

2021

# CANCERFONDSRAPPORTEN

SEGREGERAD SCREENING



CANCER  
FONDEN

# 194

Om alla tre screeningprogram nådde samma deltagande som kommunerna med högst deltagande för respektive program skulle 194 fler liv kunna räddas varje år.

## Innehåll

<b>Stora skillnader i screeningdeltagande kostar liv</b>	<b>4</b>
<b>Deltagande i de nationella screeningprogrammen</b>	<b>6</b>
<b>SCREENING FÖR LIVMODERHALSCANCER</b>	<b>7</b>
Delvis nytt screeningprogram från 2015	8
Övergången till det delvis nya programmet har tagit tid	9
Ojämnt deltagande i livmoderhalscancerscreening	11
<b>SCREENING FÖR BRÖSTCANCER</b>	<b>14</b>
Behov av förbättrat regionalt arbete med bröstcancerscreening	15
Ojämnt deltagande i bröstcancerscreening	16
<b>SCREENING FÖR TARMCANCER</b>	<b>20</b>
Allmän screening på väg men genomförandet tar lång tid	20
Stora hälsovinster med riktad information om tarmcancerscreening	22
Ojämnt deltagande i tarmcancerscreening	22
<b>Bättre beredskap för nya screeningprogram</b>	<b>24</b>
<b>Screening måste nå fler</b>	<b>25</b>
Regionerna har huvudansvaret	25
Regeringen måste ta ett större ansvar	26
<b>Referenser</b>	<b>27</b>

# Stora skillnader i screening-deltagande kostar liv

Screening är ett viktigt verktyg för att tidigt upptäcka cancer. Cancer-screening innebär att stora grupper av människor undersöks för att hitta cancer i tidigt stadium, ofta innan sjukdomen gett symtom. Tack vare screening går det också att upptäcka förstadier till cancer som ännu inte hunnit utvecklas. Det är en nyckel till ökad överlevnad och mer skonsam behandling med bättre livskvalitet både under och efter cancersjukdomen.

I Sverige har vi hittills tre utvärderade och nationellt rekommenderade screeningprogram för att upptäcka cancer tidigt. Det är screening för livmoderhals-, bröst- och tarmcancer. Det finns betydande hälsovinsterna med dessa, både för den enskilde och samhället. Det är djupt problematiskt att alla som omfattas av programmen inte nås.

Det genomsnittliga deltagandet i livmoderhalscancerscreening är 71 procent och i bröstcancerscreening, 81 procent. Därtill var deltagandet i tarmcancerscreening i region Stockholm och Gotland 71 procent, vilket omsatt i ett genomsnitt för landet innebär 14 procent. Den låga andelen beror på att programmet, trots att rekommendationen kom 2014, inte införts på bred front. Deltagandenivåerna är för låga.

Det finns dessutom tydliga socioekonomiska skillnader i screeningdeltagande. Detta framgår i nya unika siffror över deltagandet på stadsdelsnivå i storstadsregionerna. Kvinnor med högre inkomster och längre utbildning deltar i livmoderhals- och bröstcancerscreening i högre grad än kvinnor med lägre inkomster och kort

utbildning. Samma inkomst- och utbildningseffekt finns för tarmcancerscreening. Genomförandet av nya och förändrade screeningprogram tar dessutom alldeles för lång tid och det finns tydliga skillnader mellan hur väl olika regioner lyckas med deltagandet.

Om alla tre screeningprogram nådde samma deltagande som kommunerna med högst deltagande för respektive program skulle 194 fler liv kunna räddas varje år.

Det är regionerna som bär huvudansvaret för genomförandet av screeningprogrammen men även regeringen har ett ansvar. Cancerfonden vill se ett tydligare politiskt ansvarstagande både nationellt och regionalt. Tidig upptäckt är avgörande för att besegra cancer. Bättre genomförande av screeningprogrammen är nödvändigt. Screening måste nå fler. Screening räddar liv. Åtgärder för att ökat screeningdeltagande behöver prioriteras.

# Cancerfonden anser

## Regionalt

**Cancerfonden anser** att alla regioner måste flytta fram positionerna i sitt arbete med att upptäcka cancersjukdomar i tid. Cancerfonden anser därför att det är prioriterat att regionerna:

- Gör mer för att nå personer i grupper med lågt deltagande i screeningprogrammen.
- Uppdrar år berörda förvaltningar att säkerställa regionens följsamhet till de vårdprogram och rekommendationer för livmoderhals-, bröst- och tarmcancerscreening som finns. Med särskilt fokus på ökat deltagande i områden där det är som lägst.
- Har beredskap för snabbt införande av nya screeningprogram och rekommendationer. Alla regioner måste fullt ut genomföra de nationellt rekommenderade screeningprogrammen och det måste finnas en framförhållning.

## Nationellt

**Cancerfonden anser också** att det behövs en tydlig nationell ambition, en starkare nationell samordning och ett bättre nationellt stöd för att säkerställa att screeningprogrammen verkligen når alla i målgrupperna, i hela landet. En jämlik cancervård är ett nationellt ansvar som regeringen behöver axla. Cancerfonden anser därför att regeringen bör:

- Ge Socialstyrelsen ett vidgat uppdrag inom cancerscreening för att skynda på införandet av nya och förändrade screeningprogram i regionerna.
- Ge Socialstyrelsen och Regionala cancercentrum i samverkan i uppdrag att kartlägga och utvärdera metoder för att nå personer i grupper med lågt deltagande i screeningprogrammen, samt att utifrån ett sådant kunskapsnav bidra till att sprida kunskap som utvecklas.
- Stärka regionerna i arbetet med att se till att hälso- och sjukvården kan säkerställa att alla som på grund av Coronapandemin inte kallats eller kunnat delta i screening ges möjlighet till det.

# Deltagande i de nationella screeningprogrammen

Deltagandet i livmoderhals-, bröst- och tarmcancerscreening har det gemensamt att det är ojämlikt. De socioekonomiska skillnaderna är påtagliga och innebär att personer som bor i stadsdelar i storstadskommunerna där medianinkomsterna och utbildningsnivån är högre deltar också i screening i högre grad. Lägre medianinkomster och kortare utbildning innebär i stället lägre deltagande i screening. Kort utbildning sammanfaller framför allt i storstäderna med utländsk bakgrund och ser ut att ytterligare sänka screeningdeltagandet.

Ojämligheten tycks också uppstå genom att regionerna ser ut att vara olika bra på att nå målgrupperna för screening. Det finns stora deltagandeskillnader mellan och inom regionerna: screeningdeltagandet är högre i socioekonomiskt starka kommuner jämfört med svagare. Även inom regionerna finns socioekonomiskt präglade skillnader, i synnerhet gäller det screening för livmoderhalscancer. Deltagandet i bröstcancerscreeningen är både högre och jämnare. Screening för tarmcancer är ännu bara fullt i gång inom regionerna Stockholm och Gotland.

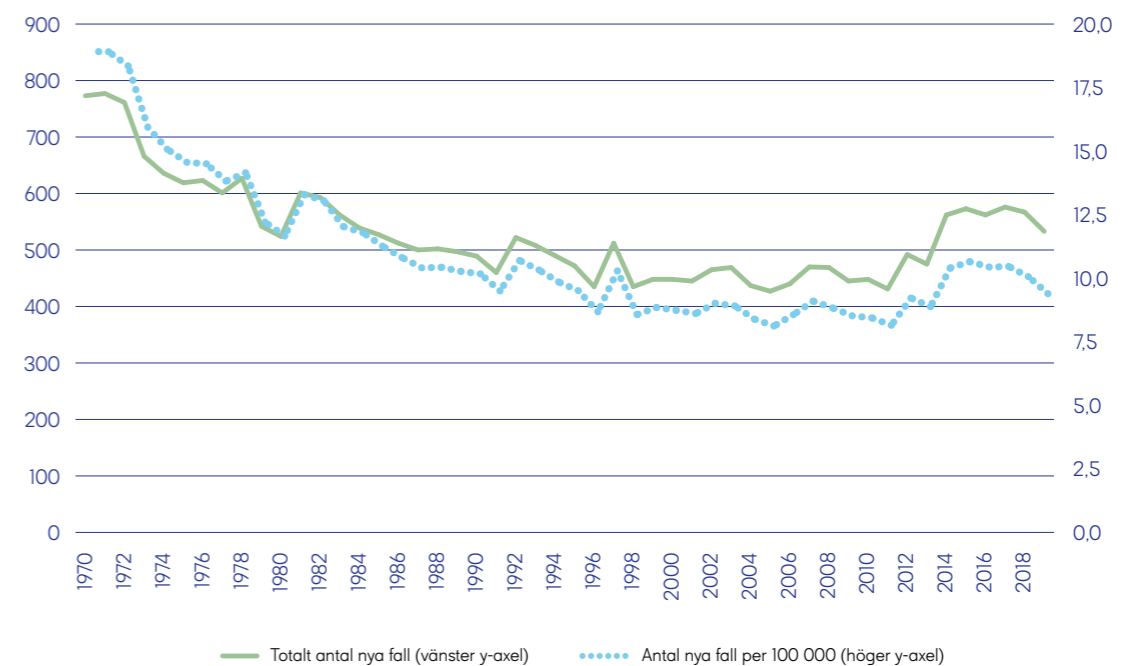
Betydligt fler behöver delta i screening för livmoder-, bröst- och tarmcancer för att fler cancersjukdomar ska upptäckas tidigt, så att fler får chansen till botande behandling och överlevnad. Regionerna behöver därför fortsätta sitt arbete för att underlätta och uppmuntra alla i screeningprogrammets målgrupper att regelbundet delta. Det behövs mer proaktivt arbete från regionernas sida för att nå ett mer jämlikt, och ännu högre, deltagande i screeningprogrammen.

## Screening för livmoderhalscancer

Screening för livmoderhalscancer var det första nationella screeningprogrammet som rekommenderades i Sverige. Det infördes i de dåvarande landstingen under en tioårs-period från 1967 till 1977 (Socialstyrelsen, 2020a). Med screeningprogrammet infördes regelbunden gynekologisk cellprovtagning i syfte att upptäcka cellförändringar och förstadium till livmoderhalscancer så tidigt som möjligt. Screeningen har minskat antalet nya fall av livmoderhalscancer kraftigt (se diagram 1).<sup>1</sup>

Forskningen visar att kvinnor som regelbundet deltar i screening sänker risken att drabbas av livmoderhalscancer med cirka 90 procent. Att inte delta i livmoderhalscancerscreening är den främsta riskfaktorn för att drabbas av livmoderhalscancer (Socialstyrelsen, 2020a). Screening är avgörande för att förebygga insjuknande och död i livmoderhalscancer.

