

Cancer i Sverige 2026

Förekomst och prognos av insjuknande och
dödlighet i cancer

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-1-10013

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, februari 2026

Förord

I projektet *Cancer i Sverige* presenterar Socialstyrelsen statistik baserad på data i Cancerregistret. I denna tredje temarapport lyfter Socialstyrelsen resultat relaterade till förekomst (prevalens) samt prognoser av insjuknande (incidens) och dödlighet. Rapporten är avsedd som ett stöd vid användning och tolkning av Socialstyrelsens interaktiva Analysverktyg¹. Rapportens syfte är också att belysa intressanta resultat som till exempel skillnader mellan olika cancersjukdomar samt åldersspecifika och regionala skillnader.

Tidigare publicerade temarapporter har redovisat data om insjuknande och dödlighet i cancer (temarapport 1) respektive canceröverlevnad (temarapport 2)².

Rapporten har utarbetats av Frida Lundberg, Åsa Persson, Gustav Arvidsson och Gudrun Jonasdottir Bergman. I referensgruppen har Mef Nilbert, Malin Berggrund, Lisen Arnheim Dahlström, Ylva Westander och föredragande läkare Mats Lambe deltagit. Projektet har även involverat flera andra medarbetare vid myndigheten samt externa experter från Regionala Cancercentrum, nationella kvalitetsregister och Karolinska Institutet. Ansvariga enhetschefer har varit Anastasia Nyman och Riitta Bendes.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för register och statistik

¹ https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/cis_start/

² <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/cancer/cancer-i-sverige-statistik-och-analys/>

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Cancer i Sverige 2026	6
Totalförekomst.....	7
Femårsförekomst över tid	10
Prostata- och bröstcancer.....	11
Malignt melanom	12
Lungcancer och bukspottkörtelcancer	13
Tjocktarmscancer	15
Femårsförekomst per åldersgrupp	16
Prognos av insjuknande i cancer	18
Bröstcancer	19
Prostatacancer.....	19
Lungcancer.....	20
Malignt melanom	21
Livmoderhalscancer.....	22
All cancer per sjukvårdsregion.....	23
Prognos av dödlighet i cancer.....	25
Lungcancer.....	26
Bukspottkörtelcancer	26
All cancer per sjukvårdsregion.....	27
Diskussion	29
Förekomst (prevalens).....	29
Prognos av framtida insjuknande och dödlighet	29
Referenser.....	31
Bilagor	33
Definitioner och klargöranden.....	33
Förekomst (prevalens).....	39
Prognos av insjuknande	41
Prognos av dödlighet	43

Sammanfattning

Cancer i Sverige är ett projekt där Socialstyrelsen via ett publikt tillgängligt interaktivt analysverktyg³ presenterar statistik om cancer. I verktyget beskrivs insjuknande, dödlighet och överlevnad för 20 cancerformer med möjlighet till indelning baserat på ålder, sjukvårdsregion, boendelän, utbildningsnivå, socioekonomisk områdestyp och stadium vid diagnos.

Analysverktyget har nu uppdaterats med cancerförekomst (prevalens) samt prognoser av framtida insjuknande och dödlighet, med möjlighet till indelning utifrån ålder och sjukvårdsregion.

I denna tredje temarapport från projektet *Cancer i Sverige* presenteras ett urval av resultat relaterade till förekomst och prognoser. Vidare presenteras och förklaras de metoder som använts, och vad man bör tänka på vid användning och tolkning av resultaten.

Samtidigt som analysverktyget för *Cancer i Sverige* utökats till att även innehålla cancerförekomst och prognoser, kommer insjuknande, dödlighet och relativ överlevnad att uppdateras baserat på data för år 2024 samt sent inrapporterade och ändrade registreringar från tidigare år.

³ https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/cis_start/

Cancer i Sverige 2026

Varje år insjuknar över 60 000 personer i cancer i Sverige, och mer än 600 000 personer som lever i Sverige idag har eller har haft cancer. Behovet av dataunderlag och prognoser är stort för att följa effekter av diagnostik och behandling samt för att planera framtidens cancervård. Socialstyrelsen har nu utökat det interaktiva analysverktyget med data över förekomst av cancer (prevalens), och prognoser för insjuknande och dödlighet per cancerform.

I analysverktyget presenteras förekomst och prognos av insjuknande och dödlighet för 20 cancerformer, inklusive barncancer och övrig cancer (i tidigare rapporter kallad sällsynt cancer). I Cancer i Sverige ingår dock inte de omkring 10 000 fall av icke-melanom hudcancer som årligen diagnostiseras i Sverige. Förekomst och prognoser redovisas per kön med möjlighet till indelning baserat på åldersgrupp och sjukvårdsregion. En förteckning över ingående cancerformer redovisas i Tabell B1.

Denna tredje temarapport redovisar förekomst (prevalens) för ett urval av cancerformer med möjlighet till jämförelser över kalendertid och mellan sjukvårdsregioner. Temarapporten innehåller också prognoser för framtida insjuknande och dödlighet i cancer för tidsperioden 2025–2044. Som ett stöd för tolkning av resultaten presenteras även de metoder som använts för att ta fram prognoserna.

Statistiken hittar du även i analysverktyget⁴.

⁴ https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_start/

Totalförekomst

Totalförekomst (totalprevalens) är ett mått på antalet personer som lever efter en cancerdiagnos (Faktaruta 1). Måttet innefattar både personer som nyligen insjuknat och personer som diagnostiserats längre tillbaka i tiden. Totalförekomsten visar hur många personer som på olika sätt påverkas av en cancersjukdom, genom såväl symtom av själva sjukdomen som genom exempelvis behandling, rehabilitering eller deltagande i uppföljningsprogram.

Faktaruta 1. Totalförekomst

Totalförekomst (totalprevalens) beskriver antalet individer vid en viss tidpunkt (den sista december 2024) som någon gång fått en cancerdiagnos, oavsett hur långt tillbaka i tiden diagnosen ställdes. I *Cancer i Sverige* används insjuknandedata från år 1970 vilket gör att personer som fått en cancerdiagnos innan det året inte räknas med i totalförekomsten. Personer som fått en cancerdiagnos utomlands och senare flyttat till Sverige ingår inte i statistiken och inte heller personer som diagnostiserats i Sverige men därefter flyttat utomlands. Totalförekomsten som den redovisas i *Cancer i Sverige* är alltså något underskattad.

År 2024 levde cirka 296 000 män och cirka 309 000 kvinnor i Sverige som någon gång fått en cancerdiagnos, vilket motsvarar 5,6 procent av alla män och 5,9 procent av alla kvinnor i åldrarna 0–99 år (Tabell 1).

De vanligaste cancerformerna sett till totalförekomst var prostatacancer bland män och bröstcancer bland kvinnor. År 2024 var det 3,5 procent av alla män i åldrarna 20–99 år som någon gång fått diagnosen prostatacancer och 3,2 procent av kvinnorna som tidigare diagnosticerats med bröstcancer. Därefter var malignt melanom den cancerdiagnos som flest personer fått någon gång tidigare, bland både män och kvinnor.

I totalförekomsten ingår alla som någon gång fått en cancerdiagnos, och som är i olika stadier av behandling eller uppföljning, som är symtomfria eller har blivit botade, eller lever med kronisk sjukdom. Andelen patienter i olika faser av behandling och uppföljning skiljer sig mellan cancerformer. Många patienter som diagnostiserats med malignt melanom är färdigbehandlade efter operation. För myelom, som är en relativt ovanlig form av blodsjukdom som drabbar plasmaceller i benmärgen, har nya behandlingsmetoder väsentligt förbättrat prognosen, men samtidigt inneburit lång behandlingstid och för patienterna att leva med en kronisk cancersjukdom. Måttet totalförekomst innefattar alltså patienter med vitt skilda cancerformer, behandlingar och överlevnad.

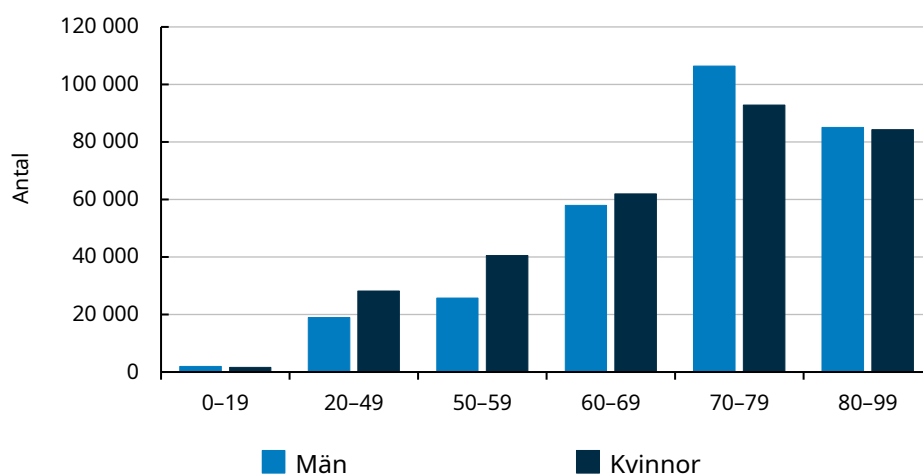
Tabell 1. Totalförekomst (totalprevalens) år 2024, antal och antal per 100 000

Cancerform	Män, antal	Män, antal per 100 000	Kvinnor, antal	Kvinnor, antal per 100 000
All cancer	296 123	5 568,2	309 417	5 895,1
Prostatacancer	142 793	3 500,8		
Bröstcancer, kvinnor			130 934	3 209,9
Malignt melanom	29 743	729,2	33 848	829,8
Tjocktarmscancer	20 586	504,7	22 998	563,8
Urinblåsecancer	22 143	542,9	7 669	188,0
Ändtarmscancer	12 897	316,2	9 360	229,5
Livmoderkroppscancer			21 361	523,7
Non-Hodgkins lymfom	11 182	274,1	9 437	231,3
Lungcancer	6 593	161,6	10 283	252,1
Njurcancer	9 067	222,3	5 097	125,0
Barncancer	7 201	135,4	6 375	121,5
Leukemi	6 863	168,3	5 087	124,7
Livmoderhalscancer			11 298	277,0
Äggstockscancer			8 354	204,8
Myelom	3 565	87,4	2 526	61,9
Magsäckscancer	2 479	60,8	1 847	45,3
Bukspottkörtelcancer	1 707	41,9	1 717	42,1
Hjärntumörer	1 578	38,7	1 236	30,3
Matstrupscancer	1 012	24,8	408	10,0
Övrig cancer	48 808	1 196,6	47 310	1 159,8

Totalförekomsten avseende samtliga cancerformer var högst i åldersgruppen 70–79 år bland både män och kvinnor, där nära 200 000 personer har eller har haft cancer. Det rör sig om en grupp med ett stort antal personer som genomgått en cancerbehandling och som kan ha många levnadsår framför sig (Figur 1). Åldersgruppen 80–99 år var den näst största gruppen sett till totalförekomst, med drygt 160 000 personer som har eller har haft cancer. Åldersgrupperna yngre än 70 år utgörs av färre individer, men med ett större antal levnadsår framför sig, där biverkningar och långtidseffekter av en genomgången behandling under lång tid kan påverka vårdbehov och livskvalitet. I Tabell B3 i bilagan redovisas totalförekomst över ålder som faktiskt antal och antal per 100 000 personer i befolkningen.

Figur 1. Totalförekomst av personer som har eller har haft cancer (totalprevalens), över nuvarande ålder år 2024

Antal individer som någon gång tidigare fått en cancerdiagnos.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Femårsförekomst över tid

Femårsförekomst, eller femårsprevalens, är ett mått på antalet personer som lever efter att ha diagnostiserats med cancer de senaste 5 åren. Det motsvarar den tid som flertalet cancerpatienter har regelbunden kontakt med cancervården efter diagnos. Även femårsförekomsten påverkas av antalet personer som insjuknar och hur länge de lever efter en diagnos (Faktaruta 2).

