

A woman with shoulder-length, wavy blonde hair is shown in profile, looking towards the left. She is wearing a dark green long-sleeved top and a thin gold necklace. Her right hand is raised, holding a wig of long, straight, light blonde hair. The background is dark and out of focus, showing some indistinct shapes.

CANCERFONDSRAPPORTEN 2026

Nästa milstolpe

80 procents överlevnad



CANCER
FONDEN

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	4
Begrepp	5
80 procents överlevnad inom räckhåll	6
Var står vi idag?	6
Svensk överlevnad i internationell jämförelse	7
Vår förmåga har aldrig varit större och utvecklingen går snabbt	8
Avgörande med fortsatta satsningar på forskning	9
Det här ligger runt hörnet	10
Implementeringstakten behöver öka	11
Lång och snårig resa mot patientnytta	11
Tiden behöver kortas där det går	12

Fyra nyckelområden för Sverige	13
1. Kliniska studier – en motor för implementering	13
<i>Aktuell ranking – Sverige kan bättre – Förutsättningar finns</i>	
2. Implementeringstid – från godkännande till faktisk användning	18
<i>Aktuell ranking – Sverige kan bättre – Förutsättningar finns</i>	
3. Hälsodata - grunden för framtidens forskning och vårdutveckling	22
<i>Aktuell ranking – Sverige kan bättre – Förutsättningar finns</i>	
4. Europas innovationsförmåga – vikten av ett starkt europeiskt ekosystem ...	26
<i>Aktuell ranking – EU kan bättre – Förutsättningar finns</i>	
Vägen framåt	29
Cancerfondens roll	30
Bilaga: Referenser	31



Förord

I år är det 75 år sedan Cancerfonden bildades och vi är idag en av de viktigaste forskningsfinansiärerna och pådrivarna inom cancerområdet i Sverige. När organisationen grundades i början av 1950-talet överlevde ungefär tre av tio personer sin cancerdiagnos. I dag överlever drygt sju av tio. Det är en utveckling som få hade kunnat föreställa sig – och ett direkt resultat av forskning, långsiktiga satsningar, politiska beslut och ett starkt samhällsengagemang.

Bakom varje procentenhet i ökad överlevnad finns årtionden av vetenskapligt arbete. Olika former av genombrott har förändrat cancer från en ofta dödlig sjukdom till något allt fler kan botas från eller leva länge med. Den fria akademiska forskningen har varit avgörande. Många av de behandlingar som i dag räddar liv har sitt ursprung i upptäckter som från början saknade tydlig klinisk tillämpning. Därför är långsiktigt och oberoende stöd till forskningen fortsatt en av våra viktigaste uppgifter.

Men ökad kunskap är inte tillräckligt. Vår tids stora utmaning är implementeringstakten – hur snabbt nya rön, metoder och behandlingar når enskilda individer. Det kan innebära att nya diagnostiska metoder inte implementeras och cancer upptäcks senare än vad som är möjligt – och för den som lever med cancer kan långsam implementering innebära uteblivna möjligheter till

bot eller ett längre liv med god livskvalitet. Därför behöver vi inte bara fortsätta investera i forskning, utan också säkerställa att samhället och hälso- och sjukvården har förmåga att ta tillvara på de senaste forskningsresultaten.

Ett av Cancerfondens mål för Sverige år 2030 är att 80 procent ska överleva en cancerdiagnos. I denna rapport beskriver vi var Sverige står i dag och presenterar konkreta politiska förslag som är nödvändiga för att vi ska nå detta mål.

Vi vet att utvecklingen går att påverka. De senaste 75 åren är beviset. Låt oss ta nästa steg tillsammans. För tillsammans kan vi göra det omöjliga möjligt.

Ulrika Årehed Kågström
Generalsekreterare,
Cancerfonden



Sammanfattning

Sverige har i dag en hög canceröverlevnad i internationell jämförelse och starka strukturella förutsättningar inom forskning, vård och hälsodata. Samtidigt visar internationella jämförelser att vi står inför utmaningar när det kommer till att omsätta forskningsresultat i patientnytta. För att nå milstolpen om 80 procents överlevnad i cancer år 2030 krävs konkreta åtgärder här och nu.

Denna rapport beskriver fyra områden där vi bedömer att riktade reformer kan stärka implementeringstakten, öka jämlikheten och förbättra Sveriges långsiktiga konkurrenskraft inom cancerområdet.

1 Kliniska studier – en motor för implementering

Kliniska studier är bryggan mellan forskning och vård. De möjliggör tidig tillgång till nya behandlingar och stärker vårdens kompetens och innovationsförmåga. Trots goda förutsättningar har Sverige tappat mark i internationella jämförelser, särskilt vad gäller kommersiella studier per capita.

För att vända utvecklingen krävs tydligare nationella mål, bättre organisatoriska förutsättningar i vården och mer jämlika möjligheter för patienter att delta i studier – oavsett bostadsort.

2 Implementeringstid – från godkännande till faktisk användning

Det finns i dag ett betydande tidsglapp mellan regulatoriskt godkännande av läkemedel, medicinteknik och diagnostik och faktisk användning i vården. Processerna fyller viktiga funktioner, men handläggningstider och bristande samordning riskerar att fördröja tillgången till innovationer.

Sverige behöver utveckla mer transparenta och heltäckande mått på implementeringstakt, effektivisera nationella och regionala processer samt skapa bättre incitament för införande och uppföljning av nya metoder. Ett hälsoinnovationsindex kan vara ett konkret verktyg för att synliggöra utvecklingen och driva förbättring.

3 Hälsodata – grunden för framtidens forskning och vårdutveckling

Sverige har unika tillgångar i form av personnummer, nationella kvalitetsregister och hög digital mognad. Samtidigt är juridiska regelverk och infrastruktur dåligt anpassade, vilket försvårar sekundär användning av hälsodata för forskning, innovation och användning inom precisionsdiagnostik.

Med implementeringen av European Health Data Space och utvecklingen av en nationell digital infrastruktur finns nu en möjlighet att ta ett samlat grepp. För att realisera potentialen krävs tydligare nationell samordning, stöd till datahållare och lagstiftningsanpassningar som möjliggör säker och effektiv datadelning.

4 Europas innovationsförmåga – vikten av ett starkt europeiskt ekosystem

Sveriges förmåga att omsätta forskning till patientnytta påverkas av det bredare europeiska innovationsklimatet. I dag tappar EU mark i den globala konkurrensen om kliniska studier, riskkapital och kommersialisering av nya behandlingar.

Sverige bör aktivt verka för ökad harmonisering inom EU, minskad administrativ börda och bättre villkor för investeringar och uppskalning av lönsamma och växande innovativa företag. Samtidigt behöver nationella strukturer stärkas så att forskning, vård och näringsliv samverkar mer effektivt.

Begrepp

AI-baserad bildanalys

Användning av artificiell intelligens för att analysera medicinska bilder, såsom röntgen, mammografi eller patologibilder. AI kan identifiera mönster och avvikelser som stöd för diagnostik och behandlingsbeslut.

Biomarkörer

Mätbara biologiska kännetecken, exempelvis proteiner eller genetiska förändringar, som kan ge information om sjukdom, prognos eller sannolik effekt av en behandling.

Genetisk riskprofilering

Analys av en persons gener för att bedöma risken att utveckla en viss sjukdom, exempelvis cancer. Kan användas för att individanpassa screening eller förebyggande åtgärder.

Grundforskning

Forskning som syftar till att öka den grundläggande förståelsen av biologiska mekanismer och sjukdomsprocesser, utan att den kliniska tillämpningen nödvändigtvis är tydlig från början.

Hälsoekonomisk bedömning

En analys av om nyttan med en behandling eller metod står i rimlig relation till kostnaden. Resultatet används som underlag för prioriteringar och beslut om offentlig finansiering, exempelvis om ett läkemedel ska ingå i högkostnadsskyddet och införas i den offentligt finansierade vården.

Interoperabilitet

Förmågan hos olika IT-system, databaser och tekniska plattformar att kommunicera, utbyta och använda information på ett strukturerat och säkert sätt. Avgörande för effektiv datadelning inom och mellan vårdssystem.

Klinisk forskning

Forskning där människor, eller hälsodata eller vävnadsprover från människor, studeras för att skapa kunskap om hälsa och sjukdomar. Syftar till att pröva nya behandlingar, diagnostiska metoder eller arbetssätt samt att utvärdera deras effekt och säkerhet i verklig vårdmiljö.

Kvalitetsregister

Nationella databaser som samlar in uppgifter om diagnos, behandling och resultat för patienter inom olika sjukdomsområden. Syftet är att följa upp och förbättra vårdens kvalitet samt möjliggöra forskning och utveckling.

Metastaser

Dottertumörer som uppstår när cancerceller sprider sig från den ursprungliga tumören till andra delar av kroppen. Spridningen sker oftast via blodet eller lymfsystemet och innebär vanligtvis att sjukdomen är mer avancerad.

Precisionsmedicin

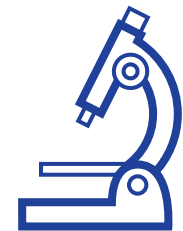
Ett arbetssätt inom hälso- och sjukvården där behandling anpassas efter individens biologiska, genetiska och kliniska egenskaper. Målet är att ge rätt behandling till rätt patient vid rätt tidpunkt utifrån individuella förutsättningar.

Screening

Organiserad undersökning av symptomfria personer i en viss ålders- eller riskgrupp för att upptäcka cancer eller förstadier i ett tidigt skede. Syftet är att minska dödlighet och sjuklighet genom tidigare diagnos och behandling.

Vätskebiopsi

En metod där tumörrelaterat material, exempelvis DNA-fragment (ctDNA), analyseras via blodprov eller annan kroppsvätska. Möjliggör uppföljning av cancer och upptäckt av återfall utan röntgen eller kirurgiskt ingrepp.



80 procents överlevnad inom räckhåll

Canceröverlevnaden i Sverige har ökat kraftigt under de senaste decennierna och i dag överlever en majoritet av alla som får en cancerdiagnos. Utvecklingen visar att långsiktiga satsningar på forskning, vård och prevention gör skillnad.

Var står vi idag?

Sedan Cancerfonden bildades har canceröverlevnaden mer än fördubblats. I början av 1950-talet överlevde ungefär tre av tio personer cancer. I dag överlever drygt sju av tio en cancerdiagnos i Sverige. Trots att allt fler insjuknar – främst till följd av en åldrande befolkning men också på grund av ohälsosamma levnadsvanor – har dödligheten i cancer minskat med mer än en tredjedel sedan toppen i mitten av 1970-talet. Den minskade dödligheten beror både på känsligare diagnostikmetoder, bättre behandlingar och förebyggande insatser som exempelvis screening och en restriktiv tobakspolitik. Sammantaget uppskattas omkring 250 000 liv ha räddats i Sverige under de senaste 50 åren tack vare forskning, vårdutveckling, bättre folkhälsa och förebyggande arbete.*

I och med EU:s cancerplan (*Europe's Beating Cancer Plan*) har EU slagit fast ambitionen att minska de negativa konsekvenserna av cancer genom samordnade insatser inom prevention, tidigt upptäckt, behandling och

livskvalitet. I Sverige har den uppdaterade nationella cancerstrategin och regeringens strategi för life science pekat ut forskning, jämlik vård och snabbare implementering som centrala verktyg för att nå bättre behandlingsresultat. Ambitionen är tydlig: färre ska drabbas, cancer ska upptäckas i ett tidigare stadium, fler ska överleva och fler ska leva väl med eller efter cancer.

Samtidigt är skillnaderna i överlevnad mellan olika cancerformer fortfarande stora. Över 90 procent av personer som insjuknar i prostatacancer eller hudcancer överlever idag. För andra cancerformer, som till exempel bukspottkörtelcancer och vissa hjärntumörer, är prognosen betydligt sämre – ofta omkring 15 procent eller lägre. Dessa cancerformer är svåra att upptäcka tidigt och har i spridda stadier få eller inga botande behandlingsalternativ. Gemensamt för de flesta cancerformer är att chansen till överlevnad minskar kraftigt när sjukdomen har spridit sig. Vid tidigt upptäckt tjocktarmscancer överlever omkring 90 procent, jämfört med cirka 20 procent när metastaser redan har bildats.

Överlevnaden skiljer sig också mellan olika grupper. Kvinnor har historiskt haft högre canceröverlevnad än män, men i dag är den totala överlevnaden ungefär lika, eller något högre, hos män – en utveckling som till stor del drivs av den höga överlevnaden vid prostatacancer. Enligt statistik från Socialstyrelsen är den tioåriga överlevnaden knappt 72 procent för kvinnor, jämfört med nästan 73 procent för män.

Det finns även skillnader kopplade till socioekonomiska faktorer. Exempelvis är överlevnaden i lungcancer bland kvinnor i områden med stora socioekonomiska utmaningar omkring 30 procent, jämfört med cirka 40 procent i områden med mycket goda förutsättningar.¹ Forskning visar att dessa skillnader till stor del kan förklaras av högre samsjuklighet i vissa grupper, vilket påverkar behandlingsmöjligheterna och därmed chansen till bot.