**Diagram 1.** Nya fall av livmoderhalscancer 1970–2019. Totalt antal nya fall och antal nya fall, åldersstandardiserad förekomst, per 100 000 kvinnor. Alla åldrar.



Källa: Socialstyrelsen

<sup>1</sup> I diagrammet framgår också att antalet livmoderhalscancerfall har ökat mellan 2014 och 2018 för att sedan vända nedåt igen under 2019. Orsaken till ökningen är inte helt klarlagd (Socialstyrelsen, 2019; 2020a).

### Delvis nytt screeningprogram från 2015

Screening för livmoderhalscancer bygger på gynekologisk cellprovtagning. Över tid har ny forskning och nya kunskaper visat att den absolut viktigaste orsaken till cellförändringar är infektion med humant papillomvirus, HPV (Socialstyrelsen, 2020a).<sup>2</sup> Det ledde till delvis förändrade rekommendationer i det nationella screeningprogrammet för livmoderhalscancer från 2015.

Det gällande programmet innebär att hälso- och sjukvården i första hand ska erbjuda screening för livmoderhalscancer genom cellprovtagning, men med analys för HPV. Även målgruppen för screening utökades, från 23 till 59 år till 23 till 64 år (Socialstyrelsen, 2015a). Som stöd för regionernas arbete med genomförandet av det delvis nya programmet introducerades dels ett nationellt vårdprogram för livmoderhalscancerprevention 2017, dels en ny föreskrift som började gälla i juli 2020 (Socialstyrelsen, 2019a; Rognes et al, 2020).



**Forskningen visar att kvinnor som regelbundet deltar i screening sänker risken att drabbas av livmoderhalscancer med cirka 90 procent.**

### DET NATIONELLA SCREENINGPROGRAMMET FÖR LIVMODERHALSCANCER

Det nationella screeningprogrammet för livmoderhalscancer innebär att regionerna ska erbjuda avgiftsfri screening till personer som vid födseln har tillskrivits det juridiska könet kvinna.

Från den 1 juli 2020 ska hälso- och sjukvården erbjuda screening med:<sup>3</sup>

- Cellprovtagning med analys för cytologi vart tredje år till kvinnor i åldern 23–29 år.
- Cellprovtagning med analys för HPV vart tredje år till kvinnor i åldern 30–49 år samt en kompletterande analys även för cytologi för kvinnor som är cirka 41 år.
- Cellprovtagning med analys för HPV vart sjunde år till kvinnor i åldern 50–64 år.

Källa: Socialstyrelsen

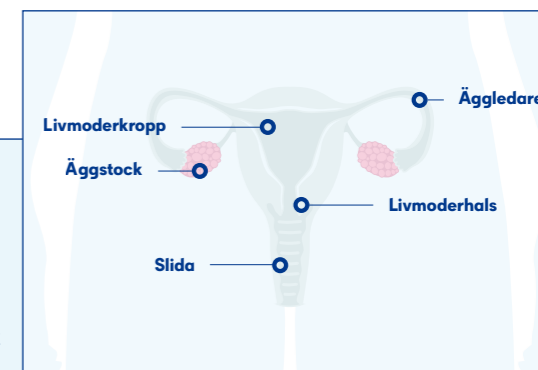
Socialstyrelsens bedömning är att det uppdaterade screeningprogrammet ger en ännu bättre cancerförebyggande effekt. Det beror på att analys både för cytologi och HPV gör att fler förstadier till cancer kan upptäckas. Det nya programmet antas därför minska både sjuklighet och förtida död i livmoderhalscancer ytterligare. Hälsovinster med livmoderhalscancerscreeningen antas därmed öka (Socialstyrelsen, 2015a; 2015b).

### Övergången till det delvis nya programmet har tagit tid

Socialstyrelsen bedömde att det fanns goda förutsättningar för en smidig övergång till det delvis nya screeningprogrammet för livmoderhalscancer (Socialstyrelsen, 2015a). Så blev inte fallet.

Socialstyrelsen (2020) konstaterar i stället en ojämn och utdragen övergång med problem kopplade till "kallelsesystemet, brist på samordning, upphandling av egna regionala IT-system, oklarheter kring finansiering samt ojämn tillgång på personal".

Den centrala delen av det nya programmet var övergången till screening med HPV-analys. Det ojämna införandet av just den delen menar Rognes et al (2020) beror på en varierad tillämpning av både det nya screeningprogrammet och vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention, både mellan regioner och mellan verksamheter.



### DET NATIONELLA VÅRDPROGRAMMET FÖR LIVMODERHALSCANCERPREVENTION

Vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention fokuserar inte minst på vad som är viktigt för att nå ett högt och jämlikt screeningdeltagande. Till de åtgärder som specificeras för att underlätta och stimulera deltagande hör att:

- Kvinnorna bör kallas utifrån befolkningsregister och regionerna bör samordna kallelsesystemet alternativt dela information om underlaget för kallelsesystemet.
- Kallelsen bör innehålla förbokad tid och plats som enkelt kan bokas om via internet och telefon. Stor variation av ombokningstider bör finnas. Sms-påminnelse bör erbjudas.
- Kompletterande screening bör erbjudas vid besök hos barnmorska och gynekolog av annan anledning.
- Kvinnor som uteblir bör få årliga påminnelser (omkallelsesystemet).
- Kvinnor som inte deltagit under lång tid bör kontaktas på telefon och erbjudas hjälp att boka tid och per brev erbjudas självtest för HPV.
- Områden med lågt deltagande inom varje region bör identifieras. Hindren för deltagande bör analyseras och riktade insatser genomföras och utvärderas.

Källa: RCC (2021a).

<sup>2</sup> Livmoderhalscancer förebyggs också genom HPV-vaccinering. Alla barn i årskurs 5 erbjuds sedan augusti 2020 HPV-vaccin inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. (1 augusti 2020 inkluderades även pojkar.) (Folkhälsomyndigheten).

<sup>3</sup> Med Coronapandemin har regionerna tillfälligt fått möjlighet att primärt screena för livmoderhalscancer med hjälp av självprovtagning av HPV, om det inte går att kalla till livmoderhalscancerscreening som i normala fall. Den tillfälliga perioden sträcker sig från mitten av juli 2020 till 30 juni 2022 (HSLF-FS, 2021:42).

55

fler liv skulle kunna räddas varje år om deltagandet i livmoderhalscancerscreening var lika högt i hela landet som för kommunen med högst deltagande (IHE, 2021).

Rognes et al (2020) visar i sin rapport att det finns en bred acceptans för vårdprogrammet, men också att det uppfattas som för komplicerat och detaljerat, samt att det kräver mer resurser. De skriver:

*Detta leder till att man lokalt väljer att bortse från vissa delar. Exempelvis ses personlig uppringning av kvinnor som länge uteblivit från provtagning som alltför resurskrävande i vissa regioner (Rognes et al, 2020, s. 4).*

När Regionala cancercentrum i samverkan, RCC<sup>4</sup>, i september 2020 kartlade hur långt regionerna kommit i införandet hade 16 av 21 regioner infört screening med HPV-analys. Lika många regioner hade höjt åldersgränsen. Endast två regioner, Västra Götaland och Halland, hade infört telefonuppringning till kvinnor som uteblivit från screening under lång tid.<sup>5</sup>

Livmoderhalscancerscreeningen genomförs inte på ett likvärdigt sätt i hela landet. Kallelse-systemet lyfts både som ett stort problem och som en nyckel för effektiv implementering av livmoderhalscancerscreeningen i regionerna (Socialstyrelsen, 2020a; Rognes et al 2020).

Det är också viktigt med extra insatser för att nå kvinnor som inte deltagit i screening under lång tid och att identifiera geografiska områden som har lägre deltagande samt att systematiskt arbeta för att höja deltagandet. Det vill säga sådant som handlar om mer proaktivt arbete från regionernas sida.<sup>6</sup>

### CELLPROVSVECKAN

God och tillgänglig information om screeningens betydelse för att förhindra livmoderhalscancer är centralt för att få fler att delta. Ett exempel som lyfts fram som framgångsrikt är den så kallade cellprovsveckan.

Cellprovsveckan genomfördes första gången i regionerna Västra Götaland och Halland 2013, och äger sedan dess rum på flera håll i landet under en vecka i april eller maj varje år.

De regioner som deltar informerar exempelvis om vikten av att regelbundet lämna cellprov. Det kan också finnas möjlighet att enkelt ta reda på när man senast lämnade cellprov samt att lämna cellprov via drop-in.

Källa: RCC Väst

<sup>4</sup> I rapporten förkortas Regionala cancercentrum i samverkan med enbart RCC, samt att de regionala cancercentrumen förkortas RCC följt av aktuellt regionnamn.

<sup>5</sup> <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/vardprogram/status-for-inforandet/>

<sup>6</sup> Det är särskilt viktigt att regionerna följer upp och utvärderar hur den tillfälliga möjligheten att använda självprovtagning under Coronapandemin har påverkat screeningdeltagandet.

### Ojämnt deltagande i livmoderhalscancerscreening

Med de nya data som Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, har samlat in för Cancerfondens räkning gäller att deltagandet i livmoderhalscancerscreening i genomsnitt är 71 procent. De regionala skillnaderna i screeningdeltagande är förhållandevis stora. Högst deltagande hade Dalarna där 86 procent av alla kallade kvinnor deltog. I Västmanland var deltagandet klart lägst, bara 52 procent av de kvinnor som kallades till screening deltog.

Sammanlagt var det sex regioner som nådde en deltagandegrad för livmoderhalscancerscreening på över 80 procent och det var samtidigt fyra regioner som inte ens nådde upp till 60 procents deltagande. Se vidare i diagram 2.

Det finns även skillnader i screeningdeltagande inom regionerna. Skillnaderna är många gånger påfallande stora. Det framgår av tabell 1.