Faktaruta 2. Femårsförekomst.

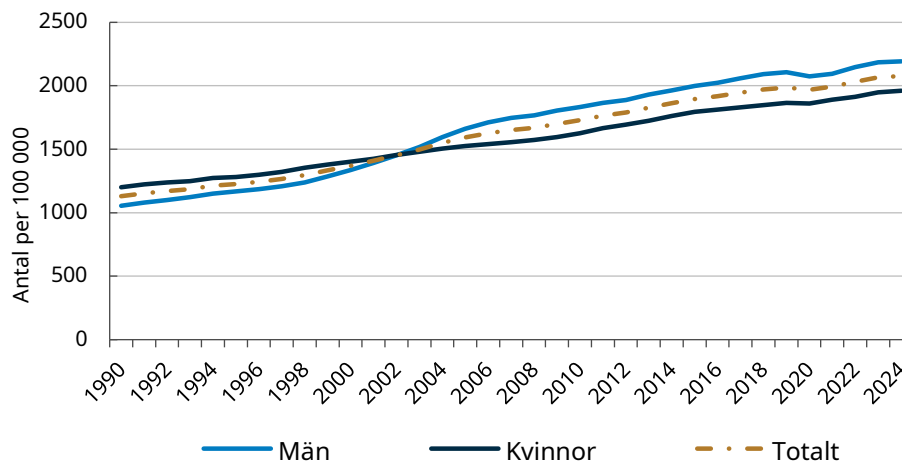
Femårsförekomst (femårsprevalens) är ett mått på antalet personer som lever med en cancerdiagnos de fått de senaste fem åren. Femårsförekomsten år 2024 visar antalet personer som fått en cancerdiagnos under perioden 2020–2024, och som var vid liv och bosatta i Sverige den sista december 2024. På samma sätt som för totalförekomsten ingår inte personer som diagnostiserats utomlands och senare flyttat till Sverige eller de patienter som efter en cancerdiagnos i Sverige flyttat utomlands. I *Cancer i Sverige* visas femårsförekomsten för tidsperioden 1990–2024.

År 2024 hade drygt två procent av befolkningen fått en cancerdiagnos de senaste fem åren (Figur 2), vilket motsvarade drygt 102 900 kvinnor och 116 500 män. År 1990 levde lite mer än 52 000 kvinnor och 44 600 män som fått en cancerdiagnos de senaste fem åren vilket innebär att femårsförekomsten nästan fördubblats sett till både antal och andel av befolkningen. Jämfört med 1990-talet har män nu gått om kvinnor i andelen av befolkningen som fått en cancerdiagnos de senaste fem åren. En bidragande orsak är en ökad användning av PSA-testning⁵ sedan i början på 2000-talet som lett till upptäckt av fler prostatacancerfall i tidiga stadier, så kallade lågrisktumörer med god prognos.

⁵ Prostata-specifikt antigen (PSA) är ett ämne som kommer från prostatan. PSA-värdet mäts med blodprov, och ett högt värde kan vara tecken på prostatacancer eller godartad prostatasjukdom.

Figur 2. Femårsförekomst (femårsprevalens) all cancer 1990–2024, 0–99 år

Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren per 100 000 i befolkningen.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen, SCB

Prostata- och bröstcancer

År 2024 levde cirka 50 000 män och 36 000 kvinnor som diagnostiserats med prostatacancer respektive bröstcancer de senaste fem åren (Figur 3, Tabell B2). Behandling av både bröstcancer och prostatacancer pågår ofta under lång tid. Dessa stora patientgrupper väntas öka ytterligare när andelen äldre personer ökar i befolkningen, vilket medför ökade krav på cancervården.

Omkring 60 procent av män med prostatacancer ges botande behandling genom operation eller strålning. Därefter rekommenderas uppföljning i 10 år med regelbundna PSA-prov. För de cirka 30 procent av patienterna som har lågrisktumörer utan symtom rekommenderas så kallad aktiv monitorering i stället för behandling vid diagnos. Det innebär att tumören följs upp med regelbundna PSA-prov och andra undersökningar och behandling ges först om tumören börjar växa. För de resterande 10 procenten av patienterna som har symtomatisk prostatacancer som inte går att bota, erbjuds i första hand hormonbehandling. [1, 2]

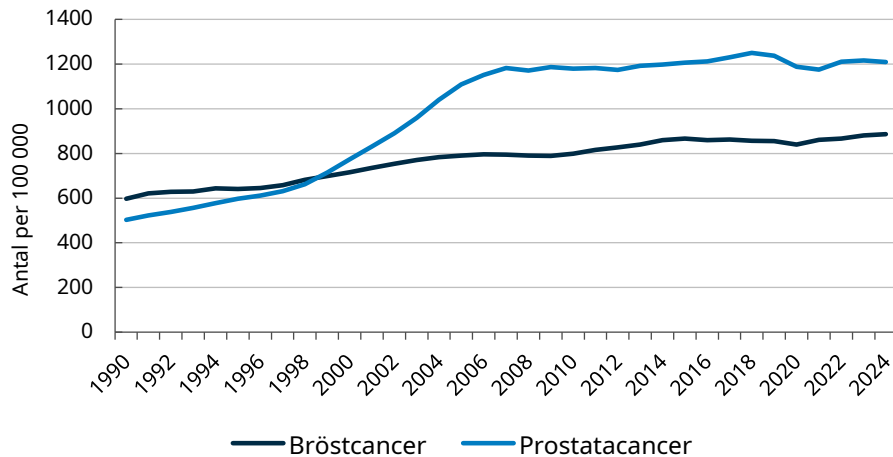
Vid bröstcancer skiljer sig behandlingens längd beroende på tumörens utbredning och biologiska profil. För de flesta kvinnor med bröstcancer är en operation det första steget i behandlingen. Ungefär en tiondel av patienterna får cytostatikabehandling innan operation. Efter kirurgi får runt 80 procent av bröstcancerpatienterna strålbehandling i fem veckor. Det gäller framför allt de kvinnor där man tagit bort en del av, men inte hela bröstet. Ungefär en tredjedel av patienterna får cytostatikabehandling och/eller biologisk behandling i sex månader efter kirurgi. Hormonbehandling ges under fem års tid till omkring 70 procent av

patienterna. Vid spridd bröstcancer ges behandling med olika läkemedel som innefattar cytostatika och biologiska läkemedel. [3, 4]

Majoriteten av patienterna som diagnostiserats med bröst- eller prostatacancer de senaste fem åren är kvarstår således under behandling eller uppföljning inom cancervården.

Figur 3. Femårsförekomst (femårsprevalens) bröstcancer och prostatacancer 1990–2024, 20–99 år

Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren per 100 000 i befolkningen.



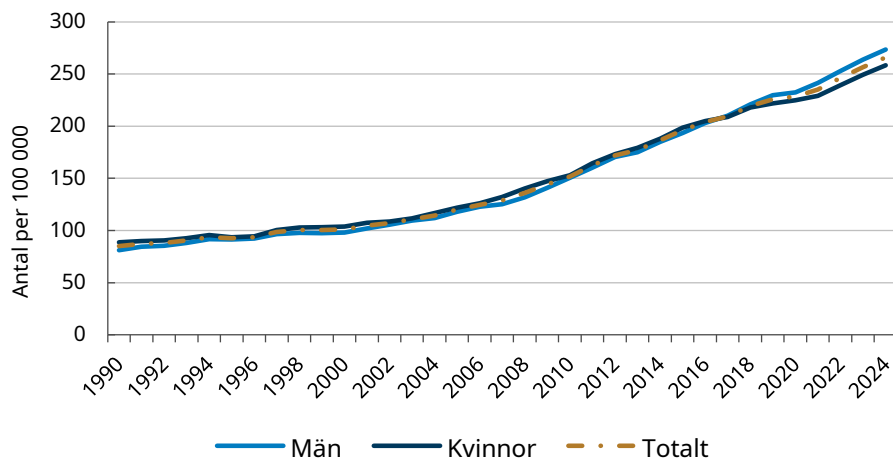
Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Maligt melanom

Den näst största gruppen bland både män och kvinnor som diagnostiserats med cancer under de senaste fem åren utgörs av drygt 10 000 män och 11 000 kvinnor med maligt melanom (Tabell B2). Att femårsförekomsten av maligt melanom ökat kraftigt sedan 1990 avspeglar solvanor under tidigare årtionden, en ökad medvetenhet att söka vård för hudförändringar samt en förbättrad överlevnad (Figur 4). Under perioden 1990–2024 diagnostiserades över 90 procent av patienterna med tidiga stadier av melanom varav flertalet botas med enbart lokal kirurgisk behandling [5]. Endast 5,5 procent av patienterna hade stadium III och 0,8 procent stadium IV vid diagnos [6].

Figur 4. Femårsförekomst (femårsprevalens) malignt melanom 1990–2024, 20–99 år

Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren per 100 000 i befolkningen.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Lungcancer och bukspottkörtelcancer

Lungcancer och bukspottkörtelcancer är två cancerformer med hög dödlighet och därmed låg relativ femårsöverlevnad, se temarapport 2 [7]. Samtidigt syns kraftigt stigande femårsförekomst (Figur 5 och 6), vilket kopplas till ökat antal insjuknade i vissa åldersgrupper, förbättrade behandlingsmetoder och förbättrad överlevnad. År 2024 levde cirka 4 000 män och 6 000 kvinnor som diagnostiserats med lungcancer de senaste fem åren, och cirka 2 300 män och kvinnor med bukspottkörtelcancer (Tabell B2).

Lungcancer diagnostiseras hos omkring 40 procent av patienterna i stadium I–II. Dessa patienter erbjuds i regel botande behandling, främst kirurgi eller strålbehandling som ibland kombineras med cytostatikabehandling eller biologiskt riktad behandling [8, 9]. Lungcancerpatienter som fått kurativ behandling följs upp under fem år, med tätare undersökningar de första åren då återfallsrisken är som störst [9]. Merparten av patienterna diagnostiseras dock i stadium III–IV, och dessa erbjuds vanligen läkemedelsbehandling med cytostatika, målriktad behandling och/eller immunterapi. Flera nya medicinska behandlingar har införts och bidragit till förlängd överlevnad, minskade symptom och ökad livskvalitet.

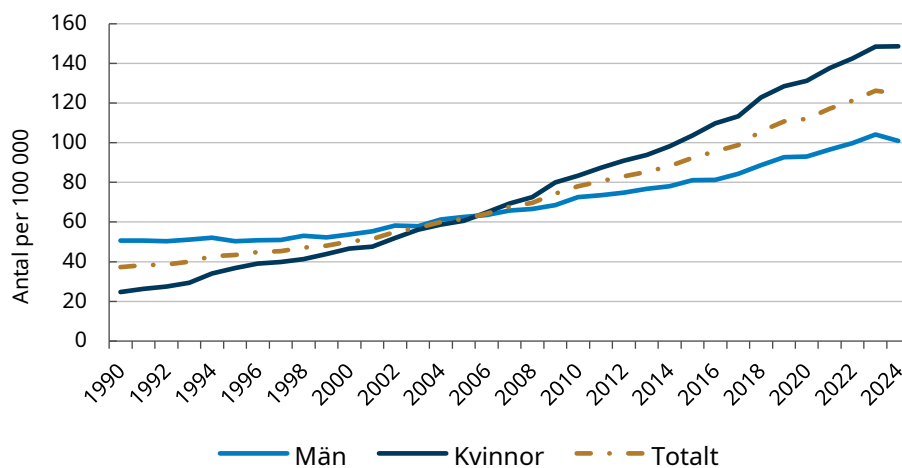
Cancer i bukspottkörteln är en cancerform som ofta upptäcks i sent stadium. Ökad användning av bilddiagnostik på senare år har dock medfört att fler tumörer upptäckts i tidigare stadium, exempelvis som bifynd vid undersökningar som kan ha andra syften än att diagnosticera cancer. Det

förekommer även viss underrapportering, särskilt bland äldre patienter, på grund av klinisk praxis att avstå från invasiv provtagning när det inte bedöms vara till nytta för patienten. Detta medför att en viss andel av cancerfallen inte förs in i Cancerregistret. Denna andel har dock minskat på senare år [10]. Sammantaget kan den ökade diagnosticeringen och registreringen bidra till den observerade ökningen i femårsförekomst. Drygt fyrtio procent av patienterna med cancer i bukspottkörteln erbjuds behandling i botande syfte, merparten i form av kirurgi kombinerat med kemoterapi, och nästan sextio procent får palliativ behandling och vård [11]. Även om femårsöverlevnaden har ökat sedan millennieskiftet var den 13,0 och 13,9 procent för kvinnor respektive män under den senaste tidsperioden.

