



Omotiverat olika

Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården

Rapport 2019:8

Omotiverat olika – Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården

Jämlik vård är en viktig fråga

Jämlik vård är en viktig fråga för patienter och medborgare, och ett mål som hälso- och sjukvården alltid ska sträva mot. Faktorer som bland annat kön, etnicitet, socioekonomiska förhållanden eller var i landet man bor ska inte påverka vilken vård och behandling man får.

Vi har följt upp och analyserat jämlikheten i cancervården

I rapporten Omotiverat olika fokuserar vi i första hand på skillnader mellan utbildningsgrupper och landsting, men belyser också skillnader mellan män och kvinnor, patienter födda i olika delar av världen och med olika civilstånd.

Analysen

- omfattar fem cancerformer som tillsammans stod för nästan hälften av alla nyupptäckta cancerfall 2017: lunga, tjocktarm, ändtarm, bröst och prostata
- inkluderar patienter som insjuknade i någon av dessa cancerformer mellan 2010 och 2016
- baseras på data från kvalitetsregister som länkats till ytterligare information från register hos Socialstyrelsen och SCB.



Slutsatser

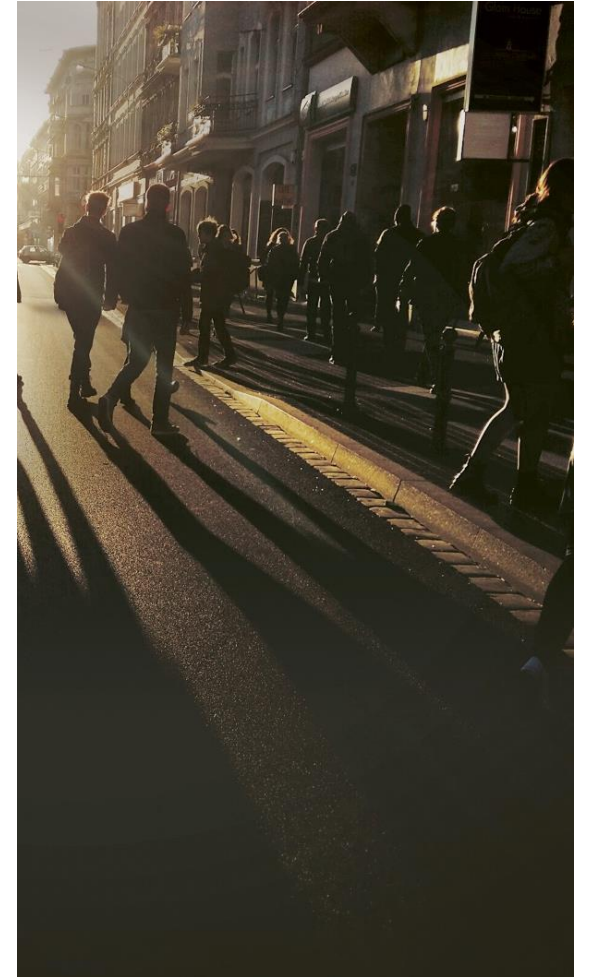
Det finns *omotiverade* skillnader i vård och behandling av cancersjuka

- Vissa omotiverade skillnader finns mellan olika befolkningsgrupper
- Betydande omotiverade skillnader finns mellan olika landsting
- De regionala skillnaderna är generellt mer framträdande än de socioekonomiska

Det finns även skillnader i hur tidigt cancer upptäcks – påverkar vård och prognos

- Personer med lägre utbildning och ensamstående har oftare mer avancerad sjukdom vid diagnos
- Betydande regionala skillnader i hur tidigt cancer upptäcks

Skillnader i överlevnad förklaras delvis av skillnader i svårighetsgrad, samsjuklighet och ålder



Identifikation av omotiverade skillnader i vård och behandling

Alla skillnader i vården är inte ojämlik vård

Jämlik vård kan vara förenlig med skillnader, så länge de är i linje med de bestämmelser som finns för hur hälso- och sjukvården ska arbeta. Vårdbehov, medicinska förutsättningar, alternativa likvärdiga behandlingar och samtycke kan legitimera skillnader, utan att vården är ojämlik. Vi strävar därför efter att utskilja och fokusera på skillnader som vi kallar *omotiverade* - det är den typen av skillnader som gör vården ojämlik.

Vi definierar en skillnad i vård och behandling som *omotiverad* om den finns kvar efter att vi tagit hänsyn till följande variabler:

