraftsparitet är ett mått som anger vilken växelkurs som krävs för att olika valutor ska ha samma köpkraft, så att skillnader utjämnas mellan prisnivåerna i ett land jämfört med ett annat.

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

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".

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

©OECD 2023

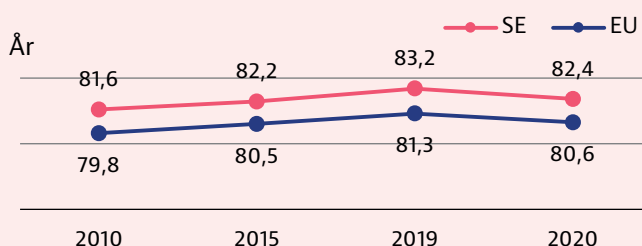
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <https://www.oecd.org/termsand-conditions>.

Innehållsförteckning

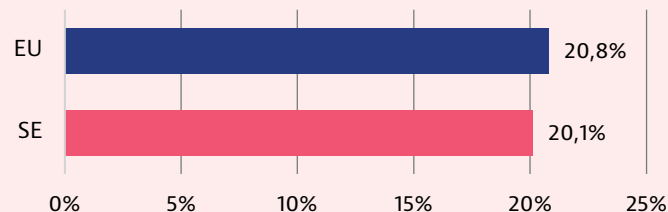
1. ÖVERSIKT	3
2. CANCER I SVERIGE	4
3. RISKFAKTORER OCH FÖREBYGGANDE	
STRATEGIER	7
4. TIDIG UPPTÄCKT	10
5. UTVÄRDERING AV CANCERVÅRDEN	13
5.1 Tillgänglighet	13
5.2 Kvalitet	15
5.3 Kostnader och valuta för pengarna	16
5.4 Covid-19 och cancer: öka resiliensen	17
6. FOKUS PÅ OJÄMLIKHET	18

Sammanfattning av hälso- och sjukvårdssystemets viktigaste egenskaper

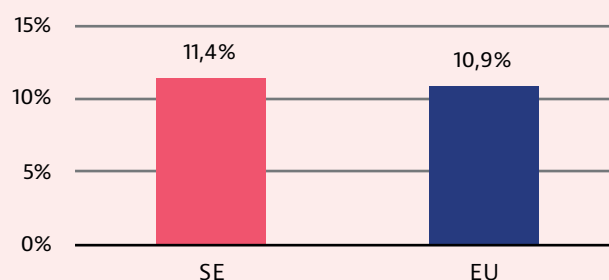
FÖRVÄNTAD LIVSLÄNGD (ÅR)



ANDEL AV BEFOLKNINGEN SOM ÄR 65 ÅR ELLER ÄLDRE (2021)

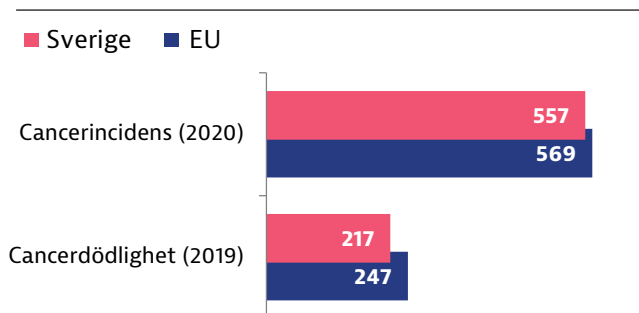


HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKOSTNADER I % AV BNP (2020)

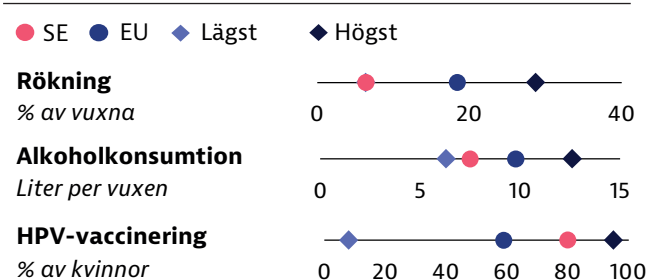
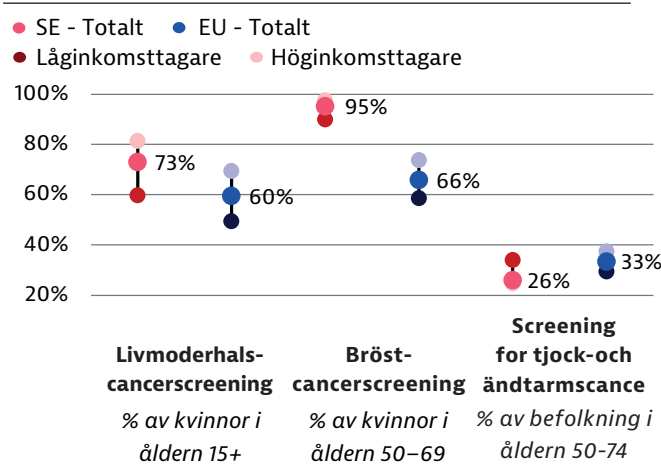


Källa: Eurostats databas.

1. Översikt



Åldersstandardiserad incidens per 100 000 invånare



Cancer i Sverige

Antalet cancerfall i Sverige är något lägre än EU-genomsnittet, samtidigt som cancerdödligheten är bland de lägsta i EU och minskar för de vanligaste cancerformerna. Den nationella cancerstrategin, som lanserades 2009, banade väg för nationella vårdprogram, förbättrad kvalitetssäkring, standardiserade vårdförlopp och vidareutveckling av kliniska kvalitetsregister.

Riskfaktorer och prevention

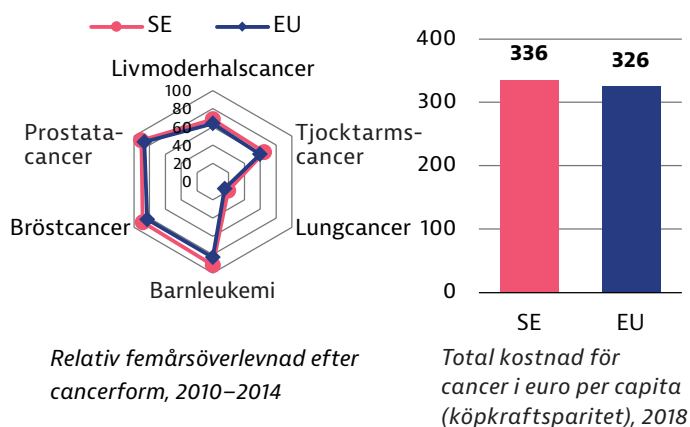
Förekomsten av riskfaktorer för cancer är i allmänhet låg i Sverige, men det finns vissa oroande skillnader mellan socioekonomiska grupper. Trots att andelen rökare i Sverige är den lägsta i EU är den relativa skillnaden mellan personer med högre och lägre inkomst bland de största.

Tidig upptäckt

Sverige har tre nationella screeningprogram som är skattefinansierade och kostnadsfria för målgrupperna. Täckningsgraden för bröst- och livmoderhalscancerscreening är bland de högsta i EU, men deltagandet skiljer sig fortfarande utifrån inkomst och utbildningsnivå.

Utvärdering av cancervården

Alla svenska invånare har tillgång till hälso- och sjukvård, och cancervårdens resultat jämförelsevis goda, med låg dödlighet och hög överlevnad. Kvaliteten på cancervården har fortsatt att förbättras under de senaste årtiondena efter lanseringen av den nationella cancerstrategin 2009. Strategin omfattade inrättandet av regionala cancercentrum, beslutsfattande i multidisciplinära team, regelbundet uppdaterade nationella kliniska vårdprogram, vidareutveckling av kliniska kvalitetsregister och snabb tillgång till nya läkemedel. Kostnaderna för cancer är något högre per capita än EU-genomsnittet.



2. Cancer i Sverige

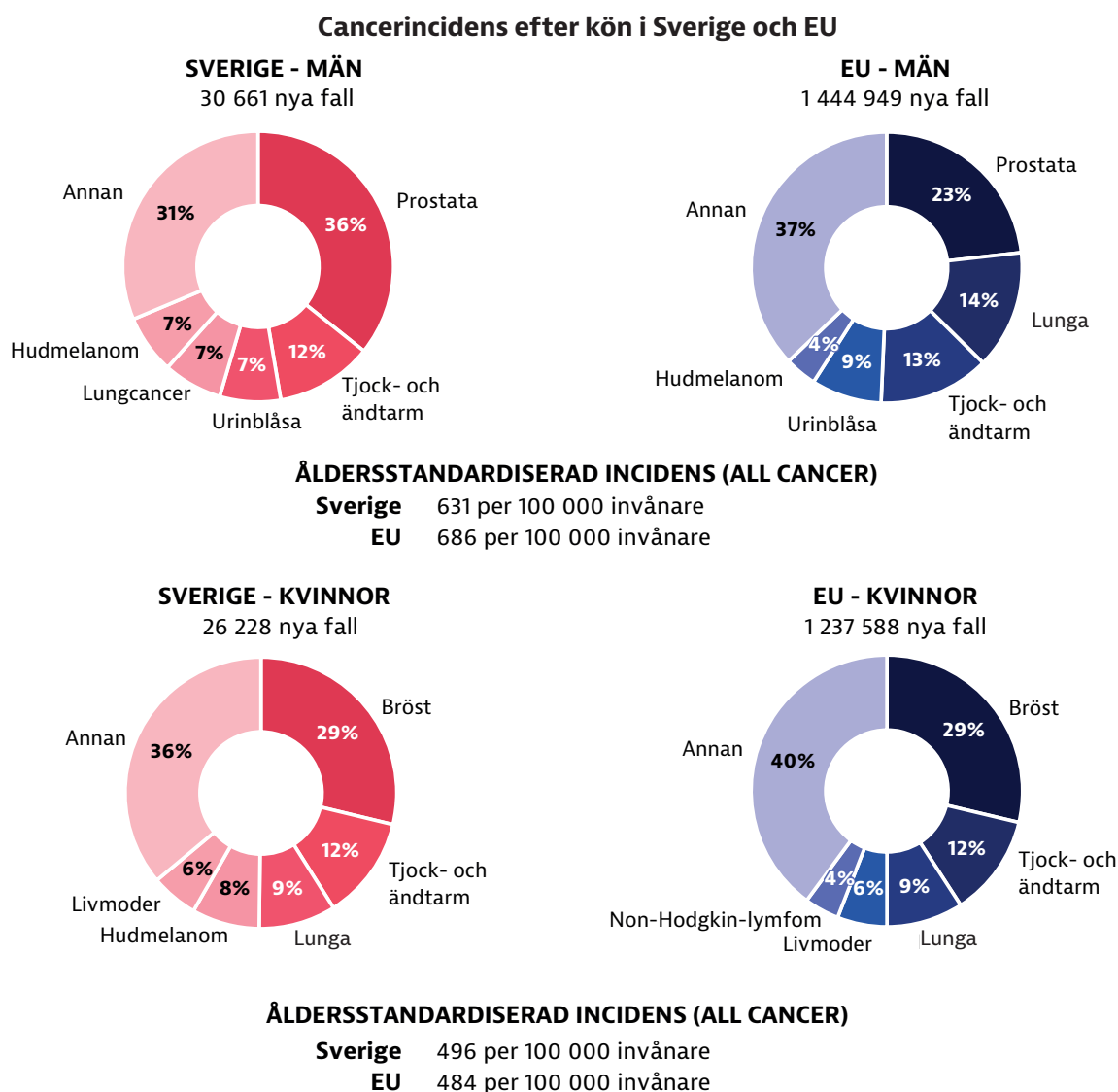
Antalet cancerfall i Sverige är lägre än EU-genomsnittet bland män men något högre bland kvinnor