En betydande andel av patienter med lungcancer och bukspottkörtelcancer får alltså livslång behandling och uppföljning. Nya behandlingsmöjligheter leder till fler och längre behandlingar, ökad överlevnad och därmed högre femårsförekomst.

Figur 5. Femårsförekomst (femårsprevalens) lungcancer 1990–2024, 20–99 år

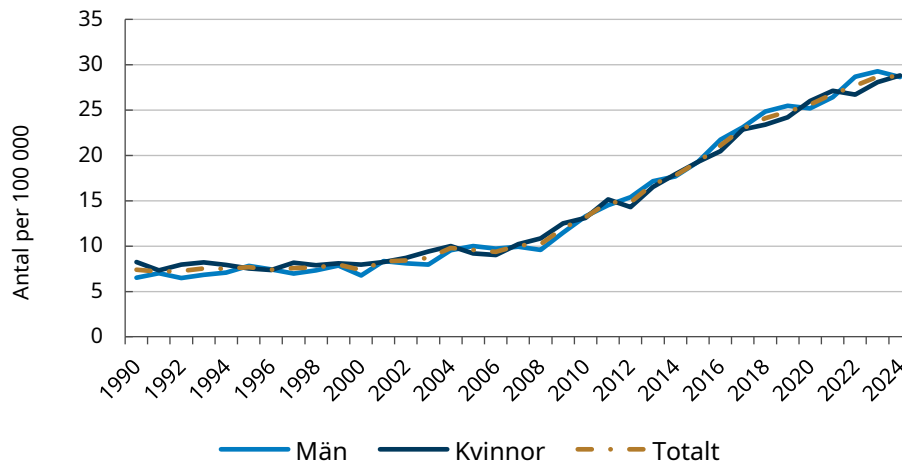
Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren per 100 000 i befolkningen.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Figur 6. Femårsförekomst (femårsprevalens) bukspottkörtelcancer 1990–2024, 20–99 år

Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren per 100 000 i befolkningen.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Tjocktarmscancer

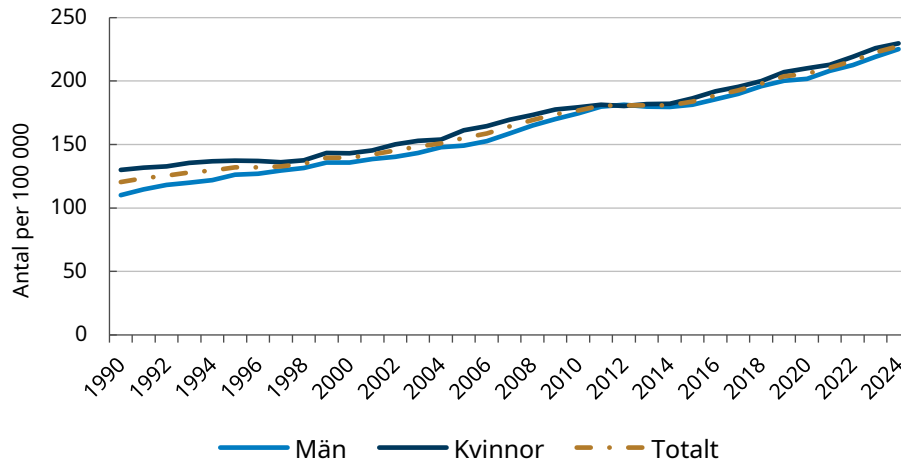
År 2024 levde cirka 9 000 män och cirka 9 000 kvinnor med en tjocktarmscancer diagnostiserad under de senaste fem åren (Figur 7, Tabell B2). Omkring femtio procent av patienterna diagnostiseras i stadium I–II och femtio procent i stadium III–IV [12]. De senaste tio åren har omkring 80 procent av patienter med tjocktarmscancer opererats varav drygt 30 procent behandlats med cytostatika efter operation [12]. För vissa patienter blir behandling med cytostatika och målriktad behandling aktuellt före operation. För de patienter som har spridd cancersjukdom vid diagnos kan såväl botande som palliativ behandling vara möjlig beroende på sjukdomens utbredning. Dessa patienter behandlas i första hand med cytostatika, målriktad behandling eller immunterapi. Uppföljningen varar normalt i fem år [13]. Tjocktarmscancer är en relativt vanlig cancerform och den förbättrade relativa överlevnaden som observerats över tid gör att femårsförekomsten för tjocktarmscancer är hög.

Screeningprogram för både tjock- och ändtarmscancer startade i Region Stockholm redan 2008 och har sedan 2021 successivt introduceras i övriga regioner. Det är rimligt att anta att femårsförekomsten av cancerformerna kommer att påverkas av screeningprogrammet. Screening syftar till att identifiera och ta bort förstadier till tarmcancer och kan därmed leda till minskat insjuknande. Dessutom syftar programmet till att upptäcka en större andel av tumörerna i ett tidigt stadium, vilket sannolikt kommer att förbättra den relativa överlevnaden. De långsiktiga effekterna på femårsförekomst efter att screeningprogrammet förväntas vara fullt utbyggt 2026 är svåra att

förutse. Siffror för ändtarmscancer visas inte i denna rapport, men går att ta fram i Analysverktyget.

Figur 7. Femårsförekomst (femårsprevalens) tjocktarmscancer 1990–2024, 20–99 år

Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren per 100 000 i befolkningen.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Femårsförekomst per åldersgrupp

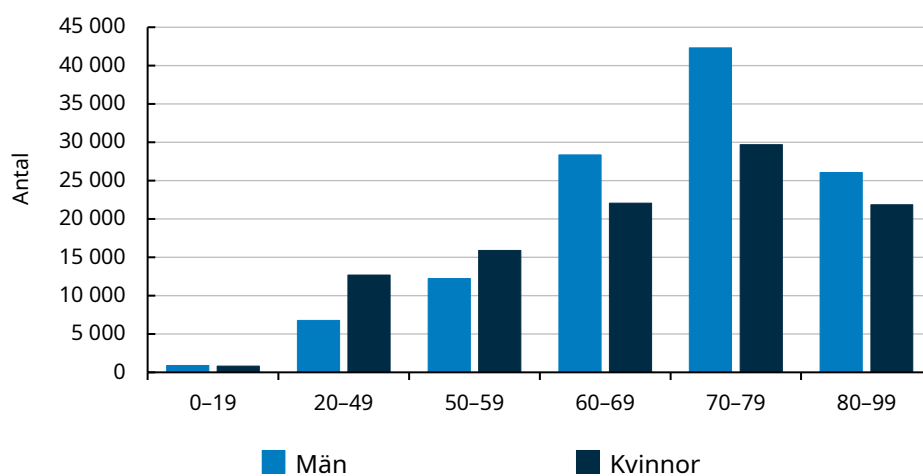
I tidigare avsnitt har vi redovisat femårsförekomsten som antal per 100 000 personer i befolkningen. Det gör att måtten är jämförbara över tid även om befolkningens storlek ändras. I det här avsnittet redovisar vi det absoluta antalet personer som haft cancer under de senaste fem åren (femårsförekomsten), fördelat på ålder. Syftet är att få en förståelse för storleken på de olika åldersgrupperna. I Tabell B4 i bilagan redovisas femårsförekomst över ålder även som antal per 100 000 personer i befolkningen. I analysverktyget finns både antal och antal per 100 000 redovisade.

Fördelat på åldersgrupper utgör individer i åldern 70–79 den största gruppen som lever med en cancerdiagnos de fått de senaste fem åren (Figur 8).

I åldersgrupperna 20–59 år bidrar insjuknande i bröst- och livmoderhalscancer samt den relativt goda överlevnaden i dessa cancerformer till att förekomsten av cancer är högre bland kvinnor än bland män. I de äldre ålderskategorierna bidrar insjuknande i prostatacancer som har hög överlevnad till att femårsförekomsten (femårsprevalensen) är högre för män.

Figur 8. Femårsförekomst (femårsprevalens) all cancer 2024, över nuvarande ålder

Antal individer som insjuknat i cancer de senaste fem åren.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Prognos av insjuknande i cancer

Prognos (kallas även prediktion eller framskrivning) av insjuknande innebär en uppskattning av hur många personer som kommer att insjukna i cancer vid en viss tidpunkt i framtiden. I *Cancer i Sverige* har Socialstyrelsen använt två olika metoder för prognoser; beräkningar baserade på konstant insjuknande i befolkningen samt på en modellbaserad metod, Nordpred [14, 15] (Faktaruta 3). De två metoderna utgår ifrån olika antaganden om utvecklingen av insjuknande i cancer och lämpar sig olika väl för olika cancerformer. Det ska understrykas att prognoser alltid är förenade med en viss osäkerhet och siffrorna som presenteras bör därför tolkas med försiktighet. I rapporten redovisas genomgående absoluta antal prognosticerade fall. I analysverktyget redovisas både antal och antal per 100 000.

Faktaruta 3. Prognoser av insjuknande.

I den här temarapporten samt i analysverktyget används två metoder för prognoser av insjuknande. Skillnaderna i bakomliggande antaganden gör att de lämpar sig olika bra för olika cancerformer när antalet framtida fall estimeras. För de flesta cancerformer kan det vara rimligt att anta konstant insjuknande. För lungcancer och malignt melanom, där förekomst av riskfaktorer ändrats över tid, fungerar metoden Nordpred troligen bättre. Ingen av metoderna kan ta hänsyn till förväntade förändringar avseende till exempel nystartade screening- eller vaccinationsprogram. Framskrivningar av befolkningsstorlek per kön, ålder, år och kommun har tagits fram av Statistikmyndigheten SCB, och används i båda metoderna.

Metoden **konstant insjuknande** baseras på antagandet att andelen som insjuknar i respektive cancerform per åldersgrupp och kön kommer att vara konstant och att förändringen i antalet framtida fall endast kommer att bero på förändringar som rör befolkningens storlek och åldersstruktur. För att undvika eventuella effekter av Covid-19-pandemin baseras prognosen på insjuknandet under tidsperioden 2015–2019.