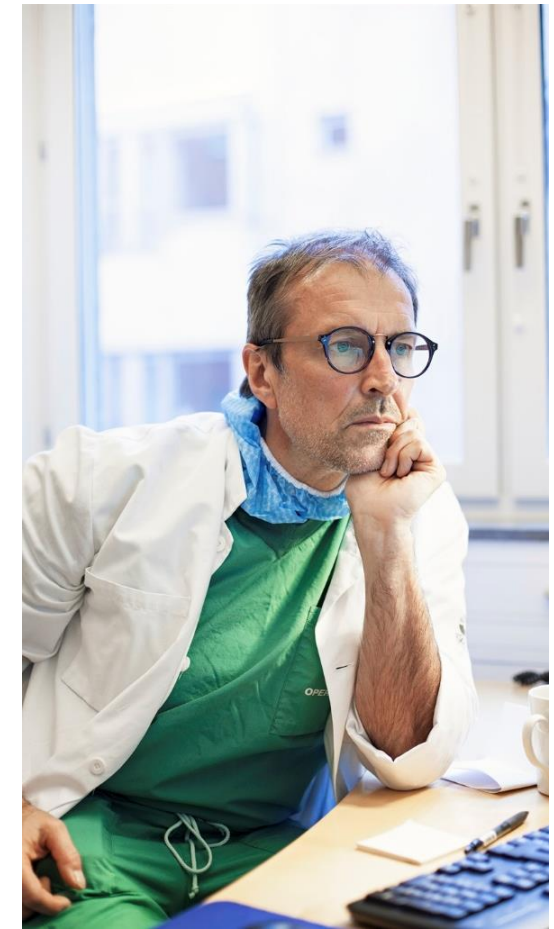
- Stadium vid diagnos
- Ålder
- Samsjuklighet
- Småcellig eller icke-småcellig lungcancer och performance status i analysen av lungcancer
- Diagnosår (2010-2016)



Fokusområden inom vård och behandling av personer med cancer

När det gäller vård och behandling av personer som fått en cancerdiagnos undersöker vi om det finns *omotiverade* skillnader mellan befolkningsgrupper och landsting i följande aspekter:

- ▶ **Att genomgå multidisciplinär konferens (MDK) inför behandlingsbeslut**
I en MDK deltar personer från flera discipliner för att bedöma tumörens egenskaper och diskutera lämplig behandling. Det är en insats som rekommenderas enligt nationella riktlinjer.
- ▶ **Att tillhöra den grupp som fått vänta längst på första behandling**
Vi undersöker om det finns skillnader i sannolikheten att tillhöra gruppen med de längsta väntetiderna per cancerform.
- ▶ **Att genomgå ett urval av behandlingar (1-2 per cancerform)**
Behandlingsmöjligheterna vid cancer utvecklas kontinuerligt och kan ha olika syften: att bota sjukdomen, minska sjukdomens omfattning eller minska risken för återfall. I vår analys ingår bara ett axplock av alla de behandlingsmöjligheter som finns. Vilken behandling som analyserats skiljer sig mellan cancerformerna.



Omotiverade skillnader mellan grupper i sannolikheten att genomgå MDK

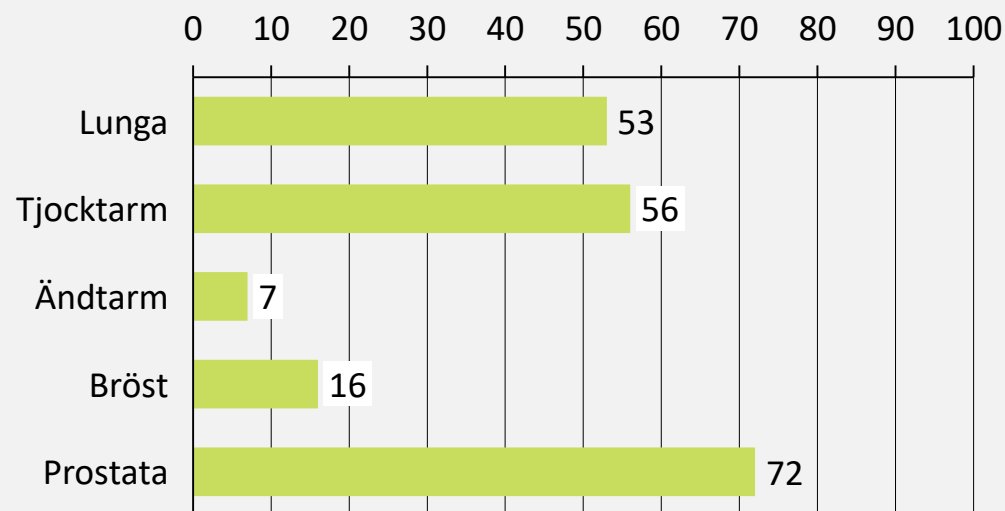
- **Resultaten visar omotiverade skillnader i flera dimensioner:**
 - Utbildning: Personer med högre utbildning genomgår MDK oftare när det gäller lungcancer och tjocktarmscancer. Även inom ändtarmscancer och bröstcancer finns en sådan skillnad, men i mindre storleksordning. För prostatacancer ser vi i stället en omvänd skillnad där personer med *lägre* utbildning genomgår MDK oftare.
 - Födelseland: Personer födda utanför Norden genomgår MDK i större utsträckning än personer födda i Sverige.
 - Civilstånd: Vi finner också några skillnader utifrån civilstånd, men det är inte entydigt vilken grupp det är som gynnas eller missgynnas.
 - Kön: Vi finner inga skillnader mellan män och kvinnor.
- **Skillnaderna är upp till åtta procentenheter, ofta mellan en och fem procentenheter**
- **Skillnaderna förklaras till viss del av i vilket landsting man bor i**



Omotiverade regionala skillnader i sannolikheten att genomgå MDK

- Det finns betydande skillnader mellan landstingen i andelen patienter som genomgår MDK. I flera fall skiljer det sig med över 50 procentenheter mellan de två landsting som har högst respektive lägst värde.
- Exempelvis, när det gäller lungcancer och tjocktarmscancer; medan 8-9 av 10 patienter genomgår MDK i vissa landsting, är det bara omkring 4-5 av 10 som gör det i andra.