Vidare finns stora skillnader i överlevnad kopplat till andra faktorer. Exempelvis har kvinnor med intellektuell eller annan funktionsnedsättning en sex gånger högre risk att dö i bröstcancer jämfört med övriga befolkningen. En förklaring är att personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism får vård betydligt senare än andra och att canceren då hunnit sprida sig till andra delar av kroppen.

Relativ överlevnad beskriver sannolikheten att överleva en cancersjukdom. Den räknas ut genom att uppskatta hur stor andel av dem som fått en cancerdiagnos som lever en viss tid efter att de blivit sjuka – oftast fem eller tio år – jämfört med hos personer som inte fått cancer. På så sätt går det att uppskatta hur stor del av dödligheten som beror på cancersjukdomen.

Eftersom risken för återfall kan finnas kvar länge efter avslutad behandling är det ofta svårt att tala om att vara helt botad när det gäller cancer. Risken för återfall är störst under de första fem åren efter diagnos och minskar därefter. Därför redovisas överlevnaden ofta efter just fem år, men i vissa fall även efter längre tid, till exempel tio år, för att ge en mer fullständig bild av överlevnaden.

* Uppskattning av hur många fler som skulle avlidit i cancer om dödligheten inte minskat från toppen vid 1975.

Skillnaderna understryker vikten av riktade insatser för tidig upptäckt och jämlik vård. Men trots variationer mellan cancerformer, kön och andra grupper fortsätter den totala överlevnaden att öka. Om utvecklingen håller samma takt som under de senaste åren är det fullt möjligt att nå Cancerfondens mål för Sverige 2030, det vill säga 80 procents överlevnad 2030. En milstolpe vi kan nå om den positiva utvecklingen med minskad dödlighet som vi sett de senaste åren fortsätter. I praktiken skulle det betyda 6 300 fler räddade liv.** Det är en

** Siffran är en uppskattning av skillnaden mellan att cancerdödligheten fortsätter minska i samma takt som de senaste 15 åren och att den stannar på dagens nivå fram till 2030, baserat på SCBs befolkningsprognoser och Socialstyrelsens dödlighetsstatistik.

ambition som ligger i linje med både EU:s cancerplan och Sveriges nationella cancerstrategi.

Men målet kommer inte att nås av sig självt. Det kräver fortsatta satsningar som möjliggör tidigare upptäckt och nya behandlingar som exempelvis kan bota även spridd och svårbehandlad cancer. Det kräver att ny kunskap snabbare omsätts i praktik så att varje genombrott faktiskt kommer patienterna till del.

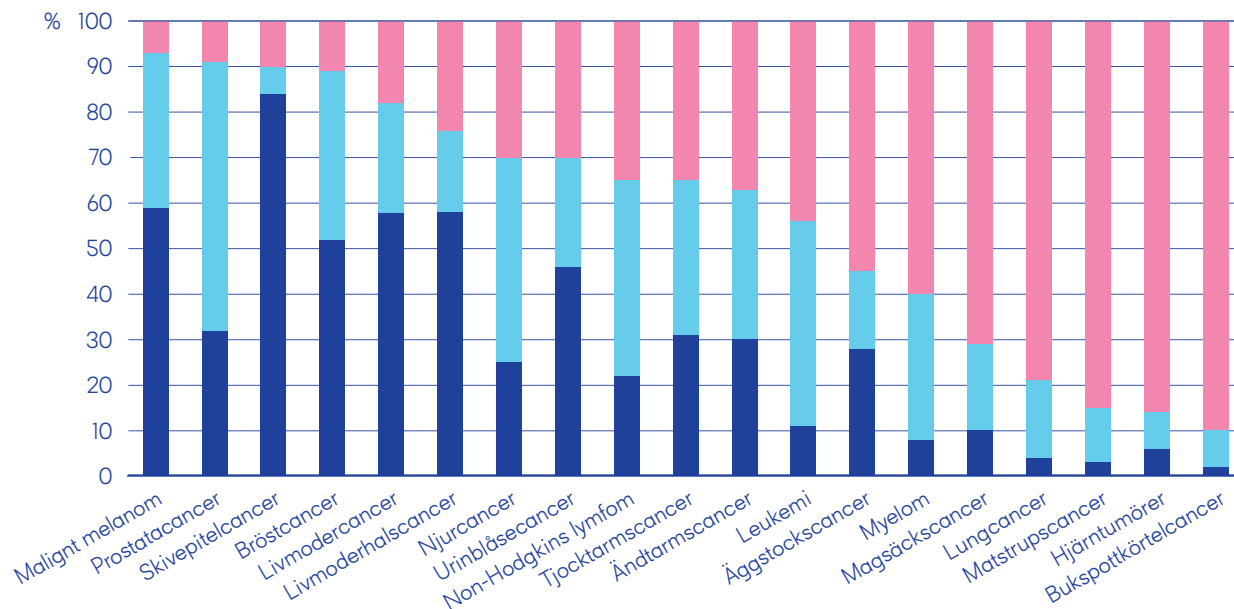
Svensk överlevnad i internationell jämförelse

Sverige har en hög canceröverlevnad i internationella jämförelser. Enligt OECD är den åldersstandardiserade cancerdödligheten i Sverige den tredje lägsta i EU - 207 dödsfall per 100 000 invånare, jämfört med ett EU-genomsnitt på 235.² Om andra länder i Europa nådde samma överlevnadsnivåer som Sverige skulle omkring 200 000 dödsfall kunna undvikas varje år inom EU - en potential som lyfts i en rapport från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE).³ Överlevnaden i Sverige är högst i Norden för flera cancerformer, till exempel prostatacancer och bröstcancer.⁴

Allt är möjligt – om forskningen prioriteras

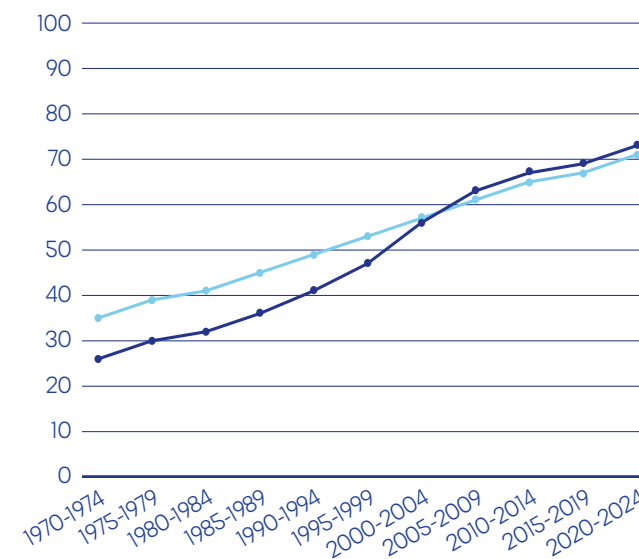
För flera diagnoser har vi kommit långt, men för andra är det svårare att se forskningsframstegen och det är tydligt att vi fortfarande har mycket kvar att göra för att vi ska kunna besegra cancer.

■ Det arbete som återstår
■ Tioårsöverlevnaden idag
■ Tioårsöverlevnaden 1970



Stadig ökning i överlevnad

— Relativ 10-årsöverlevnad - män
— Relativ 10-årsöverlevnad - kvinnor



Exempel på viktiga genombrott sedan 1950



50-tal

Ett viktigt kunskapsgenombrott var att forskare för första gången kunde koppla tobaksrökning till cancer.

1951 grundar Ebba Andersson och Morri Nidén Cancerfonden.



60-tal

I Sverige införs screening för livmoderhalscancer stegvis mellan 1966 och 1977.



70-tal

Nya cytostatika utvecklas som i kombination med strålbehandling ger effektivare cancerbehandling. Inom bröstcancer börjar det första hormonläkemedlet, tamoxifen, att användas och även bröstbevarande kirurgi. Mycket forskning vid denna tid handlar också om så kallade onkgener, sådana arvsanlag som kan förvandla friska celler till cancerceller.



80-tal

En rad tekniker utvecklas för att undersöka arvsmassan. Redan under 1970-talet införde svensk sjukvård mammografi för att tidigt kunna hitta brösttumörer. På 80-talet kommer Socialstyrelsen med allmänna råd om regelbunden mammografiscreening.

I ett internationellt perspektiv utmärker sig Sverige också positivt när det gäller jämlikhet mellan könen. Skillnaden i cancerdödlighet mellan kvinnor och män är den lägsta i EU. Samtidigt finns det tydliga socioekonomiska skillnader.

Sveriges styrkor ligger i ett välutvecklat offentligt vårdssystem, preventiva åtgärder, hälsodataregister och kvalitetsregister samt lång erfarenhet av nationella screeningprogram. Deltagandet i organiserad screening i Sverige är högt vilket gör att dödligheten i flera stora cancerformer minskar snabbare än EU-genomsnittet. Samtidigt finns det utmaningar med väntetider och ojämnt deltagande i de olika screeningprogrammen, både regionalt och i olika grupper. OECD pekar även på andra svagheter, bland annat inom strålbehandlingsområdet där Sverige ligger efter många jämförbara länder samt att det finns regionala skillnader i tillgång till rehabilitering och palliativ vård.

Den relativt låga dödligheten i Sverige medför att prevalensen, det vill säga antal personer som lever med eller efter cancer, är den högsta i Europa. Det ställer ökade krav på fungerande uppföljning och rehabilitering för att säkerställa livskvaliteten även efter avslutad behandling.

Vår förmåga har aldrig varit större och utvecklingen går snabbt

De möjligheter som idag finns att analysera cancer-tumörers uppkomst och utveckling har i grunden förändrat förutsättningarna för cancerforskning och cancervård. Genom vetenskapliga och tekniska framsteg kan tumörers genetiska och biologiska egenskaper kartläggas med hög precision. Detta har lett till att många cancerdiagnoser idag kan delas upp i distinkta undergrupper med olika prognos och behandlingsbehov. Något som påverkar möjligheterna att utveckla nya behandlingar och göra anpassade behandlingsval.

Utvecklingen är i hög grad teknik- och datadriven. Storskalig DNA-sekvensering (analys av DNA), tillgång till biobanksprover, hälsodataregister och avancerade analysmetoder gör det möjligt att exempelvis koppla patientinformation på molekylär nivå till diagnoser, behandlingsresultat och andra kliniska utfall. Det har bland annat lagt grunden för molekylär diagnostik och utveckling av målriktade läkemedel, immunterapier och cellbaserade behandlingar. Något som har lett till bättre överlevnad och behandlingsresultat.

Sammantaget driver detta ett paradigmskifte från breda, generella behandlingsstrategier till mer individanpassade insatser – det som samlas under begreppet precisionsmedicin. Behandlingsval baseras i ökande grad på tumörens molekylära profil snarare än enbart på ursprungsvävnad eller stadium, vilket ställer nya krav på diagnostisk kapacitet, infrastruktur och kompetens i vården.

Parallellt sker en snabb teknikutveckling inom bilddiagnostik, strålbehandling och kirurgi. Avancerad radiologi och patologi möjliggör mer exakt behandlingsplanering. Vätskebiopsier öppnar för upprepade och skonsamma analyser av tumörer under och efter behandling. Modern strålbehandling kan anpassas med hög precision, och nya kirurgiska metoder minskar komplikationer och återhämtningstid. Tillsammans bidrar detta till tidigare upptäckt samt mer effektiva och skonsamma behandlingar.

Samtidigt förändras patienternas roll genom ökad tillgång till information och involvering som stärker möjligheten till delaktighet i beslut om den egna vården. Det stärker både vårdens kvalitet och forskningens relevans.



90-tal

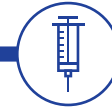
Sverige har en stark folkhälsotradition och även unika hälsodataregister. Detta har lagt grunden för framgångsrik befolkningsforskning om cancer, så kallad cancerepidemiologi som nu börjar användas allt mer. I slutet av 90-talet utvecklas målsökande behandling. Specifika antikroppar börjar användas som behandling mot olika slags cancer.



00-tal

Människans hela arvs massa har kartlagts genom HUGO-projektet. Informationen kan bland annat användas för att skraddarsy behandlingar.

Flickor får tillgång till vaccin mot humant papillomvirus, HPV, 2010.



10-tal

Studier visar att livsstil påverkar risken för cancer. Även solariesolning kopplas till ökad risk för hudcancer och 2018 införs 18-årsgräns i Sverige.

Vidareutveckling av en rad olika slags immunterapi, och nya läkemedel godkänns för exempelvis lungcancer och hudcancer.



20-tal

CAR-T-celler etableras successivt i klinisk rutin och skapar nya behandlingsmöjligheter, framför allt för vissa svårbehandlade blodcancersjukdomar. Samtidigt sker viktiga framsteg inom uppföljning av behandling där blodbaserade analyser möjliggör tidigare upptäckt av återfall och mer individanpassad behandling.

80 %
överlever sin
cancerdiagnos.

Tillsammans driver dessa förändringar fram nya arbetsätt och en mer personcentrerad vård. Vården kommer på sikt att röra sig från standardiserade flöden mot mer dynamiska och individanpassade processer där biologiska, kliniska och personliga faktorer integreras. Detta skapar stora möjligheter – men ställer också ökade krav på samordning, infrastruktur, kompetensförsörjning och jämlik implementering i hela vårdssystemet.