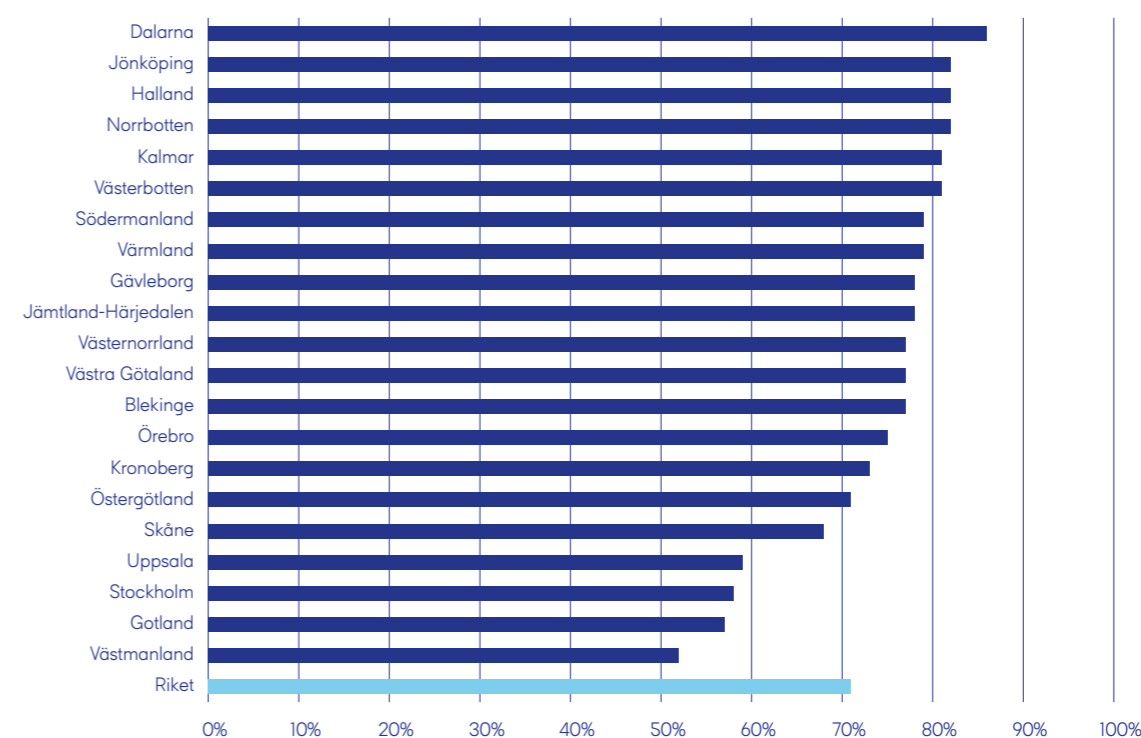
Störst skillnader mellan bästa och sämsta kommun finns i regionerna Östergötland, Västmanland, Kalmar, Skåne och Stockholm. Minst skillnader mellan kommuner finns i region Uppsala följt av regionerna Södermanland och Blekinge.

På riksnivå är skillnaderna mellan bästa och sämsta kommun så stora som 51 procentenheter. Den kommun som hade det allra högsta deltagandet i livmoderhalscancerscreening 2018 var Säter med 91 procent. Den kommun som hade det allra lägsta deltagandet var Fagersta, med enbart 40 procents deltagande. Region Västmanland har det genomsnittligt lägsta deltagandet i livmoderhalscancerscreening, vilket är en viktig förklaring till det mycket låga deltagandet också i Fagersta. Region Dalarna har istället det högsta deltagandet och inom regionen ligger Säter allra bäst till.



Region Dalarna har det högsta deltagandet i livmoderhalscancerscreening och inom regionen ligger Säter allra bäst till.

**Diagram 2.** Deltagande livmoderhalscancerscreening i regionerna och riket, 2018. Andel deltagare inom ett år av antal kallade.



Källa: IHE

**Tabell 1.** Kommuner med högsta och lägsta deltagande i livmoderhalscancerscreening per region, 2018. Andel deltagare inom ett år av antal kallade, samt medianinkomst per månad för kvinnor 20–64 år och andel förgymnasialt utbildade kvinnor 25–64 år.

Region	HÖGST DELTAGANDE					LÄGST DELTAGANDE			
	Genomsnittligt deltagande	Kommun	Genomsnittligt deltagande	Medianinkomst per månad	Andel förgymnasialt utbildade	Kommun	Genomsnittligt deltagande	Medianinkomst per månad	Andel förgymnasialt utbildade
Dalarna	86%	Säter	91%	25 878 kr	10%	Leksand	80%	24 751 kr	7%
Jönköping	82%	Habo	89%	26 561 kr	7%	Mullsjö	77%	24 344 kr	10%
Halland	82%	Kungsbacka	84%	28 793 kr	6%	Laholm	74%	22 875 kr	10%
Norrbottnen	82%	Gällivare	87%	28 858 kr	9%	Pajala	71%	24 674 kr	9%
Kalmar	81%	Vimmerby	86%	24 602 kr	10%	Högsby	63%	21 268 kr	15%
Västerbottnen	81%	Robertsfors	87%	24 173 kr	10%	Malå	76%	24 952 kr	10%
Södermanland	79%	Katrineholm	83%	23 450 kr	15%	Trosa	74%	26 878 kr	10%
Värmland	79%	Hammarö	87%	28 636 kr	5%	Munkfors	70%	23 905 kr	11%
Gävleborg	78%	Ovanåker	83%	24 172 kr	12%	Nordanstig	68%	22 517 kr	13%
Jämtland-Härjedalen	78%	Strömsund	83%	23 330 kr	10%	Bräcke	71%	22 983 kr	9%
Väster-norrland	77%	Härnösand	82%	24 531 kr	11%	Sollefteå	73%	24 161 kr	12%
Västra Götaland	77%	Götene	86%	25 086 kr	10%	Bengtsfors	70%	22 793 kr	16%
Blekinge	77%	Olofström	78%	23 805 kr	12%	Sölvesborg	69%	24 183 kr	10%
Örebro	75%	Askersund	80%	24 571 kr	11%	Ljusnarsberg	63%	20 683 kr	17%
Kronoberg	73%	Växjö	76%	24 857 kr	8%	Uppvidinge	62%	22 991 kr	14%
Östergötland	71%	Mjölby	76%	25 055 kr	10%	Ydre	52%	24 100 kr	7%
Skåne	68%	Kävlinge	82%	27 489 kr	7%	Åstorp	61%	22 402 kr	16%
Uppsala	59%	Knivsta	63%	28 841 kr	6%	Tierp	57%	22 722 kr	12%
Stockholm	58%	Vallentuna	68%	29 063 kr	7%	Södertälje	48%	22 608 kr	16%
Gotland	57%	—	—	24 231 kr	9%	—	—	24 231 kr	9%
Västmanland	52%	Norberg	63%	24 040 kr	14%	Fagersta	40%	24 177 kr	16%
Riket	71%	Säter	91%	25 878 kr	10%	Fagersta	40%	24 177 kr	16%

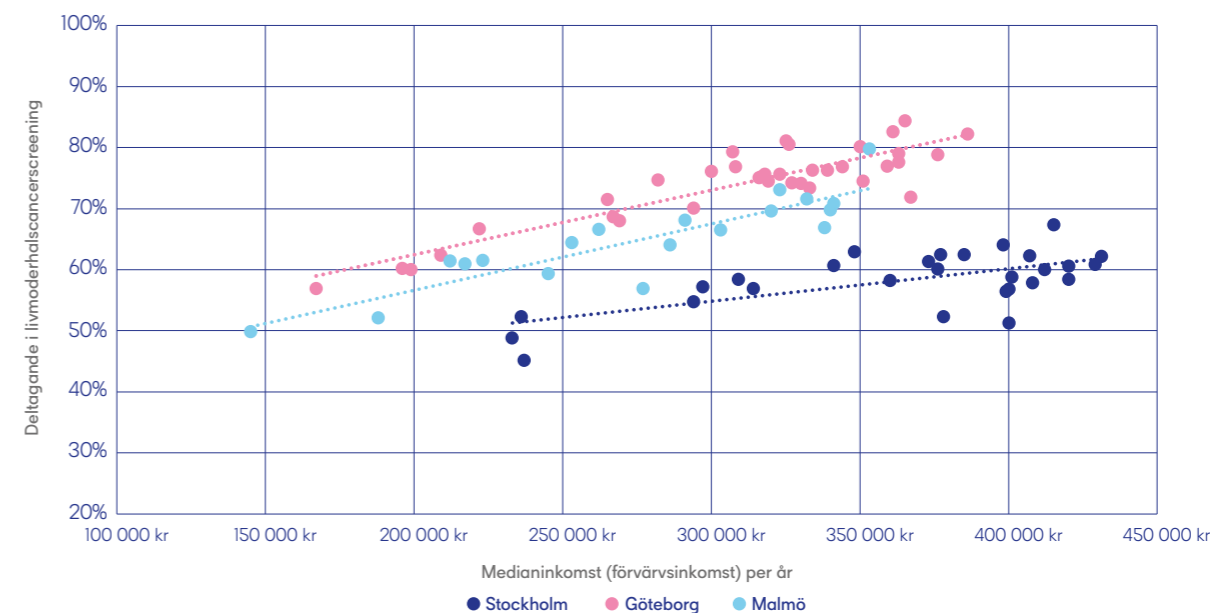
Källa: IHE, Kolada och SCB.

Socioekonomiska faktorer tycks ligga bakom en del av skillnaderna inom regionerna. Det är vanligt att medianinkomsterna (förvärvsinkomsterna) är högre i kommuner med högt deltagande och att ekonomiskt svagare kommuner har lägre deltagande. I kommunerna med lägsta deltagandet inom regionerna finns över lag även fler grundskoleutbildade kvinnor, än i kommunerna med det högsta deltagandet. Det finns dock även andra faktorer som påverkar att deltagandet skiljer sig. Faktorer som har lyfts fram i relation till bröstcancerscreening är vikten av god och likvärdig tillgänglighet geografiskt, men även att familjesituation, attityder och uppfattningar och hur man mår psykiskt kan påverka deltagandet (Vårdanalys, 2020). Det skulle också kunna handla om hur ens arbets-situation ser ut och hur enkelt det är att ta ledigt från jobbet för att gå på screening.

Att socioekonomiska faktorer systematiskt slår igenom blir ännu tydligare med fokus på storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.

I diagram 3 har deltagande i screening parats ihop med medianinkomsten inom olika stadsdelar (folkbokföringsdistrikt). Storstadskommunerna lyckas olika bra med nivån på screeningdeltagandet och det finns genomgående socioekonomiska skillnader. I Stockholm ligger deltagandet i genomsnitt på 59 procent, i Göteborg på 74 procent och i Malmö på 64 procent. Det socioekonomiska samband som gäller är att ju lägre medianinkomsten är desto lägre är också deltagande och vice versa: ju högre medianinkomst desto högre deltagande.

