

Cancer i Sverige

Insjuknande och överlevnad utifrån regional
och socioekonomisk indelning

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-3-26

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2011

Förord

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att fastställa ett utgångsläge för skillnaderna i insjuknande och överlevnadstid efter en cancerdiagnos, samt att föreslå en modell för att följa upp dessa skillnader. Uppdraget har genomförts i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), samt i dialog med företrädare för huvudmännen och professionerna.

Regeringen tillsatte 2007 en utredning om en nationell cancerstrategi för framtiden, vilken resulterade i betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). I utredningens uppdrag ingick att utreda vad som är möjligt att göra för att förhindra att människor insjuknar och avlider i cancer samt för att förbättra kvaliteten på patienternas omhändertagande. Som en följd av detta fick Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa ett utgångsläge för 2010, en så kallad baslinje, när det gäller insjuknande och överlevnad efter en cancerdiagnos. På så sätt blir det lättare i framtiden att följa utvecklingen och följa upp effekten av förändringar i cancervården. I uppdraget ingår att redovisa statistik för olika geografiska områden och befolkningsgrupper.

Internationella jämförelser visar att Sverige har ett mycket bra canceromhändertagande och hög överlevnad, men trots detta finns det möjlighet till förbättringar. Rapporten visar att det finns socioekonomiska skillnader både när det gäller insjuknade och överlevnad. Dessa skillnader är betydligt större än de skillnader som finns mellan regioner.

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av Åsa Klint (projektledare), Mats Talbäck och Gudrun Jonasdottir-Bergman. Med stöd av Socialstyrelsens cancerregister samt uppgifter från Statistiska centralbyråns utbildningsregister har statistik och överlevnadsmodeller tagits fram. Rapporten har utarbetats i samarbete med Lars Holmberg, professor i cancer-epidemiologi samt föredragande läkare vid Socialstyrelsens cancerregister, och Lars Pålman, professor i kirurgi.

Arbetet har fortlöpande diskuterats med en referensgrupp bestående av Paul Dickman, Karolinska Institutet, Gunilla Gunnarsson, Sveriges Kommuner och Landsting, Mats Lambe, ROC Uppsala/Örebro, och Birgitta Stegmayr, Socialstyrelsen.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
<i>Inledning</i>	8
Bakgrund	8
Uppdraget	8
Rapportens disposition	9
<i>Material och metod</i>	10
Datakällor	10
Cancerregistret	10
Utbildningsregistret	11
Avgränsningar	12
Definitioner och statistiska begrepp	12
Socioekonomisk status	13
Geografisk indelning	13
Ålder	13
Incidens	14
Åldersstandardisering	14
Relativ överlevnad	14
Överdödlighet	14
Konfidensintervall	14
Referensnivå	15
Personår	15
Tolkning av resultaten	15
Statistiska metoder	16
Incidens	16
Åldersstandardisering	16
Periodanalys	17
Relativ överlevnad	18
Överdödlighet	20
<i>Referenser</i>	21
<i>Resultat</i>	22
1 Geografisk indelning	22
1.1 Samtliga cancerformer	22
1.2 Bröstcancer	29
1.3 Bukspottkörtelcancer	36
1.4 Livmoderkroppscancer	47
1.5 Lungcancer	54
1.6 Malignt melanom	66
1.7 Njurcancer	76
1.8 Non-Hodgkin-lymfom	87
1.9 Prostatacancer	98
1.10 Tjocktarmscancer	105
1.11 Urinblåscancer	116

1.12	Äggstockscancer	127
1.13	Ändtarmscancer	135
Kommentar till resultat på geografisk indelning		146
2 Socioekonomiska grupper		149
2.1	Samtliga cancerformer	149
2.2	Bröstcancer	155
2.3	Bukspottkörtelcancer	160
2.4	Livmoderkroppscancer	167
2.5	Lungcancer	172
2.6	Malignt melanom	180
2.7	Njurcancer	188
2.8	Non-Hodgkin-lymfom	196
2.9	Prostatacancer	203
2.10	Tjocktarmscancer	208
2.11	Urinblåscancer	217
2.12	Äggstockscancer	224
2.13	Ändtarmscancer	229
Kommentar till resultat på socioekonomisk indelning		238
<i>Bilaga 1</i>		<i>240</i>

Sammanfattning

Sverige placerar sig mycket väl i internationella jämförelser av canceröverlevnad. Rapportens analys av överdödlighet visar dock att det finns mycket att vinna med ett systematiskt förbättringsarbete. Alla medborgare, oavsett bakgrund och bostadsort, ska kunna ha en god hälsa och vid behov få en likvärdig vård. Resultaten i denna rapport visar att skillnaden är större mellan socioekonomiska grupper, både när det gäller insjuknade och överlevnad, än mellan olika regioner. Socialstyrelsen ser behov av en skyndsam analys av orsakerna för att se om det finns några snabbt genomförbara förbättringar som kan få relativt stor betydelse. I ett nästa steg kommer Socialstyrelsen kartlägga variationer i överlevnad beroende på cancers utbredning (stadium).

I denna rapport redovisas incidensen (antalet insjuknade) och den relativa överlevnaden för tolv av de vanligast förekommande cancerformerna i Sverige. Statistiken redovisas dels uppdelad på sjukvårdsregioner och län, dels uppdelad i olika socioekonomiska grupper i befolkningen. Rapporten innehåller också en analys av överdödligheten bland cancerpatienter, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen. Den har använts för att uppskatta antalet förtida dödsfall som potentiellt skulle kunna förhindras. Resultaten kan ses som ett utgångsläge för 2010 och kan användas för att avläsa den framtida utvecklingen av cancersjukvården.

Incidensen i cancer och överlevnaden efter en cancerdiagnos avspeglar mångfacetterade processer när de analyseras som övergripande mått, både var och en för sig och båda tillsammans. Skillnader kan bero på en rad faktorer såsom olika exponering för orsaksfaktorer till cancer och olika tumörbiologi, olika attityder till att söka vård vid symtom, olika tillgång till råd och diagnostik, olikheter i kriterier för behandlingsrekommendationer, olika tillgång till resurser inbegripande kompetenser, olika följsamhet till behandling, olika tillgång till stöd under behandling och uppföljning, olikheter i allmänt hälsotillstånd med mera.

Över hela landet ser man ett liknande mönster för insjuknande i de redovisade cancerformerna, med några få undantag. Variationen gäller främst lungcancer och malignt melanom som är två tumörformer där preventivt arbete har stor betydelse. Vidare har den diagnostiska aktiviteten betydelse för antalet insjuknade i bröstcancer och prostatacancer. Följaktligen behövs en översyn av preventiva åtgärder tillsammans med diskussioner om att införa enhetliga diagnostiska rutiner över landet.

Överlevnadsanalyserna per region och län uppvisar skillnader som inte enbart kan förklaras av en slumpmässig variation. Ofta är skillnaderna mer markanta på länsnivå. När det gäller skillnader i överlevnad mellan länen uppskattas antalet potentiellt åtgärdbara förtida dödsfall till cirka 950 bland män och knappt 500 bland kvinnor efter fem års uppföljning.

När alla cancerformer studeras tillsammans finns inga uppenbara skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Men när de tolv utvalda tumör-

formerna analyseras separat, ser man skillnader mellan grupperna i insjuknande för lungcancer, malignt melanom, bröstcancer och prostatacancer. Detta är känt sedan tidigare och beror på att rökvanor, solexponering, mammografiscreening och PSA-provtagning skiljer sig mellan de tre grupperna.