Antalet cancerfall i Sverige har ökat sedan det nationella cancerregistret inrättades 1958, men cancerdödligheten har minskat sedan 1970-talet. Enligt det europeiska cancerinformationssystemet (ECIS), baserat på incidensutvecklingen från tiden före pandemin, förväntades cancerincidensen bland svenska män uppgå till 631 nya fall per 100 000 invånare 2020, vilket är lågt jämfört med EU-genomsnittet på 686 per 100 000 invånare. Bland kvinnor förväntades cancerincidensen vara

något högre än EU-genomsnittet, med 496 nya fall per 100 000 invånare jämfört med 484 per 100 000 i hela EU (Diagram 1).

Jämfört med andra EU-länder är förekomsten av hudcancer hög bland både män (45 nya fall per 100 000 invånare) och kvinnor (41 per 100 000) i Sverige. Förekomsten av prostatacancer är också högre än EU-genomsnittet (223 nya fall per 100 000 invånare jämfört med 159 per 100 000 i EU). När det gäller förekomsten av lungcancer bland män (45 nya fall per 100 000 invånare) är den däremot betydligt lägre än EU-genomsnittet (97 per 100 000).

Diagram 1. De ledande cancerformerna i Sverige är även ledande i EU under 2020



Anmärkning: Livmodercancer inkluderar inte cancer i livmoderhalsen. Dessa uppskattningar gjordes före covid-19-pandemin, baserat på incidensutvecklingen från tidigare år, och kan skilja sig från de nivåer som noterats senare.

Källa: Europeiska cancerinformationssystemet (ECIS). Från <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, hämtad den 9 maj 2022. © Europeiska unionen, 2022.

Cancerdödligheten är bland de lägsta i EU, men cancer är fortfarande den främsta orsaken till förlorade levnadsår

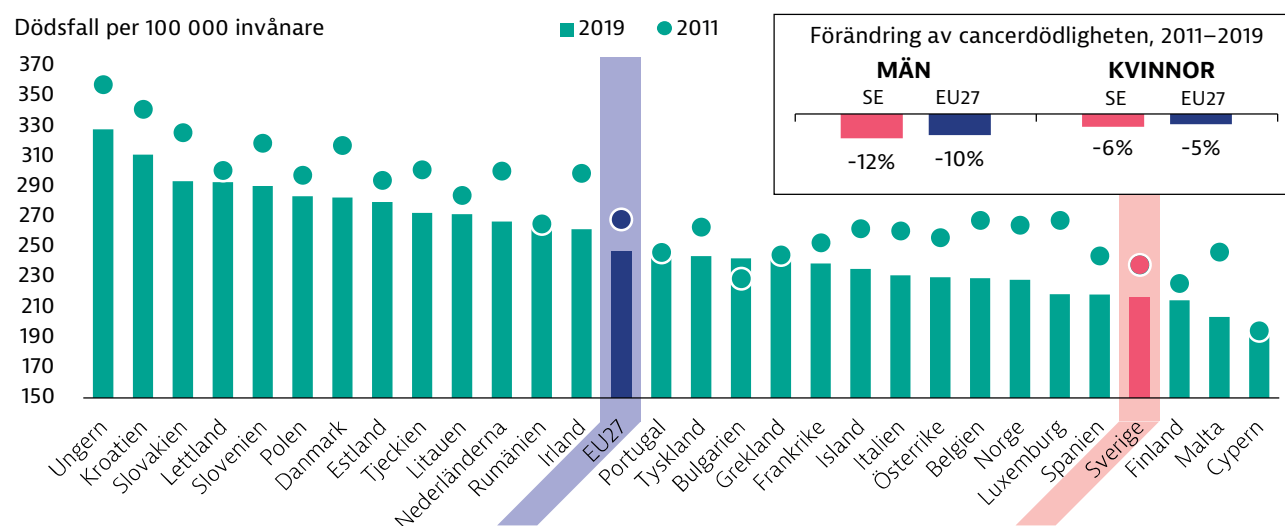
Cancer står för omkring 18 % av den totala sjukdomsbördan uttryckt som funktionsjusterade levnadsår (DALYs) i Sverige, jämfört med omkring 20 % i hela EU. Cancerdödligheten är bland de lägsta i EU, med 217 åldersstandardiserade dödsfall per 100 000 invånare jämfört med EU-genomsnittet på 247 dödsfall per 100 000 invånare.

Under 2011–2019 minskade cancerdödligheten mer i Sverige än i EU i genomsnitt (Diagram 2). Minskningen var 12 % bland män (jämfört med 10 % i hela EU) och 6 % bland kvinnor (jämfört med 5 % i EU). Trots en redan låg cancerdödlighet var alltså framstegen i Sverige större än i EU som helhet, vilket skulle kunna tyda på att

ojämlikheten i cancerdödlighet mellan länder ökar snarare än minskar.

Cancer är trots det, efter hjärt- och kärlsjukdomar, den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige, och den främsta orsaken till förlorade levnadsår (YLL). Under 2018 stod cancer för 915 förlorade levnadsår per 100 000 personer under 75 år, jämfört med EU-genomsnittet på 983 förlorade levnadsår. Cancer är den främsta orsaken till förlorade levnadsår för båda könen, men kvinnor förlorar 5 % fler år än män (939 förlorade levnadsår bland kvinnor jämfört med 893 bland män). Eftersom dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar betydligt snabbare än cancerdödligheten kommer cancer sannolikt att bli den vanligaste dödsorsaken. Under 2021 hade cancerdödligheten redan gått om dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland kvinnor i en av Sveriges 21 regioner.

Diagram 2. Cancerdödligheten i Sverige är bland de lägsta i EU



Anmärkning: Siffran för EU är ett vägt genomsnitt (enligt beräkningar av Eurostat för 2011–2017 och av OECD för 2018–2019). Källa: Eurostats databas.

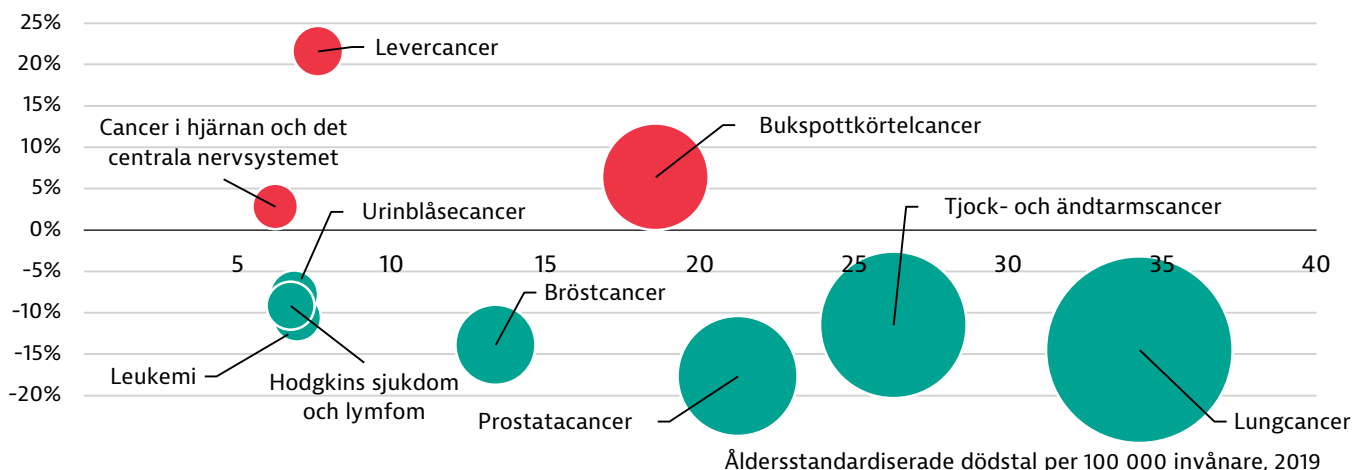
Lungcancer är den största orsaken till cancerdöd bland kvinnor och för båda könen tillsammans, medan prostatacancer är den vanligaste orsaken till cancerdöd bland män. Bröstcancer är den näst vanligaste orsaken till att kvinnor dör i cancer, följt av tjock- och ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer och hematologiska cancersjukdomar. Bland män är den näst vanligaste orsaken till cancerdöd lungcancer, följt av tjock- och ändtarmscancer, hematologiska cancersjukdomar och bukspottkörtelcancer. Den åldersjusterade dödligheten minskade för de flesta cancerformer i Sverige under perioden 2011–2019 (Diagram 3), med några få undantag såsom levercancer (från 6,2 dödsfall per 100 000 invånare, åldersstandardiserat, 2011 till 7,6 dödsfall per 100 000 under 2019) och bukspottkörtelcancer (från

17,4 dödsfall per 100 000 invånare, åldersstandardiserat, 2011 till 18,6 dödsfall per 100 000 under 2019).

Magsäckscancer förväntades 2020 utgöra 2 % av alla nya cancerfall bland män och 1 % bland kvinnor, och 2019 stod cancerformen för en total dödlighet på 5 dödsfall per 100 000 invånare, vilket är lägre än EU-genomsnittet (10 per 100 000 invånare).

Diagram 3. Dödligheten minskade i de flesta vanliga cancerformerna med några få undantag som lever-, bukspottkörtel- och hjärncancer

Förändring av cancerdödligheten, 2011–2019 (eller närmaste år)



Anmärkning: De röda bubblorna indikerar en procentuell ökning av cancerdödligheten under 2011–2019, medan de gröna bubblorna indikerar en minskning. Storleken på bubblorna står i proportion till dödstalen 2019. Dödligheten i vissa av dessa cancerformer är låg, och den procentuella förändringen bör därför tolkas med försiktighet. Bubblornas storlekar är inte jämförbara mellan länder. Källa: Eurostats databas.