**Diagram 3.** Inkomstskillnader och deltagande i livmoderhalscancerscreening, 2018. Andel deltagare av antal kallade i relation till medianinkomst i åldersgruppen 25–69 år i olika stadsdelar i storstadskommunerna Stockholm, Malmö och Göteborg.<sup>7</sup>



Källa: IHE och SCB samt beräkningar.

<sup>7</sup> Antagandet om socioekonomiska skillnader i screeningdeltagande handlar snarast om att det är det geografiska områdets "socioekonomiska position" som påverkar screeningdeltagandet (jmf. RCC, 2021b). Det är också utgångspunkten i tabell 1. Den medianinkomst som används i diagrammet är dock den som ligger närmast målgruppen för livmoderhalscancerscreening enligt data från SCB, hämtad ur IHE (2021). Detta för att efterlikna den analys som IHE (2021) gör.

Sambandet ju högre medianinkomst desto högre deltagande i livmoderhalscancer-screening skulle också kunna uttryckas som att ju längre utbildning desto högre deltagande. Det beror på det starka samband som finns mellan inkomstnivå och utbildningsnivå.

När det gäller grundskoleutbildning finns en koppling också till utländsk bakgrund: av vuxna kvinnor är det i synnerhet utrikes födda kvinnor som har som högst grundskoleutbildning. Det ser ut att fördjupa de redan existerande socioekonomiska mönstren (jmf. IHE, 2021). Att det ser ut så skulle bland annat kunna förklaras med språkbarriärer och sämre etablering på arbetsmarknaden (och i samhället) bland utrikes födda kortutbildade kvinnor, och att det kan trycka ned screeningdeltagandet ännu mer.

Det finns också vissa ålderskillnader i screeningdeltagande. Dessa innebär att både de yngsta (upp till 30 år) och de äldsta (över 60 år) kvinnorna i målgruppen för livmoderhalscancer-screening deltar i lägre grad än övriga åldersgrupper (IHE, 2021). Med samma scenarioanalys som i Socialstyrelsens hälsoekonomiska bedömningar, gäller att 55 fler liv skulle kunna räddas varje år om deltagandet i livmoderhalscancer-screening var lika högt i hela landet som för kommunen med högst deltagande (IHE, 2021). Det alltför låga och ojämlika deltagandet i livmoderhalscancer-screening kostar liv.

## Screening för bröstcancer

Screening för bröstcancer med mammografi blev det andra nationella screeningprogrammet i Sverige. Det infördes successivt under 1980- och 1990-talen och var fullt utbyggt i alla de dåvarande landstingen 1997 (Socialstyrelsen, 2019a).

Bland kvinnor som går på bröstcancer-screening regelbundet upptäcks mellan 60 och 70 procent av alla bröstcancerfall genom screeningen. Screening bidrar till minskad dödlighet till följd av bröstcancer med mellan 16 och 25 procent (Socialstyrelsen, 2014a; 2019b). För kvinnor som regelbundet deltar i bröstcancer-screening är minskningen ännu större (RCC, 2020). Mammografiundersökning

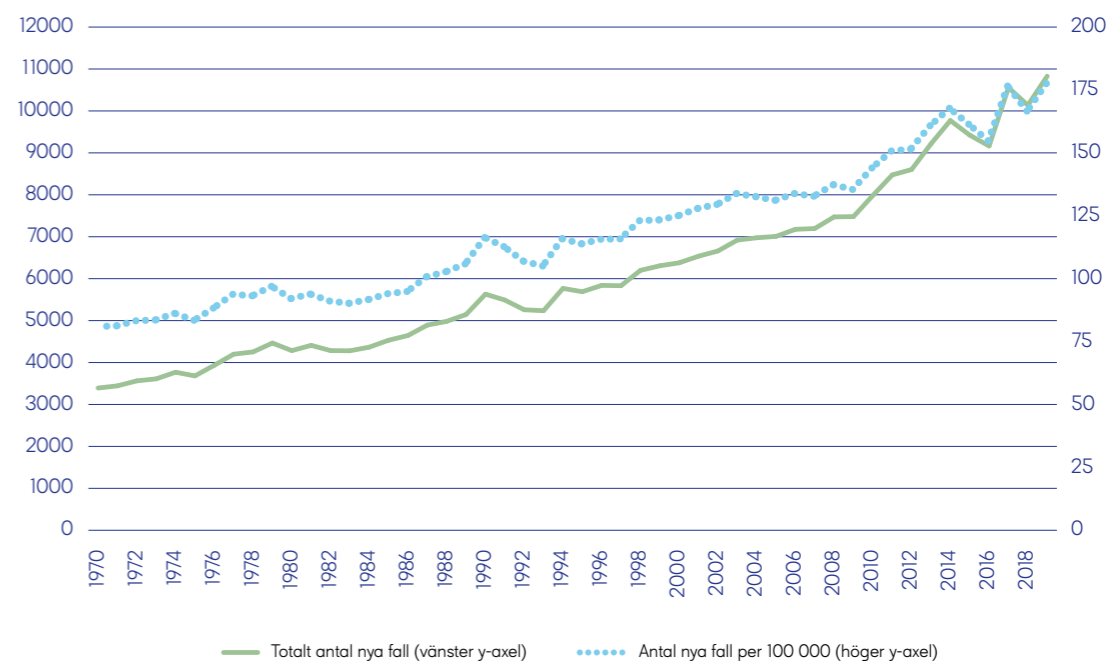
är mycket viktigt för att upptäcka bröstcancer tidigt och tidig upptäckt minskar dödligheten i bröstcancer.

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige. Antalet nya fall ökar över tid och har de senaste åren legat runt 11 000 eller upp emot 180 nya fall per 100 000 kvinnor (se diagram 4). Varje ny tumör som upptäcks räknas som ett nytt cancerfall och Socialstyrelsen påpekar att det sedan 2003 har rapporterats fler upptäckta tumörer per kvinna. För 2019 gäller att de totalt närmare 11 000 nya cancertumörerna upptäcktes hos 8 290 kvinnor. Det innebär att de kvinnor som drabbades av bröstcancer i genomsnitt hade 1,3 tumörer.

33

fler hade årligen överlevt bröstcancer om deltagandet i bröstcancer-screening var lika högt i hela Sverige som i kommunen med högst deltagande (IHE, 2021).

**Diagram 4.** Nya fall av bröstcancer 1970–2019. Totalt antal nya fall och antal nya fall, åldersstandardiserad förekomst, per 100 000 kvinnor. Alla åldrar.



NOT: Sedan 2003 har det enligt Socialstyrelsen skett en allt större inrapportering av antalet tumörer per kvinna när det gäller bröstcancer. Detta är viktigt att ta hänsyn till vid tolkning av statistiken.

Källa: Socialstyrelsen

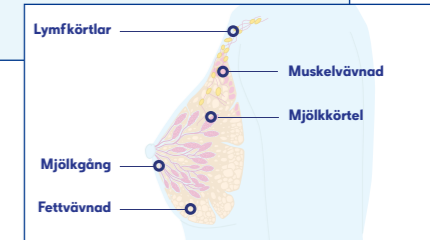
### Behov av förbättrat regionalt arbete med bröstcancer-screening

Socialstyrelsen såg 2014 över screeningprogrammet för bröstcancer och landade i att arbetet med programmet behövde utvecklas. Regionerna fick därför bland annat i uppdrag att "förbättra och utveckla det befintliga programmet genom att förtydliga informationen om programmet och skapa förutsättningar för att systematiskt mäta och följa upp effekter" (Socialstyrelsen, 2014a, s. 5).

### DET NATIONELLA SCREENINGPROGRAMMET FÖR BRÖSTCANCER

Det nationella screeningprogrammet för bröstcancer innebär att alla som vid födseln har tillskrivits det juridiska könet kvinna och är mellan 40 och 74 år bjuds in till avgiftsfri mammografi minst vartannat år.<sup>8</sup>

Källa: Socialstyrelsen



<sup>8</sup> Screeningintervallet varierar mellan 18 och 24 månader. Enligt Socialstyrelsen (2014a) erbjöd många regioner det kortare tidsintervallet (var 18:e månad) till kvinnor upp till 55 år. Anledningen är att yngre kvinnor vanligtvis har tätare bröst, vilket kan göra det svårare att upptäcka förändringar. Dessutom har yngre kvinnor ofta har mer snabbväxande cancer.



Sedan juli 2016 är bröstcancerscreening kostnadsfri i hela landet. Det är, tillsammans med andra insatser, viktigt för att höja deltagandet i bröstcancerscreening. Det gäller särskilt ur socioekonomiskt perspektiv (jmf. Törnberg et al, 2014; Vårdanalys, 2020). Vårdanalys (2020) betonar också specifikt att det är viktigt med god och likvärdig geografisk tillgänglighet till screening i alla regioner.

Ett högt och mer jämlikt deltagande knyts annars främst till ett utvecklingsinriktat arbets-sätt i regionerna: till metodiskt och strukturerat förbättringsarbete genom uppföljning och utveckling av hur regionerna jobbar med genomförandet, både när det gäller generella insatser och insatser riktade till kvinnor i grupper med lägre deltagande. Till det generella hör god följsamhet till nationella rekommendationer på regional nivå: tillgänglighet, kallelser, påminnelser, kommunikation och information.<sup>9</sup> Till det riktade hör proaktiva insatser. Där menade exempelvis Kommissionen för jämlik hälsa att regionerna aktivt bör analysera vilka som inte kommer på screeninginsatser och utveckla åtgärder för att nå dem som inte kommer samt att det är viktigt att ta tillvara erfarenheter från andra regioner i det arbetet (SOU 2017:47). Vårdanalys (2020) lyfter särskilt att en del regioner har arbetat med hälsoinformatörer, riktade informationsinsatser och olika typer av mobila och uppsökande insatser för att höja deltagandet. För framtiden menar Vårdanalys (2020) också att det kan:

*... vara motiverat att ha större fokus på annat än socioekonomiska faktors betydelse för deltagandet, till exempel betydelsen av praktiska omständigheter som avstånd och restid till screeningmottagningen. Andra frågor*

*... som kan behöva belysas i framtida studier och uppföljning är vilken betydelse organisatoriska och kontextuella faktorer samt faktorer i arbetslivet har för deltagandet. Screeningprogrammen bör också belysas ur vissa särskilt utsatta gruppers perspektiv, till exempel personer med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa (Vårdanalys, 2020, s. 69).*

### Ojämnt deltagande i bröstcancerscreening

De nya siffrorna från IHE (2021) visar att deltagandet i bröstcancerscreening är både högre och jämnare över landet än vad som gäller för livmoderhalscancerscreeningen. I genomsnitt deltog 81 procent av de kallade kvinnorna i bröstcancerscreening 2019.