För patienter innebär detta sammantaget bättre möjligheter till tidig och träffsäker diagnostik, mer effektiva och individanpassade behandlingar – och i förlängningen högre överlevnad och förbättrad livskvalitet.

Avgörande med fortsatta satsningar på forskning

De genombrott som i dag förändrar diagnostik och behandling är resultatet av långsiktiga investeringar i forskning – ofta med rötter flera decennier tillbaka. De stora utvecklingsstegen som vi ser resultaten av idag hade inte varit möjliga utan grundläggande och klinisk forskning. För att nästa generations genombrott ska bli verklighet krävs därför fortsatta och förstärkta satsningar

på forskning, från laborativ grundforskning till forskning på patienter inom sjukvården.

Här spelar den fria forskningen en avgörande roll. Med fri forskning avses forskarinitierad och oberoende forskning där frågeställningarna formuleras av forskarna själva utifrån vetenskaplig nyfikenhet, kunskapsluckor och nya hypoteser – inte utifrån kortsiktiga politiska prioriteringar eller omedelbara kommersiella mål. Det är forskning som ofta drivs av viljan att förstå olika fenomen utan att den kliniska tillämpningen är tydlig från början.

Historien visar att många av dagens mest framgångsrika behandlingar har sitt ursprung i just sådan forskning. Upptäckter inom exempelvis molekylärgenetik och cellbiologi gjordes långt innan någon kunde förutse utvecklingen av immunterapi, målriktade läkemedel eller avancerade diagnostiska tester. Att värna den fria forskningen är därför att investera i framtida möjligheter – även när nyttan ännu inte är uppenbar.

Samtidigt sker denna utveckling i ett internationellt alltmer konkurrensutsatt forskningslandskap. Enligt

Vetenskapsrådets *Forskningsbarometer 2025* är Sverige ett av världens mest forskningsintensiva länder. De totala utgifterna för forskning och utveckling uppgick 2023 till cirka 223 miljarder kronor, motsvarande 3,6 procent av BNP – vilket placerar Sverige bland de tre främsta OECD-länderna. Samtidigt visar barometern att den ökning som skett i huvudsak drivs av näringslivet. Högskolesektorns resurser har enligt Vetenskapsrådet under senare år urholkats i reala termer, till följd av inflation och oförändrade anslag.

Sedan 1951 har Cancerfonden investerat över 18 miljarder kronor i svensk cancerforskning och är i dag den största enskilda icke-statliga finansören inom området. Forskningsfinansieringen bygger på öppna utlysningar, kollegial kvalitetsgranskning och långsiktighet. Stödet omfattar hela spektrumet av cancerforskning – från grundforskning till klinisk och patientnära forskning – och syftar till att skapa de bästa möjliga förutsättningarna för nya genombrott.

I en tid där den vetenskapliga förståelsen går snabbt framåt och den globala konkurrensen om kompetens,

investeringar och forskningsinfrastruktur hårdnar ställs höga krav på långsiktighet och stabilitet. För att Sverige även framöver ska vara en ledande forskningsnation krävs stabil och förutsägbar finansiering, tydliga nationella prioriteringar och goda villkor för forskare att verka och utvecklas. Det är ett gemensamt ansvar för stat, regioner, lärosäten, finansörer och näringsliv.

Det här ligger runt hörnet

Den snabba utvecklingen inom cancerområdet gör att vi kan förvänta oss att nya metoder, behandlingar och arbetssätt kommer få stor betydelse för canceröverlevnad och livskvalitet inom en nära framtid om de implementeras i vården.

Inom behandlingsområdet fortsätter utvecklingen av målriktade terapier och immunbaserade läkemedel i hög takt vilka förväntas göra det möjligt att behandla fler cancerformer mer effektivt och med färre biverkningar för den enskilda individen. Samtidigt pågår intensiv forskning kring cancervaccin som syftar till att stärka kroppens eget immunsvaret mot tumörer och på sikt kan förändra behandlingsmöjligheterna för flera diagnoser.

På diagnosområdet sker en lika snabb utveckling. Vätskebiopsier, där små mängder av DNA-fragment från tumörer kan analyseras via blodprov, öppnar för tidigare upptäckt, tätare uppföljning och mer dynamisk anpassning av behandling över tid. I kombination med avancerad

bilddiagnostik och molekylär patologi skapas förutsättningar för att identifiera cancer i tidigare skeden - när behandling ofta är både enklare och mer framgångsrik.

Screeningen är ett annat område med stor potential. Med nya biomarkörer, genetisk riskprofilering och AI-baserad bildanalys kan framtidens screening bli både mer träffsäker och mer individanpassad. Det skapar möjligheter att upptäcka cancer tidigare hos dem som har högst risk, samtidigt som onödiga undersökningar kan minska för andra. För flera stora cancersjukdomar, exempelvis bröst- och lungcancer, pågår redan utveckling som kan leda till utvidgade eller helt nya nationella screeningprogram.

Parallellt fördjupas förståelsen av hur cancer uppstår, utvecklas och samverkar med sin biologiska omgivning. Forskning om tumörers mikromiljö, immunförsvarets roll, livsstilsfaktorer och samsjuklighet bidrar till en mer sammanhållen bild av sjukdomen. Denna ökade sjukdomsförståelse lägger grunden för mer effektiva kombinationer av prevention, tidig upptäckt och behandling.

Sammantaget innebär detta att vi står inför en period där flera utvecklingslinjer möts: bättre biologisk förståelse, kraftfullare diagnostik och mer precisa behandlingar. Det är i skärningspunkten mellan dessa områden som de närmaste årens stora förbättringar i överlevnad väntas ske. Utmaningen blir att säkerställa att dessa framsteg snabbt, jämlikt och systematiskt kommer alla individer till del.



Utan långsiktiga satsningar på fri akademisk forskning riskerar vi att urholka vår förmåga att skapa nya genombrott med direkta konsekvenser för framtidens patienter och samhällets utveckling.

Malin Sund, ordförande i Cancerfondens forskningsnämnd

Implementeringstakten behöver öka

Förmågan att omsätta forskningsresultat i klinisk praxis är avgörande för patientnytta, vårdens kvalitet och dess långsiktiga utvecklingsförmåga. När nya rön, metoder och behandlingar dröjer i övergången från forskning till vård får det direkta konsekvenser för individer som lever med eller riskerar att drabbas av cancer.

Onödigt långsam implementering kan bland annat innebära:

- Försenad tillgång till metoder för tidig upptäckt – vilket kan leda till att cancer diagnostiseras i senare stadier, med sämre prognos och lägre överlevnad.
- Fördröjd tillgång till nya behandlingar – vilket kan innebära att patienter går miste om terapier med bättre effekt eller färre biverkningar.

En långsam implementeringstakt kan även leda till onödigt stora samhällskostnader. Exempelvis när det gäller diagnostik och tidig upptäckt. När cancer identifieras i ett tidigt skede ökar chanserna till effektiv behandling och bot – vilket också leder till lägre belastning på vården.

Samtidigt påverkar implementeringsförmågan hela forsknings- och innovationssystemet. Länder och regioner som snabbt kan ta nya lösningar i bruk blir mer attraktiva för kliniska studier, investeringar och internationella samarbeten. Det stärker innovationskraften och gör det lättare att attrahera forskare, vårdpersonal och företag som vill verka i en miljö där ny kunskap faktiskt får genomslag. På sikt ökar detta både den vetenskapliga excellensen och vårdens kvalitet – till direkt nytta för patienter.

Men centralt för att kunna införa nya metoder och behandlingar är också en systematisk utfasning av metoder och behandlingar som saknar evidens eller vars nytta inte längre står i proportion till kostnader och risker. Initiativ som *Kloka kliniska val* visar att det finns betydande potential att frigöra resurser genom att avveckla åtgärder som främst lever kvar av historiska skäl trots bristande evidens eller att effekten är tveksam. Detta är en förutsättning för att skapa utrymme för nya, mer effektiva lösningar.

Lång och snårig resa mot patientnytta

Vägen från vetenskapligt genombrott till konkret patientnytta är ofta lång och komplex. Det gör att det i praktiken kan ta tio till femton år, ibland längre, från ett vetenskapligt genombrott till bred klinisk användning.

Processen från forskning till klinisk implementering involverar många aktörer och varje steg fyller en viktig funktion för att säkerställa kvalitet, säkerhet och jämlik tillgång till en kostnad som samhället kan bära. Samtidigt innebär detta att resan ofta blir både lång och svåröverskådlig med risk för onödiga väntetider som i slutändan riskerar att drabba patienter.

Vetenskapligt publicerade resultat behöver reproduceras, vidareutvecklas och valideras genom fortsatta studier.

Medicintekniska produkter och läkemedel behöver också gå igenom regulatoriska- och hälsoekonomiska processer innan de kan användas i rutinsjukvård och tas upp i vårdprogram och standardiserade vårdförlopp.

När det gäller läkemedel är hälsoekonomiska bedömningar en central del av besluten om nya behandlingar ska införas i den offentligt finansierade vården. Syftet är att säkerställa att vårdens resurser används ansvarsfullt, med hänsyn till överlevnad, livskvalitet och sjukdomens svårighetsgrad. Samtidigt utgör dessa bedömningsprocesser i dag en tydlig flaskhals i införandet av nya cancerläkemedel i Sverige.

Handläggningstiderna för hälsoekonomiska bedömningar av nya cancerläkemedel har mer än fördubblats mellan 2020 och 2024. Förklaringen är delvis att bedömningarna blivit mer komplexa och att antalet ärenden har ökat, samtidigt som kapacitet och arbetssätt inte har utvecklats i takt med innovationstakten inom cancerområdet.⁵

Dessutom behöver infrastruktur och kompetens byggas upp i vården innan nya metoder kan användas fullt ut. Det kan handla om investeringar i laboratoriekapacitet, avancerad bilddiagnostik, digitala system för datahantering och säkra lösningar för delning av hälsodata. Nya diagnostiska tester eller behandlingar kräver ofta särskild utbildning av läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal, liksom utveckling av nya rutiner för provtagning, tolkning av resultat och uppföljning. Arbetssätten behöver integreras i befintliga vårdprocesser för att fungera effektivt.

En annan utmaning är det faktum att i Sverige fattas beslut ofta om införande av nya behandlingar, diagnostiska metoder och tekniska lösningar på nationell nivå, medan ekonomiska beslut, genomförande och uppföljning sker regionalt. Det gör det svårt att säkerställa att rekommenderade metoder faktiskt tas i bruk, följs upp och utvecklas vidare i hela landet. Resultatet blir variation i både takt och omfattning, med skillnader i tillgång som inte alltid kan motiveras utifrån patienternas behov.

En förstudie inom ramen för projektet *snabbare implementering av innovation i svensk hälso- och sjukvård* (Siish) visar att bristande samordning och otydliga roller mellan vårdverksamhet, inköp, juridik och leverantörer ofta försvårar innovation och implementering. När dialogen mellan olika inblandade aktörer kommer sent i implementeringsprocessen blir samutveckling och införande svårare, trots att behovet i vården är tydligt.

Tiden behöver kortas där det går

Att utveckling och införande av nya metoder tar tid är i sig inte ett problem – det är nödvändigt för att säkerställa att dessa metoder är säkra, effektiva och blir tillgängliga till en kostnad som samhället kan bära. Men fördröjningar i processen på grund av exempelvis omständlig administration, långa handläggningstider, juridiska oklarheter, svårigheter att tillgå hälsodata samt bristande möjligheter och incitament till klinisk forskning behöver arbetas bort.

Cancerfonden har identifierat fyra områden där vi bedömer att Sverige behöver göra mer och där riktade förbättringar kan ge stor effekt på implementeringstakten och således få effekter för den enskilda patienten. Dessa redovisas i följande avsnitt.



Tillgången till ny diagnostik och behandling får inte avgöras av var i landet man bor. För patienter handlar jämlik implementering om rättvisa – och om liv.

Eva Backman, ordförande i patientföreningen PALEMA

Fyra nyckelområden för Sverige

I detta kapitel lyfter vi fyra områden där riktade reformer kan göra särskilt stor skillnad i arbetet mot att nå målet om 80 procents överlevnad i cancer till 2030.

1 Kliniska studier – en motor för implementering

Den kliniska forskningen är ofta bryggan mellan grundforskning och faktisk tillämpning inom hälso- och sjukvården. Det är i denna del av forskningskedjan som nya läkemedel, behandlingsmetoder, diagnostik och arbetssätt prövas i vården och med patienter. Hur väl denna länk fungerar har direkt betydelse för behandlingsresultat och för möjligheten att fortsätta förbättra canceröverlevnaden.

För patienter kan deltagande i kliniska studier innebära tidig tillgång till behandlingar under utveckling som ännu inte fått

marknadsgodkännande. Detta är särskilt betydelsefullt när etablerade behandlingsalternativ saknas eller har uttömts. I sådana situationer kan kliniska studier innebära möjlighet till bot eller till en påtagligt förbättrad prognos. Kliniska studier är därmed en viktig del av cancervården genom hela sjukdomsförloppet, både i botande och palliativt skede. De har betydelse för individuella behandlingsutfall redan i dag, inte enbart för framtida vård på gruppnivå.