Skillnad (i antal procentenheter) mellan de två landsting med högst respektive lägst andel patienter som genomgår MDK



Omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper i att tillhöra gruppen som väntar längst på att behandling ska starta

Resultaten visar:

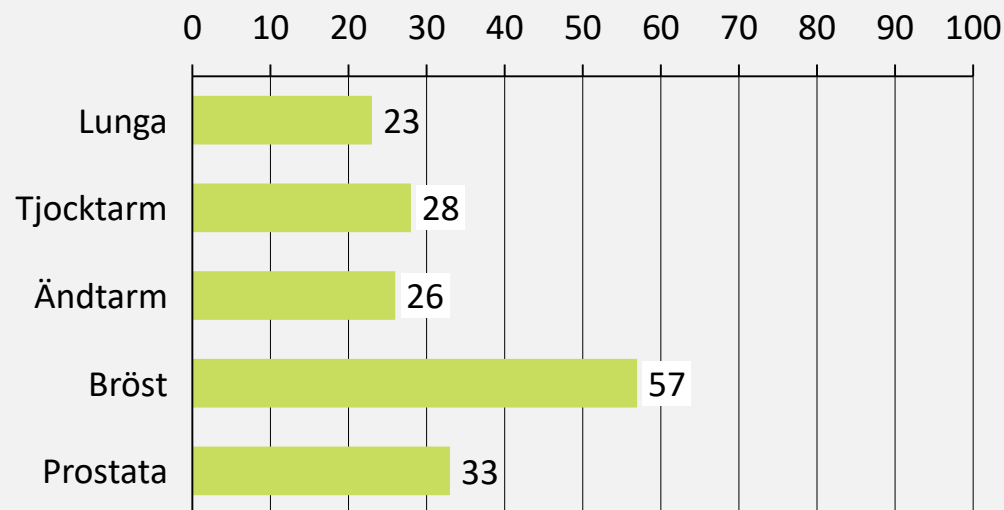
- Det är bara i bröstcancer vi finner en omotiverad skillnad mellan utbildningsgrupper, där kvinnor med lägre utbildning oftare väntar längst. Samtidigt är väntetiden till start av behandling överlag betydligt kortare inom bröstcancer än inom övriga cancerformer som ingår i vår analys.
- Personer som är födda utanför Norden tillhör oftare gruppen som väntar längst på start av behandling jämfört med personer födda i Sverige när det gäller bröstcancer. I övriga cancerformer ser vi inte någon omotiverad skillnad utifrån födelseland.
- I fyra av cancerformerna (lunga, tjocktarm, bröst och prostata) finns det skillnader utifrån civilstånd, där personer som inte är gifta oftare tillhör gruppen som väntar längst.
- Män tillhör oftare än kvinnor gruppen som väntar längst när det gäller tjocktarmscancer.



Omotiverade skillnader mellan landstingen i att tillhöra gruppen som väntar längst på att behandling ska starta

- I likhet med tidigare uppföljningar av väntetider visar resultaten betydande skillnader mellan landstingen.
- Exempelvis, inom tjocktarmscancer skiljer sig andelen patienter som tillhör gruppen som väntar längst med nästan 30 procentenheter, beroende på landsting. Medan drygt 1 av 10 patienter tillhör gruppen som väntar längst i vissa landsting är det 4 av 10 i andra.

Skillnad (i antal procentenheter) mellan de två landsting med högst respektive lägst andel patienter som tillhör gruppen som väntar längst



Omotiverade skillnader mellan grupper i sannolikheten att genomgå vissa behandlingar

- Det är främst inom bröst och prostata som vi finner omotiverade skillnader utifrån utbildning, där personer med lägre utbildning genomgår den aktuella behandlingen i mindre utsträckning.
- Flera av cancerformerna visar större och fler skillnader utifrån civilstånd än mellan utbildningsgrupper. Det är generellt mer sannolikt att genomgå den aktuella behandlingen om patienten är gift.
- Det finns också skillnader utifrån födelseland i flera av cancerformerna, men det är inte entydigt vilken grupp som gynnas eller missgynnas eftersom det varierar mellan analyserna.
- Skillnaderna är i storleksordningen upp till åtta procentenheter, ofta mellan en och fem procentenheter.