Genom den nationella cancerstrategin infördes nationella vårdprogram, förbättrad kvalitetssäkring och standardiserade vårdförlopp

År 2009 antog Sverige en nationell cancerstrategi, vars övergripande mål är att a) minska risken för insjuknande i cancer, b) förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer, c) förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos, d) minska regionala skillnader i överlevnadstid, och e) minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid. År 2010 grundades sex regionala cancercentrum som hade som ett av sina främsta ansvarsområden att stödja genomförandet av den nationella cancerstrategin vilket inkluderade formerandet av nationella och regionala specialiserade samverkansgrupper och nationella vårdprogram. Ytterligare resurser tillhandahölls för att utveckla och förbättra användningen av kliniska kvalitetsregister för att följa upp implementeringen av riktlinjerna. I dag har Sverige över 30 kliniska kvalitetsregister på cancerområdet som används för kvalitetsförbättring och klinisk forskning.

Vidare infördes standardiserade vårdförlopp i Sverige 2015. Syftet med programmet var att korta väntetiderna, standardisera de diagnostiska strategierna, öka patientnöjdheten och minska regionala ojämlikheter när det gäller tillgång till vård i tid. Målet var att minst 70 % av cancerpatienterna skulle ingå i ett vårdförlopp och att 80 % av patienterna i vårdförlopp skulle börja behandlas inom de fastställda tidsgränserna.

De regionala cancercentrumen fick i uppdrag att samordna genomförandet och följa upp väntetiderna. De standardiserade vårdförloppen infördes för 31 cancerformer under 2015–2018. År 2021 ingick omkring tre fjärdedelar av alla cancerpatienter i ett standardiserat vårdförlopp för cancer.

Barncancervården är organiserad i sex specialiserade barncancercentrum

I Sverige diagnostiseras omkring 350 barn och ungdomar under 18 med cancer varje år. Under 2020 uppgick den åldersstandardiserade cancerincidensen hos barn under 15 år till 13 per 100 000 invånare, vilket är lägre än EU-genomsnittet (15 per 100 000). Den svenska barncancervården är organiserad i sex barncancercentrum, där alla barn och ungdomar under 18 år behandlas och följs upp. Den totala överlevnaden för barncancer i Sverige ligger i dagsläget på omkring 85 %.

Mekanismer för att skydda människor med cancer

Rätten att bli bortglömd (en rättighet som ger människor möjlighet att ha kontroll över sina personuppgifter, däribland hälsorelaterade uppgifter, genom att besluta om vad som bör vara tillgängligt för allmänheten) finns inte i svensk lagstiftning. I stället skyddas sårbara grupper av försäkringsavtalslagen genom "rätten till försäkring", vilket innebär att ett försäkringsbolag inte får vägra en person att teckna en sådan sjukförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller.

allmänheten om det inte finns särskilda skäl, vilka anges mer i detalj i lagen. Bolaget måste göra en individuell bedömning baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

När den medicinska behandlingen har slutförts och cancerpatienten anses vara frisk kan personen återgå till arbetet. Personernas förmåga

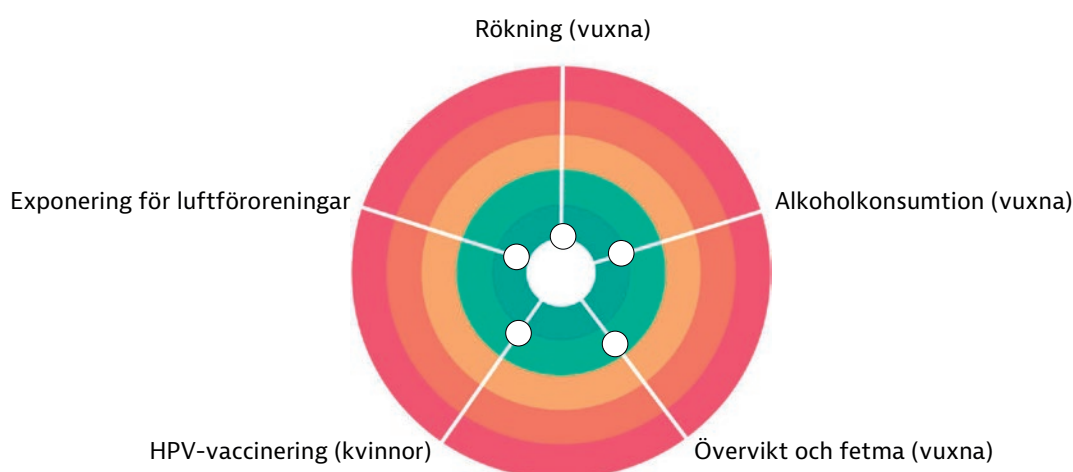
jämförs med deras arbetsuppgifter, och ett anställningsavtal kan inte sägas upp om de kan utföra de relevanta arbetsuppgifterna, åtminstone till viss del. Rehabiliteringen och matchningen mellan person och arbetsplats sker i samverkan med arbetsgivaren, Försäkringskassan och personen själv.

3. Riskfaktorer och förebyggande strategier

Förekomsten av riskfaktorer för cancer är i allmänhet lägre i Sverige än i EU (Diagram 4), men det finns vissa oroande trender. Särskilt oroande är den stora skillnaden i exponering för riskfaktorer mellan socioekonomiska grupper – särskilt när det gäller rökning – och den ökande förekomsten av fetma och fysisk inaktivitet bland barn och ungdomar. Medans det finns många åtgärder för tobakskontroll, och tobaksrökningen minskar i alla socioekonomiska grupper, kräver ökningen av fetma och fysisk inaktivitet hos barn och ungdomar särskild uppmärksamhet.

Ansvar för att förebygga hälsorisker är fördelat mellan en mängd aktörer på alla nivåer i det svenska samhället, inklusive på nationell, regional och kommunal nivå. Icke-statliga organisationer spelar också en viktig roll. Exempel på ansvariga institutioner är regeringen, statliga myndigheter (däribland Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket och Socialstyrelsen), vårdgivare, skolor, stadsplanerare och icke-statliga organisationer. Under 2020 motsvarade de totala utgifterna för förebyggande insatser 3,3 % av de nuvarande utgifterna för hälso- och sjukvård, vilket är strax under EU-genomsnittet på 3,4 %.

Diagram 4. Förekomsten av riskfaktorer för cancer är lägre i Sverige än i andra EU-länder



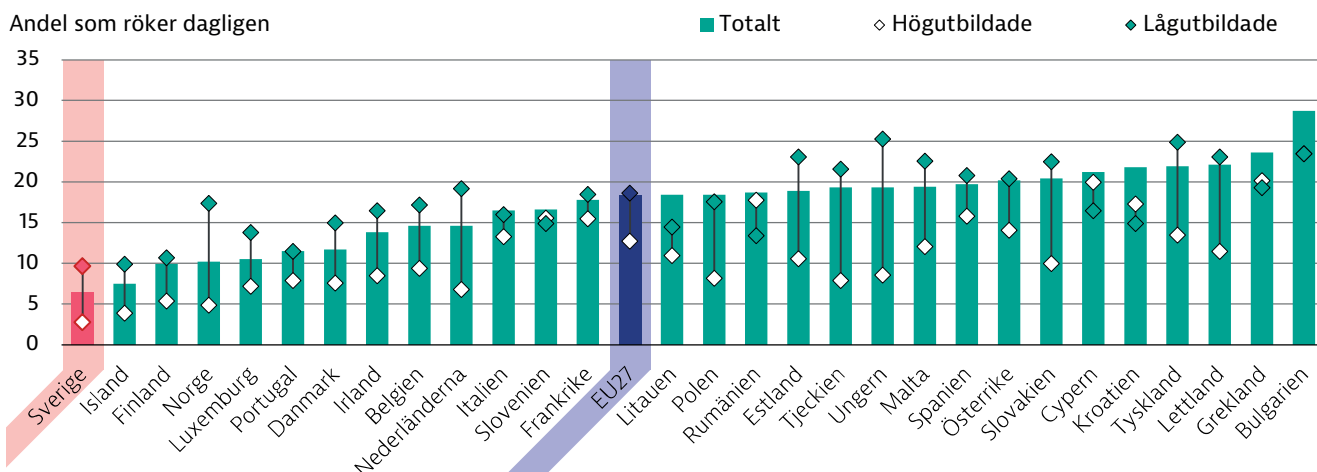
Anmärkning: Ju närmare mitten punkten är placerad, desto bättre är landets resultat jämfört med andra EU-länder. Inget land hamnar i det vita mittenfältet, eftersom det finns utrymme för förbättringar på alla områden i samtliga länder. Källor: OECD:s beräkningar baserade på Europeiska hälsoenkäten 2019 för rökning och övervikt/fetma, OECD Health Statistics 2022 och WHO:s globala informationssystem för alkohol och hälsa för alkoholkonsumtion (2020), WHO för vaccinering mot humant papillomvirus (HPV) (via WHO:s och Unicefs gemensamma rapporteringsformulär för immunisering) (2020) samt Eurostat för luftföroreningar (2019).

Sverige har den lägsta förekomsten av rökning i EU

Rökning har minskat stadigt, oberoende av kön, ålder och socioekonomisk bakgrund. Enligt Europeiska hälsoenkäten 2019 rökte 6,4 % av befolkningen dagligen jämfört med EU-genomsnittet på 18,4 %. Skillnaderna i rökning mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper är lägre i Sverige¹ än i andra EU-länder, men skillnaderna mellan

socioekonomiska grupper är markanta. Under 2019 var andelen personer som röker dagligen mer än tre gånger större bland personer med lägre utbildning (9,7 %) än bland personer med högre utbildning (2,8 %) (Diagram 5). Förhållandet var ungefär detsamma mellan personer med lägre och högre inkomst (11,5 % respektive 3,4 %). De relativa skillnaderna i rökning utifrån utbildning och inkomst är större i Sverige än i de flesta andra EU-länder.

Diagram 5. Låg utbildning är fortfarande en betydande faktor för rökvanor i Sverige



Anmärkning: Siffran för EU är ett vägt genomsnitt (enligt beräkning av Eurostat).

Källa: Eurostats databas (Europeiska hälsoenkäten). Uppgifterna avser 2019.

Användningen av snus är utbredd i Sverige och har flera negativa hälsoeffekter, inklusive ökad cancerrisk. Enligt International agency for research on cancer (IARC) är rökfri tobak kopplad till cancer i munhålan, matstruben och bukspottkörteln. Det är möjligt att snus användning kan öka risken för cancer i magsäcken och ändtarmen och öka dödligheten efter en cancerdiagnos (observerat för all cancer sammanslaget samt för prostatacancer), både när dödsorsaken betraktas som cancerrelaterad och för samtliga dödsorsaker (Folkehelseinstitutet 2019). Cancerrisken är ännu okänd för nya nikotinprodukter som kommit ut på marknaden, till exempel elektroniska cigaretter och nikotinpåsar (vitt snus), men på grund av hälsoriskerna med nikotin kommer de att behöva övervakas noggrant. Bland befolkningen i åldern 15 år eller äldre använde runt 1 % e-cigaretter regelbundet 2020, vilket är ungefär hälften av EU-genomsnittet (2,1 %).