Skillnaderna i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper är tydliga. För var och en av de studerade tumörformerna finns en tydlig gradient med bättre överlevnad i den högsta socioekonomiska gruppen. Dessa skillnader gäller främst den första tiden efter diagnosen, vilket understryker att bakgrunden är komplex. Resultaten antyder att det fortsatta arbetet bland annat måste ta hänsyn till faktorer som påverkar tidpunkten för diagnos, annan allvarlig sjuklighet i befolkningen samt tillgängligheten till behandling och stöd under och efter behandlingen. När det gäller skillnader i överlevnad mellan de socioekonomiska grupperna uppskattas antalet potentiellt åtgärdbara förtida dödsfall till knappt 1 500 bland män och drygt 1 500 bland kvinnor efter fem års uppföljning.

De statistiska analyserna visar att Sverige är en liten enhet, även för de vanliga tumörformerna, vilket blir tydligare när man studerar undergrupperingar utifrån till exempel ålder, kön, socioekonomisk grupp, länsstillhörighet och diagnosår. Därför är det svårt att studera förändringar mellan åren. För att kunna se tydliga trender måste man använda längre tidsperioder som underlag. Nyheter i vården introduceras sällan så snabbt att dramatiska förändringar kan avläsas under ett enskilt år. Detta understryker dock hur viktigt det är med ett kontinuerligt kvalitetsarbete, med registrering av hög kvalitet, för att följa utvecklingen. I denna rapport märks detta för ändtarmscancer där professionen tillsammans med kvalitetsregistren har bedrivit ett rikstäckande förbättringsarbete. Resultatet är att både de geografiska och de socioekonomiska skillnaderna är mindre än för många andra tumörformer.

Inledning

Bakgrund

I betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) lämnades förslag till en strategi för den framtida cancervården. Förslagen var bland annat inriktade på förebyggande insatser, tidig upptäckt, diagnostik, behandling och palliativ vård samt kunskapsbildning och kunskapsspridning kring dessa områden. Målsättningen var att utreda vad som kan göras för att så långt som möjligt förhindra att människor insjuknar och dör i cancer samt att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med en cancersjukdom.

Sverige har en relativt decentraliserad sjukvård där regioner, landsting och kommuner är ansvariga för att tillhandahålla och finansiera sjukvården. Inom flera områden, till exempel cancersjukvården, behövs mer samarbete på nationell nivå och trenden går också åt det hållet. Det finns exempelvis behandlingsstandarder som definieras utifrån nationella vårdprogram och riktlinjer, kompetensnätverk samt jämförande verksamhetsuppföljningar. Regeringen har också beslutat att inrätta regionala cancercentrum (RCC) för att förbättra vårdens kvalitet och resultat samt för att få ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser, vilket är ytterligare ett led i förändringen av svensk cancervård.

Det är sedan tidigare känt att människor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden löper större risk att insjukna i cancer och avlida till följd av sjukdomen. Det finns flera möjliga orsaker till detta, exempelvis livsstilsfaktorer, men det kan även bero på att information och prevention behöver anpassas mer till olika gruppers behov. Vissa patientgrupper kan också ha större kunskaper om sina rättigheter och lättare att tala för sig och därmed få tillgång till bättre vård.

Ett huvudmål i svensk hälso- och sjukvårdspolitik är en jämlik hälsa för hela befolkningen. Alla medborgare, oavsett bakgrund och bostadsort, ska ha möjlighet att ha en god hälsa och få en likvärdig vård vid behov. Skillnader i vård och omsorg är inte acceptabla och behöver uppmärksammas för att kunna åtgärdas.

Uppdraget

Regeringen har gett i uppdrag åt Socialstyrelsen att utreda och föreslå en ändamålsenlig modell för att följa upp skillnader i insjuknande i cancer och överlevnadstid efter en cancerdiagnos. För att kunna följa upp utvecklingen behövs först en genomgång av de nuvarande förhållandena. På så sätt får man ett utgångsläge för utvecklingen inom cancervården de närmaste åren. Utgångsläget ska också kunna användas i arbetet med kontinuerligt redovisade öppna jämförelser. I denna rapport beskriver Socialstyrelsen ett utgångsläge för insjuknandet och överlevnaden i cancer för tolv olika cancer-

diagnoser. Statistiken redovisas på läns- och regionnivå och är också uppdelad på socioekonomiska grupper.

Rapportens disposition

Rapporten innehåller cancerstatistik utifrån en geografisk och socioekonomisk indelning av befolkningen. Under dessa huvudgrupper redovisas den senaste tillgängliga statistiken i form av incidens, relativ överlevnad och överdödlighet bland cancerpatienter. All statistik redovisas separat för män och kvinnor. För att sätta den senaste statistiken i ett sammanhang redovisas även trender för incidens och relativ överlevnad för respektive cancersjukdom. Rapporten ska ses som en statistikpublikation men den innehåller även reflektioner kring och värderingar av resultaten.

I rapporten redovisas också statistiken för tre åldersgrupper av cancerpatienter: 30–49 år, 50–74 år och 75–89 år. Den statistiken redovisas i en separat tabellbilaga men informationen kommenteras i texten i denna rapport. I tabellbilagan finns även uppgifter om den relativa överlevnaden. Det är samma information som i huvudrapporten fast i tabellform, och där finns dessutom mer detaljerad information för de läsare som är specifikt intresserade av de exakta värdena av konfidensintervallen och antalet individer som har legat till grund för beräkningarna. I tabellbilagan redovisas även den relativa överlevnaden ett, två och fem år efter diagnosen.

Material och metod

Datakällor

Cancerregistret

Cancerregistret startade 1958 med syftet att kartlägga cancersjukdomars förekomst och förändring över tid samt för att möjliggöra internationella jämförelser. Ett annat syfte var också att skapa en bas för klinisk och epidemiologisk forskning. Registret innehåller uppgifter om samtliga nyupptäckta maligna tumörer samt vissa godartade tumörer och tumörliknande tillstånd. I cancerregistret ingår viss information från Socialstyrelsens dödsorsaksregister samt Statistiska centralbyråns (SCB:s) register över totalbefolkningen.

Det föreligger uppgiftsskyldighet till cancerregistret enligt förordning (2001:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen, och i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2006:15, ändring av SOSFS 2003:13) står det vilka uppgifter som ska lämnas och hur dessa uppgifter ska rapporteras in.

Canceranmälningar registreras kontinuerligt i de regionala cancerregistren hos regionala onkologiska centrum (ROC). I de flesta fall anmäls varje tumör minst två gånger; vanligtvis inkommer först uppgifter från patologi- eller cytologilaboratorier och de följs sedan av en klinisk anmälan med kompletterande uppgifter. Om det inte kommer någon klinisk anmälan skickar ROC en påminnelse till kliniken inom tre månader. Anmälan till cancerregistret kan samordnas med anmälan till kvalitetsregistret, för de cancersjukdomar som har ett sådant.

En gång per år levererar ROC dessa data till Socialstyrelsen som sammanställer det nationella cancerregistret. Varje gång saknas komplett information om ett antal tumörer, och de uppgifterna levereras då i samband med följande års dataleveranser. Under åren 2003–2009 levererade ROC data för cirka 65–70 000 diagnosticerade tumörer och tumörliknande tillstånd varje år. Av dem var det mellan 1 000 och 2 500 tumörer per år som gällde ett tidigare diagnosår än det senaste. I slutet av 1990-talet var det bara cirka 300–400 poster per år som kom in senare. Den här ökningen beror på att det i dag finns fler rapporteringspliktiga uppgifter samt på att inrapporteringen ska ske tidigare nu, enligt SOSFS 2003:13.

Cancerregistret omfattar idag uppgifter om 2,3 miljoner tumörer för 2 miljoner personer som fick sin diagnos under åren 1958–2009. Databearbetningarna i denna rapport bygger på data för åren 1985–2009.