Vidare bidrar klinisk forskning till att

utveckla vårdens förmåga. När studier genomförs byggs kompetens, arbetssätt och infrastruktur upp i den kliniska verksamheten. Det stärker implementeringsförmågan och förbättrar förutsättningarna för att nya behandlingsmöjligheter ska kunna införas när de blir tillgängliga. Detta är en förutsättning för att medicinska framsteg ska få genomslag i vården på ett jämlikt och systematiskt sätt.

Kliniska studier har även stor betydelse för samhället och ekonomin i stort. Goda förutsättningar för klinisk forskning är en

viktig del av en stark life science-sektor och påverkar Sveriges attraktivitet som forsknings- och innovationsland. När läkemedels- och medicintekniska företag väljer att genomföra sina prövningar i Sverige skapas möjligheter för patienter och vård, men också för investeringar, arbetstillfällen och långsiktig kunskapsuppbyggnad. Ett välfungerande system för kliniska studier är därför en strategisk resurs för både vården och det svenska samhället i stort.

För att undersöka cancerdrabbades inställning till kliniska studier genomförde Cancerfonden en webbenkät som gick ut till ett tjugotal patientorganisationer. Resultaten tyder på att det finns ett stort intresse bland patienter att delta i kliniska studier, men att många i dag inte får möjlighet eller vet hur de ska gå till väga.* Av de svarande som lever med spridd cancer uppger omkring åtta av tio att de inte har fått frågan om att delta i en klinisk studie. Samtidigt svarar nästan lika många i denna grupp att de skulle vilja delta om

Förslag kring kliniska studier

- › **Mål om att Sverige ska rankas bland topp 5 i EU.** Besluta om ett mål om att Sverige ska rankas bland topp 5 i EU när det gäller antal kommersiella kliniska prövningar per capita.
- › **Förenkla patientrekrytering genom direktkontakt.** Anpassa juridiska ramar, säkerställ säkra system och inför gemensamma rutiner. Dessa ska göra det möjligt för vårdgivare att direkt kontakta patienter som identifierats via register med en intresseförfrågan om att delta i en klinisk studie, om patienten inte aktivt avsgat sig sådan kontakt.

* Webbenkät genomförd av Cancerfonden februari 2026 och distribuerad via patientorganisationerna. Totalt 260 svarande, varav 143 uppgav att de lever med spridd cancer. Respondenterna representerade fler än tio olika cancerformer och samtliga regioner.



de fick möjlighet. Dessutom uppger cirka 85 procent av samtliga svarande att de inte vet var de ska vända sig för att hitta en klinisk studie att delta i.

Aktuell ranking

Internationella jämförelser visar att Sverige i dag placerar sig i den nedre halvan jämfört med flera jämförbara länder när det gäller kliniska prövningar som finansieras av industrin. Av de 30 länderna i EES (EU:s medlemsländer samt Norge, Island och Liechtenstein) placerar sig Sverige på 16:e plats sett till antal kommersiella kliniska studier per capita, med 0,84 studier per capita (100 000). Detta kan jämföras med Danmark, som har den högsta andelen med 2,00 studier per capita (100 000).⁶

Utöver denna placering visar utvecklingen över tid en tydlig nedgång. Antalet kommersiella kliniska studier har visserligen minskat i samtliga europeiska länder under de senaste fem åren, men Sverige tillhör de länder där minskningen varit

Citat från enkätundersökning



Att få delta i studier skulle ge hopp... Hade hellre sett att mina läkare försökte hitta något åt mig och där mitt deltagande också kan hjälpa andra.

Patient med spridd Lever-, gallvägs- eller bukspottkörtelcancer som inte fått frågan om att delta i klinisk studie.



Har velat delta i klinisk studie men inte fått möjlighet. Läkarna sköt hela tiden fram det och sa att vi får titta på det om några månader, efter sommaren. Efter sommaren var det för sent.

Patient med spridd Lever-, gallvägs- eller bukspottkörtelcancer som inte fått frågan om att delta i klinisk studie.



Väldigt kompetent mycket trevlig personal. Kände mig trygg då jag övervakades noga och noggranna blodprov togs för att säkerställa behandlingarna. Kände att jag kunde höra av mig närsomhelst om det var något.

Patient med spridd gynekologisk cancer som deltagit i klinisk studie om nya läkemedel.

som störst. Endast fyra länder har haft en större nedgång. År 2023 genomfördes 88 kommersiella kliniska prövningar i Sverige, jämfört med 138 år 2018, vilket motsvarar en total minskning på cirka 36 procent. Det innebär en genomsnittlig årlig nedgång på 8,6 procent under perioden 2018-2023. Motsvarande genomsnittliga årliga förändringstakt inom EES uppgick till 6 procent under samma period.

Samtidigt visar en nationell genomgång från Regionala Cancercentrum (RCC) i samverkan som presenteras i rapporten *Kliniska Studier inom Cancervården* att omfattningen av klinisk forskning varierar mellan regioner och sjukhustyper. Nästan alla verksamheter i undersökningen uppger att de genomför akademiska studier, medan omkring 60 procent även har industrisponsrade studier. Studieverksamheten är tydligt koncentrerad till universitetssjukhusen, medan mindre sjukhus har en mer begränsad andel industrisponsrade studier.

Sedan 2024 sammanställer Nätverket för universitetssjukhusens prövningsenheter inom onkologi och hematologi (NASTRO) årligen statistik över hur många patienter i Sverige som deltar i läkemedelsstudier på deras enheter. Under 2024 deltog 648 patienter i läkemedelsstudier och motsvarande siffra för 2025 är 740 patienter. Det motsvarar en ökning med cirka 14 procent. I siffrorna ingår även patienter som deltar i studiernas kontrollgrupper.

Sverige kan bättre

I dag finns stora skillnader i hur många cancerpatienter som deltar i kliniska studier beroende på var i Sverige de bor. Regioner med universitetssjukhus har i regel fler deltagande patienter och en högre andel pågående studier i förhållande till antalet cancerpatienter. Samtidigt finns betydande skillnader även inom regioner. En förklaring är att klinisk forskning prioriteras och organiseras olika, både mellan regioner och inom regioner. I vissa delar av verksamheter är kliniska studier

en integrerad del av sjukvårdsuppdraget, medan de i andra i hög grad är beroende av initiativ från enskilda individer.

För att fler kliniska studier ska kunna genomföras krävs att vårdpersonal har faktiska förutsättningar att bedriva forskning som en del av verksamhetens uppdrag. Idag ges inte forskning tillräckligt utrymme i vården samtidigt som styrning och uppföljning är bristfällig.⁷ Dessutom präglas hälso- och sjukvården av ett högt vårdtryck, vilket gör att klinisk forskning i ofta får stå tillbaka för den löpande patientverksamheten. I rapporten *Kliniska Studier inom Cancervården* från RCC i samverkan framgår att endast hälften av personalen inom cancervården upplever forskning som en prioriterad del av verksamheten.

En utmaning är att många verksamheter saknar tillräcklig tid, resurser och organisatoriskt stöd för att kombinera klinisk tjänstgöring med forskning, vilket inne-

bär att forskningsanslag inte alltid kan användas fullt ut. Samtidigt har andelen forskarutbildade läkare minskat i Sverige sedan början av 2000-talet. Detta är problematiskt, eftersom forskarutbildade läkare ofta har en nyckelroll i att föra in ny kunskap i den kliniska vardagen. När färre läkare kombinerar forskning med patientarbete ökar risken för att nya rön, behandlingsmetoder och arbetssätt när vården långsammare.

Samtidigt visar RCC i sin rapport att utvecklingen av kliniska studier inte är entydig. Där studieverksamheten har stärkts lyfts återkommande faktorer som ett mer strategiskt arbetssätt där forskning fått en tydlig roll, tillgång till disputerade och docentkompetenta läkare, tydliga mål som följs upp samt fungerande rutiner för att tillfråga patienter om deltagande. Även tillgång till forskningssjuksköterskor och omvandling från länssjukhus till universitetssjukvårdsenhet lyfts fram som betydelsefullt.



Jag har diagnostierats med både kolon-cancer och endokrina tumörer. Jag har inte tillfrågats om klinisk studie men skulle gärna ha deltagit.

Patient med mag- eller tarmcancer som inte fått frågan om att delta i klinisk studie.



Rent generellt är det väldigt dålig information om pågående kliniska studier vid läkarbesök. Man får leta själv och fråga samt delta på gyn-relaterade webinarier där överläkare docenter eller professorer föreläser.

Patient med spridd gynekologisk cancer som frågan men inte deltagit i klinisk studie.



Det behövs mer studier för min ovanliga cancer och jag skulle gärna vara med för att få fram fler behandlingar.

Patient med spridda endokrina tumörer som inte fått frågan om att delta i en klinisk studie.

I verksamheter där antalet studier i stället har minskat pekars brist på personal, tid och resurser samt en ökad administrativ belastning ut som centrala orsaker. Möjligheten att inkludera patienter i kliniska studier varierar även geografiskt. I nordliga sjukvårdsregioner uppger en betydligt större andel att patienter inte kunnat inkluderas på grund av avståndsskäl, jämfört med storstadsregioner. Patientens bostadsort får därmed direkt betydelse för möjligheten att delta i kliniska studier.

Näringslivet vittnar om ett minskat intresse för att genomföra kliniska studier i Sverige. För läkemedels- och mediceintekniska företag är kliniska studier en integrerad del av globala utvecklingsprogram, där olika länder konkurrerar om att vara värd för forskning. Valet av studieland baseras bland annat på tid till studiestart, möjligheten att rekrytera patienter i tillräcklig omfattning och genomförandekapacitet.

Mot denna bakgrund uppfattas Sverige i dag som mindre konkurrenskraftigt än flera jämförbara länder. Avsaknaden av nationellt sammanhållna arbetssätt innebär att kliniska studier ofta behöver organiseras separat i varje region, med olika kontaktvägar, processer och administrativa krav. Därtill uppfattas regelverken kring användning av patientdata som otydliga, med varierande regional praxis. För företag leder detta till längre uppstartstider, högre kostnader och en ökad osäkerhet kring studiers genomförande.

Bilden som framträder är att Sverige har goda förutsättningar för kliniska studier, men att dessa inte utnyttjas fullt ut. Skillnader i organisering, prioritering och genomförande gör att potentialen tas tillvara olika i olika delar av landet. Samtidigt visar erfarenheter från verksamheter där kliniska studier fungerar väl att riktade satsningar och tydliga strukturer kan göra stor skillnad.

Det innebär att det finns ett betydande handlingsutrymme. Med rätt förutsättningar kan kliniska studier spela en ännu större roll för patientnytta, vårdens utveckling och Sveriges ställning som forskningsnation.

Förutsättningar finns

Sverige har internationellt erkända universitet och en stark akademisk tradition inom medicinsk forskning. Även om andelen forskarutbildade läkare minskat över tid finns det fortsatt god tillgång till disputerade läkare inom cancer vården, särskilt vid universitetssjukhusen. Därtill utgör forskningssjukköterskor en central och specialiserad kompetens i cancer vården, med stor betydelse för att kliniska studier kan genomföras i praktiken. Tillgången varierar dock mellan olika delar av landet. Detta innebär att kompetensen finns, men att den behöver tas tillvara och stärkas.

Det finns också ett stort intresse bland patienter i Sverige att delta i klinisk forskning, särskilt inom cancer vården. Det finns etablerade arbetssätt för att

informera och tillfråga patienter om deras intresse att delta i kliniska studier, även om detta i dag sker i varierande omfattning beroende på varierande resurser, kännedom och arbetssätt. Sammantaget innebär detta att patienternas engagemang utgör en viktig styrka, men att potentialen behöver tas tillvara bättre för att fullt ut bidra till rekrytering, genomförande och uppföljning av kliniska studier i Sverige.

En annan styrka är de välutvecklade kvalitetsregister och hälsodataregister som finns i landet. Sverige har omkring 150 nationella kvalitetsregister som används för uppföljning, utveckling och forskning inom hälso- och sjukvården. De hälsodataregister som finns i Sverige är en central styrka för klinisk forskning och möjliggör bland annat registerbaserade studier, effektiv uppföljning och långsiktig kunskapsuppbyggnad. Internationellt finns få jämförbara system med motsvarande täckning och kvalitet.

Vidare har Sverige sedan länge digital journalföring och administrativa system i hälso- och sjukvården, vilket utgör en viktig grundförutsättning för kliniska studier. Tillgången till digital information skapar möjligheter att identifiera potentiella studiedeltagare och att integrera kliniska studier i den ordinarie vårdverksamheten på ett sätt som inte är möjligt i alla länder. Samtidigt varierar mognad, funktionalitet och användning mellan regioner och system, vilket innebär att tydliga utmaningar kvarstår inom området. ■

Ranking kliniska prövningar

Sverige ligger efter många jämförbara länder. Kliniska prövningar per capita (100 000) år 2023.