Flera åtgärder har vidtagits för tobakskontroll i Sverige. Förutom beskattning för att minska efterfrågan infördes varningstexter på tobakspaket

1977, ett reklamförbud 1993, en 18-årsgräns för köp av tobaksvaror 1997 och ett förbud mot rökning i barer och restauranger som trädde i kraft 2005. Under 2019 utökades rökförbudet till att omfatta uteserveringar och vissa andra offentliga platser, som tågstationer, busshållplatser och lekplatser.

Luftföroreningarna i svenska städer är ganska låga i förhållande till EU-genomsnittet

Partiklar i atmosfären är en komponent i luftföroreningar utomhus som International agency for research on cancer (IARC) har klassificerat som cancerframkallande för människor². PM₁₀-partiklar anses vara tillräckligt små för att inandas djupt ner i lungorna där de, beroende på sammansättningen, kan orsaka lungcancer. Viktiga lokala källor till PM_{2,5} är trafik och vedeldning, där man vet att framför allt förbränningsprodukter som tjära och sot är cancerframkallande. Mängden PM_{2,5} och PM₁₀ mäts regelbundet i europeiska städer. Nivåerna i svenska städer 2019 (5,8 µg/m³ av PM_{2,5} och 12,3 µg/m³ av PM₁₀) var betydligt lägre än EU-genomsnittet (12,6 µg/m³ av PM_{2,5} och 20,5 µg/m³ av PM₁₀).

¹ Enligt den nationella folkhälsoenkäten rökte 5,9 % av männen och 6,1 % av kvinnorna 2021.

² Partiklar i atmosfären (PM) klassificeras efter storlek, där PM₁₀ avser partiklar som är mindre än 10 mikrometer i diameter och PM_{2,5} partiklar som är mindre än 2,5 mikrometer i diameter.

Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige är låg, men den skadliga konsumtionen ligger nära EU-genomsnittet

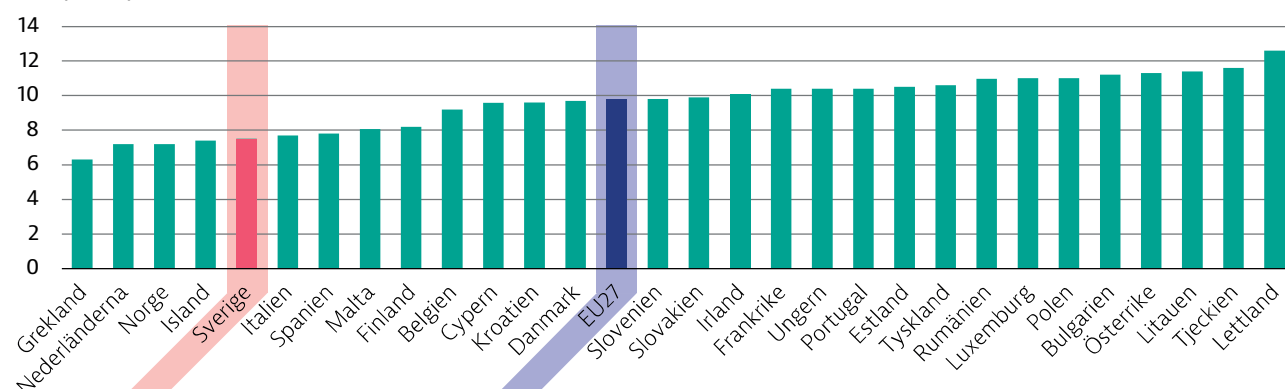
Den totala alkoholkonsumtionen per capita i Sverige är lägre än EU-genomsnittet (Diagram 6). Under 2020 stod alkoholkonsumtionen bland personer i åldern 15 år eller äldre för i genomsnitt 7,5 liter ren alkohol per person och år, vilket är 23 % mindre än EU-genomsnittet på 9,8 liter.

Det skadliga drickandet i Sverige (2,4 %) ligger däremot nära EU-genomsnittet (2,7 %). Fler kvinnor (2,8 %) än män (2 %) uppger att de dricker i skadliga mängder då gränsen sätts vid 20 gram per dag för kvinnor och 40 gram per dag för män.

Den svenska alkoholpolitiken har en lång och komplicerad historia. Uppfattningen var att alkoholanvändningen orsakade betydande hälsoproblem och sociala problem, som förvärrades under 1800-talet. År 1922 hölls en icke-bindande folkomröstning om ett rusdrycksförbud. Förbudssidan förlorade knappt, men som en politisk kompromiss behölls ett alkoholransoneringsystem (motbokssystemet) fram till 1955. Därefter har kontrollåtgärderna riktats mot priserna (genom skatter) och på att begränsa tillgången genom Systembolagets monopol. Pris och tillgänglighet är två av de tre åtgärder för att kontrollera alkoholkonsumtionen som rekommenderas av WHO. Den tredje åtgärden – reglering av reklam – används också i Sverige.

Diagram 6. Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige är bland de lägsta i EU

Liter per capita



Anmärkning: Siffran för EU27 är ett oviktat genomsnitt (enligt beräkning av OECD).

Källor: OECD Health Statistics 2022 och WHO:s globala informationssystem för alkohol och hälsa.

Trender i förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar är oroande

Enligt europeiska hälsoenkäten uppgick andelen övervikt eller fetma i Sverige 2019 till strax över 50 %, vilket var lite under EU-genomsnittet (52,7 %). Förekomsten av övervikt och fetma bland svenska kvinnor (45,7 %) var i linje med EU-genomsnittet, medan förekomsten bland män (57,1 %) var lägre än EU-genomsnittet. Övervikt och fetma var vanligare bland personer med lägre utbildningsnivå både bland män (59,4 %) och kvinnor (51,4 %), även om båda grupperna fortfarande låg under EU:s genomsnitt på 62,9 % för män och 55,1 % för kvinnor. Bland personer i åldrarna 65 år eller äldre var förekomsten av övervikt och fetma 56,5 %, vilket är lägre än EU-genomsnittet på 62,8 %.

Andelen vuxna med fetma har tredubblats under perioden 1980–2020, från 5 % till drygt 14 %. Bland personer över 40 år fördubblades andelen, medan den fyrfaldigades för vuxna under 40 år. En särskilt oroande trend är att både övervikt och fetma ökar

bland svenska skolbarn. Förekomsten av fetma bland barn i åldrarna 11–15 var fem gånger så hög 2020 som i slutet av 1980-talet. Enligt mätningar utförda 2017–2018 låg förekomsten av fetma hos skolbarn i åldrarna 11–15 på 6 % och förekomsten av övervikt på 14 %.

Den fysiska aktiviteten är hög bland vuxna, men lägre bland barn och ungdomar

Under 2019 var den fysiska aktiviteten bland den vuxna befolkningen i Sverige högre än EU-genomsnittet. Andelen vuxna som ägnar sig åt pulshöjande träning i minst 150 minuter i veckan var 56 %, vilket är klart över EU-genomsnittet på 33 %. Det fanns inga relevanta skillnader mellan män och kvinnor. Enligt svenska nationella undersökningar (Folkhälsomyndigheten 2022) är den fysiska aktiviteten bland barn och ungdomar däremot låg. Mätningar från 2017–2018 visade exempelvis att bara 11 % av 15-åringarna ägnade sig åt tillräcklig fysisk aktivitet enligt WHO:s rekommendationer om minst en timmes fysisk

aktivitet med måttlig till hög intensitet per dag för denna åldersgrupp. Fysisk aktivitet var dessutom vanligare bland personer med högre utbildning (62,6 %) jämfört med personer med lägre utbildning (49,6 %), även om andelarna låg högt över EU:s genomsnitt för personer med högre (42,4 %) respektive lägre (24,5 %) utbildning.

4. Tidig upptäckt

Den svenska hälso- och sjukvården erbjuder screening för bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer och livmoderhalscancer

Sverige har tre nationella screeningprogram (screening erbjuder specifika målgrupper med risk att få den aktuella cancerformen) som är kostnadsfria för deltagarna. Programmen omfattar screening för livmoderhalscancer, bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer. Under det senaste årtiondet har det gjorts flera ändringar av rekommendationerna om nationella screeningprogram. År 2014 rekommenderade Socialstyrelsen att screening för tjock- och ändtarmscancer skulle erbjudas personer i åldrarna 60–74 år, och 2015 utfärdade Socialstyrelsen rekommendationer om att screeningen av livmoderhalscancer bör ändras från primär cytologi (gynekologisk cellprovtagning) till primär HPV-testning.

Den svenska hälso- och sjukvården är i hög grad decentraliserad, och de 21 regionerna – som är de vårdgivare som ansvarar för att administrera screeningprogrammen – har genomfört de nya riktlinjerna i olika takt, vilket har inneburit att ganska stora regionala skillnader uppstått.

Det höga deltagandet i bröstcancerscreening bidrar till den låga dödligheten i bröstcancer

Det svenska screeningprogrammet för bröstcancer inleddes i mitten av 1980-talet. I dag omfattas alla kvinnor i åldrarna 40–74 år av programmet, med ett rekommenderat screeningintervall på 18–24 månader. Bröstcancerscreeningen är kostnadsfri och det är många som deltar i programmet. Detta återspeglas i den höga femårsöverlevnaden för bröstcancer (89 %) bland kvinnor som diagnostiserades under 2010–2014. Sverige är ett av länderna med den lägsta dödligheten i bröstcancer i EU, med en åldersstandardiserad dödlighet på

Konsumtionen av frukt och grönsaker i Sverige är lägre än EU-genomsnittet

Under 2019 låg konsumtionen av en portion grönsaker minst en gång om dagen på strax över 50 % i Sverige, vilket är ungefär i linje med EU-genomsnittet. Fruktkonsumtionen var dock betydligt lägre än genomsnittet i EU. Endast 46 % av befolkningen åt en portion frukt per dag, jämfört med 56 % i hela EU.