Tillförlitligheten i cancerregistrets data beror i grunden på en korrekt inrapportering från den regionala och lokala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt tillsammans med ROC för att säkerställa att kodning och registrering görs på ett likartat sätt över hela landet. I den senaste publicerade kvalitetsstudien jämfördes cancerregistret med patientregistret, vilket visade att cancerregistret har en underrapportering på 3,7 procent [1, 2]. Underrapporteringen varierade beroende på cancersjukdom och

patientens ålder, och kan inte anses vara slumpmässig. Den övergripande täckningsgraden anses dock vara god och är jämförbar med övriga cancerregister i Norden. I många sammanhang har en så låg underrapporteringen inte heller någon större betydelse, exempelvis när det gäller folkhälsofrågor och epidemiologisk övervakning.

Tillförlitligheten påverkas också av det faktum att Sverige befolkningsmässigt är ett litet land och många cancersjukdomar är ovanliga. När analysen dessutom delas upp i mindre grupper, utifrån län, kön och ålder, ökar osäkerheten i resultatet.

Utbildningsregistret

Utbildningsregistret vid SCB innehåller uppgifter om avslutade utbildningar för Sveriges befolkning. Registret startade år 1985 och för perioden 1985–2007 finns uppgifter för befolkningen i åldrarna 16–74 år. Från och med år 2008 finns även information om utbildningar för personer äldre än 74 år. Registret uppdateras årligen och samtliga befintliga årgångar av utbildningsregistret har använts till analyserna i denna rapport.

Utbildningsuppgifterna för perioden 1985–1989 baseras på folk- och bostadsräkningen år 1970, kompletterat med information från ett antal administrativa register om avslutad utbildning. Folk- och bostadsräkningarna år 1975, 1980 och 1985 innehöll dock inga uppgifter om utbildning och kunde således ej bidra med information. En konsekvens av detta är att uppgifter om utbildning i stor utsträckning saknas under perioden 1985–1989 för personer som invandrat före år 1990. I samband med folk- och bostadsräkningen år 1990 kompletterades utbildningsregistret med information om avslutade utbildningar för personer i åldern 16–74 år. De tidigare årens register saknade i mycket hög utsträckning uppgifter om exempelvis högskolans fristående kurser samt utländska utbildningar, men nu kunde en stor del av dessa brister avhjälpas. År 1989 saknades uppgift om utbildning för 6 procent av medborgarna, och året efter var andelen nere på 2 procent. Sedan år 1990 har utbildningsregistret ytterligare förbättrats genom information från nya källor. Klassificeringssystemet ändrades också år 2000 då ett antal nya uppgiftskällor tillkom. År 2001 infördes bland annat uppgifter om summerad högskolepoäng från högskoleregistret, summerad komvux-poäng, uppgifter om utländska utbildningar som har värderats av Högskoleverket samt uppgifter från Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal. Därför visar utbildningsregistret att utbildningsnivån i befolkningen ökade kraftigt detta år. Från och med år 1999 skickar SCB ut en årlig enkät till utrikesfödda personer i ålder 20–59 år, för att samla in uppgifter om deras utbildning. Sammantaget har de olika kvalitetshöjande förändringarna medfört en kraftig ökning av den registrerade utbildningsnivån. [3]

Uppdateringen av utbildningsregistret bedöms emellertid ha en begränsad inverkan på de huvudsakliga analyserna i den här rapporten eftersom de gäller personer som diagnosticerades år 2000 eller senare. Vid analyser över tid (trender) finns det dock en risk för att utvecklingen av den relativa överlevnaden för personer med lägre utbildning underskattas. Utbildningsregistret blir med tiden mer komplett, vilket leder till att antalet felklassificerade personer minskar (vanligtvis att högutbildade personer som tidigare

felaktigt registrerats med en lägre utbildning korrigeras). Personer med lägre utbildning har generellt en lägre överlevnad jämfört med personer med en högre utbildning. Om gruppen med lågutbildade tidigare även inkluderat högutbildade på grund av felaktig information i registret har överlevnaden för gruppen överskattats. Som en följd av detta underskattas ökningen i relativ överlevnad över tid för gruppen med lägre utbildning.

Avgränsningar

I denna rapport kartläggs tolv av de vanligaste cancersjukdomarna i Sverige, se tabell nedan. Cancersjukdomarna valdes utifrån olika kriterier såsom frekvens och varierande etiologi. De valdes också för att sjukdomarna har varierande prognos samt för att de representerar en bredd när det gäller utveckling av kliniskt omhändertagande och behandlingsmöjligheter. Sammantaget representerar de nästan 70 procent av samtliga maligna tumörer som har rapporterats till cancerregistret.

Cancer är ovanligt bland den unga befolkningen och datamaterialet har således avgränsats till patienter som var 30–89 år när de fick sin diagnos. Majoriteten av befolkningen har avslutat sin utbildning i 30-årsåldern och den socioekonomiska indelningen är därmed stabil. Fram till tidigt 1990-tal saknade dock utbildningsregistret data för en stor andel äldre, och för att kunna presentera jämförbara socioekonomiska trender över tid analyseras åldersintervallet 30–79 år.

Cancersjukdomar som kartläggs i denna rapport i klartext samt kod enligt ICD7 och ICD10.

Cancerform	ICD7-kod	ICD10-kod
Bröst	170	C50
Bukspottkörtel	157	C25
Livmoderkropp	172	C54
Lunga och luftrör	162.1	C34
Malignt melanom	190	C43
Njure exkl. njurbäcken	180.0, 180.9	C64
Non-Hodgkin-lymfom	200, 202 ⁽¹⁾	C82 - C85
Prostata	177	C61
Tjocktarm (adenocarcinom)	153	C18
Urinblåsa exkl. urinledare	181.0, 181.2	C67, C68.0
Äggstockar	175	C56, C57
Ändtarm (adenocarcinom)	154	C19 - C21

(1) Koder enligt ICD8.

Definitioner och statistiska begrepp

I detta avsnitt presenteras några centrala begrepp kortfattat. För den intresserade läsaren finns mer detaljerade beskrivningar i avsnittet Statistiska metoder.

Socioekonomisk status

När man ska analysera sociala skillnader kan det underlätta att dela in befolkningen efter utbildningsbakgrund. Utbildning är både en resurs och en viktig komponent i människors välfärd eftersom god utbildning ger bättre möjlighet till arbete och försörjning.

Informationen om personens högsta uppnådda utbildningsnivå, som här representerar socioekonomisk grupp, har hämtats från SCB:s utbildningsregister. Relationen mellan utbildningsnivå och den socioekonomiska grupp som används i denna rapport framgår av tabellen nedan.

Översättningstabell mellan högsta avslutade utbildning och socioekonomisk grupp.

Socioekonomisk grupp	Utbildningsnivå
Låg	Förgymnasial utbildning, ≤ 9 år
Mellan	Gymnasial utbildning, 2- eller 3-årig
Hög	Eftergymnasial utbildning inklusive forskarutbildning

Geografisk indelning

Statistiken som redovisas på läns- och regionnivå baseras på patientens folkbokföringsort när diagnosen ställdes. Regionindelningen är de sex sjukvårdsregionerna i Sverige. Som en följd av cancerstrategiutredningen håller sex regionala cancercentrum på att bildas, och den verksamhet som i dag ligger under ROC kommer på sikt att infogas i den nya organisationen. Den geografiska indelningen blir densamma som för dagens ROC med undantaget att Halland, som tidigare har varit delat mellan södra och västra sjukvårdsregionen, nu önskar tillhöra båda dessa regioner. För att uppfylla detta önskemål ingår patienter som är folkbokförda i Halland i båda regionerna i denna rapport. I tabellen nedan redovisas sjukvårdsregionerna och de tillhörande länen.