De behandlingar som vi har analyserat:

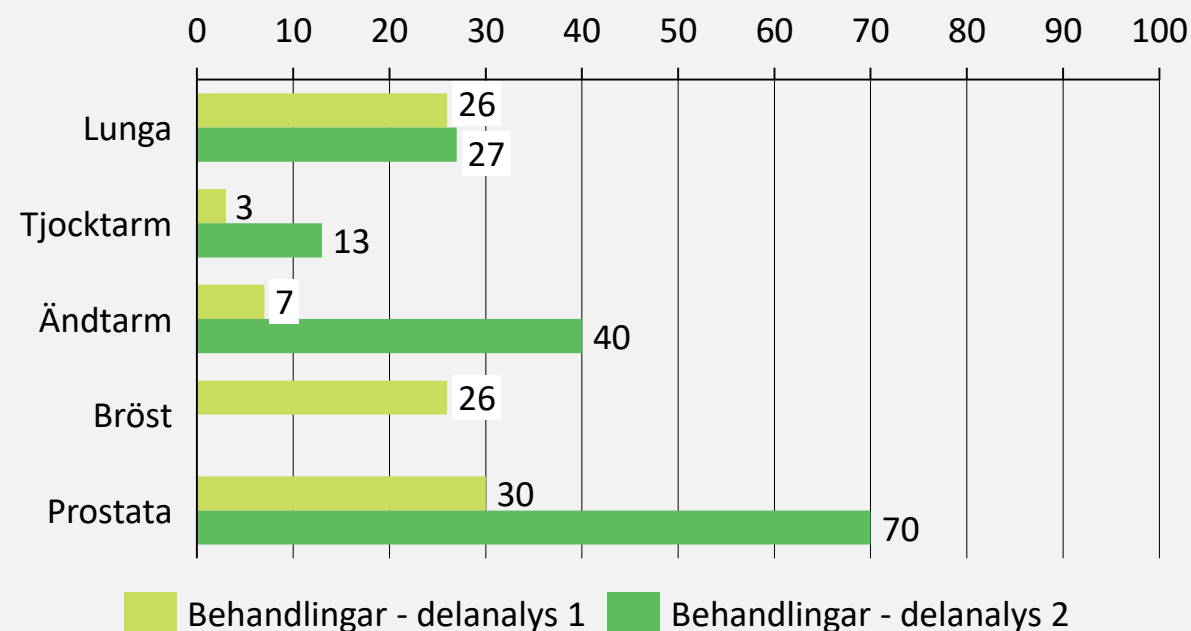
	Delanalys 1	Delanalys 2
Lunga	Botande behandling	Palliativ behandling med kemoterapi
Tjocktarm	Terapeutisk åtgärd	Postoperativ kemoterapi
Ändtarm	Terapeutisk åtgärd	Preoperativ strålning
Bröst	Behandling med kemoterapi (före eller efter operation)	
Prostata	Botande behandling	Typ av botande behandling (operation eller strålning)*

* Operation och strålning är i princip likvärdiga alternativ, vilket gör det svårt att bedöma om skillnaderna är omotiverade

Omotiverade regionala skillnader i sannolikheten att genomgå vissa behandlingar

- Det finns betydande skillnader mellan landstingen i andelen patienter som genomgår de olika behandlingarna som ingår i analysen.
- I flera fall skiljer sig andelen patienter som genomgår behandlingarna som vi har analyserat med i storleksordningen 10, 20 eller 30 procentenheter, och ibland ännu mer, mellan det landsting med lägst och högst andel.
- När det gäller terapeutisk åtgärd vid tjock- och ändtarmscancer, samt vid postoperativ kemoterapi vid bröstcancer är skillnaderna förhållandevis små.

Skillnad (i antal procentenheter) mellan de två landsting med högst respektive lägst andel patienter som genomgått respektive behandling.



Behandling - delanalys 1: Behandling med botande intention (lunga och prostata), terapeutisk åtgärd (tjocktarm och ändtarm) respektive pre- eller postoperativ kemoterapi (bröst).

Behandling - delanalys 2: Palliativ behandling med kemoterapi (lunga), postoperativ kemoterapi (tjocktarm), preoperativ strålning (ändtarm) respektive typ av botande behandling (operation eller strålning, prostata).

Slutsatser

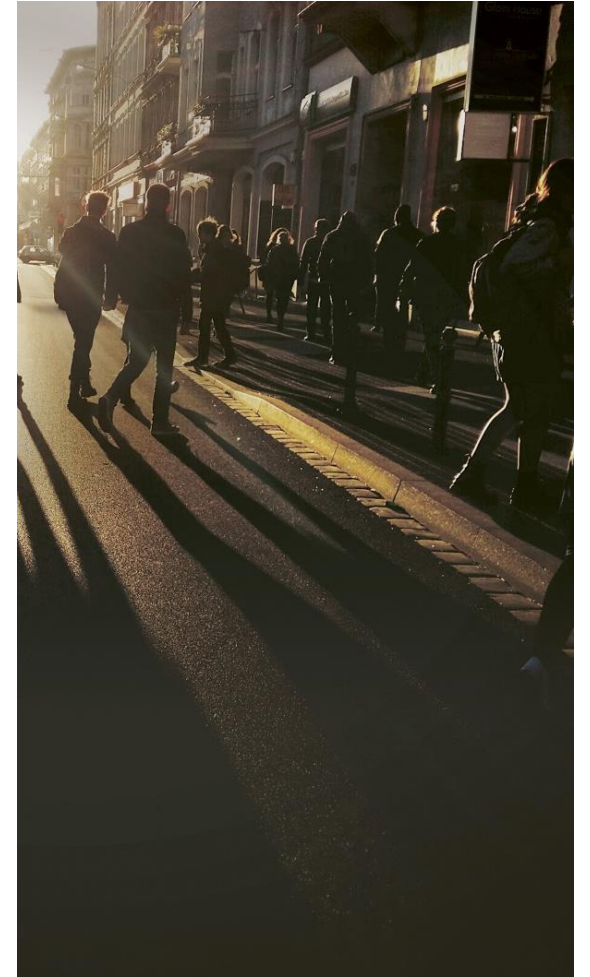
Det finns *omotiverade* skillnader i vård och behandling av cancersjuka