De regionala skillnaderna är jämförelsevis små (se diagram 5) med undantag för en region som sticker ut åt det negativa hållet. Det är Stockholm som har ett deltagande på 71 procent. Deltagandet i bröstcancerscreening i Stockholm har länge legat runt den jämförelsevis låga nivån, vilket har gjort att man försökt förstå varför. Det finns i huvudsak tre förklaringar som förs fram. Det handlar om att det kan finnas felaktigheter i datamaterialet, att mammografiundersökningar sker utanför screeningprogrammet ("vild screening") och att fler går på mammografi på privata mottagningar (Vårdanalys, 2020).

Utöver region Stockholm ligger regionerna relativt nära varandra: inom ett spann som går från 80 procent deltagande i region Kronoberg, Uppsala och Södermanland, till 90 procent deltagande i region Blekinge.

<sup>9</sup> För bröstcancerscreening finns sedan flera år tillbaka kvalitetssäkrade kallelse- och informationspaket som har utvecklats av SKL (numera SKR) inom ramen för arbetet med den nationella cancerstrategin. Däremot finns det regioner som inte använder den nationella kallelsen. För att säkerställa att alla kvinnor har tillgång till likvärdig och kvalitetssäkrad information om bröst-cancerscreening är det rimligt att samtliga regioner använder de kvalitetssäkrade nationella kallelse- och informationspaketen.

**Diagram 5.** Deltagande bröstcancerscreening i regionerna och riket, 2019. Andel deltagare av antal kallade.



Källa: IHE

Skillnaderna inom regionerna är också överlag relativt små. Skillnaden mellan bästa och sämsta kommun inom regionerna är generellt inte större än 15 procentenheter. Det finns dock ett undantag och det är region Västra Götaland som har en mycket större skillnad mellan den kommun som har det högsta och den kommun som har det lägsta deltagandet (se vidare i tabell 2).

Region Halland är närmast unikt och har nästan inga skillnader i screeningdeltagande mellan kommunerna. Relativt små skillnader

mellan bästa och sämsta kommun finns även i regionerna Kalmar och Jämtland.

På riksnivå ligger spannet mellan kommunerna med högst och lägst deltagande i bröstcancerscreening på 42 procentenheter. Högst ligger Bollnäs kommun i region Gävleborg, med 93 procent deltagande i bröstcancerscreening 2019. Lägst ligger Tidaholms kommun i region Västra Götaland med 51 procent. Tidaholms deltagande är väsentligt lägre än för övriga kommuner i Västra Götalandsregionen.

**Tabell 2.** Kommuner med högsta och lägsta deltagande i bröstcancerscreening per region, 2019. Andel deltagare av antal kallade, samt medianinkomst per månad för kvinnor 20-64 år och andel förgymnasialt utbildade kvinnor 25-64 år.<sup>10</sup>

Region	HÖGST DELTAGANDE					LÄGST DELTAGANDE			
	Genomsnittligt deltagande	Kommun	Genomsnittligt deltagande	Medianinkomst per månad	Andel förgymnasialt utbildade	Kommun	Genomsnittligt deltagande	Medianinkomst per månad	Andel förgymnasialt utbildade
Blekinge*	90%	—	—	—	—	—	—	—	—
Gävleborg	89%	Bollnäs	93%	23 627 kr	11%	Nordanstig	83%	22 517 kr	13%
Halland	89%	Varberg	90%	25 773 kr	8%	Laholm	89%	22 875 kr	10%
Dalarna**	88%	Avesta	92%	23 824 kr	13%	Mora	73%	25 782 kr	9%
Jönköping	86%	Nässjö	90%	24 180 kr	12%	Mullsjö	79%	24 344 kr	10%
Västerbotten***	86%	Norsjö	92%	23 739 kr	9%	Lycksele	80%	24 221 kr	10%
Jämtland-Härjedalen	85%	Berg	92%	23 125 kr	9%	Ragunda	84%	22 462 kr	11%
Kalmar	85%	Vimmerby	88%	24 602 kr	10%	Högsby	81%	21 268 kr	15%
Väster-norrland	85%	Ånge	87%	24 489 kr	11%	Härnösand	75%	24 531 kr	11%
Norrbottnen	85%	Piteå	89%	25 627 kr	6%	Boden	74%	25 576 kr	9%
Värmland	85%	Hammarö	91%	28 636 kr	5%	Storfors	76%	23 283 kr	15%
Västman-land	85%	Suraham-mar	87%	24 399 kr	12%	Arboga	77%	23 181 kr	11%
Västra Gö-taland****	84%	Värgårda	91%	24 406 kr	12%	Tidaholm	51%	24 641 kr	12%
Gotland	84%	—	—	24 231 kr	9%	—	—	24 231 kr	9%
Örebro	83%	Lekeberg	85%	25 638 kr	9%	Ljusnars-berg	74%	20 683 kr	17%
Öster-götland	82%	Motala	86%	24 282 kr	13%	Ydre	70%	24 100 kr	7%
Skåne	82%	Lomma	90%	32 677 kr	4%	Burlöv	77%	22 874 kr	13%
Söderman-land	80%	Nyköping	83%	25 392 kr	11%	Gnesta	68%	25 028 kr	11%
Uppsala	80%	Knivsta	83%	28 841 kr	6%	Ålvkarleby	65%	23 402 kr	14%
Kronoberg*	80%	—	—	—	—	—	—	—	—
Stockholm	71%	Nykvarn	76%	30 919 kr	7%	Botkyrka	64%	22 291 kr	17%
Riket	81%	Bollnäs	93%	23 627 kr	12%	Tidaholm	51%	24 641 kr	12%

\* För region Blekinge och Kronoberg har det ej gått att få fram data för deltagande på kommunnivå.

\*\* I region Dalarna är deltagandet i bröstcancerscreening högre i Vansbro och Malung-Sälen än i Avesta samt att deltagandet är betydligt lägre i Älvdalens kommun än i Mora. Data för såväl Vansbro och Malung-Sälen som Älvdalen ser dock felaktiga ut. Därför inkluderas de inte i jämförelsen.

\*\*\* I region Västerbotten uppvisar kommunerna Nordmaling, Vindeln och Robertsfors avsevärt lägre deltagande i bröstcancerscreening. Det är dock endast ett fåtal kallade till screening 2018 varför resultaten sannolikt inte kan ses som representativa. Därför tas inte resultaten för dessa kommuner med.

\*\*\*\* När det gäller Västra Götaland finns ej uppgifter om deltagande i bröstcancerscreening för Tjörn och Munkedal.

Källa: IHE, Kolada och SCB.

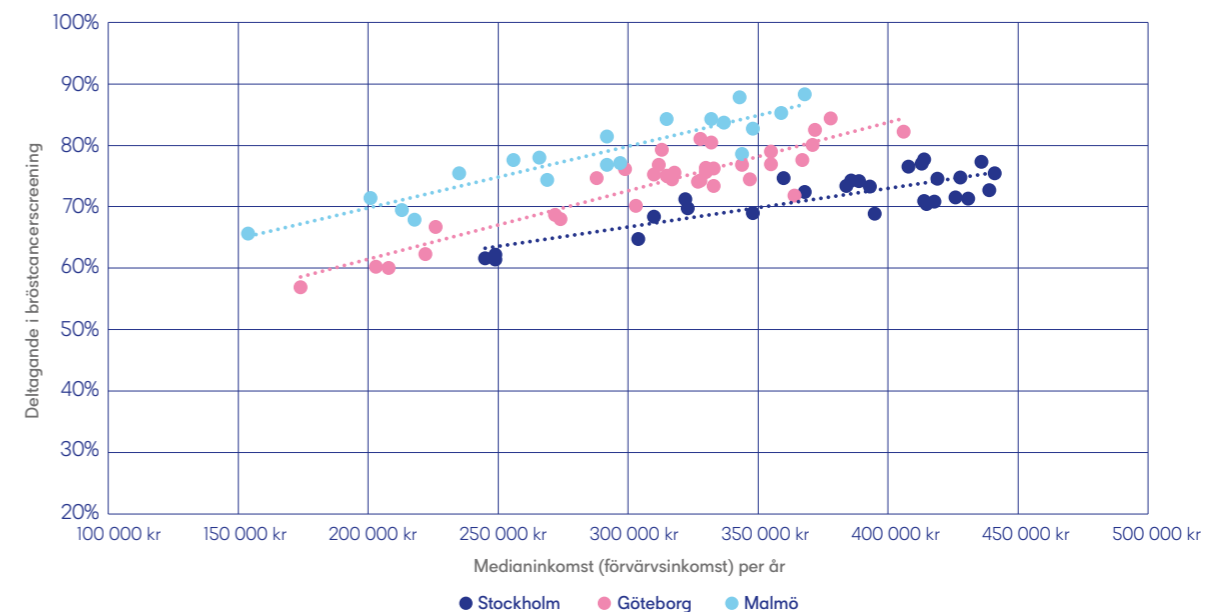
<sup>10</sup> Som beskrevs tidigare bygger antagandet om socioekonomiska skillnader i screeningdeltagande främst på det geografiska områdets "socioekonomiska position" (RCC, 2021b). Den utgångspunkten tas också i tabell 2. Däremot används medianinkomsten för åldersgruppen 35 till 74 år enligt (IHE, 2021) för att illustrera det socioekonomiska sambandet och deltagande i bröstcancerscreening i diagram 6. Detta för att efterlikna IHE-analysen.

Precis som för deltagandet i livmoderhalscancerscreening finns det socioekonomiska förklaringar till skillnader i deltagande i bröstcancerscreening. Det kommer delvis till uttryck i tabell 2 ovan, men än mer i diagram 6 nedan.

I de stadsdelar i storstadskommunerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) där median-

inkomsterna är lägre deltar färre i bröstcancerscreening än i stadsdelar där medianinkomsterna är högre. Det genomsnittliga deltagandet var 71 procent i Stockholm, samt 81 och 78 procent i Göteborg och Malmö.