Sjukvårdsregioner samt vilka län som ingår i respektive region

Sjukvårdsregion	Tillhörande län
Region Norr	Jämtland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland
Region Stockholm-Gotland	Gotland, Stockholm
Region Sydöst	Jönköping, Kalmar, Östergötland
Region Syd	Blekinge, Halland ⁽¹⁾ , Kronoberg, Skåne
Region Väst	Halland ⁽¹⁾ , Västra Götaland
Region Uppsala/Örebro	Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro

(1) Halland ingår i både region Syd och Väst

Ålder

Risken att utveckla en cancersjukdom ökar med åldern; 64 procent av de rapporterade cancerfallen inträffade bland personer 65 år och äldre. Trettiofyra procent av diagnoserna gäller personer från 75 år och äldre.

Med ålder menas den ålder som patienten hade uppnått när diagnosen ställdes. För att kartlägga eventuella skillnader mellan olika åldrar har tre ålderskategorier använts: 30–49, 50–74 samt 75–89 år. Cancer är relativt ovanligt i den yngsta åldersgruppen, 30–49, vilket medför större osäkerhet i resultaten. Cirka 8 procent av de cancerdiagnoser som har rapporterats till cancerregistret gällde personer i denna åldersgrupp.

Incidens

Incidensen mäter antalet nya cancerfall under ett år. Vanligen redovisas incidensen per 100 000 personer, det vill säga antalet nya cancerfall per 100 000 personer. Den redovisningen gör det möjligt att jämföra till exempel regioner, cancerformer och socioekonomiska grupper.

Åldersstandardisering

Åldersstandardisering används för att till exempel sammanfatta incidensen över de olika åldersgrupperna. Sammanfattningen görs med ett standardiserat viktsystem. Åldersstandardiserade värden gör det möjligt att jämföra socioekonomiska grupper och regioner eller län, även när åldersfördelningen är olika.

Relativ överlevnad

Den relativ överlevnaden anger överlevnaden bland cancerpatienter vid avsaknad av andra dödsorsaker. Den definieras som kvoten mellan den observerade överlevnaden för cancerpatienterna och den förväntade överlevnaden hos en jämförbar grupp i den allmänna befolkningen.

Överdödlighet

Med överdödlighet avses den observerade dödlighet som överstiger den förväntade enligt dödsrisken i befolkningen. Överdödlighet är alltså ett mått på hur mycket högre dödligheten är i en grupp jämfört med en jämförbar normalbefolkning. Överdödligheten redovisas dels som absoluta antal dödsfall per år uppdelat på cancerform, åldersgrupp, uppföljningstid och kön, dels som antal dödsfall per 100 personår. Överdödlighet per 100 personår används för att jämföra dödligheten mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan regioner, län och kön.

Konfidensintervall

Ett konfidensintervall (KI) är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel och är ett mått på den felmarginal eller osäkerhet som slumpen bidrar med. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det sanna värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Konfidensintervall tar inte hänsyn till andra möjliga, icke slumpmässiga felkällor som kan påverka resultaten. Skattningar som baseras på totalmaterial (som i den här rapporten – alla

patienter i cancerregistret under en viss tidsperiod) är också påverkade av slumpvariation.

Referensnivå

Det är svårt att definiera vad som är en rimlig nivå för canceröverlevnad, och det finns inga nationellt uppsatta mål. Längre fram finns figurer som visar den relativa överlevnaden utifrån en geografisk indelning, och i dem finns också en referensnivå som motsvarar riksgenomsnittet. I motsvarande figurer med en socioekonomisk indelning av befolkningen är referensnivån den grupp som har den bästa överlevnaden. Referensnivåerna för att beräkna överdödlighet sätts i nivå med de bästa länen respektive den bästa socioekonomiska gruppen. För länen har nivån satts till den 90:e percentilen, vilket innebär att referensnivån baseras på de tre bästa länen.

Personår

Dödlighet i cancer måste ställas i relation till uppföljningstiden, det vill säga hur länge man följer patienterna efter att de har fått en cancerdiagnos. Det totala antalet personår är summan av alla cancerpatienters uppföljningstid och den används för att göra olika mått jämförbara.

Tolkning av resultaten

Det finns flera anledningar att mana till försiktighet i fråga om långtgående tolkningar och slutsatser från resultaten i denna rapport. Sverige är ett litet land, och många cancersjukdomar är inte så vanligt förekommande. När statistiken dessutom ska delas upp i mindre grupper, såsom kön och ålder samt efter län och i socioekonomiska grupper, så ökar osäkerheten i resultaten. Det blir speciellt tydligt i statistiken för ovanliga cancerformer, små geografiska områden eller när dödligheten är låg. Det är till exempel få personer i åldern 30-49 år som diagnosticeras med cancer i bukspottkörteln eller med lungcancer i län med en liten befolkning såsom Blekinge och Gotland. Det innebär att resultaten för dessa grupper blir osäkra, och resultaten kommer mer att avspejla de individer som insjuknat än att ge en generell bild av överlevanden.

För beräkning av relativ överlevnad utgör antalet patienter med en viss cancerdiagnos grunden, men säkerheten i skattningen beror också på antalet händelser (antal dödsfall) som inträffar i förhållande till tid som förflutit sedan diagnostillfället. Konfidensintervall tar bara hänsyn till den slumpmässiga variationen. Övriga systematiska felkällor, som exempelvis kvaliteten på datamaterialet i registren, tar konfidensintervallen inte hänsyn till. Den relativa överlevnaden kan i vissa fall bli över 100 procent, vilket i den flesta fall inte ska tolkas som att cancerpatienterna har bättre överlevnad än bakgrundspopulationen. När dödligheten för en viss cancerdiagnos, län, kön eller åldersgrupp är mycket låg kommer slumpvariationen att spela en stor roll. En skillnad på ett enda dödsfall kan ändra den relativa överlevnaden från över, till under 100 %. Därför bör den relativa överlevnaden tolkas försiktigt och konfidensintervallet alltid beaktas. I några fall där den relativa

överlevnaden är mycket hög över samtliga län och regioner har figurer över ettårsöverlevnad utelämnats.

Beräkningar av den observerade överdödligheten per 100 personår baseras på det faktiska antalet döda och det förväntade antalet döda i en jämförbar grupp i befolkningen. På samma sätt som den relativa överlevnaden är beräkningen av den observerade överdödligheten per 100 personår därför känslig för ovanliga cancerformer, små geografiska områden och yngre åldersgrupper om dödligheten är låg. Överdödligheten kan då bli negativ, vilket kan innebära att dödligheten bland cancerpatienterna är lägre än vad den är för bakgrundspopulationen men sannolikt beror på slumpvariation och enstaka observationers inflytande.

Överdödligheten i absolut antal innebär antalet som avlider efter en cancerdiagnos utöver det förväntade antalet i en jämförbar befolkning utan cancer. Överdödligheten bör därför växa över tid efter diagnos fram till den tidpunkt då cancerpatienterna (på grupp-nivå) anses botad eller när grupperna avlider i samma takt. Antalet potentiellt åtgärdbara förtida dödsfall beräknas som skillnaden mellan den observerade överdödligheten och en hypotetisk överdödlighet om alla hade samma dödlighet som den gruppen med den lägsta överdödligheten. Antalet åtgärdbara förtida dödsfall kan således både öka och minska över tid.

Statistiska metoder

Incidens

Antalet nya fall av cancer (eller en annan sjukdom) i en befolkning under en viss tidsperiod kallas incidens. Incidensen kan uttryckas som ett absolut antal eller till exempel som antalet per 100 000 invånare. Det senare gör det möjligt att jämföra grupper och regioner med olika stora befolkningar, och åldersstandardisering används för att ta hänsyn till eventuella skillnader i åldersstruktur mellan grupperna.