- Vissa omotiverade skillnader finns mellan olika befolkningsgrupper
- Betydande omotiverade skillnader finns mellan olika landsting
- De regionala skillnaderna är generellt mer framträdande än de socioekonomiska

Det finns även skillnader i hur tidigt cancer upptäcks – påverkar vård och prognos

- Personer med lägre utbildning och ensamstående har oftare mer avancerad sjukdom vid diagnos
- Betydande regionala skillnader i hur tidigt cancer upptäcks

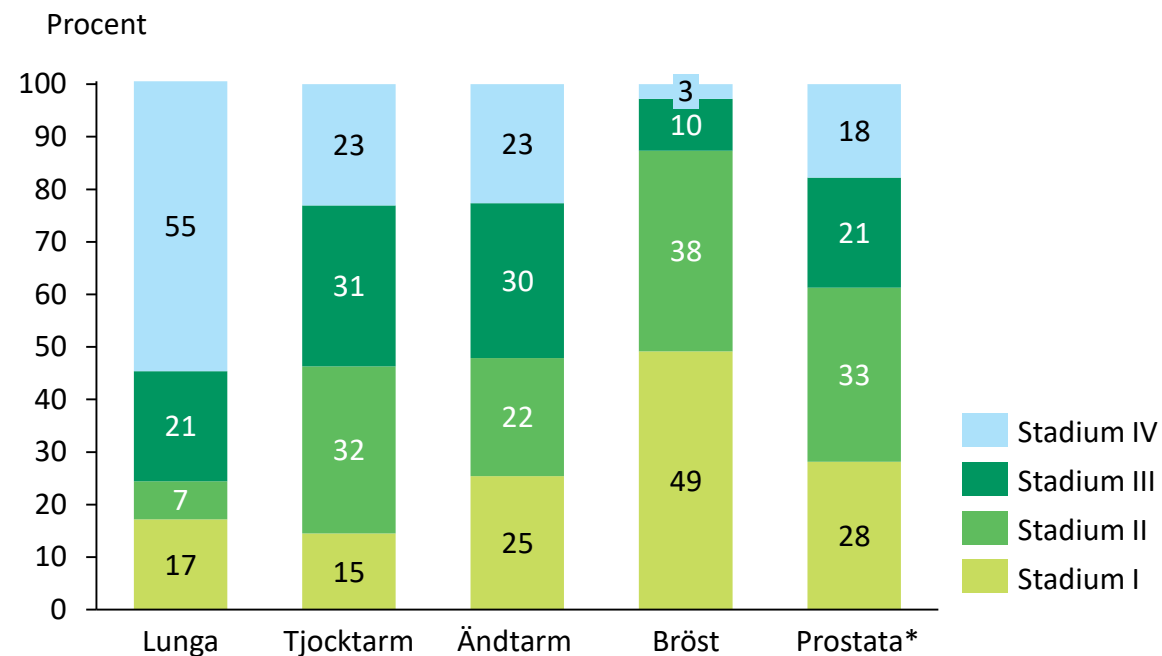
Skillnader i överlevnad förklaras delvis av skillnader i svårighetsgrad, samsjuklighet och ålder



Hur tidigt cancer upptäcks är av stor betydelse

- Vilket stadium man befinner sig i när tumören upptäcks har stor påverkan på behandlingsmöjligheter och prognos. Valet av behandling styrs till stor del av stadium.
- Vi har undersökt sannolikheten att befinna sig i tidigt stadium (stadium I) och sannolikheten att befinna sig i sent stadium (stadium IV) vid diagnos.
- Det finns stora skillnader mellan cancerformerna i hur stor andel som befinner sig i respektive stadium när tumören upptäcks.
 - När det gäller lungcancer och tjocktarmscancer upptäcks omkring 15 procent av patienterna i stadium I. Medan omkring hälften av bröstcancerpatienterna upptäcks i stadium I.
 - Hälften av lungcancerpatienterna befinner sig i stadium IV när cancer upptäcks. För bröstcancer är motsvarande siffra 3 procent.

Procentuell fördelning av tumörstadium vid diagnos. Baseras på patienter som fått diagnos 2010–2016.



* För prostata används riskkategorier i stället för stadium. Stadium I avser lågrisk, stadium II avser mellanrisk, stadium III avser lokaliserad högrisk och lokalt avancerad cancer. Stadium IV avser regionalt metastaserad och fjärrmetastaserad prostatacancer.