Danmark	2
Belgien	1,84
Bulgarien	1,72
Estland	1,71
Ungern	1,68
Lettland	1,58
Tjeckien	1,35
Slovakien	1,28
Österrike	1,22
Nederländerna	1,17
Litauen	1,14
Norge	1,04
Grekland	1,02
Spanien	1
Finland	0,96
Sverige	0,84
Portugal	0,82
Polen	0,82
Kroatien	0,79
Slovenien	0,67
Irland	0,6
Italien	0,58
Frankrike	0,57
Tyskland	0,49
Rumänien	0,42
Luxemburg	0,29
Cypern	0,08

Källa: Clinical Trial Repository (hämtad 30 april 2024) Notis: Liechtenstein, Malta och Island ingår inte i jämförelsen eftersom datatäckningen för dessa länder är begränsad.

Klinisk forskning gör oss bättre och snabbare

Gunilla Enblad är professor och överläkare i onkologi vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset. Hennes arbete rymmer hela kedjan från patientmöten till forskning och undervisning. Kombinationen är central, menar hon, inte minst för utvecklingen av nya behandlingar inom cancervården.

– Jag arbetar både med patienter, forskning och undervisning. De delarna hänger nära ihop och stärker varandra, säger hon.

En viktig del av vården

För Gunilla är värdet av klinisk forskning odiskutabelt, både för patienterna och för vården i stort. Det är inte något som ligger vid sidan av vården, utan en förutsättning för att vården ska fortsätta utvecklas.

– Det tillför enormt mycket. Att bedriva forskning inom ett område gör att man blir väldigt skicklig på det. Genom nationella och internationella samarbeten lär man sig mer och håller sig i framkant. Det gör också att man snabbare kan ta till sig nya behandlingar och ofta får möjlighet att delta i studier av nya terapier.

Just möjligheten att tidigt ta del av nya behandlingar är en av de stora vinsterna med klinisk forskning. När vårdpersonal deltar i studier lär de sig hur behandlingarna fungerar i praktiken, hur biverkningar ska hanteras och vilka patienter som har störst nytta av dem.

– Betydelsen är väldigt stor. Genom studierna får vi kunskap om hur vi ska använda de nya behandlingarna på bästa sätt.

Ett tydligt exempel är utvecklingen av CAR-T-celler, en form av immunterapi som beskrivits som ett genombrott inom cancervården.

– CAR-T-celler är en ny immunterapi mot cancer. Man bygger om patientens egna immunförsvarsceller, T-celler, så att de kan attackera cancer genom att känna igen en ytstruktur på cancercellerna, förklarar Gunilla.

I Sverige används behandlingen i dag vid lymfom, leukemi och myelom, men utvecklingen går snabbt framåt. Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset var först i Europa med att behandla patienter med CAR-T-celler, med start redan 2014. De kliniska studier som bedrevs där inkluderade patienter från hela landet och blev en viktig kunskapsplattform.

– Genom studierna lärde vi oss mycket om hur vi bäst använder CAR-T-celler och hur vi hanterar biverkningarna.

Kunskapsutbyte en nyckel

Parallellt byggdes ett nationellt samarbete upp. Digitala möten hölls varannan vecka för att diskutera samtliga patienter och dela erfarenheter.

– Det har haft stor betydelse när vi sedan introducerade CART i hela landet. Det har också gjort Sverige attraktivt för att delta i fler studier.

I dag finns dessutom en svenskproducerad CAR-T-behandling från Uppsala. Patienter från hela landet behandlas i Uppsala och Stockholm, medan cellerna tillverkas på Vecura i Stockholm, ett tydligt exempel på nationell samverkan.

Erfarenheterna från CAR-T-arbetet rymmer viktiga lärdomar för framtiden, menar Gunilla.

– Det nationella samarbetet när vi introducerar en ny



Att bedriva forskning inom ett område gör att man blir väldigt skicklig på det.

behandling har varit otroligt värdefullt. Att bygga upp kompetens kring regelverk och forskning inom avancerade terapier har också varit mycket viktigt.

Samtidigt ser hon utvecklingsområden.

– Vi borde förenkla rapportering och uppföljning av våra resultat, så att vi tydligare kan redovisa vilka resultat vi uppnår. Sverige har stor potential att samla kunskap som är av internationell betydelse.

2 Implementeringstid - från godkännande till faktisk användning

Som beskrivits tidigare i rapporten involverar beslut om godkännande, finansiering och införande av nya behandlingar, teknologier och metoder flera nivåer och aktörer. För läkemedel sker det regulatoriska marknadsgodkännandet på EU-nivå genom den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA). Ett sådant godkännande innebär att läkemedlet bedömts som säkert och effektivt och får säljas inom EU. Det innebär dock inte att patienter omedelbart får tillgång till behandlingen.

I Sverige följs ett EU-godkännande av nationella och regionala processer för hälsoekonomisk bedömning, prissförhandling och beslut om införande i ordinarie vård. Dessa steg är centrala för en ansvarsfull och kostnadseffektiv resursanvändning och här spelar Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) en avgörande roll i arbetet. Samtidigt innebär processen att det kan uppstå en betydande fördröjning mellan godkännande och faktisk användning i vården. Under denna period är behandlingen formellt tillgänglig på marknaden men i praktiken otillgänglig för patienter.

Motsvarande - och ibland ännu mer utdragen - process kan ses för medicintekniska produkter och diagnostiska metoder. CE-märkning enligt EU-regelverk

Förslag för ökad implementeringstakt

- › **Inrätta ett hälsoinnovationsindex** Ge berörd myndighet i uppdrag att inrätta ett hälsoinnovationsindex för att ge en överblick över vilka nya behandlingar och utvalda teknologier som används, hur snabbt de tas i bruk och var det kan finnas potential för ytterligare insatser.

innebär att produkten får marknadsföras, men införandet i vården är beroende av regionala beslut, upphandlingar och budgetprioriteringar. För avancerad bild-diagnostik, strålbehandling eller molekylär diagnostik kan införandet dessutom kräva investeringar i infrastruktur, kompetens och förändrade arbetssätt. I dessa fall kan införandet fördröjas inte bara av ekonomiska bedömningar utan även av organisatoriska och praktiska hinder.

Tidsglappet påverkas också av hur väl samordningen mellan nationella och regionala nivåer fungerar. Skillnader i prioriteringar, resurser och organisatorisk beredskap innebär att tillgången varierar över landet. Tillgången till modern cancervård avgörs därmed inte enbart av regulatoriska beslut, utan av hur effektivt hela systemet fungerar och hur samverkan mellan olika aktörer ser ut. Detta har i sin tur betydelse för vårdens utvecklingsförmåga, möjligheten till tidigare upptäckt och tillgång till nya

behandlingar - och ytterst för överlevnad och livskvalitet för personer som drabbas av cancer.

Aktuell ranking

För att kunna minska tidsglappet mellan godkännande och faktisk användning krävs inte bara effektiva processer utan också möjlighet att mäta och följa upp hur snabbt nya behandlingar och teknologier tas i bruk på ett systematiskt och jämförbart sätt. När införandet av nya innovationer inte följs upp och synliggörs riskerar frågan att inte prioriteras i styrningen av vården. Avsaknaden av samlade och transparenta mått på implementering innebär därför att implementeringstakten inte ges samma tyngd i uppföljning och styrning som andra delar av vården.

Idag saknas en enhetlig och heltäckande europeisk bedömning av hur snabbt nya innovationer faktiskt når patienter. Det närmaste som finns är den sammanställning av tillgång till nya läkemedel

som branschorganisationen European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) gör genom sin så kallade W.A.I.T.-indicator (Waiting to Access Innovative Therapies). Indikatorn mäter tiden från EU-godkännande till faktisk tillgänglighet på nationell nivå.

För läkemedel som introduceras i Sverige uppgår den genomsnittliga tiden från EU-godkännande till beslut om tillgänglighet till omkring ett år. För cancerläkemedel är ledtiden längre - cirka 448 dagar i genomsnitt - vilket placerar Sverige efter flera jämförbara länder såsom Danmark, Finland och Nederländerna enligt EFPIA:s sammanställning från 2024.

Internationella jämförelser är dock komplexa. I vissa länder sker införandet snabbare, men då ofta genom individuella beslut för enskilda patienter snarare än beslut på gruppnivå som omfattar hela eller delar av patientgrupper. Sverige fattar i huvudsak beslut på

gruppnivå, vilket stärker jämlikheten men kan påverka hur snabbt nya behandlingar når vården.

En ytterligare begränsning är att befintliga rankingar enbart omfattar läkemedel. Motsvarande systematisk uppföljning saknas för medicinteknik, diagnostik, strålbehandling och kirurgiska metoder. Därmed saknas ett samlat och heltäckande mått på hur väl vårdsystem omsätter medicinska framsteg i praktiken. Implementeringstakten inom dessa områden kan vara betydande, men är i dag svår att jämföra mellan länder och över tid.

Avsaknaden av breda och gemensamma indikatorer innebär att implementeringstakten i stor utsträckning förblir en indirekt eller implicit fråga i styrningen av vården.

För att skapa tydliga incitament för snabb och jämlik tillgång till innovation krävs utveckling av mer heltäckande och transparenta mått – som inte bara fångar regulatoriska beslut, utan faktisk användning i klinisk praxis. Sådana mått skulle kunna bidra till bättre jämförbarhet mellan länder och regioner, stärkt ansvarstagande och ökad systemförbättring över tid.

Sverige kan bättre

Erfarenheter visar att implementeringsprocesserna är påverkbara. Handläggningstider hos myndigheter påverkas bland annat av hur ärenden prioriteras, hur tidigt dialog förs om underlagens utformning och i vilken utsträckning



resurser och arbetssätt är anpassade till den ökade komplexiteten. Att korta led-tiderna handlar därför inte om att sänka kraven, utan om att skapa bättre förutsättningar för välgrundade beslut som kan fattas i rimlig tid. Samtidigt påverkas tiden till implementering av läkemedels-företagens intresse av att introducera sina produkter på den svenska marknaden.

Ett ökat fokus på implementeringsstudier är också nödvändigt. Även när nya behandlingar eller diagnostiska metoder bedöms som värdefulla kan införandet i vården dröja. Ett skäl är att besluts-underlagen ofta bygger på kontrollerade kliniska studier, medan kunskapen om hur metoderna fungerar i den kliniska vardagen är mer begränsad. Det kan handla om hur de passar in i befintliga vårdflöden, vilket resursbehov de medför eller vilka patienter som har störst nytta i praktiken.

När sådan kunskap saknas ökar osäkerheten kring användning, effekt och kostnader. Det kan leda till längre besluts-processer eller mer restriktiva rekommendationer, vilket i sin tur innebär att patienter får vänta på nya metoder. Ett mer systematiskt arbete med implementeringsstudier kan bidra till snabbare och mer träffsäkra beslut samt minska skillnader i införande mellan regioner.

Vårdens kultur och styrning behöver samtidigt i högre grad uppmuntra utveckling och implementering. I många verksamheter betraktas införande av nya arbetssätt, tekniker eller metoder fort-

farande som något som sker vid sidan av kärnuppdraget. Implementering och innovation konkurrerar därmed med den löpande vårdproduktionen om tid, resurser och ledningens uppmärksamhet.

När uppföljning och ersättningssystem främst fokuserar på kortsiktig produktion blir incitamenten svaga att investera i nya lösningar, även när de på sikt kan förbättra kvalitet och patientutfall.

Förutsättningar finns

Sverige har redan i dag mycket av det som behövs för att kunna följa hur nya behandlingar och teknologier införs i cancervården. Det finns omfattande register, nationella sammanställningar och samordningsfunktioner som visar vilka metoder som används och i vilken omfattning. Inom läkemedelsområdet finns etablerade register och datakällor som möjliggör uppföljning av användning och införande, bland annat registret för cancerläkemedel samt återkommande nationella sammanställningar från RCC. Dessa strukturer ger en grund för att följa hur nya behandlingar tas i bruk, även om täckningsgrad, aktualitet och jämförbarhet mellan regioner varierar.

Det finns även utvecklade infrastrukturer även inom precisionsdiagnostik. Genomic Medicine Sweden (GMS) sammanställer och samordnar information om genomiska analyser och molekylär diagnostik, vilket skapar bättre överblick över tillgång och användning av avancerad precisionsdiagnostik i landet. Därmed finns en

grund till nationell uppföljning även inom områden som traditionellt varit svårare att mäta än läkemedelsanvändning.

Vidare finns nationella kvalitetsregister, vårdprogram och kunskapsstyrnings-strukturer som kan bidra till att följa införandet av nya metoder inom exempelvis kirurgi, strålbehandling och diagnostik. Även om dessa system inte primärt är utvecklade för att mäta implementeringstakt utgör de en viktig informationsbas för att utveckla mer systematiska indikatorer över tid.

Sverige har dessutom etablerade nationella processer för subventionsbeslut och rekommendationer av läkemedel samt strukturer för nationell kunskapsstyrning. Dessa bidrar till en relativt samordnad modell för införande, även om regionala beslut fortsatt spelar en central roll. Kombinationen av nationella beslut och regional implementering innebär både möjligheter till jämlik styrning och variation i genomförande.

Därtill präglas svensk cancervård av hög medicinsk kompetens, stark forskningsanknytning och lång erfarenhet av att införa nya behandlingar och metoder. Det finns etablerade aktörer inom vård, akademi, myndigheter och näringsliv som i grunden har förutsättningar att bidra till utveckling, utvärdering och implementering av innovationer i klinisk praxis.