Det finns en viss slumpmässig variation i förekomsten av en sjukdom från år till år, och för att minska effekten av denna fluktuation redovisas incidensstal som medelvärden baserade på antalet nya fall under tre år. När det gäller incidenstrenderna används data från åren 1989–2009 för att beräkna tre års glidande medelvärden. Konfidensintervallet för incidensen har beräknats med hjälp av gammafördelningen [4].

Åldersstandardisering

Åldern har en stor betydelse för risken att utveckla en cancersjukdom, och den påverkar även överlevnaden. För att jämföra befolkningsgrupper med olika åldersstruktur kan ålderstandardisering användas. Det åldersstandardiserade måttet är ett viktat medelvärde av de åldersspecifika resultaten där vikterna kommer från åldersfördelningen i en jämförelsepopulation.

Vikterna för den åldersstandardiserade incidensberäkningen är baserade på åldersfördelningen i Sveriges befolkning den 1 januari år 2000. För att åldersstandardisera den relativa överlevnaden används vikter enligt International Cancer Survival Standard [5]. Vikterna redovisas i bilaga 1.

Periodanalys

Relativ överlevnad kan beräknas med olika metoder, såsom periodanalys och kohortanalys. Vid en periodanalys [6] används endast information från de händelser (dödsfall) som inträffar under den period som cancerpatienterna följs upp och det är denna metod som har använts för analyserna till denna rapport.

Vid en kohortanalys följs en grupp patienter, en kohort, under ett antal år från diagnosen. Patienter diagnosticerade under åren 2004–2009 kan i dag följas i upp till fem år, alltså till och med år 2009, för att beräkna den kumulativa femårsöverlevnaden med en kohortanalys. Fördelen med detta tillvägagångssätt är att överlevnaden beräknas för en väl definierad kohort av patienter, men nackdelen är att man måste vänta i fem år från diagnosen för att göra beräkningarna. I den här rapporten ingår flera mindre vanliga cancerformer, och med en kohortanalys hade det blivit nödvändigt att studera en längre period än 2004–2009 för att få stabila resultat på kön, åldersgrupper, län och socioekonomisk nivå. En nackdel med det är att patienter som fick sin diagnos längre tillbaka i tiden kanske har behandlats med metoder som inte längre används, och det kan delvis påverka resultaten på ett missvisande sätt.

Vid en periodanalys använder man endast händelser (dödsfall) som inträffar under uppföljningsperioden, och därför blir överlevnadssiffrorna mindre påverkade av äldre ingående data än vid en kohortanalys. Här ingår patienter som diagnosticerades under perioden 2000–2009 för att få ett tillräckligt stort material med någorlunda stabila överlevnadssiffror. Men av de inkluderade patienterna är det bara de som diagnosticerades under åren 2000–2004 som har bidragit med en uppföljning under fem år.

Figuren nedan visar en schematisk bild över de fyra perioder som används i denna rapport för att analysera den relativa överlevnaden och överdödligheten. Den heldragna rektangeln längst till höger visar den period som har använts för de huvudsakliga analyserna och de tre streckade rektanglarna visar de perioder som även har använts till att analysera förändringen över tid. I den huvudsakliga analysen används fortfarande, som i exemplet ovan, patienter diagnosticerade under åren 2000–2009. Men i beräkningarna används endast de händelser (i form av dödsfall) som inträffade under uppföljningsåren 2005–2009. De patienter som diagnosticerades 2000–2004 och som avled före 2005 påverkar därmed inte resultaten, vilket leder till mer uppdaterade resultat. De utvärderingar av metoderna som har gjorts [7, 8] visar att överlevnaden från periodanalyser kommer betydligt närmare den framtida faktiska överlevnaden än traditionella överlevnadsanalyser på kohorter. Resultaten i den huvudsakliga analysen av perioden 2005–2009 kan ses som en prognos av den framtida överlevnaden för de patienter som diagnosticerades under dessa år.

Periodanalyser introducerades i slutet av 1990-talet som en metod för att analysera canceröverlevnad, men tanken bakom denna metod är inte ny. Tillvägagångssättet används även för att beräkna förväntad återstående livslängd. Då räknar man samman överlevnaden för personer i olika åldrar under ett visst år för att skatta medellivslängden för en hypotetisk person som genomlever hela livet under ett och samma år.

Relativ överlevnad

Relativ överlevnad avspeglar överlevnaden bland cancerpatienterna vid avsaknad av andra dödsorsaker, eller med andra ord om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Den definieras som kvoten mellan den observerade överlevnaden för cancerpatienterna och den förväntade överlevnaden hos en cancerfri grupp av personer i den allmänna befolkning som patienterna tillhör. Utöver kön och ålder har jämförelsegrupperna stratifierats för län i de regionala analyserna och för utbildningsnivå när det gäller analyserna utifrån socioekonomisk grupp. För att beräkna den förväntade överlevnaden används ofta livslängdstabeller där även personer med cancer ingår, under antagandet att antalet avlidna i cancer är mycket få i förhållande till samtliga avlidna. Detta antagande stämmer väl överens med verkligheten utom i några enstaka fall. Äldre män med prostatacancer utgör till exempel cirka 6 procent av det totala antalet döda i åldergruppen 75–89 år.

För att beräkna relativ överlevnad utgår man från antalet patienter med en viss cancerdiagnos, men säkerheten i skattningen beror också på antalet händelser (dödsfall) som inträffar i förhållande till den tid som har förflutit sedan diagnostillfället. Det innebär till exempel att ettårsöverlevnaden generellt sett har betydligt snävare konfidensintervall än femårsöverlevnaden då fler patienter har avlidit.

I de figurer som redovisar relativ överlevnad finns en svart streckad linje markerad, en referensnivå. Den motsvarar den totala överlevnaden i riket för resultaten redovisade på regional nivå, och de konfidensintervall som helt ligger utanför referenslinjen skiljer sig så mycket från riksgenomsnittet att det troligen inte beror på en slumpvariation. För den socioekonomiska analysen visar referensnivån den socioekonomiska grupp som har den bästa överlevnaden, och grupper vars konfidensintervall helt ligger utanför referenslinjen antas då skilja sig mer från den bästa gruppen än vad som enbart beror på slumpen.

Uppföljningsår

Diagnosår	Uppföljningsår																								
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1985	1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20	20/21				
1986		1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20	20/21			
1987			1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20	20/21		
1988				1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20	20/21	
1989					1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20	20/21
1990						1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20
1991							1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19
1992								1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18
1993									1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
1994										1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
1995											1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15
1996												1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13	13/14
1997													1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12	12/13
1998														1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11	11/12
1999															1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10	10/11
2000																1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9	9/10
2001																	1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8	8/9
2002																		1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7	7/8
2003																			1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6	6/7
2004																				1	1/2	2/3	3/4	4/5	5/6
2005																					1	1/2	2/3	3/4	4/5
2006																						1	1/2	2/3	3/4
2007																							1	1/2	2/3
2008																								1	1/2
2009																									1

Schematisk bild över det datamaterial som använts vid den statistiska analysen. Heldragen rektangel indikerar det datamaterial som används för att analysera händelserna under perioden 2005-2009, streckad rektangel indikerar det datamaterial som används till de perioder som även används för att analysera utvecklingen över tid. Nummer i cellerna indikerar den uppföljningstid i år som finns för patienter som diagnosticerats under ett visst år.