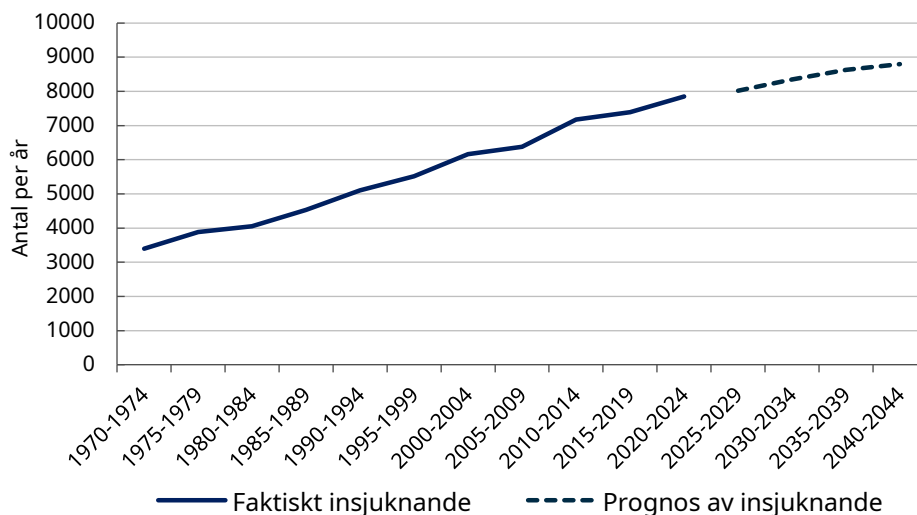
Metoden **Nordpred för prognos av insjuknande** är baserad på en modifierad så kallad ålder-period-kohort-modell, där antagandet görs att trenden avseende andelen insjuknade som modellen baseras på kommer att fortsätta i respektive cancerform, kön och åldersgrupp. Modellen i Nordpred använder sig av observerat insjuknande för de 3–5 senaste femårsperioderna till och med år 2019 för att undvika eventuella effekter av Covid-19-pandemin.

Bröstcancer

Ett antagande om konstant insjuknande bedöms fungera bra för att prediktera antalet insjuknande för merparten av cancerformerna i rapporten. Ett exempel är bröstcancer. Antalet kvinnor som diagnostiseras med bröstcancer har ökat kraftigt under perioden 1970–2024. Ökningen beror till stor del på att befolkningen blir allt äldre, och andelen insjuknade per åldersgrupp i befolkningen har varit mer stabil över tid. Antalet diagnostiserade bröstcancerfall förväntas fortsätta öka fram till perioden 2040–2044, om än i något långsammare takt: från omkring 8 000 fall 2020–2024, till närmare 9 000 per år 2040–2044 (Figur 9).

Figur 9. Insjuknande i bröstcancer 1970–2024 och prognos 2025–2044, kvinnor, 20 år eller äldre

Antal fall per år anger medelvärdet för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad utifrån konstant insjuknande per åldersgrupp, baserat på det faktiska insjuknandet 2015–2019.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

Prostatacancer

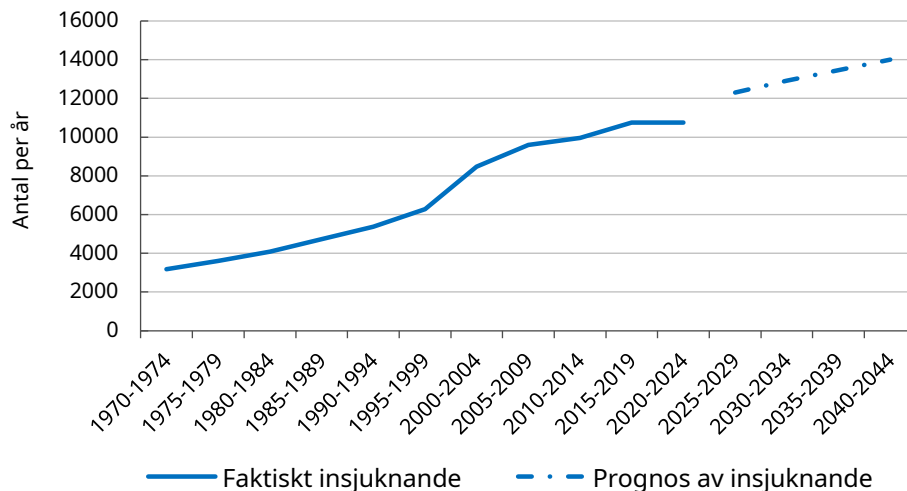
Prostatacancer är en annan cancerform där metoden konstant insjuknande bedöms fungera bra för prognoser av insjuknande. Antal män diagnostiserade med prostatacancer har ökat mellan 1970 och 2024, med påtagliga variationer från år till år under den senare delen av perioden, vilka troligtvis speglar förändringar i metoder och rekommendationer samt en ökad användning av PSA-testning⁶. Skillnaden mellan antalet rapporterade fall 2024 och den första prognosen 2025 beror på att beräkningen baseras på

⁶ Prostataspecifikt antigen (PSA) är ett ämne som kommer från prostatan. PSA-värdet mäts med blodprov, och ett högt värde kan vara tecken på prostatacancer eller godartad prostatasjukdom.

trenden 2015–2019, detta för att inte utgå från det lägre antal fall som inrapporterades under pandemin. Antalet män som diagnostiseras med prostatacancer förväntas öka fram till 2040: från omkring 11 000 per år 2020–2024, till cirka 14 000 per år 2040–2044 (Figur 10).

Figur 10. Insjuknande i prostatacancer 1970–2024 och prognos 2025–2044, män, 20 år eller äldre

Antal fall per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad utifrån konstant insjuknande per kön och åldersgrupp, baserat på det faktiska insjuknandet 2015–2019.



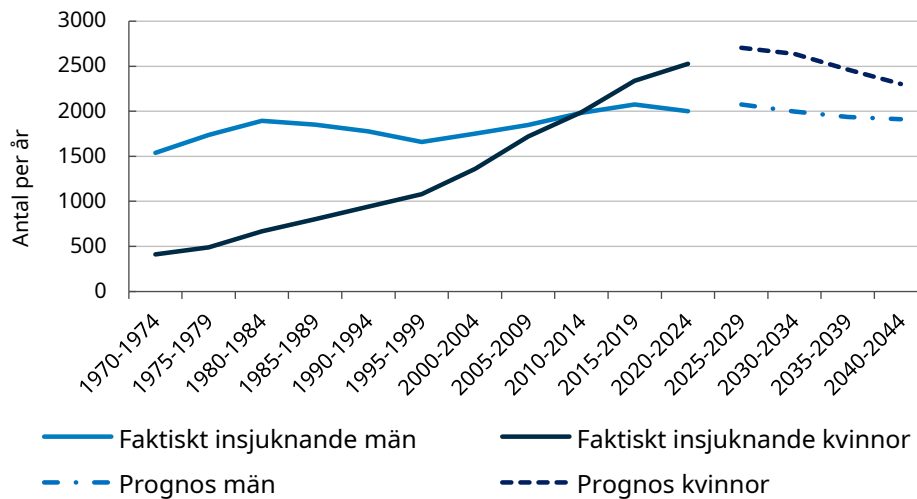
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

Lungcancer

Lungcancer är en av de cancerformer där Nordpred sannolikt ger en bättre indikation på framtida insjuknande än metoden som baserar sig på konstant insjuknande. Det beror på att förändrade rökvanor i olika åldersgrupper över tid har påverkat trender i insjuknande. Antalet kvinnor som insjuknar i lungcancer förväntas minska till cirka 2 300 per år under perioden 2040–2044 jämfört med cirka 2 530 per år under tidsperioden 2020–2024 (Figur 11). Även antalet män med lungcancer förväntas minska och under perioden 2040–2044 uppskattas årligen omkring 1 910 män få en lungcancerdiagnos (Figur 11).

Figur 11. Insjuknande i lungcancer 1970–2024 och prognos 2025–2044, kvinnor och män, 20 år eller äldre

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad med Nordpred baserat på trender i det faktiska insjuknandet per kön och åldersgrupp under 3–5 femårsperioder fram till 2019.



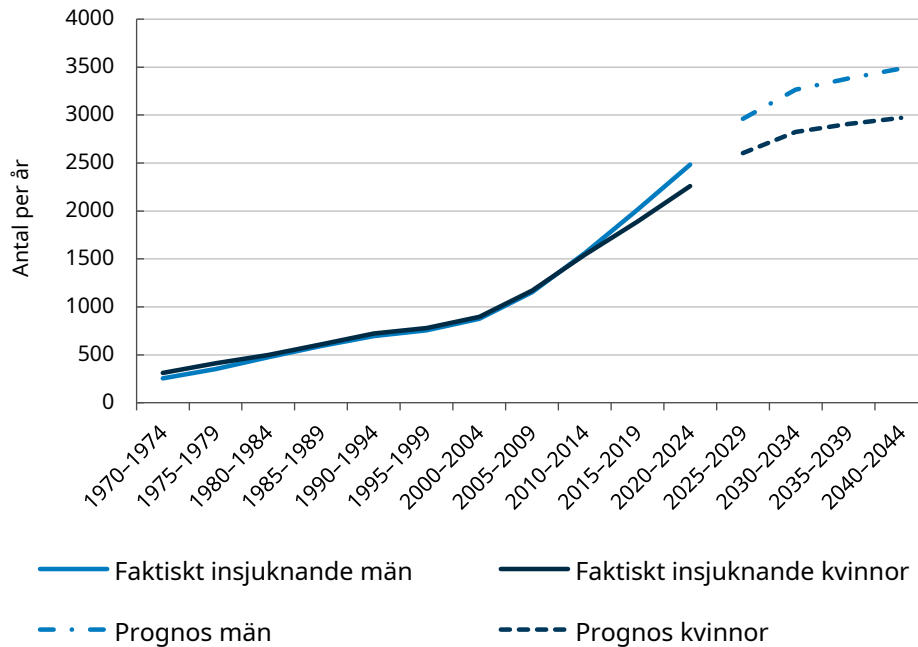
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

Malignt melanom

Antalet rapporterade fall av malignt melanom har ökat kraftig sedan början på 2000-talet. På grund av förändrade solvanor ser dock trenderna olika ut i olika åldersgrupper, med en svagare ökning eller till och med minskning bland yngre [16]. Detta medför att prognoserna som görs med Nordpred sannolikt ger en bättre uppskattning av antalet framtida fall (Figur 12).

Figur 12. Insjuknande i malignt melanom 1970–2024 och prognos 2025–2044, kvinnor och män, 20 år eller äldre

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad med Nordpred baserat på trender i det faktiska insjuknandet per kön och åldersgrupp under 3–5 femårsperioder fram till 2019.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

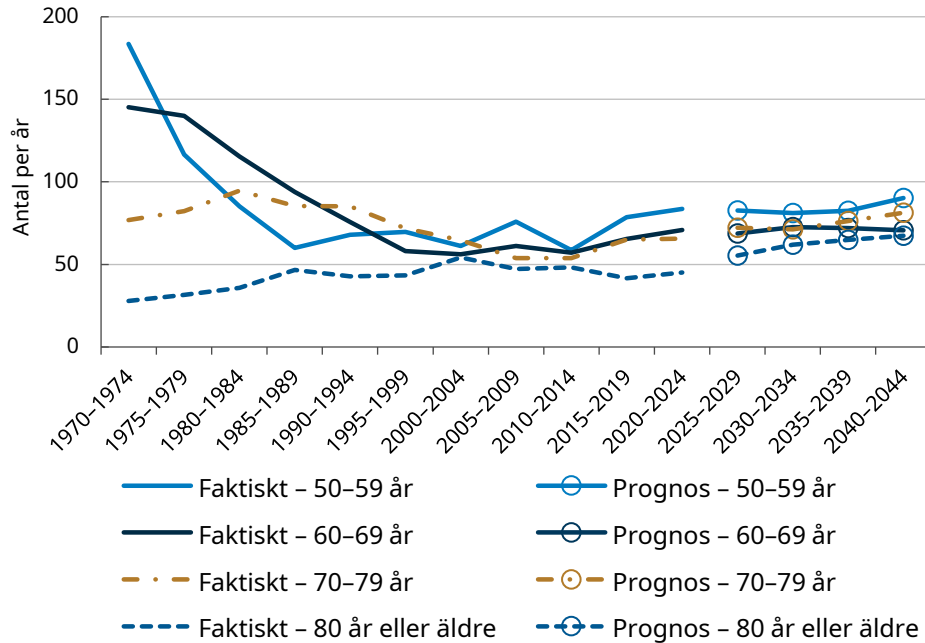
Livmoderhalscancer

Det pågår ett nationellt preventivt arbete för att utrota de varianter av humant papillomvirus (HPV) som kopplas till en ökad risk för att utveckla livmoderhalscancer. Det successiva införandet av HPV-vaccination under den senaste tjugoårsperioden kommer sannolikt att påverka antalet kvinnor som diagnostiseras med livmoderhalscancer på ett sätt som varken prognoser baserade på Nordpred eller konstant insjuknande kan förutse [17]. Eftersom prognoserna som presenteras i Analysverktyget endast tar hänsyn till historiska data kommer de sannolikt att överskatta antalet framtida cancerfall för de cancerformer där ett effektivt preventionsarbete bedrivs, och för livmoderhalscancer förväntas tvärtom en minskning i insjuknande. Detta understryker vikten av att tolka prognoserna med försiktighet samt att förstå vad som ligger till grund för de predikterade värdena.