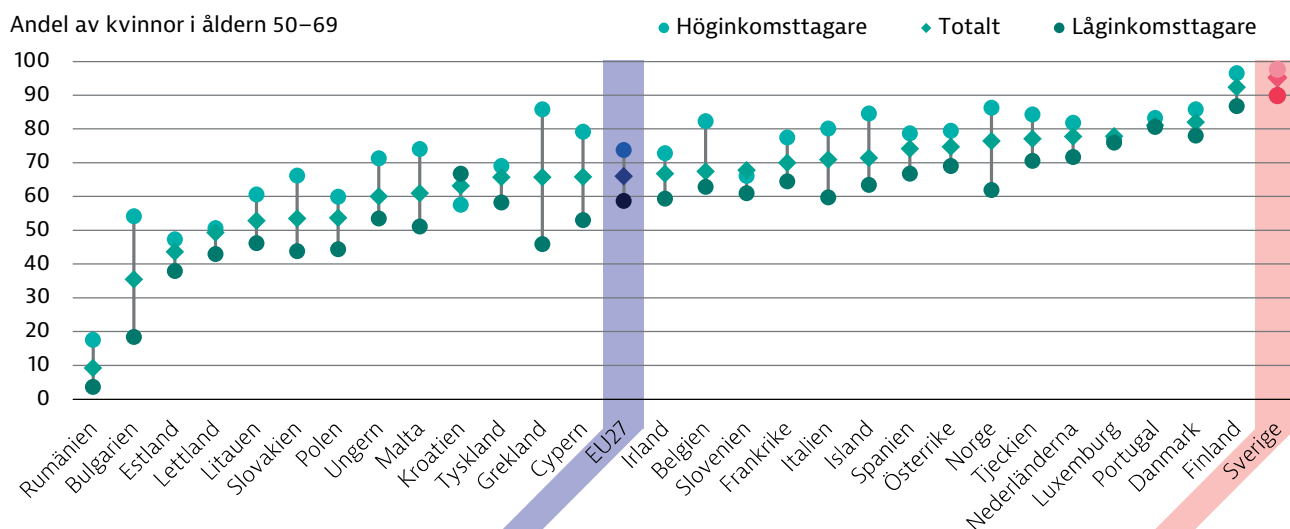
13 dödsfall per 100 000 kvinnor, jämfört med EU-genomsnittet på 18 dödsfall per 100 000 kvinnor.

Enligt Europeiska hälsoenkäten har Sverige det högsta deltagandet i bröstcancerscreening bland kvinnor i åldrarna 50–69 år (95 %) i EU (där genomsnittet är 66 %), men det förekommer skillnader mellan socioekonomiska grupper (Diagram 7). Deltagandet är högre bland personer med högre inkomst (98 %) jämfört med personer med lägre inkomst (90 %), även om klyftan är mindre än EU-genomsnittet (74 % respektive 59 %).

Screeningen för livmoderhalscancer har gått från primär cytologi till primär HPV-testning

Sveriges screeningprogram för livmoderhalscancer infördes i slutet av 1960-talet och har varit ett framgångsrikt program mot cancer. Sverige är ett av de länder som har högst deltagande i livmoderhalscancerscreening i EU. Av svenska kvinnor i åldern 15 år eller äldre uppgav 73 % att de hade genomgått ett screeningtest för livmoderhalscancer under de senaste tre åren (jämfört med 60 % i EU i genomsnitt). Det finns betydande skillnader i rapporterat deltagande mellan kvinnor med högre och lägre utbildningsnivå (88,4 % respektive 50,7 %) (Diagram 8). Samma mönster framkommer när det gäller det självrapporterade deltagandet bland kvinnor beroende på inkomst (81 % bland kvinnor med högre inkomst och 60 % bland kvinnor med lägre inkomst). Den åldersstandardiserade dödligheten i livmoderhalscancer i Sverige (2,5 dödsfall per 100 000 invånare) är 37 % lägre än EU-genomsnittet (3,9 per 100 000), men märkbart högre än i vissa EU-länder, som Luxemburg (1,8 per 100 000), Finland (1,5 per 100 000) och Italien (1,3 per 100 000).

Diagram 7. Svenska kvinnors deltagande i bröstcancerscreening är det högsta i EU



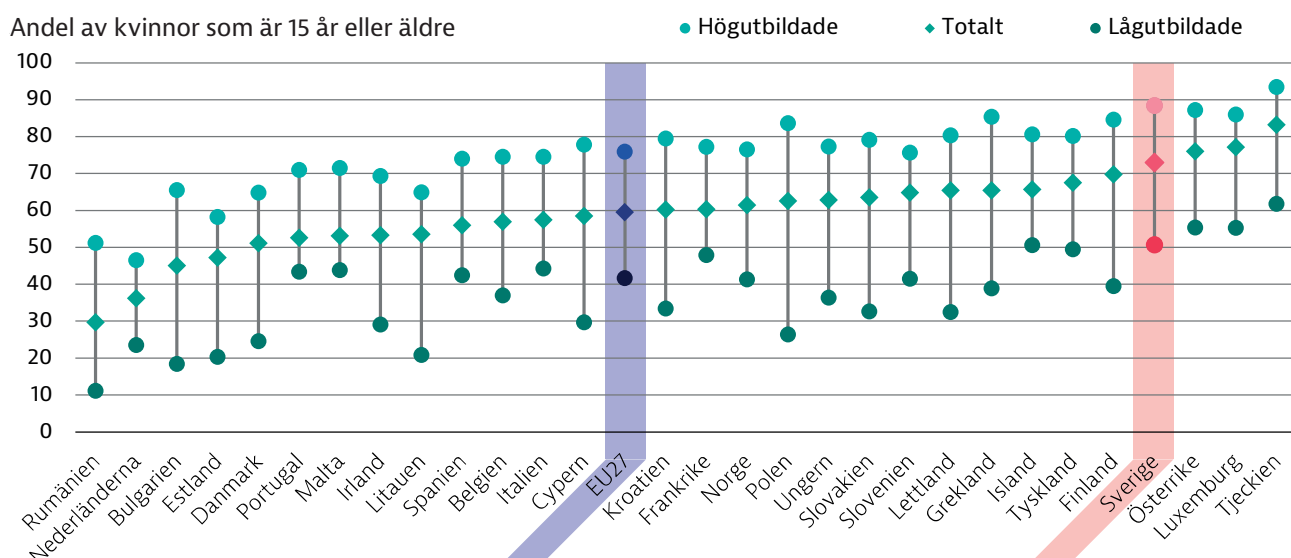
Anmärkning: Siffran för EU är ett vägt genomsnitt (beräknat av Eurostat). Siffran visar andelen kvinnor i åldrarna 50–69 år som uppgett att de har gjort en mammografi under de senaste två åren.

Källa: Eurostats databas (Europeiska hälsoenkäten). Uppgifterna avser 2019.

Rekommendationen för det nuvarande screeningprogrammet är primär screening med ett HPV-test för kvinnor som är 23 år eller äldre, med ett screeningintervall på fem år upp till 49 års ålder och därefter ett screeningintervall på sju år. Den sista screeningen bör erbjudas kvinnor mellan 64 och 70 år. Rekommendationen har ändrats från primär cytologi till primärt HPV-test de senaste åren, och kvinnor som senast tog ett cellprov bör fortfarande kallas med de kortare intervall som användes i tidigare rekommendationer. När de första rekommendationerna utfärdades om

primär screening med HPV-test rekommenderades fortfarande cytologi för kvinnor i åldrarna 23–29 år på grund av den höga förekomsten av HPV-infektion i den åldersgruppen. Denna rekommendation ändrades nyligen eftersom kvinnor som nu går in i screeningprogrammet i stor utsträckning är vaccinerade mot HPV-infektion (se ruta 1).

Diagram 8. Lågutbildade kvinnor uppger att de deltar i livmoderhalscancerscreening i betydligt mindre utsträckning än högutbildade kvinnor



Anmärkning: Siffran för EU är ett vägt genomsnitt (enligt beräkning av Eurostat). Siffran visar andelen kvinnor i åldern 15 år eller äldre som uppgett att de har tagit ett gynekologiskt cellprov under de senaste tre åren.

Källa: Eurostats databas (Europeiska hälsoenkäten). Uppgifterna avser 2019.

Ruta 1. Pojkar ingår i vaccinationsprogrammet för humant papillomvirus sedan 2020

Enligt den svenska officiella cancerstatistiken diagnostiserades omkring 570 nya fall av livmoderhalscancer per år mellan 2016 och 2020, vilket motsvarar cirka 11 fall per 100 000 kvinnor. HPV-infektion orsakar även andra former av cancer, bland annat vissa typer av huvud- och halscancer.

Flickor har sedan 2012 erbjudits vaccination mot HPV-infektion – som är den huvudsakliga orsaken till livmoderhalscancer – genom det nationella barnvaccinationsprogrammet. Sedan 2020 omfattas även pojkar av programmet. Vaccinet ges i skolan till barn i åldrarna 11–12 år och är kostnadsfritt.

Screening för tjock- och ändtarmscancer har införts i alla regioner i Sverige

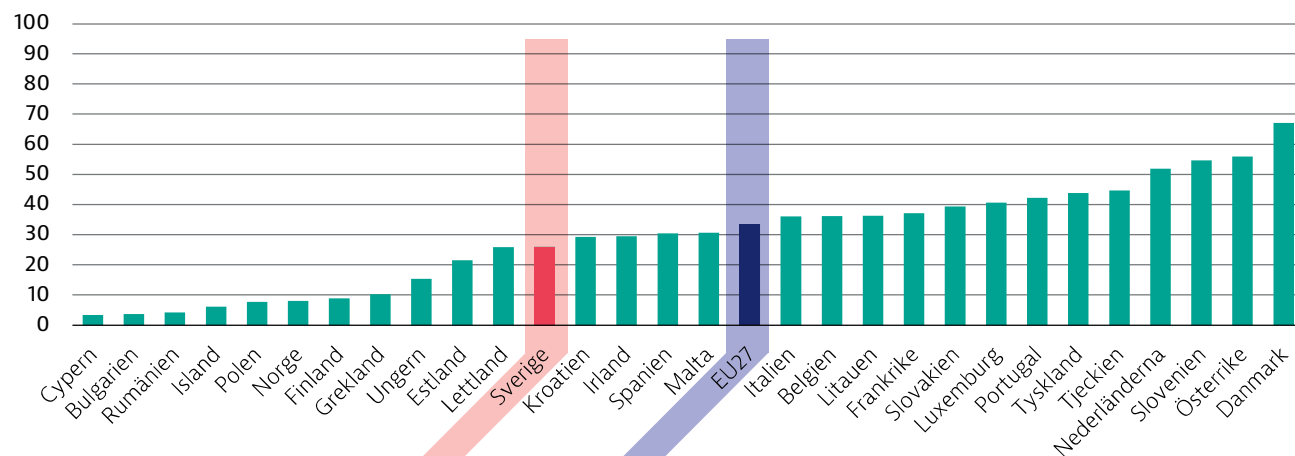
Tjock- och ändtarmscancer är en av de främsta orsakerna till cancerdöd i Sverige. Dödligheten i denna cancerform uppgick 2019 till runt 26 dödsfall per 100 000 invånare, vilket är något under EU-genomsnittet (29 per 100 000). År 2014 utfärdade Socialstyrelsen en rekommendation om att män och kvinnor i åldersgruppen 60–74 år bör erbjudas screening för tjock- och ändtarmscancer med ett immunologiskt faeces Hb-test (FIT). Omständigheter såsom pågående screeningstudier och brist på vissa yrkeskategorier – framför allt koloskopister – ledde till ett ojämnt

införande av screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer i Sveriges olika regioner. Under 2022 har dock de sista regionerna börjat skicka ut kallelser till det ordinarie programmet för screening av tjock- och ändtarmscancer.