**Diagram 6.** Inkomstskillnader och deltagande i bröstcancerscreening, 2019. Andel deltagare av antal kallade utifrån medianinkomst i åldersgruppen 35-74 år i olika stadsdelar i storstads-kommunerna Stockholm, Malmö och Göteborg.



Källa: IHE och SCB samt beräkningar.

När det gäller bröstcancerscreening är deltagandet något mer samlat och det ligger genomgående på jämförelsevis högre nivåer än vad som gäller livmoderhalscancerscreeningen. För bröstcancerscreening finns inte heller lika tydliga ålderskillnader i deltagandet, även om de yngsta deltar i något lägre utsträckning än övriga åldersgrupper (IHE, 2021).

En mer övergripande delförklaring till skillnaderna i deltagande mellan livmoderhals- och bröstcancerscreening skulle kunna ha att göra med att det är olika breda målgrupper för programmen: att regelbundet nå den större åldersgruppen 23 till 64-åringar är sannolikt mer utmanande än att regelbundet nå den mindre

åldersgruppen 40 till 74 år. Frågan är också om det högre deltagandet i bröstcancerscreening kan kopplas till att det är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor och att bröstcancer som sådan är mer känd och uppmärksammas än livmoderhalscancer. Att regionerna närmare undersöker varför bröstcancerscreeningen lyckas bättre än livmoderhalscancerscreeningen har potential att synliggöra om det finns lärdomar som kan dras för att lyfta deltagandet till högre nivåer. Samtidigt, det krävs fler åtgärder för att både öka och göra deltagandet i både livmoderhals- och bröstcancerscreeningen jämlikt. Att tre respektive två av tio uteblir från screening är en utmaning.

IHE (2021) har skattat hur många fler liv som skulle kunna räddas varje år om deltagandet i bröstcancerscreening var lika högt i hela Sverige som i kommunen med högst deltagande.

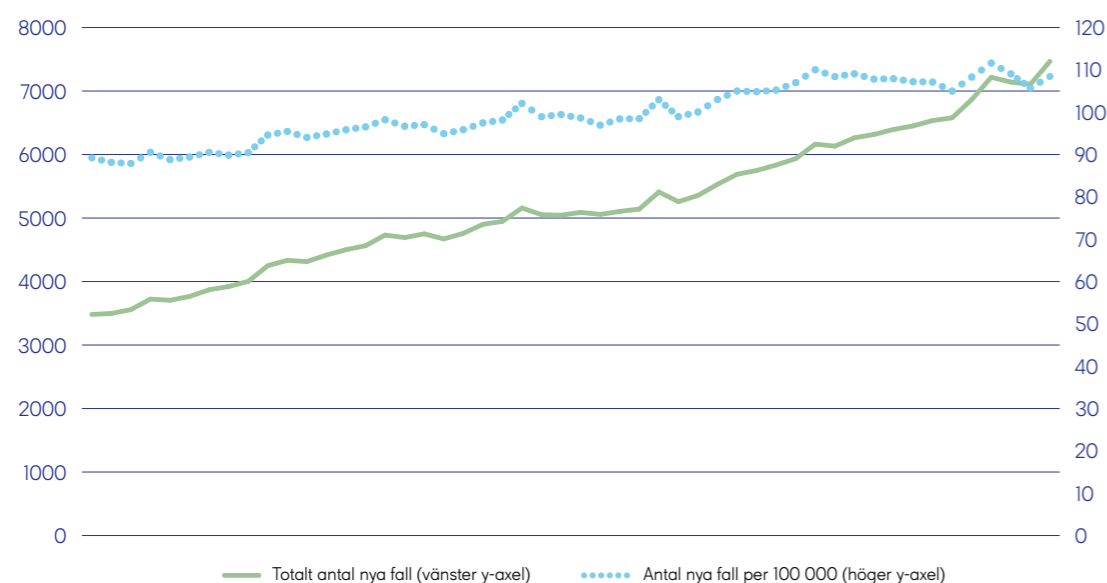
Skattningen, som bygger på samma metod som Socialstyrelsens hälsoekonomiska bedömningar, innebär att 33 fler årligen hade överlevt bröstcancer.

## Screening för tarmcancer

Cancer i tjock- och ändtarmen är en av de vanligaste cancerformerna hos både kvinnor och män. Över tid har antalet nya fall ökat,

både totalt sett och som nya fall per 100 000 personer (se diagram 7).

**Diagram 7.** Nya fall av tjock- och ändtarmscancer 1970–2019. Totalt antal nya fall och antal nya fall, åldersstandardiserad förekomst, per 100 000 kvinnor och män. Alla åldrar.



Källa: Socialstyrelsen

Tarmcancer, det vill säga tjock- och ändtarmscancer, är en sjukdom där tidig upptäckt innebär att nästan alla kan botas. Däremot innebär sent upptäckta tumörer och avancerad sjukdom betydligt sämre prognos och risken är då stor att drabbas av för tidig död (RCC, 2018).

Socialstyrelsen rekommenderade därför redan 2014 ett nationellt program för tarmcancerscreening. Avgörande för rekommendationen var att man räknade med att dödligheten i tarmcancer skulle komma att minska med 15 procent (Socialstyrelsen, 2014c).

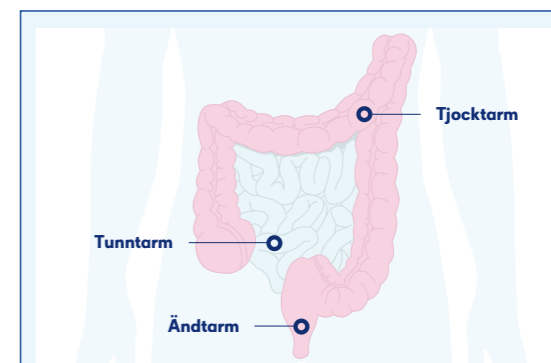
### Allmän screening på väg men genomförandet tar lång tid

Processen som har präglat genomförandet av tarmcancerscreening har varit omständlig och utdragen. Screeningprogrammet är ännu långt ifrån fullt infört. Från det att Socialstyrelsen lyfte tarmcancer som ett viktigt forsknings- och utvecklingsområde 2011 och rekommendationen om screening 2014, kommer programmet att vara fullt utbyggt först 2027. Det långsamma införandet har orsakat fler cancerfall och cancerrelaterade dödsfall än vad som hade varit fallet om programmet

genomförts snabbare (se vidare nedan).

Något som bidragit till det utdragna genomförandet är att såväl Socialstyrelsen som RCC har velat avvakta den så kallade SCREESCO-studien. Den studien startade 2014 och hade som ett viktigt syfte att jämföra olika metoder för screening. Studien sågs även i övrigt som en viktig förberedelse för genomförandet då sammanlagt 33 sjukhus i 18 regioner deltog. Sammanlagt kallades också 90 000 personer till screening inom ramen för forskningsstudien,<sup>11</sup> som avslutades 2019. Mot bakgrund av studieresultaten föreslog RCC att alla regioner skulle gå vidare och börja införandet av allmän tarmcancerscreening i slutet av 2019 (RCC, 2018; Socialstyrelsen, 2019a). Därefter har det dock tagit ytterligare tid.

Region Stockholm och Gotland har som enda regioner i Sverige erbjudit screening för tarmcancer till kvinnor och män i åldrarna 60 till 69 år sedan 2009.<sup>12</sup> För alla andra regioner fastställdes tidplanen för införande så sent som i juni 2021. Regionernas anslutning kommer att ske successivt de kommande två åren. Under 2021 har regionerna Dalarna och Skåne startat screeningverksamheter och regionerna Örebro och Östergötland står på tur. Därefter kommer övriga regioner att successivt införa screening med start 2022. Enligt RCCs tidplan kommer den allmänna tarmscreeningen att vara fullt utbyggd mellan år 2024 och 2027.<sup>13 14</sup>



### DET NATIONELLA SCREENINGPROGRAMMET FÖR TARMCANCER

Det nationella screeningprogrammet för tarmcancer innebär att hälso- och sjukvården ska erbjuda test av blod i avföringen till kvinnor och män i åldrarna 60 till 74 år vartannat år.

Screeningen innebär att personer i utvald åldersgrupp får hem ett erbjudandebrev som innehåller instruktioner, en provtub och ett svarskuvert. Avföringsprovet görs hemma och skickas därefter till laboratorium för analys. Om blod hittas i avföringsprovet, erbjuds personen vidare koloskopiundersökning i vården.

Källa: Socialstyrelsen (2014c): RCC.

<sup>11</sup> Studiedeltagarna ska följas i 15 år för att utvärdera effekten av screening på förekomst och dödlighet i tarmcancer.

<sup>12</sup> Notera dock att verksamheten inte ännu omfattar hela åldersgruppen 60 till 74. För 70 till 74-åringarna byggs verksamheten successivt ut mellan 2021 och 2025.

<sup>13</sup> PowerPoint-presentation (cancercentrum.se)

<sup>14</sup> RCC och RCC Stockholm-Gotland erbjuder olika former av stöd till regionernas införande av allmän tarmcancerscreening. Ett gemensamt kallelesystem är utvecklat och driftsatt och ett gemensamt samordningskansli håller på att byggas upp inom RCC Stockholm-Gotland. Tanken är att alla landets regioner ska kunna ansluta sig till och utnyttja de gemensamma funktionerna. RCCs nationella arbetsgrupp för tjock- och ändtarmscancerscreening har också i uppdrag ta fram ett nationellt vårdprogram för tarmcancerscreening.

# 106

fler hade årligen överlevt tarmcancer om deltagandet i tarmcancerscreening var lika högt i hela Sverige som i kommunen med högst deltagande (IHE, 2021).

## Stora hälsovinster med riktad information om tarmcancerscreening

Region Stockholm och Gotland har en etablerad verksamhet för tarmcancerscreening. Det har forskarna i rapporten "Geomapping av tjock- och ändtarmscancer" (RCC, 2021b) dragit nytta av.