Sammantaget innebär detta att förutsättningar finns – både organisatoriskt

och datamässigt – för att utveckla mer heltäckande och jämförbara mått på hur snabbt nya innovationer tas i bruk i olika delar av Sverige. Utmaningen ligger därför inte främst i avsaknad av strukturer, utan i hur befintliga system kan samordnas och användas mer strategiskt för att skapa transparens, incitament och förbättring över tid. ■



Målet är att alla cancerpatienter ska få möjlighet till genetisk profilering

Richard Rosenquist Brandell är professor i klinisk genetik vid KI och överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset. Stora delar av karriären har ägnats åt att utveckla precisionsdiagnostiska metoder inom sjukvården, särskilt inom cancergenetik. Han är även föreståndare för Genomic Medicine Sweden (GMS), en nationell satsning som samlar landets sju universitetssjukhus och sju medicinska fakulteter kring utvecklingen av precisionsmedicin med målet att fler patienter ska få rätt diagnos och behandling i tid.

Nationell samverkan för framtidens vård

Genomic Medicine Sweden (GMS) startade 2017 med målet att göra avancerad genetisk diagnostik tillgänglig i hela landet, en teknik som utvecklats mycket snabbt under de senaste 10 åren. Tekniken gör det idag möjligt att läsa av en människas hela arvs massa – hela genomet – på mindre än ett dygn. Därefter kan svaren användas för att ge en mer träffsäker diagnostik och behandling som baseras på den enskilda individens unika förutsättningar. Genom att samordna laboratorier, kompetens och infrastruktur har GMS byggt upp en nationell struktur som gör det möjligt att erbjuda tekniken till fler patienter. Inom cancer har arbetet haft tre tydliga spår: blodcancer, barncancer och solida tumörer. Inom både blodcancer och solida tumörer har fokuset legat på att ta fram nationella genpaneler som analyserar hundratals utvalda gener och idag finns tre sådana genpaneler: två för blodcancer och en för solida tumörer.

– I dessa undersöker man alltså inte hela arvs massan, utan fokuserar på gener som är särskilt viktiga vid cancer och kända för att ha betydelse för prognos och behandling. Det kan hjälpa oss att bedöma prognos, avgöra om

det finns en målriktad behandling och ibland upptäcka om det rör sig om en ärftlig cancerform, förklarar Richard.

Inom vissa områden, till exempel barncancer, har man kommit ett steg längre och infört helgenomsekvensering – det vill säga att man analyserar hela arvs massan. Sedan maj erbjuds alla barn som behandlas för cancer en sådan analys. Möjligheten att införa helgenomsekvensering för vissa andra patientgrupper, till exempel vid sarkom och leukemi pågår.

– Det är troligt att det framöver kommer vara fler cancerformer där vi använder analys av hela arvs massan.

Målet är jämlik tillgång

För att kunna få precisionsbehandling behövs först en profilering av cancerpatientens arvs massa. Denna möjlighet ser olika ut beroende på var i landet man bor. För att möjliggöra jämlik tillgång till precisionsdiagnostik har GMS etablerat sju Genomic Medicine Centers vid universitetssjukhusen. I den nationella cancerstrategin har Socialstyrelsen också fått i uppdrag att ta fram ett femårig införandeprogram för mer jämlik implementering av precisionsdiagnostik över landet. Enligt den senaste inventeringen görs i dag omkring 25 000 genetiska canceranalyser per år. Det är en tydlig ökning jämfört med tidigare år, och utvecklingen går stadigt framåt. Men det finns mer att göra.



Förhoppningen är att kunna erbjuda fler patienter effektiv behandling, samtidigt som värdefull kunskap samlas in för framtiden.



– Vi har ungefär 70 000 nya cancerfall varje år i Sverige. Mitt mål är att alla cancerpatienter ska få möjlighet till genetisk profilering, oavsett var i landet de bor. Där är vi inte ännu men jag är optimistisk över att vi kommer nå dit i takt med att kostnaderna för sekvensering sjunker.

Nya kliniska studier ska bredda behandlingsmöjligheterna

Parallellt med att diagnostiken byggs ut behövs fler kliniska studier inom precisionsmedicin. Ett aktuellt exempel är den nationella studien FOCUS, som fått stöd från regeringen. Inom ramen för studien ska läkemedel prövas utanför sina traditionella användningsområden – alltså behandlingar som normalt används för en viss cancerform, men som kan fungera även för andra tumörer. Förhoppningen är att kunna erbjuda fler patienter effektiv behandling, samtidigt som värdefull kunskap samlas in för framtiden.

3 Hälsodata

- grunden för framtidens forskning och vårdutveckling

Hälsodata är information som beskriver en individs hälsotillstånd. Det kan omfatta uppgifter från kvalitetsregister, patientjournaler, protokoll från kliniska prövningar, genetisk och biologisk information från tester, samt livsstilsdata från appar och andra digitala verktyg. Hälsodata används inte bara för vård av den individ som data avser (primäranvändning), utan kan också användas i andra syften, exempelvis vård av andra patienter, forskning och vårdutveckling (sekundäranvändning).

Hälsodata är avgörande för exempelvis diagnostik, behandlingsbeslut, patientuppföljning och beslut om vårdplanering, där informationen bidrar till bättre prioriteringar, resursanvändning och riskhantering. För forskning och innovation är hälsodata en ovärderlig resurs. Genom att analysera data från stora patientgrupper kan forskare bättre förstå sjukdomar som cancer samt utveckla och utvärdera nya behandlingar. Hälsodata är till exempel en grundläggande komponent i precision medicin. Den gör det möjligt att identifiera vilka patienter som sannolikt får störst nytta av en viss behandling baserat på biologiska och kliniska faktorer. Att ge rätt behandling till rätt patient vid rätt tidpunkt leder till förbättrade vårdresultat, minskar risk för biverkningar och bidrar till mer hållbara hälso- och sjukvårdssystem. Sammantaget utgör hälsodata en

Förslag för ökad användning av hälsodata

- › **Möjliggör sekundäranvändning av hälsodata** Anpassa nationell lagstiftning för att möjliggöra sekundäranvändning av hälsodata, både för forskning och innovation samt för ett brett införande av precision medicin över hela landet.
- › **Stötta datahållare i befintliga och kommande regelverk** Tillhandahåll vägledning och juridiskt stöd till regioner och andra datahållare, så att de kan navigera gällande regelverk samt implementeringsprocessen av EHDS och den nationella digitala infrastrukturen.

central drivkraft för medicinsk innovation, för förbättrad patientvård och för ett mer hållbart och kunskapsdrivet hälso- och sjukvårdssystem.

Aktuell ranking

Internationella jämförelser av länders utveckling inom hälsodataområdet är komplexa, men indikatorer från utredningen *Vidareanvändning av hälsodata för vård och klinisk forskning* (SOU 2023:76) visar att Sverige har relativt god datatillgång i jämförelse med andra länder. Samtidigt är resultaten sämre när det gäller bland annat interoperabilitet och infrastruktur. Utredningen pekar på att utvecklings takten i Sverige har varit lägre än i jämförbara länder, och att Sverige befinner sig på en nivå som flera föregångsländer nådde för cirka 7-15 år sedan.

Ett exempel på en global föregångare

inom hälsodata är Estland. Redan 2008 etablerades ett nationellt hälsodatasystem som kopplar samman vårdgivare och samlar patientinformation i en gemensam, säker plattform. Landet har också en nationell biobank med över 210 000 deltagare, som utgör en central resurs för medicinsk forskning och innovation. Parallellt har Estland skapat ett tydligt rättsligt ramverk för att integrera genomiska data från biobanken i hälso- och sjukvården, som en del av införandet av precision medicin. Ett av de första konkreta stegen är att kvinnor med förhöjd genetisk risk för bröstcancer identifieras tidigare och erbjuds screening upp till tio år före ordinarie program, med målet att upptäcka sjukdom i ett tidigare och mer behandlingsbart skede. På sikt integreras även farmakogenetik för att möjliggöra mer individanpassade läkemedelsval och doseringar. Sammantaget illustrerar

Estland den stora potentialen i strategisk användning av hälsodata. Samtidigt ställer denna typ av sammanlänkande och datatunga system mycket höga krav på informationssäkerhet, cyber- och integritetsskydd.

Ett annat exempel är Finland. Landet var först i Europa med att införa specifik lagstiftning som möjliggör sekundäranvändning av hälsodata för forskning. Kärnan i det finska systemet utgörs av Finnish Social and Health Data Permit Authority (Findata), en statlig myndighet som fungerar som en central ingång till data från bland annat nationella register, det nationella elektroniska patientjournalssystemet, biobanker och universitetssjukhus. Varje år tar Findata emot cirka 300 ansökningar, som noggrant prövas. Godkända data görs tillgängliga via en säker server, och Findata sammanställer, kombinerar

och förbearbetar uppgifterna samt erbjuder verktyg för analys.

Sverige kan bättre

Flera olika lagar styr hur hälsodata får delas, bland annat patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagstiftningen och dataskyddsförordningen (GDPR). Syftet med dessa regelverk är att skydda individers privatliv och säkerställa att känsliga uppgifter om hälsotillstånd hanteras på ett rättssäkert och ansvarsfullt sätt. Det är en grundförutsättning för att upprätthålla patienters förtroende för hälso- och sjukvården.

Samtidigt upplevs dagens rättsliga stöd för att möjliggöra säker och effektiv sekundär användning av hälsodata som komplext. När det gäller datadelning för forskning och utveckling leder detta ofta till osäkerhet och ibland begränsningar kring vilka data som får och kan delas. Tolkning av lagstiftningen varierar mellan olika datahållare (de som ansvarar för lagring och hantering av data, till exempel myndigheter och regioner), vilket skapar långa processer och brist på tydlighet. Det finns dessutom ingen nationell infrastruktur som samordnar tillgången till data, vilket innebär att de som vill använda sig av data för forskning och utveckling ofta måste vända sig till varje enskild datahållare.

Utmaningarna är ännu större när det gäller datadelning för vård av andra patienter än den som datan gäller. Exempelvis inom precisionsmedicin, där information – som sjukdomshistorik, genetiska och biologiska faktorer – från många individer behöver kombineras för att kunna individanpassa behandlingar. Med andra ord behöver man kunna dela personuppgifter på ett säkert sätt, vilket det inte finns tydlig lagstiftning kring idag.

År 2024 antogs EU-förordningen European Health Data Space (EHDS) med syfte att inrätta ett gemensamt ramverk för användning och delning av hälsodata inom unionen, bland annat för forskning och innovation. Förordningen



kommer att innebära ny lagstiftning och anpassningar i befintliga regelverk i Sverige, och ett omfattande förberedande arbete pågår hos berörda myndigheter. EHDS har stor potential att förenkla tillgången till hälsodata genom tydliga definitioner av och krav på datahållare och dataanvändare samt inrättandet av en nationell aktör med ansvar för att möjliggöra och administrera datatillgång. Denna funktion ska även upprätthålla en nationell katalog som ger en samlad överblick av tillgängliga hälsodata.

Parallellt, och i linje med EHDS, satsar regeringen på en

nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. En sådan infrastruktur är avgörande för att samla in och strukturera vårddata, vilket utgör en viktig byggsten för forskning och utveckling av framtidens behandlingsmetoder. Även utredningen *En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården* (SOU 2026:6) visar att vissa lagstiftningsanpassningar kan bli nödvändiga för att fullt ut frigöra potentialen i hälsodata, exempelvis för att möjliggöra precisionsmedicin.

Dessa processer innebär betydande möjligheter för gränsöverskridande europeisk forskning och innovation,

samtidigt som de bidrar till att hantera flera av de utmaningar som finns i Sverige, genom tydligare ansvarsfördelning, förbättrad samordning och mer ändamålsenliga regelverk. Samtidigt ställs stora krav på berörda aktörer att säkerställa interoperabilitet, följa datastandarder, upprätthålla dataskydd och integritet samt ha utbildad personal och fungerande IT-system. För att potentialen i de pågående satsningarna ska kunna realiseras krävs att implementeringsprocesserna ges tillräckliga resurser och att alla berörda aktörer samverkar och får stöd i sina roller och ansvar. Sveriges ambition bör var att inte bara implementera EHDS, utan att gå längre och bli ett föregångsland på området.

Förutsättningar finns

Sverige har många styrkor som ger en unik möjlighet att höja ambitionerna inom hälsodataområdet. Det svenska systemet med personnummer gör det möjligt att följa vård och hälsoutfall över tid och sammanställa kunskap på befolkningsnivå. Våra omfattande nationella hälsodataregister, som till exempel cancerregistret, ger en unik grund för både populationsstudier och precisionsmedicin. Landets höga digitala mognad underlättar insamling, lagring och analys av data på ett säkert och strukturerat sätt. Dessutom visar Forska!Sveriges opinionsundersökning att en stor majoritet av befolkningen (84 procent år 2025) är positiva till att deras hälsodata används för forskningsändamål, vilket ger ett starkt samhällsstöd. ■

Att använda data som redan finns för att förbättra vården, stärka forskningen och rädda liv

Mats Nilsson, utredare i uppdraget om att möjliggöra en nationell infrastruktur för hälsodata. Hur ska Sverige anpassa sina lagar och sin organisation till EU:s nya lagstiftning om hälsodata? Och vad kan det betyda för forskning, innovation och i förlängningen patienters överlevnad? Mats Nilsson, ansvarig utredare för utredningen Nationell digital infrastruktur för hälsodata på Socialdepartementet har en nyckelroll i att ge svaren på dessa frågor.