Skillnader mellan befolkningsgrupper i hur tidigt cancer upptäcks

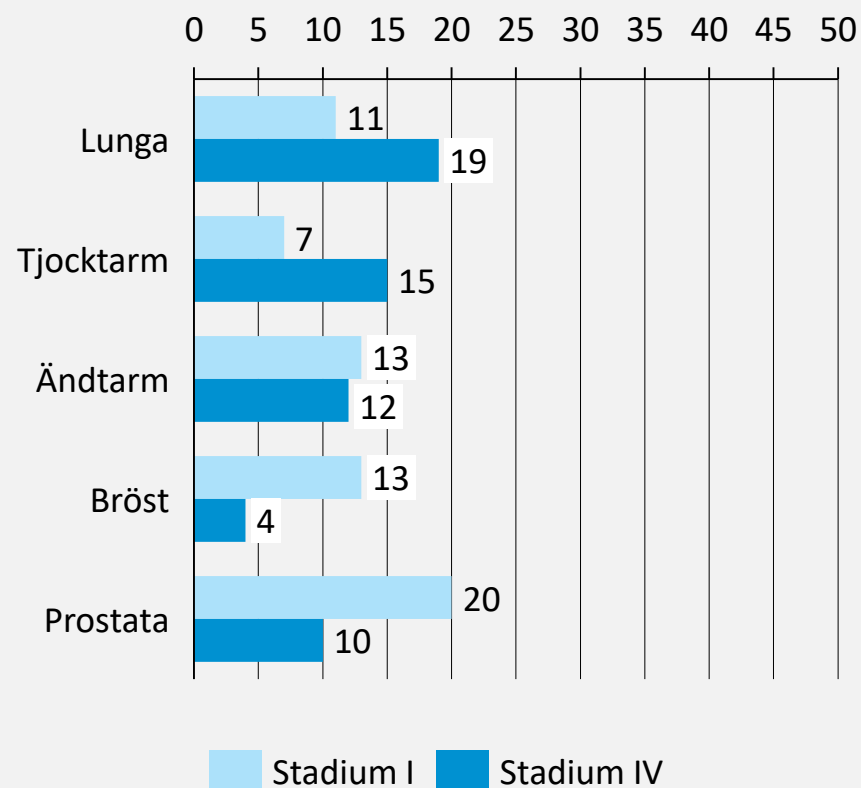
- Det finns skillnader i flera dimensioner när det gäller sannolikheten att cancer upptäcks i stadium I. Efter att vi rensat bort parametrar som beror på ålder, viss samsjuklighet och diagnosår, ser vi att:
 - Det är vanligare att personer med högre utbildning befinner sig i stadium I vid diagnos i fyra av cancerformerna (lunga, tjocktarm, bröst och prostata), än personer med lägre utbildning.
 - För alla fem cancerformer är det mindre sannolikhet att befinna sig i tumörstadium I bland personer som inte är gifta.
 - Män har mindre sannolikhet än kvinnor att befinna sig i tumörstadium I när det gäller lungcancer och ändtarmscancer.
 - Vid ändtarmscancer och bröstcancer är sannolikheten att befinna sig i stadium I vid diagnos mindre bland vissa grupper av personer som inte är födda i Sverige.
- Det finns även vissa skillnader i risken att befinna sig i stadium IV när cancer upptäcks. Vid bröst- och prostatacancer är det vanligare vid lägre utbildning. Vid lung-, ändtarms-, bröst- och prostatacancer är det vanligare bland personer som inte är gifta.



Betydande skillnader mellan landstingen i hur svårt sjuka patienterna är vid diagnos

- Det finns regionala skillnader i andelen patienter som befinner sig i stadium I respektive stadium IV när cancer upptäcks. Exempelvis, medan drygt 2 av 10 patienter upptäcks med lungcancer i stadium I i ett landsting är det drygt 1 av 10 i ett annat – en skillnad på 11 procentenheter.
- De regionala skillnaderna kvarstår även efter att vi tagit hänsyn till personernas utbildningsnivå, kön, födelseland och civilstånd. Det är alltså inte skillnader i befolkningssammansättningen i dessa dimensioner som förklarar dem.
- Det går inte att utesluta att tillgängligheten till hälso- och sjukvården skiljer sig mellan landstingen. Det kan exempelvis handla om avstånd till vård, primärvårdens förutsättningar att upptäcka cancer tidigt samt informationen till patienter om symtom att söka vård för.
- Regionala skillnader i screeningdeltagande (bröstcancer), screeningverksamhet (tjock- och ändtarmscancer) och tillgång till PSA-testning (prostatacancer) kan också bidra.

Skillnad (i antal procentenheter) mellan de två landsting med högst respektive lägst andel patienter som upptäcks i stadium I och stadium IV.