Forskarna visar att befolkningen i åldersgruppen 60 till 79 år i region Stockholm och Gotland under perioden 2015 till 2019 har haft en signifikant lägre förekomst av tarmcancer jämfört med övriga fem sjukvårdsregioner som hade mellan 17 och 21 procent högre förekomst. De visar även att tumörer upptäckts i tidigare stadier i Stockholm och på Gotland jämfört med i övriga landet och menar:

*Utifrån dessa övertygande resultat beträffande nyttoeffekten av organiserad tjock- och ändtarmscancerscreening i RSG [not: regionerna Stockholm och Gotland] kan man förvänta sig att införandet av organiserad screening i övriga delar av Sverige kommer att minska bördan av tjock- och ändtarmscancer avsevärt (RCC, 2021b, s. 1).*

Dessutom var oddset för tidig upptäckt av tumörer signifikant lägre bland 60 till 79-åringar i de områden som hade sämst ekonomisk standard jämfört med de områden som hade bäst ekonomisk standard (RCC, 2021b).

Det är därmed viktigt att genomförandet inriktas på att nå både ett högt och jämlikt deltagande. Forskarna (RCC, 2021b) är inne på samma spår som i det nationella vårdprogram-

met för livmoderhalscancerprevention (RCC, 2021a) och Vårdanalys (2020) när det gäller möjligheten att framgångsrikt implementera och genomföra de nationella programmen för cancerscreening:

*Vår förhoppning är att underlaget som presenteras i denna rapport kommer att användas för att pröva och utvärdera riktade informationskampanjer som avser att främja följsamheten till tjock- och ändtarmscancerscreening i utsatta befolkningsgrupper. Riktade och kontrollerade prövningar av informationskampanjer bör initieras på ett samordnat vis runt om i Sverige. I praktiken handlar det om att välja ut interventions- vs. kontrollområden, genomföra informationskampanjer samt följa upp deltagandet i screeningen (RCC, 2021b, s. 7).*

## Ojämnt deltagande i tarmcancerscreening

Deltagandet i tarmcancerscreening är ännu lågt i befolkningen i hela åldersgruppen 60 till 74 år. Det beror på att tarmcancerscreeningen ännu bara är på plats i region Stockholm och Gotland, för åldersgruppen 60 till 69 år.<sup>15</sup> 2019 var deltagandet i genomsnitt 71 procent i regionerna Stockholm och Gotland. Det gör, enligt IHE (2021), att deltagandet för hela landet blir så lågt som 14 procent.

IHE (2021) visar också att det finns skillnader i screeningdeltagande mellan regionerna Stockholm och Gotland, samt mellan kvinnor och män. Deltagandet är högre på Gotland jämfört med i Stockholm, 77 respektive 71

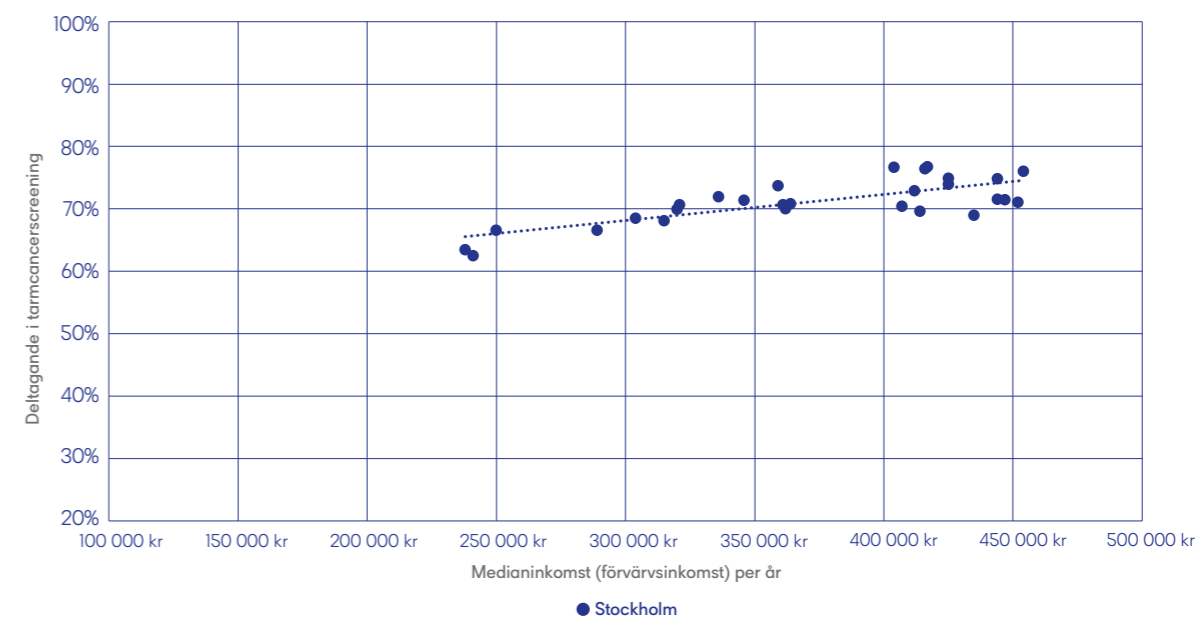
procent. I båda regionerna är kvinnornas deltagande högre än mäns. I genomsnitt låg kvinnors deltagande på 74 procent och mäns på 68 procent.

Region Gotland och Gotlands kommun sammanfaller och har det högsta deltagandet i tarmcancerscreening (77 procent). Inom region Stockholm finns skillnader både mellan kommuner och stadsdelar. Den kommun som hade det lägsta deltagandet var Botkyrka (66 procent) och den kommun som hade det högsta var

Täby (76 procent).

Det genomsnittliga deltagandet i tarmcancerscreening i Stockholms kommun var även det 71 procent 2019. Screeningdeltagandet visar, som livmoderhals- och bröstcancerscreeningen, socioekonomiskt präglat deltagarmönster. Det är högre screeningdeltagande i stadsdelar med högre medianinkomster än med lägre. Liksom tidigare gäller att sambandet lika gärna skulle kunna uttryckas som ju längre utbildning desto högre deltagande.

**Diagram 8.** Inkomstskillnader och deltagande i tarmcancerscreening, 2019. Andel deltagare av antal kallade utifrån medianinkomst i åldersgruppen 55-74 år i olika stadsdelar i Stockholms kommun.<sup>16</sup>



Källa: IHE och SCB samt beräkningar.

Eftersom allmän screening för tarmcancer ännu är genomförd i så begränsad omfattning blir IHEs (2021) bedömning att flest liv skulle kunna räddas om screeningdeltagandet låg på

samma nivå i hela landet som i den kommun med det högsta deltagandet. Bedömningen är att 106 fler skulle överleva tarmcancer varje år om så vore fallet.

<sup>15</sup> I region Stockholm och Gotland screenas därmed inte den äldsta åldersgruppen 70 till 74 år ännu men arbetet med att utöka screeningen är, som sagt, påbörjad och väntas vara klar 2025.

<sup>16</sup> Medianinkomsten för åldersgruppen 55 till 74 år (IHE, 2021) används för att illustrera det socioekonomiska sambandet för deltagande i tarmcancerscreening i Stockholms kommun.

# Bättre beredskap för nya screeningprogram

Gemensamt för de nuvarande tre nationella screeningprogrammen för cancer är att de tagit lång tid att implementera och genomföra. Livmoderhalscancerscreeningen implementerades successivt under tio år från slutet av 1960-talet och bröstcancerscreeningen under ungefär lika lång tid från slutet av 1980-talet. Från det att tarmcancerscreening rekommenderades 2014 har få regioner ens startat genomförandet 2021. Fullt utbyggd i alla regioner antas screeningen vara 2027.

Socialstyrelsen (2019b) ser två nya screeningprogram för cancer som aktuella för införande på kortare sikt, inom fem år: screening för lungcancer och screening för prostatacancer. Även så kallade vätskebaserade biopsier kan inom kort, enligt Socialstyrelsen, komma att användas som screeningmetod för att upptäcka cancer eller risk för cancer. Vad det handlar om är analyser av biomarkörer för cancer i blod, saliv eller andra kroppsvätskor. Intensiv forskning om denna typ av screening pågår inom de flesta cancerområden (Socialstyrelsen, 2019b).

På längre sikt menar Socialstyrelsen vidare att ett generellt screeningtest för cancer kan bli aktuellt. Det man avser är möjligheten att upptäcka tidiga tecken på flera typer av cancer med hjälp av blodprov. Utöver rekommendationer för befolkningsbaserade screeningprogram kan Socialstyrelsen även komma att ta fram rekommendationer om screening av specifika högriskgrupper samt att flera aktörer har påtalat ett behov av att anpassa screeningen till varje persons risk att utveckla cancer genom individanpassad screening. Grunden för det sistnämnda är att individuella risker för cancer kan uppskattas med hjälp av riskbedömningsmodeller som kombine-

rar olika typer av information för att därigenom skräddarsy screeningen så att personer med högre risk undersöks oftare. Dagens screening för bröstcancer skulle till exempel kunna effektiviseras på detta sätt (Socialstyrelsen, 2019b).

Screeningen för bröstcancer antas vidare kunna effektiviseras genom bättre diagnostik samtidigt som screeningen för livmoderhalscancer kan komma att anpassas efter födelseår eftersom de årskullar som vaccinerats mot HPV skulle kunna börja screenas vid en högre ålder än dagens 23 år.

Det är kort sagt mycket som kommer att hända inom cancerscreeningen både på kortare och längre sikt. Mot bakgrund av det utdragna genomförandet av de tre befintliga screeningprogrammen behöver lärdomar om de hinder och svårigheter som bidragit till långsamheten tas tillvara på så sätt att de undviks. Det handlar i första hand om effektiva kallelsesystem, om att följa rekommendationer och vårdprogram samt att metodiskt arbeta för högt deltagande bland personer i grupper med lågt deltagande.

Det är inte acceptabelt att kommande screeningprogram ska ta så lång tid att genomföra som de tre som hittills rekommenderas.

# Screening måste nå fler

Den röda tråden i den här rapporten är att genomförandet av de tre nationellt rekommenderade screeningprogrammen brister i genomförandet, de når helt enkelt för få. Det bär regionerna huvudansvaret för.

Det finns framför allt tre systematiska mönster som på ett mycket bättre sätt måste övervinnas för att den tidiga upptäckten av cancer ska öka. Det handlar om de socioekonomiskt präglade skillnaderna likväl som de regionala skillnaderna och skillnaderna inom regionerna. Alla måste minska för att deltagandet i screeningprogrammet ska nå betydligt fler i hela landet och samtidigt bli mer jämlikt. Rapporten visar att det är viktigt att sikta högre.