Förbereder Sverige för en ny europeisk lagstiftning

Mats Nilsson är jurist i grunden och har arbetat större delen av sitt yrkesliv med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Socialdepartementet och närliggande myndigheter. Han var bland annat med och tog fram den första nationella cancerstrategin. I dag leder han en statlig utredning om en nationell digital infrastruktur för hälsodata. Parallellt är Mats också ställföreträdande generaldirektör för Forte, ett av statens forskningsråd.

– Jag är ansvarig utredare för utredningen om nationell digital infrastruktur för hälsodata. Vi analyserar hur svensk lagstiftning behöver anpassas till EU:s nya förordning om ett europeiskt hälsodataområde, EHDS, och tar fram förslag till nya eller ändrade lagar, säger Mats. Utredningen startade i början av 2024 och ska slutrapportera den 30 november 2026. Under tiden lämnas flera delrapporter.

– Vår andra delrapport handlade om så kallad sekundär-användning av hälsodata och om hur ansvaret ska fördelas mellan svenska myndigheter. Den ledde till att regeringen gav uppdrag till Socialstyrelsen, SCB och

IVO att förbereda sig för rollen som organ för tillgång till hälsodata inom ramen för EHDS. Myndigheterna ska slutrapportera i juni 2026.

Vad är EHDS – och varför är det viktigt?

EHDS, European Health Data Space, är en ny EU-förordning som ska göra det lättare att dela och använda hälsodata inom unionen, både för vård av enskilda patienter och för exempelvis forskning, statistik och innovation. En central del i Mats arbete handlar om det sistnämnda, även kallat sekundäranvändning.

– EHDS ställer krav på att medlemsstaterna inför kompletterande nationella bestämmelser. Det gäller bland annat skyldigheter för den som använder eller innehar data och rättigheter för patienter, förklarar han.

Det kan till exempel handla om hur en person ska informeras om så kallade betydande kliniska upptäckter, alltså fynd i forskningsdata som kan påverka individens hälsa.

– Förordningen kräver att det finns nationella regler för hur sådan information ska lämnas, antingen direkt till personen eller via hälso- och sjukvårdspersonal. Samtidigt ska individen ha rätt att säga att man inte vill bli informerad.

Utredningen ska också analysera hur rätten att motsätta sig att ens hälsodata används för sekundära ändamål, en så kallad opt-out, ska regleras i svensk lag.

Kan sekundäranvändning rädda liv?

En fråga som ofta väcks är hur data som samlats in

om en patient kan bidra till att förbättra överlevnaden för andra.

– Om stora mängder journal- och registerdata kan analyseras över landsgränser kan man snabbare identifiera vilka behandlingar som ger bättre överlevnad. Man kan också synliggöra skillnader i resultat mellan olika vårdgivare, säger Mats. I praktiken betyder det att erfarenheter från patienter i ett land kan komma till nytta för patienter i ett annat. Det kan vara särskilt viktigt vid sällsynta sjukdomar, där varje enskilt land har få fall.

Stor potential för forskning och innovation

Mats ser betydande möjligheter för svensk forskning och vårdutveckling.

– EHDS innebär bland annat att de som ansvarar för hälsodata, och som omfattas av reglerna, måste lämna ut hälsodata som samlas in i vården och sparas i journaler om någon begär det för sekundär användning. Det gäller inte bara nationellt, utan data från alla EU-länder kan göras tillgänglig inom systemet.

Det ger bättre underlag för jämförande studier mellan länder och för forskning om sällsynta diagnoser. Dessutom införs krav på att data ska göras tillgänglig inom tre månader från det att en ansökan godkänts, och att den ska vara kvalitetsmärkt. Redan i dag arbetar Socialstyrelsen med att förbättra tillgången till data från hälsodataregistrerna för forskning och med att korta handläggningstiderna.

– Det är fortfarande svårt att göra exakta ekonomiska beräkningar, men i vår första delrapport bedömer vi att EHDS kan leda till stora kostnadsbesparingar och bidra till en mer patientsäker och effektiv vård.

Nyttorna med sekundär användning är ofta mer långsiktiga och indirekta än de som rör den enskilda patientens

vård här och nu. Men de kan vara minst lika betydelsefulla. Mats nämner två exempel:

Bättre tillgång till data ger dels ett starkare vetenskapligt underlag för politiska och administrativa beslut i vården, dels skapar det förutsättningar för mer effektiva kliniska studier. När redan insamlade hälsodata kan återanvändas minskar kostnaderna för forskning och utveckling, samtidigt som arbetet kan bedrivas både snabbare och mer träffsäkert.

Vad kan göras redan nu?

Även om EHDS ännu inte är fullt genomfört pågår förberedelser på flera nivåer.

– Det arbete som krävs för att Sverige ska uppfylla EHDS är omfattande. Vi behöver ett fungerande regelverk och en tydlig rollfördelning mellan myndigheter. Det måste vara tydligt vem som ansvarar för vad, säger Mats.

För sekundär användningen har Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och Statistikmyndigheten SCB redan särskilda regeringsuppdrag. E-hälsomyndigheten har ett centralt ansvar för den nationella digitala infrastrukturen, som är en förutsättning för att EHDS ska fungera i praktiken. Samtidigt behöver regioner, kommuner, andra vårdgivare och datainnehavare anpassa sina verksamheter, såväl tekniskt som organisatoriskt. För hälso- och sjukvården betyder det här en stor omställning, något Tomas Werngren, som var nationell samordnare för utredningen nationell digital infrastruktur, lyfte i sin slutrapport.

– Personalen måste känna till vilka nya rättigheter patienterna får och vilka skyldigheter vården har. Det är viktigt att kraven och tidsplanerna är tydliga i god tid.

För Mats är det tydligt att EHDS inte bara handlar om

teknik och juridik, utan om att skapa bättre förutsättningar för kunskap.

– I slutändan handlar det om att använda den data som redan finns för att förbättra vården, stärka forskningen och i förlängningen rädda liv.



4 Europas innovationsförmåga - vikten av ett starkt europeiskt ekosystem

Europas länder är var för sig relativt små och har begränsad möjlighet att konkurrera globalt. Tillsammans utgör de dock en av världens största befolkningar och marknader, vilket ger potential att behålla och stärka Europas ledande position inom life science. I en alltmer global och konkurrensutsatt kontext har andra regioner gått om, vilket visar att förnyade och samordnade insatser på EU-nivå är avgörande för att återta en framträdande ställning. Därför antog EU-kommissionen 2025 en strategi för life science med ambitionen att göra unionen till den mest attraktiva platsen för forskning, utveckling och innovation till 2030.

Ett gynnsamt innovationsklimat är en central förutsättning för stark och konkurrenskraftig cancerforskning samt förmåga att omvandla denna till patientnytta. Ett väl fungerande ekosystem driver vetenskapliga genombrott och stärker både akademins och näringslivets utvecklingskraft. Det bidrar samtidigt till att patienter får snabbare tillgång till nya behandlingar, inte minst genom kliniska prövningar och tidig implementering av innovationer i vården. En stark life science-industri utgör dessutom en viktig del av den bredare samhällsekonomin och bidrar till sysselsättning, tillväxt och strategisk autonomi.

Förslag för ökad europeisk förmåga

- › **Verka för ökad harmonisering** Säkerställ att forskning och innovation ges tydlig politisk prioritering inom både det nordiska samarbetet och EU, och verka för harmoniserade regelverk, ökad samverkan samt minskad administrativ börda inom hälsodatadelning, kliniska prövningar, etikprövning, produktgodkännande och utvärdering.

Aktuell ranking

Innovationsgapet mellan EU och andra ledande regioner, såsom USA och Kina, ökar. Globalt har antalet kommersiella kliniska prövningar finansierade av läkemedelsindustrin ökat med 38 procent under de senaste tio åren. Samtidigt har EU:s andel av dessa prövningar sjunkit från 22 procent år 2013 till 12 procent år 2023, medan Asien under samma period etablerade sig som ett betydande centrum för klinisk forskning, där Kinas andel av nystartade prövningar ökade från 8 procent till 29 procent.⁸ Av de tio mest sålda biologiska läkemedlen i Europa 2022 lanserades endast två av EU-baserade företag.⁹ EU:s affärsklimat är inte tillräckligt fördelaktigt för att snabbt och i stor skala föra nya produkter till marknaden. Som en följd söker många innovativa företag riskkapital och expansionsmöjligheter utanför Europa. Cirka 60 procent av alla globala scaleups finns i Nordamerika, jämfört med endast 8 procent inom EU. EU:s andel av det globala riskkapitalet är bara 5 procent, medan motsvarande

siffror för USA och Kina är 52 procent respektive 40 procent.¹⁰

EU kan bättre

EU:s regelverk, tillsammans med de 27 nationella systemen som dessutom skiljer sig åt, skapar en komplex miljö för innovatörer. Reglerna är inte alltid utformade för att främja innovation eller snabb marknadstillgång. Exempelvis krävs ofta parallella etikprövningar i varje medlemsland för att få godkännande att starta kliniska studier, vilket skapar betydande administrativa bördor. Den regulatoriska godkännandeprocessen är också komplex, eftersom både europeiska och nationella myndigheter är involverade. Detta ökar den administrativa bördan, förlänger tidslinjer och ökar kostnaderna. Det finns flera initiativ och förslag för att förenkla processerna, vilket är välkomna steg, men implementeringen är ofta svår. Ett tydligt exempel är Clinical Trials Regulation, där tekniska problem och ökad administrativ börda har skapat ytterligare utmaningar för många aktörer.

Det finns stora utmaningar för att möjliggöra sömlöst samarbete mellan länder, särskilt när det gäller delning och användning av hälsodata. Trots gemensamma regler för dataskydd tolkas dessa olika mellan och inom medlemsländerna, vilket skapar osäkerhet kring vad som är tillåtet vid internationell datadelning. Skillnader i datasystem, kodningar och registerformat gör det dessutom svårt att kombinera och analysera data över gränser. Avsaknad av gemensamma standarder för datakvalitet försvårar jämförbarheten mellan länder. European Health Data Space som nämnt tidigare och just nu implementeras i medlemsländerna, är ett svar på flera av dessa problem.

För att stärka Europas innovationskraft krävs även ökade investeringar i forskning och utveckling, både från offentliga medel och privata aktörer. Långsiktig offentlig finansiering till universitet och forskningsinfrastrukturer genererar grundläggande kunskap och plattformar på nationell nivå, och stärker den oberoende forskningen.



Europeiska forskningsprogram fungerar som en motor för gränsöverskridande kunskapsutbyte. Samtidigt är investeringar från privata aktörer avgörande för att forskningsresultat ska kunna omvandlas till kommersiella produkter. Trots detta står europeiska startups och scaleups (lönsamma och snabbt växande företag) inför betydande utmaningar. Dessa inkluderar begränsad kapitaltillgång, lägre riskvilja från investerare jämfört med andra regioner, långsamt upptag av innovationer i hälso- och sjukvårdssystemen samt outnyttjad potential i offentlig upphandling.

Förutsättningar finns

Europa har flera styrkor och förutsättningar att bygga vidare på, bland annat hög kvalitet på akademi och utbildning samt ett starkt åtagande för akademisk frihet. Det finns också flera pågående initiativ och politisk vilja att främja

harmonisering mellan medlemsländerna och ta steg mot en verklig union med färre hinder för samverkan och samarbete. Här är det viktigt att Sverige är en aktiv del i policyprocesserna på EU-nivå och driver på för att forskning och innovation inom hälsoområdet fortsatt ska ha hög prioritet.

Det finns dessutom outnyttjad potential i nordiskt samarbete, vilket kan utgöra en startpunkt i mindre skala. Genom att till exempel samordna och harmonisera våra nationella kvalitetsregister kan populationerna bli större och datamängderna mer robusta, vilket stärker förutsättningarna för klinisk forskning och uppföljning. Ett närmare samarbete kan också stimulera gränsöverskridande studier och prövningar. De nordiska länderna har liknande hälso- och sjukvårdssystem, vilket skapar goda förutsättningar för effektiva gemensamma initiativ. ■

Europa har goda förutsättningar att återta ledartröjan

Med en bakgrund som läkemedelsutvecklare och entreprenör inom onkologi rör sig **Jessica Martinsson**, VD för SwedenBIO vant mellan akademi, startups och globala läkemedelsbolag. Erfarenheterna från både big pharma och mindre, snabbfotade bolag har gett henne en tydlig bild av Sveriges position i den internationella life science-sektorn.

- Jag vet vad Sverige är bra på, men också vad som fungerar sämre i det svenska ekosystemet. Det var den drivkraften som gjorde att jag tog mig an rollen som VD på SwedenBIO, säger hon.

SwedenBIO är Sveriges branschorganisation för life science-företag och samlar omkring 300 medlemsbolag. Genom att skapa effektiva kontaktytor mellan branschens aktörer, bygga kunskap och ge företagen en stark röst i samhällsdebatten ska den svenska sektorns konkurrenskraft stärkas.