Vaccinationsprogrammet har sedan starten 2012 omfattat flickor födda 1999 eller senare, och så kallad ikapp-vaccination har erbjudits flickor och kvinnor födda tidigare 1993 [18]. År 2044 omfattas alltså hela åldersgruppen 20–49 år. Bland kvinnor födda tidigare har en mindre andel vaccinerats utanför vaccinationsprogrammet. De åldersspecifika prognoserna är troligen mer tillförlitliga för åldrarna 50 år och äldre (Figur 13).

Figur 13. Insjuknande i livmoderhalscancer 1970–2024 och prognos 2025–2044 per åldersgrupp, kvinnor, 50 år eller äldre

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad utifrån konstant insjuknande per åldersgrupp i befolkningen, baserat på det faktiska insjuknandet 2015–2019.



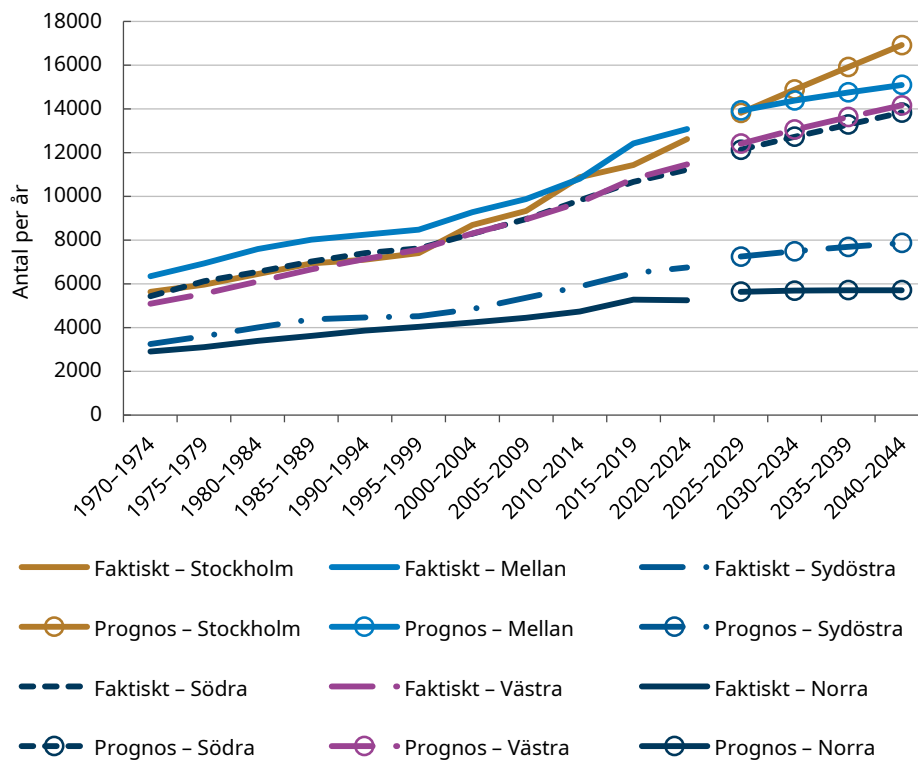
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

All cancer per sjukvårdsregion

Sett till samtliga cancerformer skiljer sig det predikterade antalet insjuknade åt mellan Sveriges sex sjukvårdsregioner där en bidragande orsak är skillnader i den förväntade befolkningsökningen över kön och ålder. Antalet cancerfall förväntas öka i samtliga sjukvårdsregioner med den största ökningen i sjukvårdsregion Stockholm och den minsta i den Norra regionen (Figur 14). I Analysverktyget går det även att ta fram prognoser för antal fall per sjukvårdsregion, kön och åldersgrupp.

Figur 14. Insjuknande i all cancer 1970–2024 och prognos 2025–2044 per sjukvårdsregion, män och kvinnor, alla åldrar

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad utifrån konstant insjuknande per kön, åldersgrupp och sjukvårdsregion, baserat på det faktiska insjuknandet 2015–2019.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

En sammanfattning av antal insjuknade i cancer 2015–2024 samt prognos för 2040–2044 för samtliga enskilda inkluderade cancerformer redovisas i Tabell B5 och B6 i bilagan. Enligt prognoser för all cancer beräknade med konstant insjuknande, förväntas antalet personer som insjuknar i cancer att öka från 32 288 män och 28 082 kvinnor per år under perioden 2020–2024, till 40 992 män och 32 500 kvinnor 2040–2044. Det motsvarar en ökning med 27 procent bland män och 16 procent bland kvinnor under de kommande 20 åren. Samtliga beräknade prognoser av insjuknande i cancer för år 2025–2044 går att ta fram i Analysverktyget.

Prognos av dödlighet i cancer

Metoderna ovan kan även användas för att ta fram prognoser för dödlighet, det vill säga antal personer i befolkningen som förväntas dö av cancer (Faktaruta 4). Dödlighet påverkas av både insjuknande och överlevnad som skiljer sig åt mellan olika cancerformer. Prognoserna som presenteras här fångar dock inte förändringar i riskfaktorer eller överlevnad som skett under de senaste åren.

Faktaruta 4. Prognoser av dödlighet.

I den här temarapporten samt i analysverktyget används två metoder för prognoser av antal dödsfall i cancer; konstant dödlighet respektive Nordpred. Metoden Nordpred ger sannolikt en bättre prognos av dödligheten för samtliga ingående cancerformer eftersom den tar hänsyn till förändringar av dödligheten över tid inom varje cancerform per kön och åldersgrupp. Framskrivningar av befolkningsstorlek per kön, ålder, år och kommun har tagits fram av Statistikmyndigheten SCB, och används i båda metoderna.

För metoden **konstant dödlighet** görs antagandet att dödligheten (andelen av befolkningen som dör i cancer), och i förlängningen kombinationen av insjuknande och överlevnad, kommer att vara konstanta över tid inom respektive kön och åldersgrupp. Endast förändringar av befolkningens storlek och åldersfördelning kommer därför att påverka prognosen av antalet döda. Det gör metoden och resultaten enkla att förstå, metoden fångar dock inte förändringar som kan uppstå genom nya metoder för cancerupptäckt, effektivare behandlingsmetoder eller livsstilsförändringar. Eftersom antalet diagnostiserade cancerfall minskade under covid-19-pandemin baseras prognosen på dödligheten i respektive cancerform under tidsperioden 2015–2019.

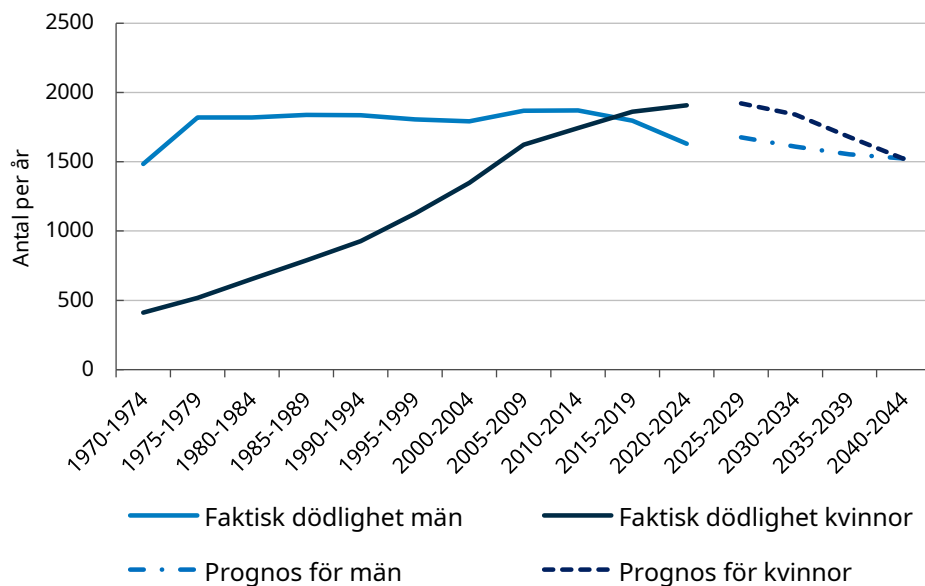
Metoden **Nordpred för prognos av dödlighet** är baserad på en modifierad så kallad ålder-period-kohort-modell, där antagandet görs att trenden avseende dödligheten som modellen baseras på kommer att fortsätta i respektive cancerform, kön och åldersgrupp. Modellen använder sig av den observerade dödligheten för de 3–5 senaste femårsperioderna till och med år 2019.

Lungcancer

Antal döda i lungcancer förväntas minska mellan 2025 och 2044 (Figur 15). Förändrade rökvanor över tid har lett till ett minskat insjuknande, framför allt bland män och bland kvinnor i de yngre åldersgrupperna. Att allt färre röker gör också att en mindre andel av patienterna diagnostiseras med en aggressiv och svårbehandlad cancertyp som kallas småcellig lungcancer. Detta i kombination med andra faktorer som bättre uppmärksamhet på symtom, förfinad diagnostik och kirurgisk behandling samt nya läkemedel gör att överlevnaden för lungcancerpatienter förbättrats över tid vilket påverkar dödligheten. Omkring 1 500 kvinnor och lika många män förväntas avlida årligen till följd av lungcancer under tidsperioden 2040–2044 (Figur 15).

Figur 15. Dödlighet i lungcancer 1970–2024 och prognos 2025–2044, 20 år eller äldre

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad med Nordpred baserat på den faktiska dödligheten per kön och åldersgrupp under 3–5 femårsperioder fram till 2019.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

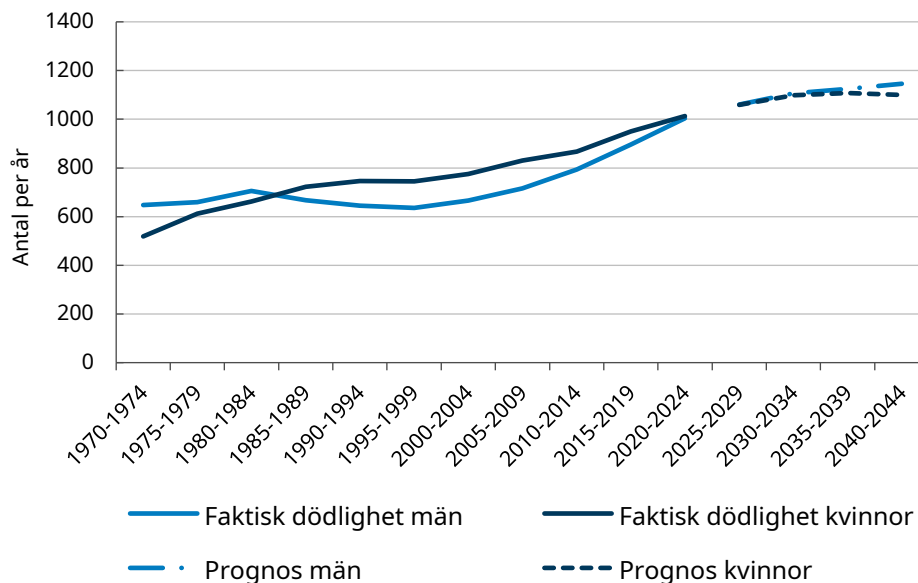
Bukspottkörtelcancer

Antalet fall av cancer i bukspottkörteln är sannolikt fler än de som rapporteras in till cancerregistret vilket leder till en underskattning även i prognosen av antalet insjuknade [10]. För bukspottkörtelcancer förväntas därför prognosen av dödlighet vara mer korrekt än prognosen av insjuknande. Under perioden 2015–2019 ledde bukspottkörtelcancer till omkring 900 dödsfall per år för män och 950 för kvinnor. År 2040–2044 förväntas antalen stiga till omkring 1150 dödsfall för män och 1100 för

kvinnor, se Figur 16. Eftersom behovet av vård normalt ökar i ett palliativt skede av behandlingen bör även förväntade förändringar i cancerdödlighet beaktas då framtida vårdbehov diskuteras, och inte bara förändringar som rör insjuknande.