Hälsa- och sjukvården spelar en viktig roll för att upptäcka cancer så tidigt som möjligt

- Sjukdomens svårighetsgrad vid diagnos kan delvis påverkas av faktorer utanför hälso- och sjukvården.
- Eftersom exempelvis levnadsvanor, allmän hälsa och hälsokompetens sannolikt spelar stor roll är det svårare att identifiera vad som är en omotiverad skillnad. Det gör det svårare att avgöra i vilken utsträckning skillnaderna kan anses vara *omotiverade* eller inte.
- Det innebär *inte* att det är oproblematiskt att det finns skillnader mellan befolkningsgrupper och landsting i hur tidigt cancer upptäcks. Det innebär *inte* heller att hälso- och sjukvården inte har någon roll när det gäller skillnader som uppstår *före* diagnostillfället. Tvärtom har vården en viktig roll att spela i det preventiva och hälsofrämjande arbetet.



Slutsatser

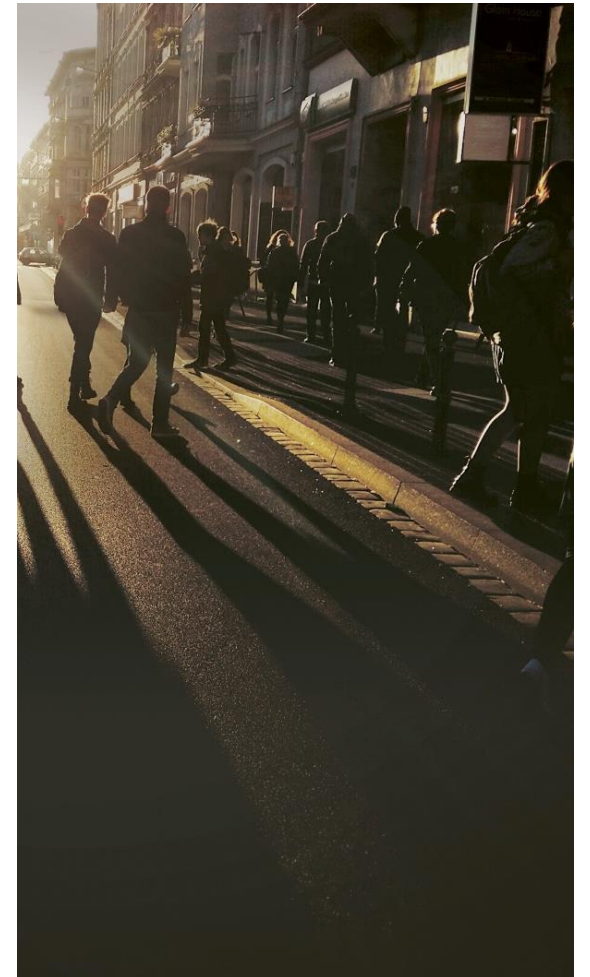
Det finns *omotiverade* skillnader i vård och behandling av cancersjuka

- Vissa omotiverade skillnader finns mellan olika befolkningsgrupper
- Betydande omotiverade skillnader finns mellan olika landsting
- De regionala skillnaderna är generellt mer framträdande än de socioekonomiska

Det finns även skillnader i hur tidigt cancer upptäcks – påverkar vård och prognos

- Personer med lägre utbildning och ensamstående har oftare mer avancerad sjukdom vid diagnos
- Betydande regionala skillnader i hur tidigt cancer upptäcks

Skillnader i överlevnad förklaras delvis av skillnader i svårighetsgrad, samsjuklighet och ålder



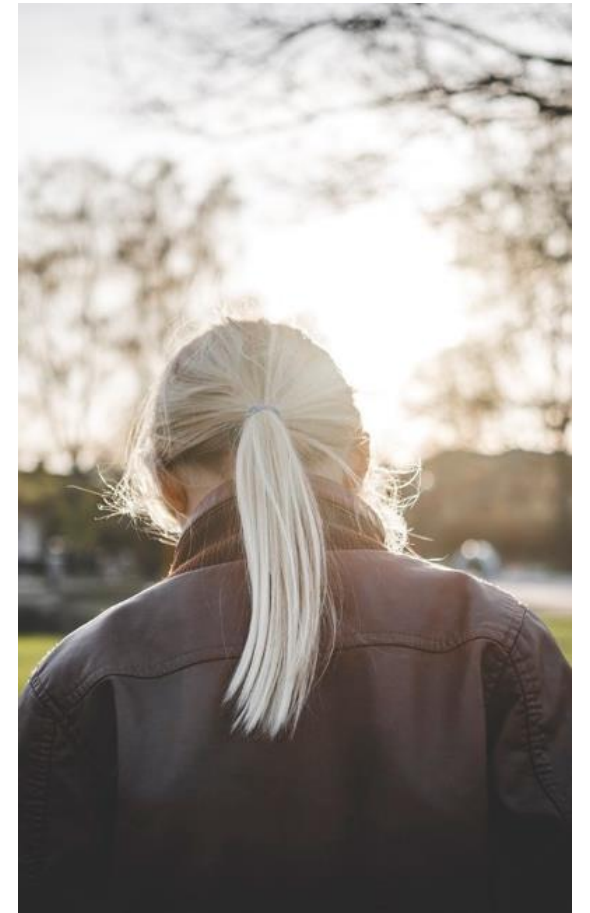
Skillnader i överlevnad förklaras delvis av när cancer upptäcks, samsjuklighet och ålder.