En central del av arbetet handlar om att stötta bolagen i deras internationaliseringsresa och ge dem global synlighet, och samtidigt säkerställa att erfarenheter och lärdomar sprids inom medlemskretsen.

- Om inte vi på kansliet har svaret på en fråga så finns det nästan alltid något av våra bolag som vet. I vårt medlemscommunity finns en unik känsla av delaktighet och stöttning.

Ett starkt EU med outnyttjad potential

Europa har betydande styrkor. Här finns en stark

forsknings- och innovationsbas, världsledande akademiska miljöer och en läkemedelsindustri med stor export. Jessica Martinsson lyfter särskilt fram tillgången till hälsodata som en enorm potential.

– Många länder, särskilt Sverige, sitter på ett digitalt guld i sina hälsoregister. Här har EU en enorm forskningsmöjlighet, men det kräver att data görs betydligt mer tillgänglig än i dag. För Sverige finns det en möjlighet att gå före och ta ledningen, men utöver en teknisk utveckling krävs i så fall en politisk vilja och strukturer för ansvarsfull och effektiv användning av data.

Samarbete som konkurrensmedel

I en global konkurrens där USA och Kina flyttar fram positionerna blir det allt tydligare att Europa behöver kraftsamla och samarbeta mer strategiskt över nationsgränserna.

– Enda sättet att vara bäst är genom samarbete med de bästa, säger Jessica.

EU har länge haft starka stödprogram för att främja samarbeten mellan industri och akademi. Men Europas tidigare ledarroll inom industrin utmanas allt mer. Om EU ska återta en ledarposition behövs ett Europa som i större utsträckning vågar satsa på excellens och ibland lägga nationella intressen åt sidan, menar Jessica.

– Europa måste återta ledartröjan så att läkemedel och medicinteknik kan utvecklas, produceras och användas här. Genom att återupprätta en stark industri bygger vi också de ekonomiska förutsättningarna för en sjukvård i världsklass för Europas medborgare.

Kapital och regelförenkling viktigt för framtiden

En av de största utmaningarna för europeiska bolag är tillgången till kapital. De senaste årens globala oro har gjort finansieringsklimatet tuffare, inte minst för tillväxt-



Enda sättet att vara bäst är genom samarbete med de bästa,

bolag inom life science. Här finns enligt Jessica en outnyttjad möjlighet i Europas pensionskapital.

– Det finns en stor potential i europeiskt pensionskapital som skulle kunna bidra till att bygga upp nästa generation bolag.

Samtidigt pekar hon på den administrativa bördan som en bromskloss för innovation.

– EU har, kanske med goda intentioner, infört regelverk som i praktiken försvårar och fördröjer företagens utveckling.

Den europeiska life science-strategin och föreslagna regelförenklingar, som inom ramen för exempelvis Biotech Act, ser hon som viktiga steg i rätt riktning.

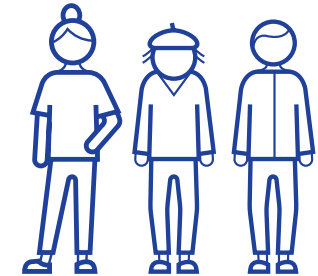
– Vi måste sluta lägga krokben för europeisk innovation.

För SwedenBIO:s VD Jessica Martinsson är vägen framåt tydlig: Genom en bättre samordning, mer kapital och enklare regelverk har Europa goda förutsättningar att återta ledartröjan. Lyckas Europa med detta kommer vi inte bara stärka vår konkurrenskraft, utan också säkerställa att framtidens medicinska innovationer kommer patienterna till del.

Vägen framåt

Det finns ett omfattande behov av fortsatt policyutveckling inom de fyra områden som behandlas i denna rapport, och mycket är redan på gång. I rapporten lyfter Cancerfonden ett antal förslag som bedöms ha särskilt stor effekt. Dessa riktar sig i huvudsak till den nationella nivån.

Dessa förslag är inte uttömmande, utan utgör insatser som kan skapa bättre förutsättningar för forskning och innovation samt bidra till kortare implementeringstider.



1 Kliniska studier - en motor för implementering	<ul style="list-style-type: none"> › Besluta om ett mål om att Sverige ska rankas bland topp 5 i EU när det gäller antal kommersiella kliniska prövningar per capita. › Förenkla patientrekrytering genom direktkontakt. Anpassa juridiska ramar, säkerställ säkra system och inför gemensamma rutiner. Dessa ska göra det möjligt för vårdgivare att direkt kontakta patienter som identifierats via register med en intresseförfrågan om att delta i en klinisk studie, om patienten inte aktivt avsagt sig sådan kontakt.
2 Implementeringstid - från godkännande till faktisk användning	<ul style="list-style-type: none"> › Ge berörd myndighet i uppdrag att inrätta ett hälsoinnovationsindex för att ge en överblick över vilka nya behandlingar och utvalda teknologier som används, hur snabbt de tas i bruk och var det kan finnas potential för ytterligare insatser.
3 Hälsodata - grunden för framtidens forskning och vårdutveckling	<ul style="list-style-type: none"> › Anpassa nationell lagstiftning för att möjliggöra sekundäranvändning av hälsodata, både för forskning och innovation samt för ett brett införande av precisionsmedicin över hela landet. › Tillhandahåll vägledning och juridiskt stöd till regioner och andra datahållare, så att de kan navigera gällande regelverk samt implementeringsprocessen av EHDS och den nationella digitala infrastrukturen.
4 Europas innovationsförmåga - vikten av ett starkt europeiskt ekosystem	<ul style="list-style-type: none"> › Säkerställ att forskning och innovation ges tydlig politisk prioritering inom både det nordiska samarbetet och EU, och verka för harmoniserade regelverk, ökad samverkan samt minskad administrativ börda inom hälsodatadelning, kliniska prövningar, etikprövning, produktgodkännande och utvärdering.

För närvarande finns ett flertal nationella initiativ och strategier i Sverige som behandlar viktiga frågor inom forskning, life science, kliniska prövningar och precisionsmedicin, vilket gör att ansvarsfördelningen för arbetet uppfattas som alltmer komplex och otydlig. Bland dessa återfinns den uppdaterade nationella cancerstrategin, forskningspropositionen, Vårdansvarskommitténs slutbetänkande och den nationella strategin för life science. Här ser vi en risk för stuprör och brist på sammanhållning. Därför behöver det bli tydligare vem som har det sammanhållande nationella ansvaret för frågor rörande forskning och life science.

Samtidigt krävs insatser på flera nivåer. Regionerna har en central roll i att möjliggöra klinisk forskning och stödja implementering av forskningsresultat, medan det dagliga arbetet vid enskilda vårdenheter är avgörande för att åtgärderna ska få effekt för patienter och verksamhet. I Cancerfondersrapporten från 2023, *Forskning på kliniken: Allas och ingens ansvar*, fördjupas analysen av vad som krävs på regional nivå för att forskningen ska bli en integrerad del av vården och det handlar till stor del om behov av ett ökat politiskt ansvarstagande.

Cancerfondens roll

Cancerfonden är en ideell organisation som bildades 1951 med målet att besegra cancer. Sedan starten har vi varit en av de viktigaste finansiärerna av svensk cancerforskning och bidragit till genombrott inom prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering.

Vår vision är tydlig: ett samhälle där färre drabbas av cancer och där fler botas eller kan leva ett långt liv med god livskvalitet. Vår målsättning är tydlig – år 2030 ska 80 procent överleva sin cancerdiagnos, och alla som lever med eller efter cancer ska ha möjlighet till god livskvalitet. Samtidigt ska de påverkbara cancerfallen ha minskat med 30 procent, en tredjedel av all cancer ska upptäckas i ett tidigare stadium.

Under 2024 nådde Cancerfonden en historisk milstolpe genom att fatta beslut om att dela ut sammanlagt 1 miljard kronor i forskningsstöd under ett och samma år. Detta skedde även 2025. Det är ett resultat av allmänhetens förtroende och en långsiktig strategi att stärka svensk cancerforskning. Genom att finansiera fri akademisk forskning är vi med och bidrar till nästa genombrott.

Samtidigt har vi tagit ett tydligare ansvar för att forskningsresultat snabbare ska komma patienter till del. Under de senaste åren har vi genomfört stora satsningar

på kliniska behandlingsstudier för att stärka Sveriges förmåga och förutsättningar inom området – och därigenom både förbättra patienters tidiga tillgång till nya eller förbättrade behandlingar samt öka landets attraktionskraft som forskningsnation. Vi har även stärkt stödet till patientnära vårdforskning – forskning som utvecklar arbetssätt, rehabilitering och omhändertagande för dem som lever med eller efter cancer.

Vi finansierar även implementeringsprojekt inom vården med syfte att göra de förberedelser som behövs innan bred introduktion av exempelvis nya diagnostik kan göras. Och för att ytterligare minska avståndet mellan vetenskapliga genombrott och patientnytta utvecklar vi initiativ som stödjer vidareutveckling av lovande forskningsresultat mot nyttiggörande genom kommersialisering eller direkt implementering i hälso- och sjukvården.

Cancerfonden verkar också aktivt för ökad internationell samverkan och harmonisering. Genom att stärka Sveriges



Cancerfonden grundades 1951 av Ebba Andersson och Morri Nidén. Sedan dess har canceröverlevnaden mer än fördubblats. Då överlevde ungefär tre av tio personer cancer. I dag överlever drygt sju av tio en cancerdiagnos i Sverige.

roll i europeiska och andra internationella forsknings- och innovationssamarbeten bidrar vi till fler multinationella kliniska studier, effektivare kunskapsutveckling och ett mer sammanhållet europeiskt arbete mot cancer.

Som aktör i civilsamhället har Cancerfonden en särskild roll. Vi är politiskt obundna, vilket gör att vi kan arbeta långsiktigt, ta risk i tidiga skeden och sätta patientens behov i centrum. Vi kan identifiera glapp i systemet, mobilisera resurser och agera där behovet är som störst. Genom att kombinera forskningsfinansiering, kunskaps-spridning, påverkansarbete och samverkan bidrar vi till att hela cancerkedjan stärks – från förebyggande insatser och tidig upptäckt till avancerad behandling och god livskvalitet efter avslutad vård.

Att besegra cancer kräver uthållighet, samverkan och mod att investera i både dagens lösningar och morgondagens genombrott. Cancerfonden tar sitt ansvar – för forskningen, för patienterna och för att Sverige ska fortsätta ligga i framkant i kampen mot cancer.

Cancerfondens fyra mål för Sverige 2030

30 %

minskning av de påverkbara cancerfallen.

1/3

av all cancer upptäcks i ett tidigare stadium.

80 %

överlever sin cancerdiagnos.

100 %

av alla som lever med eller efter cancer har en god livskvalitet.

Bilaga

Referenser

- 1 Socialstyrelsen (2025). Cancer i Sverige 2025: Relativ 5-årsöverlevnad 1974-2023. Artikelnr: 2025-5-9540
- 2 OECD, EU Country Cancer Profile: Sweden 2025: <https://doi.org/10.1787/39c18d93-en>
- 3 Manzano A, Svedman C, Hofmarcher T, Wilking N. Comparator Report on Cancer in Europe 2025 - Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics. IHE REPORT 2025:2. IHE: Lund, Sweden.
- 4 NORDCAN - Association of the Nordic Cancer Registries, <https://nordcan.iarc.fr/>, inhämtat februari 2026.
- 5 Svensk Farmaci, TLV:s handläggningstider av läkemedel har fördubblats, tillgänglig via <https://www.svenskfarmaci.se/2026/01/28/tlv-handlaggningstider-av-lakemedel-har-fordubblats/>
- 6 EFPA, Assessing the clinical trial ecosystem in Europe , tillgänglig via <https://www.efpia.eu/media/0ipkatpg/efpia-ct-report-embargoed-221024-final.pdf>
- 7 Cancerfonden, Forskning på kliniken: Allas och ingens ansvar (2023)
- 8 IQVIA för EFPIA och Vaccines Europe, Assessing the Clinical Trial Ecosystem in Europe: Final Report
- 9 Mario Draghi, A competitiveness strategy for Europe
- 10 EU Startup and Scaleup Strategy

Cancerfondens vision är att besegra cancer. Genom att finansiera den främsta forskningen, sprida kunskap om cancer och påverka beslutsfattare i viktiga frågor, arbetar vi för att färre ska drabbas och fler ska överleva cancer.

Cancerfonden är en fristående, ideell organisation utan statligt stöd. Vårt arbete är helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag.

Vi är en av de största finansiärerna av svensk cancerforskning. Sedan 1951 har vi delat ut 18 miljarder kronor till de främsta forskningsprojekten i Sverige. Överlevnaden i cancer har mer än fördubblats under samma tid.

Tack vare forskningens framsteg överlever i dag sju av tio som får cancer. Vi har kommit långt, men vi är inte framme än.

#tillsammansmotcancer



CANCERFONDEN

Cancerfonden | 101 55 Stockholm | Besök: David Bagares gata 5 | Telefon 020-59 59 59
Plusgiro 90 1986-0 | Bankgiro 901-9514 | cancerfonden.se