Figur 16. Dödlighet i bukspottkörtelcancer 1970–2024 och prognos 2025–2044, 20 år eller äldre

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad med Nordpred baserat på den faktiska dödligheten per kön och åldersgrupp under 3–5 femårsperioder fram till 2019.



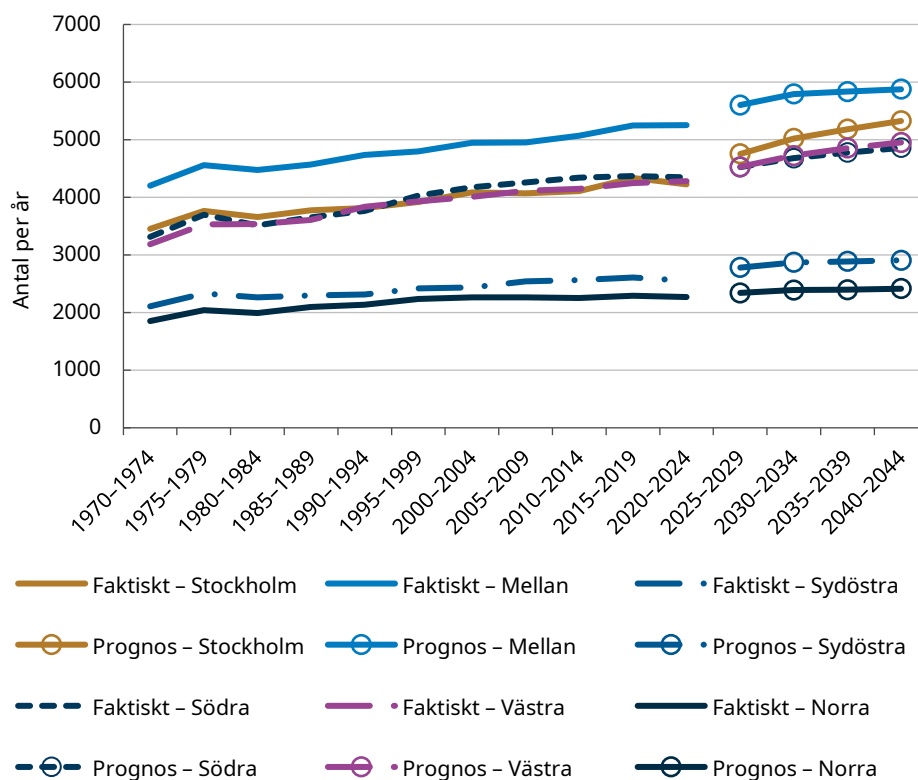
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

All cancer per sjukvårdsregion

Det totala antalet dödsfall på grund av cancer förväntas öka i samtliga sjukvårdsregioner (Figur 17). Sett till antal per 100 000 i befolkningen förväntas dock ökningen över tid vara mindre, vilket innebär att den prognosticerade ökningen av antalet dödsfall främst beror på att befolkningen förväntas öka i storlek. I Analysverktyget visas prognoserna både som antal och antal per 100 000 i befolkningen. Siffrorna kan användas för att få en översiktlig bild av framtida vårdbehov.

Figur 17. Dödlighet i all cancer 1970–2024 och prognos 2025–2040 per sjukvårdsregion, män och kvinnor, alla åldrar

Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod. Prognosen är beräknad med Nordpred baserat på den faktiska dödligheten per kön, åldersgrupp och sjukvårdsregion under 3–5 femårsperioder fram till 2019.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över totalbefolkningen samt befolkningsframskrivningar, Statistikmyndigheten SCB

Samtliga prognoser av dödlighet i cancer för år 2025–2044 går att ta fram i Analysverktyget. En sammanfattning av antal döda i cancer 2015–2024 samt prognos för perioden 2040–2044 visas i Tabell B7 och B8 i bilagan för samtliga inkluderade cancerformer. Enligt prognoser för all cancer, beräknade med Nordpred, förväntas antalet personer som dör i cancer att öka från 11 895 män och 11 025 kvinnor per år under perioden 2020–2024, till 14 309 män och 11 486 kvinnor 2040–2044. Det motsvarar en ökning med 20 procent bland män och 4 procent bland kvinnor under de kommande 20 åren.

Diskussion

Cancer utgör en heterogen grupp sjukdomar med varierande förlopp som berör många personer och har stor påverkan på hälso- och sjukvården och samhälle. Idag orsakas en fjärdedel av alla dödsfall i Sverige av cancer och cancersjukdomar är den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. Både antalet personer som insjuknar i cancer, lever med en cancerdiagnos och som dör i cancer förväntas öka under de kommande 20 åren.

Ett cancerbesked påverkar inte bara den enskilda cancerpatienten, utan även familj och närstående. Att ha gått igenom en cancerbehandling kan också innebära att leva med sena effekter eller följsjukdomar av behandlingen under lång tid, ibland livet ut. Diagnostik, behandling och rehabilitering varierar både mellan cancerformer och mellan patienter med samma cancerform. Olika mått avseende cancerförekomst kan därför användas som underlag för olika typer av bedömningar.

Förekomst (prevalens)

I rapporten presenteras uppskattningar av prevalens beräknade som både totalförekomst samt femårsförekomst över tid för 20 olika cancerformer, inklusive grupperna barncancer och övrig cancer.

Över 600 000 personer som lever i Sverige idag har någon gång fått ett cancerbesked varav fler än 102 900 kvinnor och 116 500 män som diagnostiserats med cancer under de senaste fem åren. Till cancerformer med hög totalförekomst hör bröstcancer bland kvinnor, prostatacancer bland män och malignt melanom samt tjocktarmscancer hos båda könen. Eftersom dessa och andra cancerformer också innefattar diagnoser med god prognos i kombination med ett förväntat ökande insjuknande och en befolkning som blir allt äldre kommer totalförekomsten att öka.

Femårsförekomsten kan användas för att uppskatta hur många cancerpatienter som är under aktiv uppföljning av vården och ger en indikation om patienternas behov av hälso- och sjukvårdens resurser.

Prognos av framtida insjuknande och dödlighet

När framtida vårdbehov eller andra framtida förutsättningar för cancerpatienter diskuteras (till exempel dimensionering av vården, tillgänglighet och kompetensförsörjning) är dataunderlag med skattade siffror för insjuknande och dödlighet i cancer av stort värde. I det syftet redovisar rapporten prognoser för insjuknande och dödlighet framtagna med

två olika metoder som grundar sig på olika antaganden om utvecklingen av insjuknade och dödlighet i cancer.

Metoderna lämpar sig olika väl för prognoser av insjuknande respektive dödlighet i olika cancerformer. Eftersom prognoser alltid är osäkra bör de uppskattade siffrorna tolkas försiktigt, något som framförallt gäller uppskattningar av utvecklingen på lång sikt.

Bland de resultat som beskrivs i rapporten och i det datamaterial som tillgängliggörs i analysverktyget framgår att förändringar i framtida insjuknande kommer att variera mellan olika cancerformer. Antalet fall av tjocktarmscancer förväntas öka de kommande tjugo åren medan antalet fall av lungcancer förväntas minska. För livmoderhalscancer och andra cancerformer där effektiva preventionsåtgärder nyligen införts, kan tillförlitliga prognoser inte göras med de metoder som används i rapporten.

För de flesta andra cancerformer lämpar sig metoden som baseras på ett antagande om konstant insjuknande bra för att estimerar antalet framtida fall, metoden gör dessutom de predikterade siffrorna enklare att förstå. För några cancerformer som malignt melanom och lungcancer, där skillnader i exponering för riskfaktorer historiskt gett upphov till kohorteffekter som påverkat insjuknande, är den modellbaserade metoden Nordpred att föredra.

Prognoserna av dödlighet gjorda med hjälp av Nordpred kommer sannolikt att bättre beskriva förväntad framtida utveckling än de där konstant dödlighet används för alla ingående cancerformer, eftersom Nordpred tar hänsyn till förändringar av dödligheten över tid inom varje cancerform per kön och åldersgrupp.

Cancersjukdomarnas avtryck i samhället kommer att öka eftersom antalet personer som diagnostiseras med cancer ökar, samtidigt som en ökande andel upptäcks i ett tidigt stadium. Detta i kombination med införandet av nya, mer precisa och effektiva behandlingsmetoder medför att fler lever länge efter en cancerdiagnos. Måtten som presenteras i analysverktyget samt i rapporterna inom *Cancer i Sverige* ger en vägledning till omfattningen av cancersjukdomars påverkan på vården och samhället i stort.

Referenser

1. Nationellt vårdprogram prostatacancer, version 10.0. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2025.
2. RATTEN - interaktiv onlinerapport från NPCR. Nationella prostatacancerregistret. 2025. Hämtad 2025-12-03 från: <https://statistik.incanet.se/npcr/>
3. Nationellt vårdprogram bröstcancer, version 5.4. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2025.
4. Interaktiv årsrapport för bröstcancer. Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer. 2025. Hämtad 2025-12-03 från: <https://statistik.incanet.se/brostcancer/>
5. Nationellt vårdprogram melanom, version 8.1. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2025.
6. Interaktiv onlinerapport för hudmelanom 2024. Nationellt kvalitetsregister hudmelanom. 2025. Hämtad 2025-12-03 från: <https://statistik.incanet.se/Hudmelanom/>
7. Cancer i Sverige 2025 Relativ överlevnad 1974–2023, artikelnr 2025-5-9540. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
8. Nationellt kvalitetsregister för lungcancer. Lungcancer, nationell kvalitetsrapport för 2023. Uppsala: Regionalt cancercentrum, Mellansverige; 2024.
9. Nationellt vårdprogram lungcancer, version 9.0. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2025.
10. Bortfall i svenska cancerregistret skattat genom registerbaserad uppföljning av cancer på dödsorsaksintyg, 2005–2022. Artikelnr 2024-4-9040. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
11. Kvalitetsregister för tumörer i pankreas och periampullärt. Årsrapport nationellt kvalitetsregister diagnosår 2024. Linköping: Regionalt cancercentrum Sydöst; 2025.
12. Interaktiv årsrapport för tjocktarmscancer. Svenska Kolorektalcancerregistret. 2025. Hämtad 2025-12-01 från: <https://statistik.incanet.se/kolorektal/kolon/>
13. Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer, version 4.0. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2025.
14. Bray F, Møller B. Predicting the future burden of cancer. Nat Rev Cancer. 2006; 6(1):63–74.
15. Møller B, Fekjaer H, Hakulinen T, Sigvaldason H, Storm HH, Talbäck M, et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries: empirical comparison of different approaches. Stat Med. 2003; 22(17):2751–66.
16. Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Artikelnr 2025-2-9402. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
17. Arroyo Mühr LS, Gini A, Yilmaz E, Hassan SS, Lagheden C, Hultin E, et al. Concomitant human papillomavirus (HPV) vaccination and screening for elimination of HPV and cervical cancer. Nat Commun. 2024; 15(1):3679.
18. Nationellt vårdprogram livmoderhalscancerprevention. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2025.