I den Europeiska hälsoenkäten 2019 uppgav 26 % av befolkningen i åldrarna 50–74 år att de hade genomgått en screening för tjock- och ändtarmscancer under de senaste två åren, vilket är under EU-genomsnittet på 33 % (Diagram 9). Under 2014 var deltagandet i screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer 31 % högre bland personer på landsbygden (22 %) jämfört med personer som bor i städer (17 %).

Diagram 9. Deltagande i tjock- och ändtarmscancerscreening 2019 återspeglar ett ofullständigt införande av programmet

Andel av befolkningen i åldern 50–74

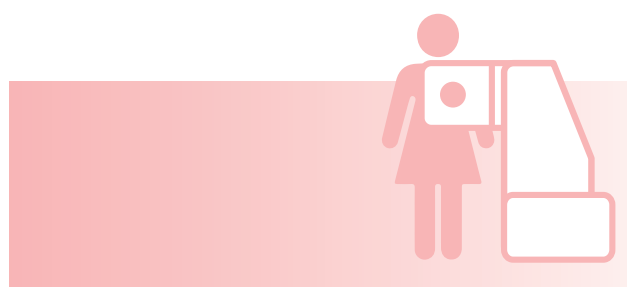


Anmärkning: Siffran för EU är ett vägt genomsnitt (enligt beräkning av Eurostat). Siffran visar andelen personer i åldrarna 50–74 år som uppgett att de har genomgått ett test av ockult blod i avföringen under de senaste två åren.

Källa: Eurostats databas (Europeiska hälsoenkäten). Uppgifterna avser 2019.

Diskussioner förs om nya cancerscreeningprogram

Socialstyrelsen publicerade 2019 en rapport om ett möjligt införande av screening för lungcancer och prostatacancer i det nationella screeningprogrammet. Inga beslut har ännu fattats i frågan (Socialstyrelsen 2019).



5. Utvärdering av cancervården

5.1. Tillgänglighet

Ekonomisk ojämlikhet i tillgång till vård begränsas med låga patientavgifter och högkostnadsskydd

Alla svenska invånare har tillgång till hälso- och sjukvård och behöver endast betala begränsade patientavgifter. Ett besök hos vårdcentralen kostar mellan 100 och 300 kronor och ett besök hos en specialiserad vårdinrättning mellan 200 och 400 kronor, beroende på region. Högkostnadsskyddet innebär att patienten inte behöver betala mer än 1 200 kronor per tolv månaders period. Läkarpbesök är kostnadsfria för patienter upp till 18 år, och i vissa regioner upp till 20 år.

Högkostnadsskyddet för receptbelagda läkemedel ligger på 2 400 kronor under en tolv månaders period. Personer som inte är folkbokförda i Sverige, däribland asylsökande och personer som vistas i Sverige utan stöd av svensk lagstiftning, har rätt till nödvändig sjukvård och tandvård som inte kan vänta. De har även rätt till mödravård, vård under graviditeten och förlossningsvård, rådgivning om preventivmedel och abort samt vård enligt smittskyddslagen (som syftar till att förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar). Personer under 18 år som inte är folkbokförda i Sverige erbjuds dessutom samma

vård som folkbokförda barn i samma region. Dessa regler gäller inte för personer som bara tillfälligt besöker Sverige.

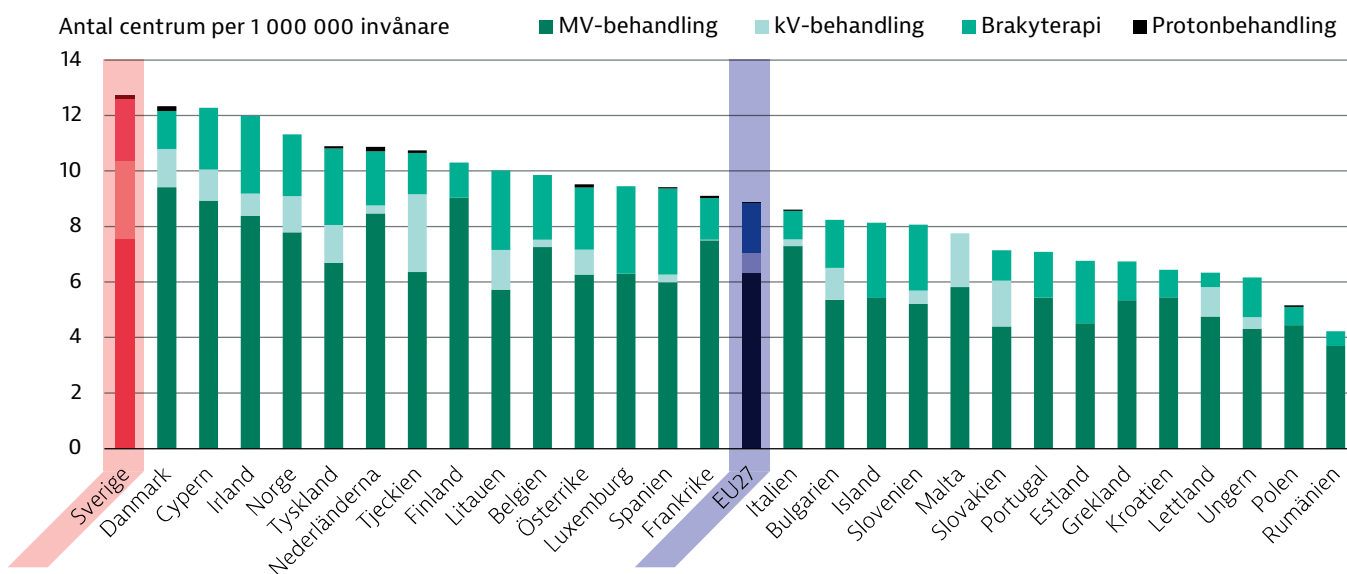
Det råder brist inom vissa yrkeskategorier inom cancervården

Antalet onkologer har ökat de senaste årtiondena, från 3,8 per 100 000 invånare 2005 till 5,7 per 100 000 år 2014. Under 2021 rapporterade sex av de 21 regionerna en brist på onkologer, och enligt Svensk sjuksköterskeförening råder det även brist på onkologisjuksköterskor. Alla 21 regioner i Sverige rapporterar brist på specialistsjuksköterskor – framför allt intensivvårds- och anestesijuksköterskor – vilket kan skapa flaskhalsar som har en negativ inverkan på tillgången till cancervård.

Tillgången till strålbehandlingsutrustning är god

Sverige har den högsta nivån av strålbehandlingsutrustning per capita i EU (13 centrum per 1 000 000 invånare jämfört med EU-genomsnittet på 9 centrum) (Diagram 10). Enligt uppgifter från International Atomic Energy Agency, är utrustning för megavolt (MV) radioterapi (79 enheter) och brakyterapi (23 enheter) tillgänglig i hela landet. Dessutom har ett protonterapicentrum inrättats i Uppsala-regionen.

Diagram 10. Sverige har god tillgång till strålbehandlingsutrustning



Anmärkning: kV står för kilovolt. Siffran för EU27 är ett oviktat genomsnitt (beräknat av OECD).

Källa: Internationella atomenergiorganet.

Mer än en tredjedel av utrustningen är mindre än fem år gammal. En nyligen genomförd undersökning av strålbehandlingen i Sverige pekar dock på ett relativt litet antal linjäracceleratorer jämfört med de övriga nordiska länderna samt på ett begränsat nyttjande av utrustningen på grund av att det saknas läkare och sjuksköterskor i svensk strålbehandling (Bergfeldt m.fl. 2022).

Geografisk ojämlikhet i tillgång till cancerrehabilitering

Det finns stora skillnader i tillgången till cancerrehabilitering i Sverige – främst geografiska skillnader, mellan regionerna, men också i viss utsträckning beroende på diagnos. Vissa regioner erbjuder god tillgång till rehabilitering för cancerpatienter medan andra inte gör det. Tillgången till diagnosspecifik rehabilitering är ofta bättre för de vanligaste cancerformerna, och patientorganisationer kan ibland också tillhandahålla utbildning och psykosocialt stöd för vissa av dessa.

Vårdförlopp har utformats för att korta väntetider

Problemet med väntetider i den svenska hälso- och sjukvården har varit föremål för offentlig debatt åtminstone sedan 1960-talet. Det råder enighet om att väntetiderna är för långa och att förbättringarna inte har varit tillräckliga. Under de senaste tre årtiondena har problemet adresserats i den nationella vårdgarantin, först i form av en överenskommelse mellan regeringen och regionerna. Från 2005 blev vårdgarantin nationell och blev lag 2010. I lagstiftningen anges de tidsperioder inom vilka patienten vid bedömt behov ska få tillgång till olika vårdnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

Väntetiderna i vårdgarantin lämpar sig dock inte för cancervård, som ofta är mer brådskande än annan typ av vård. Standardiserade vårdförlopp för cancer infördes för att tillgodose cancerpatienternas särskilda behov och se till att de får behandling i tid. Under perioden 2015–2018 infördes mer än 30 standardiserade vårdförlopp. Väntetiderna blev kortare för patienter med vissa cancerdiagnoser, men inte för alla. Långa väntetider beror ofta på flaskhalsar som uppstår på grund av brist på viss hälso- och sjukvårdspersonal, ofta specialistkirurger, operationssjuksköterskor samt specialistsjuksköterskor på vårdavdelningar (se avsnitt 5.2).

Comprehensive Cancer Center (CCC) i Sverige

Sverige har nu tre Comprehensive Cancer Centers (CCC) som har ackrediterats av Organisation of European Cancer Institutes: Karolinska

Comprehensive Cancer Center, Sahlgrenska Comprehensive Cancer Centre och Skåne University Hospital Comprehensive Cancer Centre. Tre andra universitetssjukhus – Universitetssjukhuset i Linköping, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Norrlands universitetssjukhus i Umeå – befinner sig för närvarande i olika stadier av processen för ackreditering som övergripande cancercentrum eller cancercentrum.