Överdödlighet

Den observerade överdödligheten är skillnaden mellan dödligheten i en viss grupp (det vill säga antalet döda) och dödligheten i en jämförbar normalpopulation. Överdödligheten beräknas per cancerform, åldersgrupp, kön och uppföljningstid. Beräkningarna görs på data från periodanalysen och de presenteras både i absoluta antal och i antal per 100 personår.

Referensnivån för överdödligheten beräknas med en modell för relativ överlevnad [9], justerad för kön och ålder. Modellen använder data från de tre bästa länen per kön, respektive den högsta socioekonomiska gruppen, och kan på så sätt predicera den förväntade överdödligheten som vi har valt att kalla hypotetisk överdödlighet. Den observerade och den hypotetiska överdödligheten summeras för varje cancerform. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten blir ett mått på antalet potentiellt åtgärdbara dödsfall. Man ska dock komma ihåg att beräkningarna baseras på en statistisk modell och är bara en riktlinje för möjliga förbättringar. Beräkningarna på länsnivå är särskilt känsliga eftersom vissa län har få fall av vissa cancerformer och få dödsfall till följd av cancer, vilket ökar osäkerheten.

De 95-procentiga konfidensintervallen för den observerade överdödligheten samt skillnaden mellan den observerade och hypotetiska överdödligheten kommer från en Poissonfördelning. Konfidensintervallen är sannolikt konservativa, eller med andra ord för breda, men man kan ändå anta att de med 95 procents säkerhet täcker den sanna överdödligheten. Med den metoden går det inte att beräkna konfidensintervall när skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska dödligheten är negativ. Det är dock rimligt eftersom en negativ skillnad i realiteten bara inträffar när överdödligheten i de flesta län ligger mycket nära referensnivån.

Den högsta socioekonomiska gruppen har generellt lägre överdödlighet för alla cancerformer, och denna grupp är därför referens för alla beräkningar av överdödlighet utifrån socioekonomisk grupp. Referensnivån för län väljs för varje cancerform och kön eftersom överdödligheten i de här grupperna varierar. För att få ett tillräckligt stort datamaterial för en modellanpassning väljs de tre bästa länen, baserat på åldersstandardiserad relativ överlevnad vid två års uppföljning för pankreas- och lungcancer och vid fem års uppföljning för övriga cancerformer.

Referenser

1. Barlow, L., et al., *The completeness of the Swedish Cancer Register: a sample survey for year 1998*. Acta Oncol, 2009. **48**(1): p. 27-33.
2. Klint, A., M. Talback, and L. Holmberg, [*Cancer Registry reporting can be improved*]. Lakartidningen, 2009. **106**(11): p. 752-3.
3. Lundström H, H.Å., Qvist J, *Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. Perioden 1986-2003*, in *Demografiska rapporter*. 2004, Statistiska centralbyrån.
4. Anderson RN, R.H., *Age Standardization of Death rates: Implementation of the Year 2000 Standard*, in *National Vital Statistics Report*. 1998, National Center for Health Statistics: Maryland.
5. Corazziari, I., M. Quinn, and R. Capocaccia, *Standard cancer patient population for age standardising survival ratios*. Eur J Cancer, 2004. **40**(15): p. 2307-16.
6. Brenner, H., O. Gefeller, and T. Hakulinen, *Period analysis for 'up-to-date' cancer survival data: theory, empirical evaluation, computational realisation and applications*. Eur J Cancer, 2004. **40**(3): p. 326-35.
7. Brenner, H., B. Soderman, and T. Hakulinen, *Use of period analysis for providing more up-to-date estimates of long-term survival rates: empirical evaluation among 370,000 cancer patients in Finland*. Int J Epidemiol, 2002. **31**(2): p. 456-62.
8. Talback, M., M. Stenbeck, and M. Rosen, *Up-to-date long-term survival of cancer patients: an evaluation of period analysis on Swedish Cancer Registry data*. Eur J Cancer, 2004. **40**(9): p. 1361-72.
9. Dickman, P.W., et al., *Regression models for relative survival*. Stat Med, 2004. **23**(1): p. 51-64.

Resultat

1 Geografisk indelning

1.1 Samtliga cancerformer

Incidens

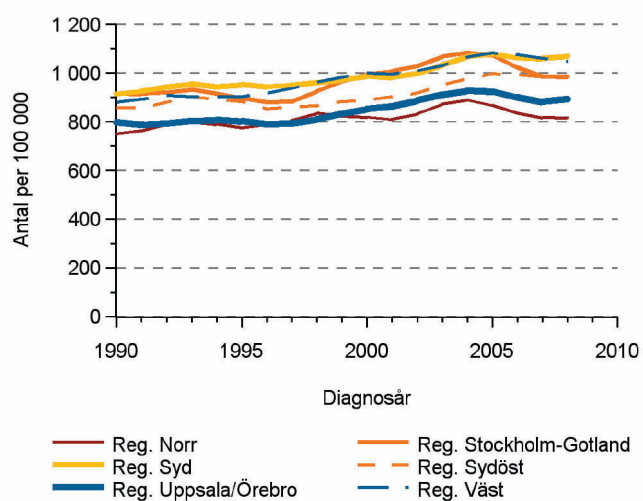
Cancerincidensen bland män har utvecklats på ett likartat sätt i samtliga regioner sedan 1990. Nivån var stabil till och med 1997 när incidensen började öka, med undantag för den sydöstra regionen där incidensökningen började något senare (figur 1.1.1). Efter 2004 började en nedåtgående men varierande trend i regionerna. Även den norra regionen skiljer sig något från de övriga med en lägre incidensökning sedan 1990. Region Norr och Region Uppsala/Örebro har en lägre incidens än de andra regionerna under hela den observerade perioden. Under perioden 2007–2009 var den åldersstandardiserade cancerincidensen bland män i åldern 30–89 år 971 fall per 100 000 invånare och det är stor spridning mellan länen; i Norrbotten och Västernorrland är incidensen knappt 780 per 100 000 medan flera av länen i södra Sverige har en incidens på över 1 000 per 100 000 (Blekinge, Halland, Kronoberg, Skåne och Västra Götaland, se tabell 1.1.1).

Incidentstrenden för kvinnor har sedan 1990 ökat långsamt men konstant i samtliga regioner (figur 1.1.1). Norra regionen samt Region Uppsala/Örebro ligger på en lägre nivå än övriga regioner även för kvinnor. Spridningen mellan regionerna har ökat över tid men är mindre än för männen, och det verkar finnas en nord-sydlig gradient i incidens även för kvinnor. Den åldersstandardiserade incidensen var 673 fall per 100 000 invånare i norra regionen att jämföra med 832 per 100 000 i södra regionen under perioden 2007–2009 (tabell 1.1.1). Flera av länen i norra regionen och i Region Uppsala/Örebro (Dalarna, Gävleborg, Jämtland, Norrbotten, Västernorrland och Västmanland) har en incidens på under 700 per 100 000 invånare. Och de högsta incidenserna återfinns i södra Sverige där Blekinge, Halland, Kalmar, Kronoberg och Skåne har en incidens på över 800 per 100 000 invånare. Den sammantagna cancerincidensen i riket var 761 per 100 000 invånare under samma period.