Ett högt och jämlikt deltagande i screening räddar liv och åtgärder för att nå dit behöver prioriteras. Det kräver mer av regionerna och regeringen.

## Regionerna har huvudansvaret

Cancerfonden anser att alla regioner måste flytta fram positionerna i sitt arbete med att upptäcka cancersjukdomar i tid. Cancerfonden anser därför att det är prioriterat att regionerna gör mer för att nå personer i grupper med lågt deltagande i screeningprogrammen.

Det behövs initiativ för nya modeller och en systematisk utvärdering av vad som fungerar. Alla regioner måste göra analyser av deltagandet och genomföra riktade insatser för personer i grupper och geografiska områden med lågt screeningdeltagande. Detta är också en tydlig rekommendation i "RCCs gemensamma inriktning för svensk cancervård år 2020-2022".<sup>17</sup>

Två konkreta exempel på arbetssätt är den

årliga cellprovsveckan och de hälsoinformatörer som finns i region Stockholm och Södermanland. Det behövs också generellt ett mer utvecklingsinriktat arbetssätt och ett aktivt erfarenhetsutbyte mellan regionerna för att sprida exempel som fungerar väl.

Regionerna behöver även uppdraga åt berörda förvaltningar att säkerställa regionens följsamhet till gemensamt överenskomna vårdprogram och rekommendationer för livmoderhals-, bröst- och tarmcancerscreening. Också det med särskilt fokus på ökat deltagandet i områden där deltagandet är som lägst.

I vårdprogram och rekommendationer finns viktiga åtgärder för att öka screeningdeltagandet. Det rör allt från utformning av kallelsor, till hur tidsbokningen ska fungera och om det ska skickas påminnelser eller inte. Det är viktigt att prioritera åtgärder som är mer resurskrävande, som exempelvis att ta en personlig kontakt med kvinnor som under lång tid uteblivit från livmoderhalscancerscreening.

Utöver detta måste regionerna ha beredskap för ett snabbt införande av nya screeningprogram och rekommendationer. Alla regioner måste fullt ut genomföra de nationellt rekommenderade screeningprogrammen och det måste finnas framförhållning för att skyndsamt få verksamheterna på plats. Flera nya screeningprogram samt ändringar av befintliga program kommer troligen att prägla området tidig

<sup>17</sup> Se vidare här: <https://cancercentrum.se/globalassets/om-rcc/samverkan/vagen-framat-rcc-inriktning-svensk-cancervard-2020-2022.pdf>

upptäckt av cancer både på kortare och längre sikt. Närmast antas screening för lungcancer och prostatacancer stå på tur för rekommendation från Socialstyrelsen. Det är orimligt att genomförandet av nya såväl som förändrade screeningprogram ska ta så lång tid som screeningprogrammen för livmoderhals-, bröst- och tarmcancer.

När Socialstyrelsen rekommenderar nya eller förändrade screeningprogram bör ambitionen vara att de med så små dröjsmål som möjligt kan erbjudas alla Sveriges invånare i de målgrupper som omfattas.

### Regeringen måste ta ett större ansvar

Även om det är regionerna som har huvudansvaret för att driva och organisera hälso- och sjukvården kan de nationella beslutsfattarna inte luta sig tillbaka. Det är ett nationellt ansvar att minska ojämlikheten. Det är för stora skillnader i deltagandet i screeningprogrammen inom, men också mellan regionerna och inte minst utifrån socioekonomi.

De verktyg som står till buds för de nationella beslutsfattarna kan användas för att stödja regionernas arbete. Dels genom att peka ut riktningen, dels för att på ett effektivare sätt följa upp, stimulera och utveckla genomförandet av de nationella screeningprogrammen. Det behövs en tydlig nationell ambition och regeringen kan göra mer.

Cancerfonden anser därför att regeringen bör ge Socialstyrelsen ett vidgat uppdrag inom cancerscreening. Det går för långsamt att införa nya och förändrade screeningprogram i regionerna. Separata system och processer skapar svårigheter att samverka över regiongränserna. Staten bör ta ett större ansvar för nationella lösningar där sådana kan behövas för att underlätta. Det kan gälla samordning av kvalitetsregister, av IT-system

för kallelser och uppföljning, samt när det gäller juridiska förutsättningar för regionerna att dela information för att göra mer samordning möjlig.

Cancerfonden anser också att regeringen bör ge Socialstyrelsen och RCC i uppdrag att kartlägga och utvärdera metoder för att nå personer i grupper med lågt deltagande i screeningprogrammen, samt att utifrån ett sådant kunskapsnav bidra till att sprida den kunskap som utvecklas. Det nya uppdraget kan ses som en fortsättning på det dialogforum som Socialstyrelsen startade 2019 och där värdskapet delas mellan myndigheten och RCC.<sup>18</sup>

Regeringen behöver även stärka regionerna i arbetet med att se till att hälso- och sjukvården kan säkerställa att alla som på grund av Coronapandemin inte kallats eller kunnat delta i screening ges möjlighet till det. En jämlik cancervård är ett nationellt ansvar som regeringen behöver axla.



Har du frågor och funderingar om cancer är du varmt välkommen att kontakta oss på Cancerlinjen.

Linjen är bemannad av legitimerad vårdpersonal med lång erfarenhet av cancervård.

Ring **010-199 10 10** eller mejla oss via [cancerfonden.se/rad-och-stod/cancerlinjen/kontakt](https://www.cancerfonden.se/rad-och-stod/cancerlinjen/kontakt)

<sup>18</sup> Regeringen beslutade i slutet av maj 2021 att ge Socialstyrelsen ett utvidgat uppdrag att utveckla arbetet med screening (Regeringen, 21-05-27). Det ligger i linje med det Cancerfonden efterlyser. Just detta uppdrag ska slutredovisas i juni 2022. Det är viktigt att regeringen också efter det har en tydlig nationell ambitionsnivå för stödet till regionernas arbete med ett högt och jämlikt deltagande i screeningprogrammen. Ett steg i rätt riktning är också det uppdrag som Socialstyrelsen har fått om en sammanhållen infrastruktur för nationella kvalitetsregister, som även det ska slutredovisas under 2022 (i oktober). Se vidare här: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/09/nationell-digital-infrastruktur-for-nationella-kvalitetsregister-ska-utredas/>

## Referenser

HSLF-FS, 2021:42. "Socialstyrelsens föreskrifter om fortsatt giltighet av föreskrifterna (HSLF-FS 2020:38) om tillfälliga villkor för avgiftsfri screening med anledning av sjukdomen covid-19". <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2021-6-7410.pdf>

IHE (2021). "Deltagande i de nationella screeningprogrammen för cancer i Sverige - Kan geografiska skillnader i deltagargrad kopplas till socioekonomisk ojämlikhet och hur många liv hade kunnat räddas vid ett mer jämlikt deltagande?". Konsultrapport. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). Lund, Sverige, 2021-08-31.

RCC (2018). "Införande av allmän tarmcancerscreening: Slutrapport och rekommendation". Nationella arbetsgruppen för utredning om införande av allmän tarmcancerscreening. Regionala cancercentrum i samverkan, februari 2018.

RCC (2020). "Nationellt vårdprogram för bröstcancer". RCC i samverkan, 2020-10-22. Version: 3.4. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/vardprogram/nationellt-vardprogram-brostcancer.pdf>

RCC (2021a). "Nationellt vårdprogram för cervixcancerprevention". RCC i samverkan, 2021-04-13. Version: 3.0. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/prevention-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/vardprogram/nationellt-vardprogram-cervixcancerprevention.pdf>

RCC (2021b). "Geomapping av tjock- och ändtarmscancer: Lokalisation av geografiska områden för riktade informationskampanjer när nationell tjock- och ändtarmscancerscreening införs". Regionala cancercentrum i samverkan, februari 2021.

Regeringen, 21-05-27. "Uppdrag att utveckla ett mer samordnat arbete om cancerscreening". Socialdepartementet, S2021/04605 (delvis). <https://www.regeringen.se/49c991/contentassets/b9eba916b05041019c198f5ca9ede5f1/uppdrag-att-utveckla-ett-mer-samordnat-arbete-om-cancerscreening.pdf>

Rognes, Jon, Krohwinkel, Anna & Winberg, Hans (2020). "System för cervixcancerscreening - nuläge och utvecklingspotential". Leading Health Care, 2020-06-30.

Socialstyrelsen (2014a). "Screening för bröstcancer: Rekommendation och bedömningsunderlag". Socialstyrelsen, februari 2014. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2014-2-32.pdf>

Socialstyrelsen (2014b). "Värdet av populationsbaserad screening för bröstcancer - hälsoekonomisk analys". <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-screeningprogram/screening-brostcancer-halsoekonomi-analys.pdf>

Socialstyrelsen (2014c). "Screening för tjock- och ändtarmscancer: Rekommendation och bedömningsunderlag". Socialstyrelsen, februari 2014. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2014-2-31.pdf>

Socialstyrelsen (2014d). "Värdet av populationsbaserad screening för tjock- och änd-tarmscancer - hälsoekonomisk analys".

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/screening-tjockandtarmscancer-halsoekonomi.pdf>

Socialstyrelsen (2015a). "Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag".

Socialstyrelsen, juni 2015. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2015-6-39.pdf>

Socialstyrelsen (2015b). "Värdet av populationsbaserad screening för livmoderhalscancer. Hälsoekonomisk analys av HPV-test och cytologi. Bilaga.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/screening-livmoderhalscancer-halsoekonomi-bilaga.pdf>

Socialstyrelsen (2019a). Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. HSLF-FS 2019:14.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmannarad/2019-6-10.pdf>

Socialstyrelsen (2019b). "Framtidens cancerscreening: Redovisning av regeringsuppdraget Framtidsinriktad omvärldsanalys om förändringar och utvecklingstendenser inom cancerscreening". Socialstyrelsen, april 2019.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-13.pdf>

Socialstyrelsen (2020). "Nationell utvärdering livmoderhalscreening". Socialstyrelsen, juni 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-6-6800.pdf>

SOU 2017:47. "Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa". Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm 2017.

Törnberg, Sven, Lidbrink, Elisabet & Henriksson, Roger (2014). "Avgiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning". Originalstudie. Läkartidningen, 2014;111:CM7X.

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudi> (cancercentrum.se)

Vårdanalys (2020). "Avgiftsfri mammografi: En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa". Rapport 2020:12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020.

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 drygt 12 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 två av tre 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](https://www.cancerfonden.se)