Det finns geografiska skillnader i tillgången till specialiserad palliativ vård

Den specialiserade palliativa vården är indelad i palliativ slutenvård och hospice, avancerad hemsjukvård samt multidisciplinära palliativa konsultteam som bistår sjukhusen, primärvården och den kommunala vården. I en utvärdering från 2016 belyste Socialstyrelsen geografiska skillnader i tillgången till palliativvård (Socialstyrelsen 2016). Beroende på vilken region de bodde i fick mellan 7 % och 20 % av de palliativvårdade patienter som avled 2015 specialiserad palliativ vård. Det finns geografiska skillnader i tillgänglighet för alla tre former av specialiserad palliativ vård. Störst var skillnaden för den palliativa slutenvården, där andelen varierade mellan 0 % och 14 % beroende på region. Uppgifterna avser alla palliativvårdade patienter, inte bara cancerpatienter.

Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården är viktig för tillgången till innovativa cancerläkemedel

Enligt en OECD-undersökning från 2019 om utmaningarna när det gäller tillgången till onkologiska läkemedel hamnade Sverige högt i fråga om antalet tillgängliga cancerbehandlingar (Chapman m.fl. 2020). När cancerläkemedel godkännts av Europeiska läkemedelsmyndigheten görs en hälsoekonomisk utvärdering av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) där det utvärderas utifrån effektivitet, säkerhet och kostnadseffektivitet. För förskrivningsläkemedel beslutar Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket vilka läkemedel som ska subventioneras efter en hälsoekonomisk utvärdering. När det gäller läkemedel som administreras på sjukhus, samarbetar svenska regioner och TLV i en gemensam process för införande av nya läkemedel. Där görs en hälsoekonomisk utvärdering av TLV, och NT-rådet (Rådet för nya terapier), en expertgrupp som stöder Sveriges regioner, rekommenderar införandet av nya läkemedel och läkemedelsbehandlingar till regionerna. Användningen av cancerläkemedel indikeras i de nationella vårdprogrammen.

5.2 Kvalitet

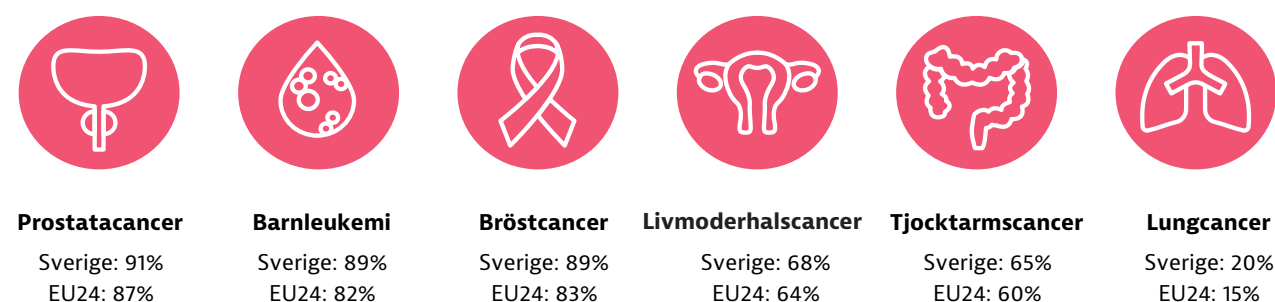
Canceröverlevnaden i Sverige är högre än i EU som helhet, vilket indikerar en hög vårdkvalitet

Sverige är ett av de länder i EU som har lägst cancerdödlighet, och trenden är fortsatt nedåtgående (se avsnitt 2). Canceröverlevnaden i Sverige är bland de högsta i EU och ökar stadigt. Kvaliteten på cancervården har förbättrats under de senaste årtiondena bland annat på grund av inrättandet av regionala cancercentrum, användningen av multidisciplinära team,

införandet av nationella vårdprogram, användning av kliniska kvalitetsregister och en god tillgång till nya behandlingar. Skillnaderna i överlevnad är dock stora mellan olika cancerformer; den är till exempel betydligt högre för bröst- och prostatacancer än för lungcancer.

Femårsöverlevnaden är högre i Sverige än EU-genomsnittet för de flesta cancerformerna (Diagram 11), inklusive prostatacancer (91 %), bröstcancer (89 %), livmoderhalscancer (68 %), tjocktarmscancer (65 %) och lungcancer (20 %) samt barnleukemi (89 %).

Diagram 11. Canceröverlevnaden i Sverige för de flesta vanliga cancerformerna är högre än EU-genomsnittet



Anmärkning: Uppgifterna avser personer som fick diagnos mellan 2010 och 2014. Barnleukemi avser akut lymfatisk leukemi. Källa: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Den svenska hälso- och sjukvården är decentraliserad

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av decentraliserad styrning. Riksdag, Regering och statliga myndigheter ansvarar för reglering, medan de 21 regionerna ansvarar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård för sina invånare, oavsett om den utförs av regionen själv eller köps från privata vårdgivare eller en annan region. De 290 kommunerna ansvarar för en viss del av hälso- och sjukvården, såsom sjukvård för personer på särskilda boenden och elevhälsan i skolan. Sverige är dessutom indelat i sex större sjukvårdsregioner, som samverkar för att tillhandahålla specialiserad hälso- och sjukvård såsom cancervård. Varje sjukvårdsregion har minst ett universitetssjukhus.

Tillhandahållandet av cancervård innebär ett multidisciplinärt angreppssätt på nationell, regional och lokal nivå

Medan många områden inom hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserade är delar av den specialiserade vården till olika grad centraliserad. De regionala cancercentrum som inrättades i enlighet med den svenska cancerstrategin, stöder arbetet i nationella och

regionala multidisciplinära grupper som upprättar vårdprogram och kvalitetsregister. De möjliggör att exempelvis följa upp nationella riktlinjer för att säkerställa att de nationella riktlinjerna följs och fastställa kvalitetssäkringsmål. I Sverige pågår en centralisering av avancerad cancerkirurgi och avancerad onkologisk behandling, vilket gör det möjligt att vid ett begränsat antal centrum genomföra behandlingar som kräver stora resurser och hög kompetens.

Nivåstrukturering av cancerkirurgin och andra cancerbehandlingar förekommer på alla organisatoriska nivåer: inom regionerna, inom de större sjukvårdsregionerna och på nationell nivå. För att främja denna utveckling och se till att alla patienter får tillgång till lämplig vårdnivå diskuteras patienterna allt oftare vid regionala och nationella multidisciplinära teamkonferenser.

Cancerregistren ger underlag för utvärdering av cancervården och kvalitetsförbättringsarbete

Det nationella cancerregistret startades 1958 och tillhandahåller en mycket värdefull infrastruktur för statistik, forskning, utvärdering och uppföljning av cancervården. Registret är en del av ett större ekosystem av nationella hälsodataregister som till exempel patientregistret och läkemedelsregistret.

Dessa kan länkas till varandra och till andra nationella register, såsom dödsorsaksregistret och utbildningsregistret, vilket möjliggör ytterligare analyser.

Under de senaste årtiondena har många kliniska kvalitetsregister upprättats, och det finns nu över 30 register med nationell täckning inom cancerområdet och omfattar de allra flesta cancerfallen i Sverige. De kliniska kvalitetsregistren är mycket viktiga hjälpmedel för kvalitetsförbättring, forskning, uppföljning och utvärdering. Cancerregistret och andra nationella hälsodataregister ägs av staten, medan de kliniska kvalitetsregistren ägs av regionerna. Kvalitetsregistren samlar in uppgifter om diagnostik, behandling och kliniska resultat och kan även kopplas till de nationella hälsodataregister som nämns ovan. Forskning som bygger på sådana länkningar har gett oss internationellt tillämpbar kunskap.

Patientrapporterade utfalls- och upplevelsemått samlas in i cancervårdförloppet

Patientrapporterade upplevelse- och utfallsmått samlas in i många delar av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, bland annat i många av de kliniska kvalitetsregistren, i vissa elektroniska journalsystem och via en nationell enkät vars syfte är att bedöma patienternas upplevelse av de standardiserade vårdförloppen i cancervården. En nationella arbetsgrupp för patientrapporterade

mått har till uppgift att samordna insamlingen av uppgifter för att minska antalet enkäter om svensk cancervård.

5.3 Kostnader och valuta för pengarna

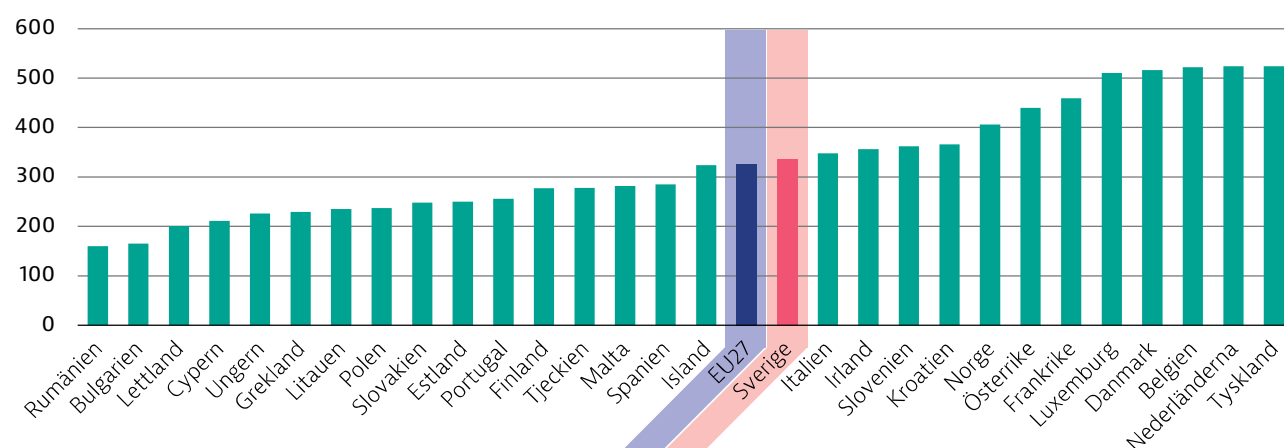
Den totala cancerkostnaden i Sverige är i linje med EU-genomsnittet

Under 2018 uppskattades den totala cancerkostnaden i Sverige till 4 189 miljoner euro, varav 1 907 miljoner euro i direkta kostnader för cancervård, exklusive 572 miljoner euro i kostnader för cancerläkemedel. Kostnaderna för cancervården uppgår till endast 3,7 % av Sveriges totala vårdkostnader, vilket är den lägsta andelen i EU.

Den totala cancerkostnaden per capita (efter justering för köpkraftsparitet) var 336 euro, vilket är strax över EU-genomsnittet på 326 euro (Diagram 12). Fördelningen av kostnader var likt EU-genomsnittet. De beräknade direkta kostnaderna (vårdkostnader, inklusive kostnader för cancerläkemedel) utgjorde 59 %, jämfört med 64 % i hela EU, medan de indirekta kostnaderna (produktivitetsförlust) motsvarade 43 %, jämfört med 39 % i hela EU. De informella vårdkostnaderna (obetald vård av närstående) stod för 12 %, vilket var samma som i EU i genomsnitt.