Mer information

Statistiken är baserad på information från Cancerregistret och Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), samt Registret över totalbefolkningen och befolkningsframskrivningar (Statistikmyndigheten SCB).

Cancerregistret har varit basen för att ta ut första gången en individ insjuknar i en viss cancerform. För dödligheten har Dödsorsaksregistret och uppgiften om underliggande dödsorsak varit basen. Vilka ICD-koder som ingår i vilka cancerformer redovisas i Tabell B1 i bilagan. Sista registreringsår i Registret över totalbefolkningen har använts för att avsluta uppföljningen för personer som flyttat från landet.

Mer hos oss

Länk till analysverktyget för Cancer i Sverige:

https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/cis_start/

Länk till samlingssida Cancer i Sverige:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/cancer/cancer-i-sverige-statistik-och-analys/>

Kontakt:

Mef Nilbert, sakkunnig

Telefon: 075-247 30 00

E-post: mef.nilbert@socialstyrelsen.se

Frida Lundberg, statistikfrågor

Telefon: 075-247 30 00

E-post: frida.lundberg@socialstyrelsen.se

Åsa Persson, statistikfrågor

Telefon: 075-247 30 00

E-post: asa.persson@socialstyrelsen.se

Bilagor

Definitioner och klargöranden

Femårsförekomst

Femårsförekomst, eller femårsförekomst, är ett mått på antalet personer som har eller har haft cancer diagnostiserad som längst fem år tillbaka i tiden, vilket motsvarar ungefär den tid som de flesta cancerpatienter har regelbunden kontakt med cancervården efter diagnosen. Måttet innefattar de personer som insjuknat i cancer under de senaste fem åren och som var vid liv och folkbokförda i Sverige den sista december aktuellt år.

Totalförekomst

Total förekomst, eller totalprevalens, är ett mått på det totala antalet personer som har eller har haft cancer, oavsett hur lång tid tillbaka diagnosen sattes. Måttet innefattar de personer som diagnosticerats med cancer från och med den 1 januari 1970 och som var vid liv och folkbokförda i Sverige den 31 december 2024. Uppgifter om insjuknande i cancer utanför Sverige och innan år 1970 saknas, vilket innebär en viss underskattning.

Prognos av insjuknande

Socialstyrelsen har använt två olika metoder för prognoser av framtida insjuknande, beräkningar baserade på konstant insjuknande samt en modellbaserad metod som kallas Nordpred. De två metoderna utgår ifrån olika antaganden om utvecklingen av insjuknande i cancer.

Prognoserna utgår ifrån faktiskt (observerat) insjuknande fram till 2019 för att inte feltolka nedgången under pandemin samt eventuellt underrapportering/eftersläpning för det senaste året.

Befolkningsframskrivningar per kön, år, ålder och boendekommun framtagna av Statistikmyndigheten SCB har använts för alla prognoser.

Konstant insjuknande baseras på medelvärden av insjuknande, det vill säga andelen av befolkningen som insjuknat i cancer, under perioden 2015–2019. Dessa mått visar alltså hur insjuknandet skulle utvecklas om inget annat ändras än åldersstrukturen och storleken på befolkningen förändras över tid.

Programvaran Nordpred använder en ålder-period-kohort-modell för prognoser, och baseras på trender i insjuknande under de senaste tre till fem femårsperioderna fram till 2019. Antalet perioder som ingår i modellen för varje läge och skärning bestäms genom en automatiserad iterativ process där

Nordpred först försöker inkludera det största antalet perioder. Modellen försöker således inkludera en så lång tidsperiod som möjligt där modellen passar.

Prognos av dödlighet

Socialstyrelsen har använt två olika metoder för prognoser, beräkningar baserade på konstant dödlighet samt en modellbaserad metod som kallas Nordpred. De två metoderna utgår ifrån olika antaganden om utvecklingen av dödlighet i cancer.

Eftersom antalet diagnostiserade cancerfall minskade under covid-19-pandemin baseras prognoserna på faktisk (observerad) dödlighet i respektive cancerform fram till 2019. Befolkningsframskrivningar per kön, år, ålder och boendekommun framtagna av Statistikmyndigheten SCB har använts för alla prognoser.

Konstant dödlighet baseras på medelvärden av dödlighet (andelen av hela befolkningen som dött av cancer) 2015–2019. Dessa mått visar alltså hur dödligheten skulle utvecklas om inget annat ändras än åldersstrukturen och storleken på befolkningen.

Programvaran Nordpred använder en ålder-period-kohort-modell för prognoser, och baseras på trender i dödlighet under de senaste tre till fem femårsperioderna fram till 2019. Antalet perioder som ingår i modellen för varje läge och skärning bestäms genom en automatiserad iterativ process där Nordpred först försöker inkludera det största antalet perioder. Modellen försöker således inkludera en så lång tidsperiod som möjligt där modellen passar.

Tidsperioder

Trender i femårsförekomst över tid redovisas per år från och med 1990, för riket, per åldersgrupp och per sjukvårdsregion. Eftersom femårsförekomsten baseras på cancerdiagnoser de föregående fem åren inkluderas individer som insjuknat i cancer som tidigast år 1986. Totalförekomst i befolkningen redovisas för det senast tillgängliga året och inkluderar individer som insjuknat i cancer som tidigast år 1970.

Prognoser av insjuknande och dödlighet redovisas som medelvärden per år för femårsperioderna mellan 2025–2029 och 2040–2044. Prognoserna baserar sig på insjuknandet respektive dödligheten olika långt tillbaka i tiden för de olika analysmetoderna, och detta redovisas nedan i beskrivningen av respektive metod.

Åldersindelning

I analysverktyget finns även förekomst och prognoser per åldersgrupp. För förekomst avses uppnådd ålder det år förekomsten är mätt. För prognoser av insjuknande avses ålder vid diagnos, och för prognoser av dödlighet ålder vid dödsfallet. Förekomst inkluderar personer i åldrarna 0–99 år. Prognoser inkluderar alla åldrar. För de flesta cancerformer redovisas åldersspecifika mått i fem åldersgrupper; 20–49, 50–59, 60–69, 70–79 och 80 år eller äldre. För all cancer visas också åldersgruppen 0–19 år.

Åldersstandardiserade och ojusterade värden

Åldersstandardisering gör det möjligt att jämföra grupper med olika åldersfördelning, till exempel jämföra förekomst mellan män och kvinnor, eftersom det ger en bild av vad måttet skulle varit om grupperna hade samma åldersfördelning. Standardiseringen görs genom att vikta om måttet efter åldersfördelningen i befolkningen i Sverige det senast tillgängliga året. Mått för män och kvinnor totalt är även viktade enligt könsfördelningen inom varje åldersgrupp.

Ojusterade värden är inte åldersstandardiserade utan motsvarar det observerade antalet per 100 000 invånare, oavsett ålder (inom redovisat åldersspann). För prognoser av insjuknande och dödlighet redovisas endast ojusterade värden. För förekomst redovisas både ojusterade och åldersstandardiserade värden i analysverktyget.

Konfidensintervall

Ett konfidensintervall är ett verktyg för att kunna värdera osäkerheten i ett statistiskt mått. I analysverktyget hittar ni tabeller med 95 procents konfidensintervall för totalförekomst och femårsförekomst. Förenklat kan konfidensintervallet tolkas som det intervall inom vilket det sanna värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Konfidensintervall tar inte hänsyn till andra möjliga, icke slumpmässiga felkällor som kan påverka resultaten.

När det kommer till prognoser så ligger merparten av osäkerheten i de underliggande antagandena om utvecklingen. Konfidensintervall är därför inte lämpliga eftersom de ger sken av att prognoserna av insjuknande och dödlighet kan beskrivas enkelt baserat på standardantaganden för insjuknande och dödlighet. Osäkerheten är dock stor, eftersom det är svårt att göra antaganden om hur insjuknande och dödlighet kommer att förändras när behandling, screening och andra interventioner är under utveckling. Ett exempel är livmoderhalscancer där vi vet nästan säkert att vaccinationsprogrammet för HPV kommer ha stor påverkan, men de beräkningsmetoder som används i *Cancer i Sverige* tar inte hänsyn till detta.

Osäkerhet

Det är viktigt att tolka statistiken vi redovisar med försiktighet. Inom statistiken gör man ofta skillnad mellan observationsstudier och kontrollerade studier. I resultat från kontrollerade studier kan man ofta uttala sig med stor säkerhet om hur saker förhåller sig, till exempel att läkemedel A lindrar sjukdom B. Det kan man vanligtvis inte göra baserat på observationsstudier. *Cancer i Sverige* kan anses vara en observationsstudie. Vi kan med andra ord inte vara säkra på varför vi ser de skillnader vi ser i resultaten.

Kvaliteten i Cancerregistret är generellt hög, men det finns ett visst bortfall för cancerformer som diagnostiserats i ett sent stadium och med dålig prognos, såsom bukspottkörtelcancer och lungcancer. Bortfallet kan leda till en viss underskattning av både faktiskt och prognosticerat insjuknande för dessa cancerformer. Se *Cancer i Sverige 2025 – Insjuknande och dödlighet*⁷, samt *Bortfall i svenska cancerregistret*⁸ för mer information.

Ändringar av Cancer i Sverige 2026

Alla mått för insjuknande, dödlighet och relativ överlevnad har uppdaterats med data från 2024. Nu visas även insjuknande och dödlighet för män och kvinnor totalt för de cancertyper som inte är könsspecifika.

En förändring från tidigare rapporter är att vi ändrat benämningen av Sällsynt cancer till Övrig cancer, eftersom gruppen som sådan är en sammanslagning av de cancerformer som för närvarande inte särredovisas i Cancer i Sverige. Vilka cancerfall som ingår i denna grupp har också ändrats sedan förra året, då alla tumörtyper som inte hanteras av algoritmen för markering av multipla tumörer (framtagen av IARC/IACR/ENCR och här implementerad genom programmet IARCcgrTools)⁹ nu exkluderas. Förra året inkluderades även vissa tumörformer som ska ingå i den officiella cancerstatistiken enligt bilaga 1 i manualen Kodning i Cancerregistret¹⁰. Förändringen påverkar framför allt insjuknande-siffrorna för tumörer diagnostiserade i endokrina körtlar (ICD-O/3: C75, dessa tumörer ingår här i gruppen övrig cancer) samt i viss utsträckning även tumörer i urinblåsan samt tumörer i hjärnan och centrala nervsystemet. Eftersom förändringen medför att färre tumörer med god prognos inkluderas kommer den relativa överlevnaden för berörda cancerformer att minska något.

⁷ Socialstyrelsen 2025, Artikelnr. 2025-2-9402.

⁸ Socialstyrelsen 2024, Artikelnr. 2024-4-9040.

⁹ IARC/WHO 2004. International rules for multiple primary cancers, ICD-O Third Edition. Hämtad 2025-12-01 från: https://www.enrc.eu/sites/default/files/pdf/MPrules_july2004.pdf

¹⁰ Socialstyrelsen 2025, Artikelnr 2025-2-9458.

Gruppering av cancerformer

Cancer i Sverige innefattar alla cancerformer som registreras i Cancerregistret, förutom icke-melanom hudcancer. En person kan ha insjuknat i flera olika cancersjukdomar, vilket innebär att det inte går att summera antal som redovisas per cancerform för att uppnå ett totalt antal individer.