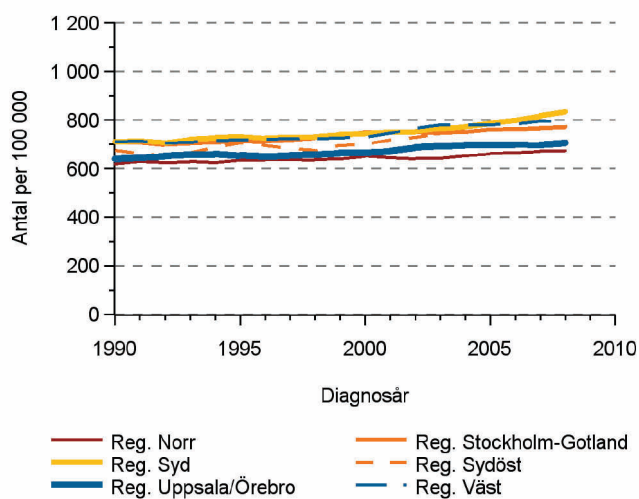
Cancerförekomsten ökar kraftigt med stigande ålder. I åldersgruppen 30–49 år är incidensen högre bland kvinnor än bland män: 232 fall jämfört med 108 per 100 000 invånare (tabell 1.1.1.1 och tabell 1.1.1.2 i Tabellbilaga). I åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år observeras det omvända; incidensen bland män är 1 200 respektive 3 114 fall per 100 000 invånare och bland kvinnor är den 978 respektive 1 818 fall per 100 000 invånare.

Figur 1.1.1 Incidenstrend för samtliga cancerformer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 1.1.1 Incidens av samtliga cancerformer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

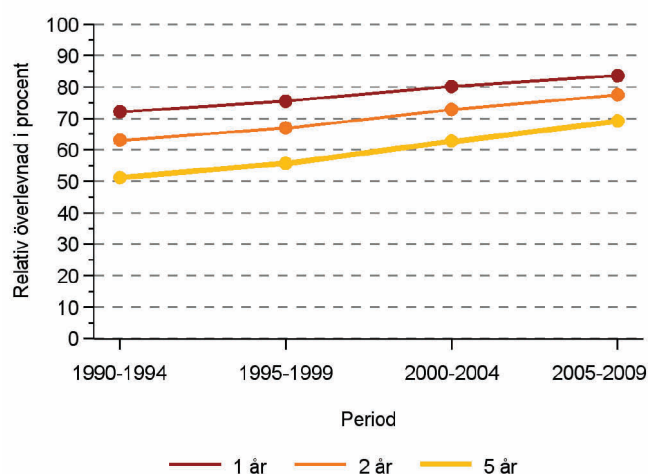
Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	971,0	(958,9 - 983,3)	760,5	(750,6 - 770,6)
Blekinge	1 019,8	(932,2 - 1 112,9)	812,5	(737,1 - 893,1)
Dalarna	889,1	(827,8 - 953,5)	677,6	(626,9 - 731,2)
Gotland	909,3	(774,1 - 1 060,1)	712,2	(600,1 - 838,1)
Gävleborg	843,3	(783,4 - 906,3)	655,6	(605,7 - 708,4)
Halland	1 089,1	(1 019,9 - 1 161,5)	826,8	(770,2 - 886,2)
Jämtland	819,1	(733,7 - 911,2)	691,4	(615,9 - 773,0)
Jönköping	960,7	(899,8 - 1 024,4)	731,4	(681,7 - 783,7)
Kalmar	974,8	(906,0 - 1 047,2)	817,6	(756,7 - 881,7)
Kronoberg	1 159,1	(1 070,8 - 1 252,3)	814,8	(743,9 - 890,3)
Norrbottnen	771,1	(710,6 - 835,0)	618,8	(567,7 - 673,0)
Skåne	1 056,0	(1 021,1 - 1 091,7)	839,9	(811,0 - 869,4)
Stockholm	988,0	(958,5 - 1 018,1)	773,8	(750,8 - 797,3)
Södermanland	909,3	(844,3 - 977,8)	723,2	(669,0 - 780,4)
Uppsala	801,5	(741,2 - 865,3)	717,8	(665,0 - 773,5)
Värmland	882,5	(821,2 - 946,9)	734,3	(681,4 - 789,9)
Västerbotten	899,6	(832,4 - 970,4)	749,6	(691,8 - 810,6)
Västernorrland	776,0	(715,5 - 839,8)	643,6	(591,2 - 699,2)
Västmanland	970,6	(900,8 - 1 044,0)	676,7	(622,1 - 734,5)
Västra Götaland	1 036,6	(1 006,0 - 1 067,8)	785,8	(761,1 - 811,0)
Örebro	948,4	(882,2 - 1 017,9)	750,9	(695,6 - 809,2)
Östergötland	996,7	(940,5 - 1 055,2)	771,0	(724,9 - 819,1)
Reg. Norr	814,7	(781,0 - 849,4)	672,5	(643,4 - 702,4)
Reg. Stockholm-Gotland	985,2	(956,3 - 1 014,6)	771,5	(748,9 - 794,5)
Reg. Syd	1 069,0	(1 040,9 - 1 097,5)	832,4	(809,3 - 856,0)
Reg. Sydöst	978,9	(943,2 - 1 015,6)	769,9	(740,1 - 800,6)
Reg. Uppsala/Örebro	891,1	(866,9 - 915,9)	705,0	(684,8 - 725,7)
Reg. Väst	1 045,5	(1 017,5 - 1 074,1)	792,7	(770,0 - 815,8)

Relativ överlevnad och överdödlighet

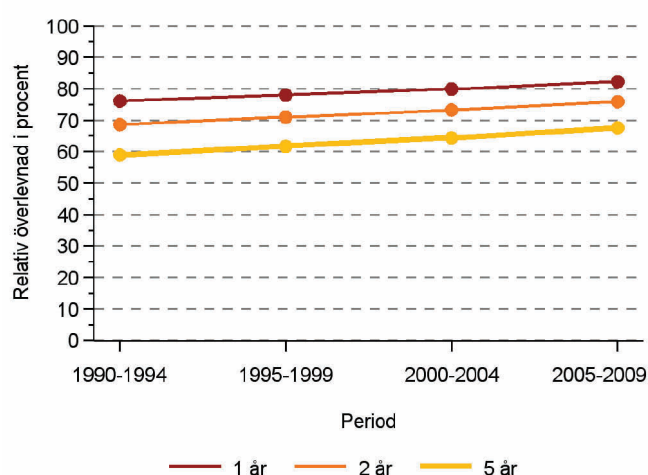
Den relativa överlevnaden bland cancerpatienter har ökat sedan början av 1990-talet och ökningen har varit större för män än för kvinnor (figur 1.1.2). Den relativa ettårsöverlevnaden ökade med cirka 10 procentenheter för männen under den observerade perioden och med cirka 5 procentenheter för kvinnorna. Under perioden 2005–2009 var den relativa ettårsöverlevnaden 83,6 procent för män och 82,3 procent för kvinnor (figur 1.1.3a). Den relativa femårsöverlevnaden bland män med cancer har ökat från drygt 50 procent under perioden 1990–1994 till knappt 70 procent under perioden 2005–2009 (figur 1.1.3b). För kvinnor har ökningen varit under 10 procentenheter, från cirka 60 till 68 procent.

Figur 1.1.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Den regionala spridningen varierar på ett icke slumpmässigt sätt för både män och kvinnor samt för både ettårs- och femårsöverlevnaden bland cancerpatienter under perioden 2005–2009. Det är framför allt Region Uppsala/Örebro och Region Norr som avviker med sämre utfall än riksgenomsnittet, vilket återspeglas av överlevnaden i några få län (figur 1.1.3a och 1.1.3b). Dessa skillnader kan även ses i många tumörgrupper, men inte särskilt tydligt eftersom observationerna är för få.