- Det finns stora skillnader i treårsöverlevnaden mellan cancerformerna. Medan omkring 20 procent av personerna som fått lungcancer överlever i tre år är det över 90 procent bland bröst- och prostatacancerpatienterna.
- Faktorer utanför själva vården och behandlingen av personer med cancer har stor betydelse för överlevnaden
 - Det är känt sedan tidigare att överlevnaden är betydligt högre bland personer med högre jämfört med lägre utbildning. Vår analys visar att i vilket stadium cancer upptäcks, viss samsjuklighet och ålder är viktiga faktorer för att förklara skillnaderna.
 - Efter att hänsyn tagits till stadium vid diagnos, samsjuklighet och ålder, är regionala skillnader i treårsöverlevnad generellt små.
- Valet att analysera treårsöverlevnad har styrts av datatillgång.



Det är angeläget att fortsätta följa jämlikheten

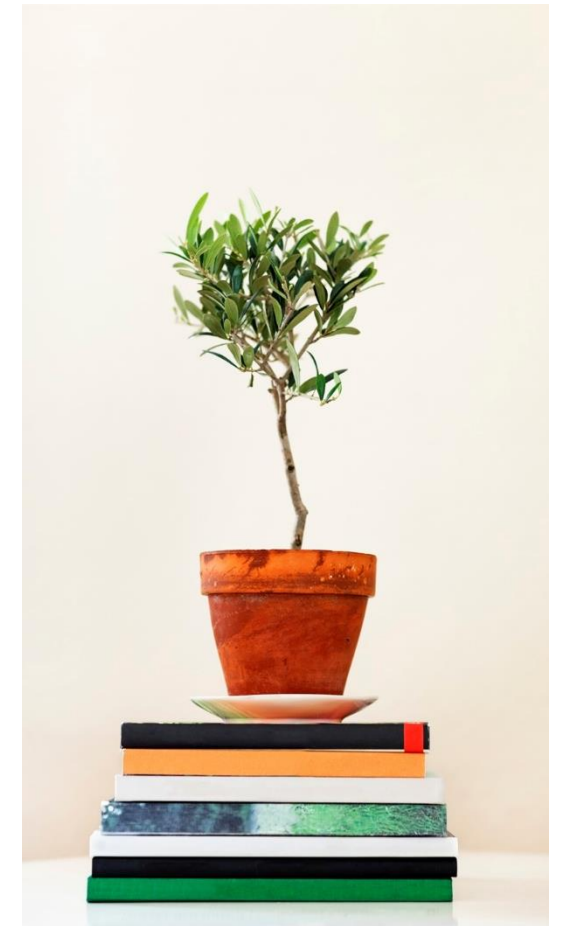
- Jämlik vård är en viktig fråga för patienter och medborgare, och för regeringen. Det är även ett viktigt mål i hälso- och sjukvårdslagen. Därför är det viktigt att det finns en regelbunden och systematisk uppföljning av jämlikheten – inom cancervården och även inom andra delar av hälso- och sjukvården. På sikt skulle det då också bli möjligt att följa hur jämlikheten förändras över tid.
- Uppföljning och analys av det här slaget kräver tillgång till data från flera olika källor. Långa ledtider och eftersläpning i inrapportering av data till registren försvårar en uppdaterad och tidsrelevant uppföljning.
- Kvalitetsregister spelar en viktig roll för uppföljning och forskning, och vi ser ett stort värde i att kunna dra nytta av kvalitetsregistren för den här typen av analys och uppföljning. Men processerna för utlämnande av data försvårar användningen när det gäller nationell uppföljning av utomstående aktörer, och processerna har skilt sig betydligt mellan de register vi har använt. Därför är det bra med det gemensamma målet om att kvalitetsregister ska användas aktivt för uppföljning, lärande och forskning, och med de initiativ som tagits för att komma tillrätta med problem som har uppmärksammats tidigare.



Rekommendationer

Utifrån rapportens resultat och slutsatser ger vi följande rekommendationer till regeringen och landstingen i deras fortsatta arbete för en jämlik cancervård:

- *Regeringen och landstingen bör stärka det förebyggande arbetet för att minska insjuknande och öka möjligheterna till goda behandlingsresultat.*
- *Regeringen och landstingen bör fortsätta att utveckla primärvården för att möjliggöra tidigare upptäckt av cancersjukdom.*
- *Regeringen och landstingen bör intensifiera arbetet för att minska regionala skillnader i cancervårdens utformning.*
- *Regeringen bör säkerställa en ändamålsenlig, systematisk och regelbundet återkommande uppföljning av jämlikheten i cancervården.*
- *Regeringen och landstingen bör verka för att förbättra förutsättningarna att dra nytta av kvalitetsregister i uppföljning och forskning.*



Myndigheten för vård- och omsorgsanalys



www.vardanalys.se



registrator@vardanalys.se



[@vardanalys](https://twitter.com/vardanalys)

Åsa Ljungvall

Utredare

asa.ljungvall@vardanalys.se

08-690 41 19