Tabell B1 visar hur grupperingen av cancerformer har gjorts. För förekomst och insjuknande har läges- och morfologikoder i Cancerregistret översatts till den första revideringen av ICD-O/3 i flera steg med hjälp av IARCcrgTools. För cancerformer markerade med * har ICD-7 använts. De lägeskoder som ingår i varje grupp redovisas med ICD-7 och ICD-O/3. Icke-melanom hudcancer exkluderas eftersom gruppen utgör en relativt vanlig och lindrigare form av hudcancer där överlevnaden är mycket god. Dödlighet är baserad på Dödsorsaksregistret, som för tidsperioden 1970–2024 använde sig av de internationella versionerna av ICD-8, ICD-9 och ICD-10.

Tabell B1. Lista med ICD-koder för samtliga cancerformer

Cancerform	Förekomst och insjuknande	Dödlighet
All cancer	Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer.	Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer.
All cancer, vuxna	Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer och barncancer.	Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer och barncancer.
Barncancer	All cancer hos barn 0–19 år.	All cancer hos barn 0–19 år.
Lungcancer	ICD-7: 162.1; ICD-O/3: C34	ICD-8/9: 162; ICD-10: C34
Prostatacancer	ICD-7: 177; ICD-O/3: C61	ICD-8/9: 185; ICD-10: C61
Bukspottkörtelcancer	ICD-7: 157, 195.5; ICD-O/3: C25	ICD-8/9: 157; ICD-10: C25
Tjocktarmscancer	ICD-7: 153; ICD-O/3: C18	ICD-8/9: 153; ICD-10: C18
Ändtarmscancer	ICD-7: 154.0; ICD-O/3: C19–C20	ICD-8/9: 154.0–154.1; ICD-10: C19, C20
Bröstcancer Bara kvinnor redovisas	ICD-7: 170; ICD-O/3: C50	ICD-8/9: 174; ICD-10: C50
Urinblåsecancer	ICD-7: 181; ICD-O/3: C67	ICD-8: 188, 223.3, 237.6; ICD-9: 188, 223.3, 236.7; ICD-10: C67, D09.0, D30.3, D41.4

Njurcancer	ICD-7: 180; ICD-O/3: C64	ICD-8: 189.0, 223.0, 237.3; ICD-9: 189.0, 223.0; ICD-10: C64, D300, D410
Magsäckscancer	ICD-7: 151; ICD-O/3: C16	ICD-8/9: 151; ICD-10: C16
Matstrupscancer	ICD-7: 150; ICD-O/3: C15	ICD-8/9: 150; ICD-10: C15
Malignt melanom*	ICD-7: 190 (ICD-O/3: del av C44)	ICD-8/9: 172; ICD-10: C43
Hjärntumörer	ICD-7: 1930; ICD-O/3: C71	ICD-8: 191, 225.0, 239.6; ICD-9: 191, 225.0, 238.1; ICD-10: C71, D33.0–D33.2, D43.0–D43.2
Leukemi*	ICD-7: 204–207 (ICD-O/3: C42.1) utom 205.9 PAD 223; 207.9 PAD 293; 207.9 PAD 296	ICD-8/9: 204–207; ICD-10: C91–C93, C94.1–C94.4, C94.7, C95
Non-Hodgkins lymfom*	ICD-7: 200.1, 200.2, 202.1, 202.2 (ICD-O/3: C00–C80)	ICD-8/9: 200, 202; ICD-10: C82–C86, C96
Myelom*	ICD-7: 203 (ICD-O/3: C01– C80)	ICD-8/9: 203; ICD-10: C90
Äggstockscancer	ICD-7: 175.0, 175.1, 175.9; ICD-O/3: C56, C57.0–C57.4	ICD-8/9: 183; ICD-10: C56, C57.0–C57.4
Livmoderkroppscancer	ICD-7: 172; ICD-O/3: C54	ICD-8/9: 182; ICD-10: C54
Livmoderhalscancer	ICD-7: 171; ICD-O/3: C53	ICD-8/9: 180; ICD-10: C53
Icke-melanom hudcancer* (Exkluderade)	ICD-7: 191 (ICD-O/3: del av C44)	ICD-8/9: 173; ICD-10: C44
Övrig cancer	Alla övriga maligna tumörer.	Alla övriga maligna tumörer.

Inkluderade indelningar/grupper

Förekomst av cancer i befolkningen samt prognoser för insjuknande och dödlighet redovisas för riket (hela Sverige) och per sjukvårdsregion. För förekomst anger sjukvårdsregion var individen var bosatt under mättillfället, det vill säga den sista december aktuellt år. För prognoser av insjuknande avses den sjukvårdsregion där individerna bor vid diagnos, och för prognoser av dödlighet den sjukvårdsregion där individerna bor vid död.

Förekomst (prevalens)

Tabell B2. Femårsförekomst (femårsprevalens) år 2024

Cancerform	Män, antal	Män, antal per 100 000	Kvinnor, antal	Kvinnor, antal per 100 000
All cancer	116 574	2 192,0	102 911	1 960,7
Prostatacancer	49 330	1 209,4		
Bröstcancer, kvinnor			36 141	886,0
Malignt melanom	11 157	273,5	10 544	258,5
Tjocktarmscancer	9 187	225,2	9 371	229,7
Urinblåsecancer	9 035	221,5	2 923	71,7
Lungcancer	4 113	100,8	6 063	148,6
Ändtarmscancer	5 423	133,0	3 312	81,2
Non-Hodgkins lymfom	4 268	104,6	3 367	82,5
Livmoderkroppscancer			5 856	143,6
Njurcancer	3 667	89,9	1 788	43,8
Leukemi	2 750	67,4	1 804	44,2
Äggstockscancer			2 525	61,9
Livmoderhalscancer			2 137	52,4
Myelom	1 987	48,7	1 339	32,8
Bukspottkörtelcancer	1 168	28,6	1 175	28,8
Barncancer	1 073	69,3	947	65,1
Magsäckscancer	1 305	32,0	850	20,8
Hjärntumörer	711	17,4	480	11,8
Matstrupscancer	643	15,8	251	6,2
Övrig cancer	16 511	404,8	15 359	376,5

Tabell B3. Totalförekomst all cancer 2024, per åldersgrupp

Ålder 2024	Män, antal	Män, antal per 100 000	Kvinnor, antal	Kvinnor, antal per 100 000
0-19 år	1 925	155,3	1 678	143,5
20-49 år	18 978	915,9	28 195	1 439,6
50-59 år	25 801	3 800,5	40 477	6 106,1
60-69 år	57 968	10 138,9	61 915	10 821,2
70-79 år	106 430	21 719,7	92 895	17 696,3
80-99 år	85 021	31 951,0	84 257	23 362,7

Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Tabell B4. Femårsförekomst all cancer 2024, per åldersgrupp

Ålder 2024	Män, antal	Män, antal per 100 000	Kvinnor, antal	Kvinnor, antal per 100 000
0-19 år	905	73,0	799	68,3
20-49 år	6 779	327,2	12 690	648,0
50-59 år	12 201	1 797,2	15 873	2 394,5
60-69 år	28 325	4 954,2	22 044	3 852,8
70-79 år	42 314	8 635,2	29 654	5 649,0
80-99 år	26 050	9 789,6	21 851	6 058,8

Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

Prognos av insjuknande

Tabell B5. Antal cancerfall 2015–2024 och prognos 2040–2044 bland män

Cancerform	Antal per år 2015–2019	Antal per år 2020–2024	Prognos 2040–2044
All cancer	30 685	32 288	40 992
Prostatacancer	10 754	10 757	13 997
Tjocktarmscancer	2 259	2 565	3 228
Urinblåsecancer	2 183	2 315	3 177
Lungcancer*	2 076	2 000	1 912
Malignt melanom*	2 014	2 483	3 487
Ändtarmscancer	1 308	1 412	1 770
Non-Hodgkins lymfom	1 095	1 152	1 507
Njurcancer	844	899	1 065
Leukemi	764	772	1 051
Bukspottkörtelcancer	762	868	1 012
Magsäckscancer	524	581	732
Myelom	478	524	657
Hjärntumörer	404	408	492
Matstrupscancer	362	387	493
Barncancer	211	234	199
Övrig cancer	4 648	4 930	6 078

*Nordpred använt för prognoser av insjuknande i lungcancer och malignt melanom. Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod.

Tabell B6. Antal cancerfall 2015–2024 och prognos 2040–2044 bland kvinnor

Cancerform	Antal per år 2015–2019	Antal per år 2020–2024	Prognos 2040–2044
All cancer	26 406	28 082	32 500
Bröstcancer	7 392	7 853	8 800
Lungcancer*	2 340	2 526	2 303
Tjocktarmscancer	2 317	2 603	3 055
Malignt melanom*	1 890	2 259	2 972
Livmoderkroppscancer	1 365	1 398	1 702
Ändtarmscancer	834	875	1 054
Non-Hodgkins lymfom	828	887	1 058
Bukspottkörtelcancer	747	853	940
Urinblåsecancer	739	784	966
Äggstockscancer	691	687	821
Livmoderhalscancer	571	511	651
Leukemi	530	513	675
Njurcancer	444	430	540
Myelom	342	360	439
Magsäckscancer	319	359	412
Hjärntumörer	282	268	331
Matstrupscancer	137	162	176
Barncancer	188	205	179
Övrig cancer	4 452	4 552	5 527

*Nordpred använt för prognoser av insjuknande i lungcancer och malignt melanom. Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod.

Prognos av dödlighet

Tabell B7. Antal dödsfall per år i cancer 2015–2024 och prognos av antal dödsfall per år 2040–2044 bland män

Cancerform	Antal per år 2015–2019	Antal per år 2020–2024	Prognos 2040–2044
All cancer	12 069	11 895	14 309
Prostatacancer	2 320	2 148	2 672
Lungcancer	1 795	1 629	1 523
Tjocktarmscancer	911	914	1 266
Bukspottkörtelcancer	896	1 004	1 146
Ändtarmscancer	496	490	688
Urinblåsecancer	493	459	628
Hjärntumörer	449	459	594
Leukemi	399	411	423
Non-Hodgkins lymfom	384	370	375
Matstrupscancer	357	359	415
Magsäckscancer	333	319	377
Njurcancer	324	309	325
Malignt melanom	293	316	250
Myelom	261	258	299
Barncancer	27	29	12
Övrig cancer	2 331	2 420	3 569

Nordpred använt för samtliga prognoser av dödlighet. Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod.

Tabell B8. Antal dödsfall per år i cancer 2015–2024 och prognos av antal dödsfall per år 2040–2044 bland kvinnor

Cancerform	Antal per år 2015–2019	Antal per år 2020–2024	Prognos 2040–2044
All cancer	11 020	11 025	11 486
Lungcancer	1 860	1 907	1 522
Bröstcancer	1 399	1 359	1 326
Bukspottkörtelcancer	950	1 013	1 100
Tjocktarmscancer	949	996	1 107
Äggstockscancer	575	516	485
Ändtarmscancer	337	338	377
Hjärntumörer	333	327	422
Leukemi	325	308	352
Non-Hodgkins lymfom	295	281	284
Magsäckscancer	226	211	242
Njurcancer	211	187	151
Myelom	208	194	182
Urinblåsecancer	207	205	274
Malignt melanom	206	207	221
Livmoderkroppscancer	191	217	207
Livmoderhalscancer	147	129	161
Matstrupscancer	130	142	182
Barncancer	25	22	17
Övrig cancer	2 446	2 469	3 177

Nordpred använt för samtliga prognoser av dödlighet. Antal per år anger medelvärde för respektive femårsperiod.



Cancer i Sverige (artikelnr 2026-01-10013)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.