Diagram 12. Den totala kostnaden per capita för cancervården ligger strax över EU-genomsnittet

Euro per capita (köpkraftsparitet)



Anmärkning: Siffran för EU27 är ett oviktat genomsnitt (enligt beräkning av OECD).
Källa: Hofmarcher m.fl. (2020).

Svensk cancervård är kostnadseffektiv, men står inför utmaningar

Mot bakgrund av kvalitetsindikatorer som relativ överlevnad och cancerdödlighet är det rimligt att påstå att cancervården i Sverige är

kostnadseffektiv. Två viktiga utmaningar för framtiden när det gäller kostnaden för cancer är den åldrande befolkningen – som kommer att leda till fler cancerfall och färre personer i arbetsför ålder som kan betala för hälso- och sjukvården

– och de stigande kostnaderna för cancerläkemedel. Medan andra utgifter för cancervård har varit relativt stabila under de senaste årtiondena, har kostnaderna för cancerläkemedel ökat i Sverige, liksom i övriga Europa (Hofmarcher m.fl. 2020). Detta återspeglar samtidigt att nya och bättre – om än dyrare – behandlingsalternativ har blivit tillgängliga för personer med cancer.

5.4 Covid-19 och cancer: öka resiliensen

Cancervården var en prioriterad del av den svenska hälso- och sjukvården under pandemin

Cancervården prioriterades under pandemin, då resurser togs från många andra delar av hälso- och sjukvården för att täcka akuta behov i covid-19-vården. Under pandemin sågs ingen minskning av andelen patienter som ingick i de standardiserade vårdförloppen och väntetiderna för cancervård blev kortare. Tidigt under pandemin identifierades cancerpatienter som en riskgrupp för ett allvarligt förlopp vid covid-19-infektion. Cancerpatienter under 70 år prioriterades i den tredje fasen av det svenska vaccinationsprogrammet mot covid-19, efter personer som bor på äldreboenden (fas 1) samt personer över 70 år och hälso- och sjukvårdspersonal (fas 2).

Antalet diagnostiserade cancerfall minskade under covid-19-pandemins första våg

Det totala antalet diagnostiserade cancerfall i Sverige minskade med 6,2 % under 2020 jämfört med 2019. De största minskningarna noterades i april (–25 %) och maj (–31 %) 2020 (Johansson m.fl. 2022). Under första halvåret 2021 hade antalet diagnostiserade cancerfall ökat med 1 % jämfört med samma period 2019. Den förväntade årliga ökningen av antalet nya cancerfall ligger dock runt 2 %, vilket tyder på att det fortfarande i halvårsskiftet 2021 fortfarande fanns ett underskott av diagnostiserade cancerfall på grund av pandemin (RCC 2022).

Cancerscreeningen minskade under pandemin

Cancerscreeningen minskade under 2020. Under våren 2020 upphörde många screeningkliniker tillfälligt sin verksamhet och andra kallade färre personer. Syftet med åtgärderna var att undvika spridning av covid-19, men var ibland en följd av brist på personal som under den mest akuta fasen av pandemins första våg (mars–juni 2020) flyttats till andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I juni 2020 hade merparten av den ordinarie screeningen återupptagits men fortfarande

skickades, av smittskyddsskäl, färre kallelser till screening. Deltagandet var också lägre än vanligt, eftersom många – särskilt äldre – ställde in sina besök på grund av oro för smittorisk på screening-kliniken. Antalet mammografier uppskattades ha minskat med 20 % under 2020 jämfört med 2019 (RCC 2021), medan minskningen av screening för livmoderhalscancer var mindre uttalad (NKCx 2021).

Nya innovationer i hälso- och sjukvårdssektorn skapade resiliens

Pandemin påskyndade införandet av nya innovationer i hälso- och sjukvården. Till exempel noterades en stor ökning av digitala vårdbesök, särskilt inom primärvården. Vidare infördes hemtest för självprovtagning av HPV för livmoderhalscancerscreening i det ordinarie screeningprogrammet. Efter att screeningen för livmoderhalscancer till delar ställts in under pandemins mest akuta fas utfärdade Socialstyrelsen en tillfällig riktlinje 2020 för att tillåta användningen av självprovtagning av HPV inom ramen för det ordinarie screeningprogrammet. Denna riktlinje permanentades i de senaste riktlinjerna för screening av livmoderhalscancer, som utfärdades 2022.



6. Fokus på ojämlikhet

Alla svenska invånare har tillgång till hälso- och sjukvård, och resultaten inom den svenska cancervården är i allmänhet goda, med låg dödlighet och hög överlevnad. Hälso- och sjukvårdslagen syftar till att skapa en god hälsa för hela befolkningen. I praktiken kvarstår dock geografiska ojämlikheter, liksom skillnader i riskfaktorer, sjukdomsfrekvens och överlevnadstal mellan olika befolkningsgrupper.

- Andelen personer som röker dagligen är mer än tre gånger större bland personer med lägre utbildning än bland personer med högre utbildning, och samma mönster ses för inkomst.
- Förekomsten av övervikt och fetma är 11 procentenheter högre bland personer med lägre utbildning än bland personer med högre utbildning och 12 procentenheter högre bland män än kvinnor.
- Deltagandet i bröst- och livmoderhalscancer-screening är bland EU:s högsta, men det finns betydande skillnader baserat på socioekonomisk status. Sett till utbildningsnivå är det stor skillnad i det rapporterade deltagandet i screening för livmoderhalscancer, som är 75 % högre bland grupper med högre (88,4 %) jämfört med lägre (50,7 %) utbildning.
- Deltagandet i screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer är 22 % lägre i Sverige än EU-genomsnittet med vissa geografiska skillnader i tillgång på grund av införandet av programmet inte skett samtidigt i landets regioner.
- Det råder stor geografisk ojämlikhet i tillgången till rehabilitering för cancerpatienter i Sverige.

Flera strategier och åtgärder har genomförts för att minska ojämlikheten och förbättra tillgången till cancervård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Det rör sig bland annat om standardiserade vårdförlopp, nationella behandlingsriktlinjer samt regional och nationell nivåstrukturer av cancervården, inklusive regionala och nationella multidisciplinära teamkonferenser. En omfattande datainfrastruktur har upprättats för utvärdering och uppföljning av cancervårdens kvalitet och att tillgänglighet och resultat inom cancervården är jämlika.

Covid-19-pandemin ledde troligen till ytterligare ojämlikhet då äldre kan ha varit mer tveksamma till att söka vård på grund av pandemin och troligen är överrepresenterade bland de personer som inte fick sin cancer diagnostiserad under 2020. Den minskade upptäckten av cancer under pandemin är oroande och eventuella konsekvenser behöver följas upp noggrant under de kommande åren.

Bergfeldt, K. m.fl. (2022), *Nordisk Strålbehandling – En benchmarkingstudie*. Stockholm, Regionala cancercentrum, <https://cancercentrum.se/globalassets/kontakter/mellansverige/kontaktuppgifter/benchmark-stralbehandling---rapport.pdf>.

Chapman, S., Paris, V. & Lopert, R. (2020), *Challenges in access to oncology medicines: policies and practices across the OECD and the EU*. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/4b2e9cb9-en>.

Folkhälsomyndigheten (2022), Folkhälsodata. Finns på http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata__C_HBSC__Levnadsvanor__Fysaktivitet/Fysisk_aktivitet.px/.

Hofmarcher, T. m.fl. (2020), "The cost of cancer in Europe 2018", *European Journal of Cancer*, vol. 129, s. 41–49.

Johansson, A.L.V. m.fl. (2022), "The impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis based on pathology notifications: A comparison across the Nordic countries during 2020". *International Journal of Cancer*, vol. 151(3), s. 381–395.

Folkehelseinstituttet (2019), *Health risks from snus use*. Oslo, Folkehelseinstituttet, <https://www.fhi.no/en/publ/2019/health-risks-from-snus-use2/>.

NKCx (2021), *Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige: verksamhetsberättelse och Årsrapport 2021 med data till och med 2020*. Stockholm, Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, https://nkcx.se/templates/_rsrapport_2021.pdf.

Socialstyrelsen (2019), *Framtidens cancerscreening*. Stockholm, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-13.pdf>.

Socialstyrelsen (2022), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, bilaga 1 och 2. Stockholm, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/nationella-planeringsstodet/>.

Socialstyrelsen (2016), *Palliativ vård i livets slutskede – Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-12.pdf>.

RCC (2022), *Uppskjuten cancervård, delrapport 6 – Jämförelse av antalet registrerade anmälningspliktiga tumörer januari-juni 2021 med motsvarande period 2019*. Stockholm, Regionala cancercentrum, https://cancercentrum.se/globalassets/covid-19/rapport_covid_canreg_2021_220127.pdf.

RCC (2021), *Bröstcancer och prostatacancer – Covid-19-pandemins påverkan på diagnostik och behandling*. Stockholm, Regionala cancercentrum, https://cancercentrum.se/contentassets/7a5980d5d3e-1402cac354ebf4fd5d574/kval-reg-rapport-_covid19_-bca-och-pca-210609.pdf.

Förkortningar för länder

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

European Cancer Inequalities Registry

Landsprofiler om cancer 2023

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

I landsprofilerna om cancer identifieras styrkor, utmaningar och särskilda åtgärdsområden för vart och ett av EU:s 27 medlemsländer samt Island och Norge för att vägleda investeringar och åtgärder på EU-nivå, nationell nivå och regional nivå som del av Europas plan mot cancer. Det europeiska registret över ojämlikheter i cancersektorn stöder också flaggskepp 1 i handlingsplanen för nollföröreningar.

Profilerna har utarbetats av OECD i samarbete med Europeiska kommissionen. Teamet vill tacka de nationella experterna och för de värdefulla kommentarer som och förslag som inkommit från OECD:s hälsokommitté och EU:s expertgrupp för registret över cancerrelaterad ojämlikhet.

Varje landscancerprofil innehåller en kort sammanfattning av följande:

- den nationella cancerbördan
- riskfaktorer för cancer, med fokus på beteende- och miljöriskfaktorer
- program för tidig upptäckt
- cancervårdens resultat, med fokus på tillgänglighet, vårdkvalitet, kostnader och COVID-19:s inverkan på cancervården.

Ange följande vid hänvisning till denna publikation:

OECD (2023), *Landsprofiler om cancer: Sverige 2023*,

EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4caa4294-sv>.

ISBN 9789264614666 (PDF)

Series : EU Country Cancer Profiles