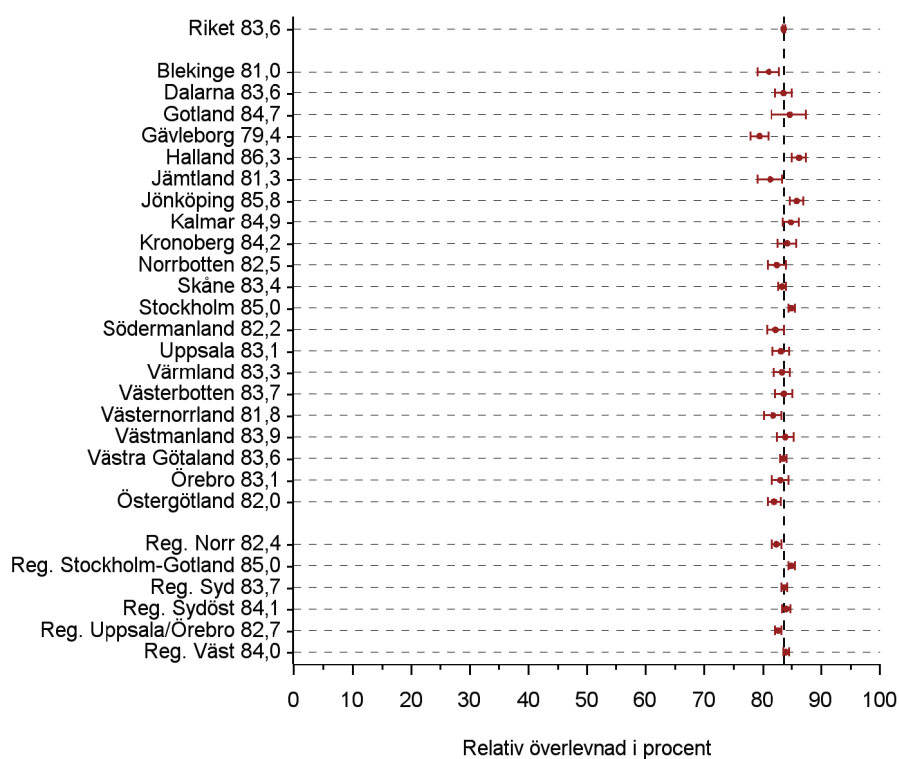
Med uttrycket överdödlighet bland cancerpatienter avses den dödlighet som gruppen patienter har utöver den förväntade dödligheten i befolkningen. Den observerade överdödligheten bland cancerpatienter är 3 505 män och 3 218 kvinnor ett år efter diagnosen, och 6 515 män och 5 902 kvinnor efter fem år (tabell 1.1.2). Här beräknas även den hypotetiska överdödligheten, det vill säga överdödligheten förutsatt att alla län har samma dödlighet som de tre länen med den lägsta överdödligheten (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Då skulle den observerade överdödligheten kunna vara 3 028 män och 2 873 kvinnor. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten (det vill säga om alla län kunde uppnå samma resultat som de bästa länen) kan tolkas som ett antal förtida dödsfall som potentiellt kunde ha åtgärdats. Denna skillnad uppgår till 447 män och 345 kvinnor ett år efter diagnosen, och 947 män och 485 kvinnor efter fem år.

Tabell 1.1.2 Överdödlighet bland cancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

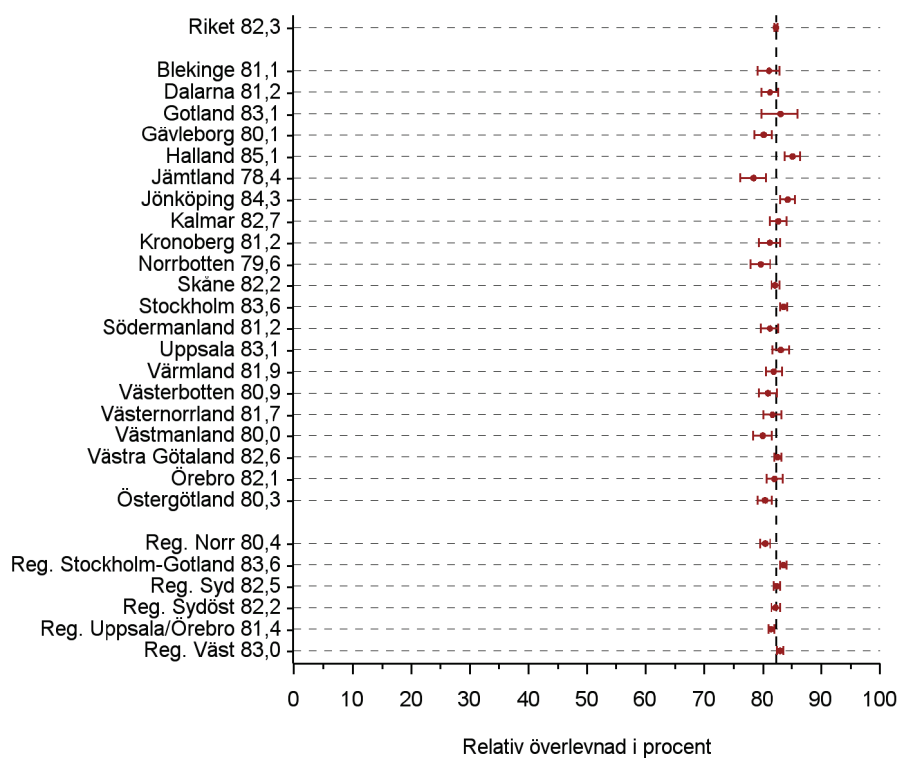
	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
<i>Observerad</i>	2 352	3 505	6 515	2 212	3 218	5 902
<i>Hypotetisk</i>	2 042	3 028	5 569	1 957	2 873	5 418
<i>Skillnad</i>	310	477	947	255	345	485
<i>---- Nedre konfidensgräns</i>	277	435	888	225	310	443
<i>---- Övre konfidensgräns</i>	347	522	1 009	289	384	530

Figur 1.1.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

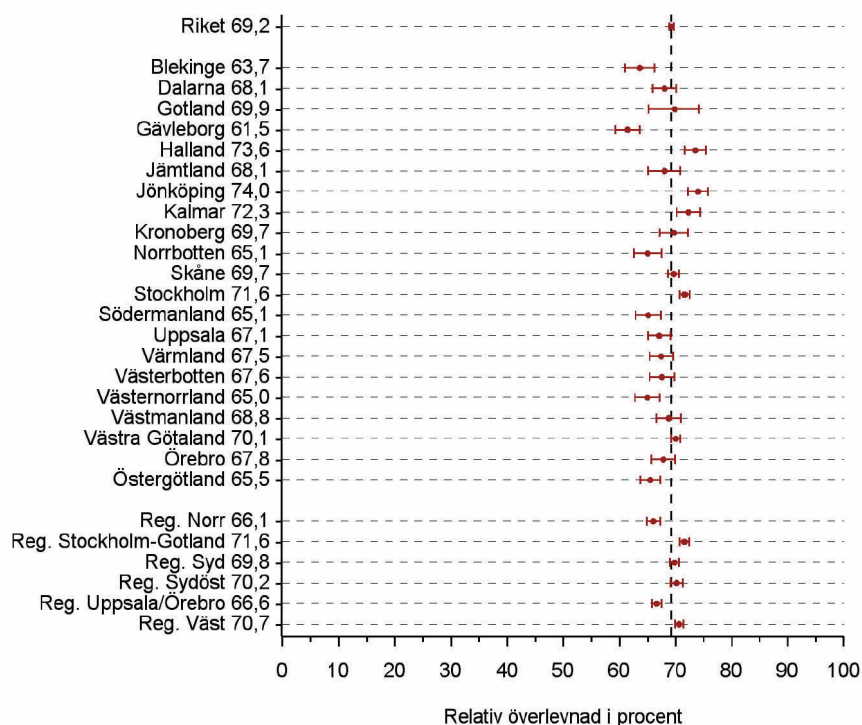


Kvinnor

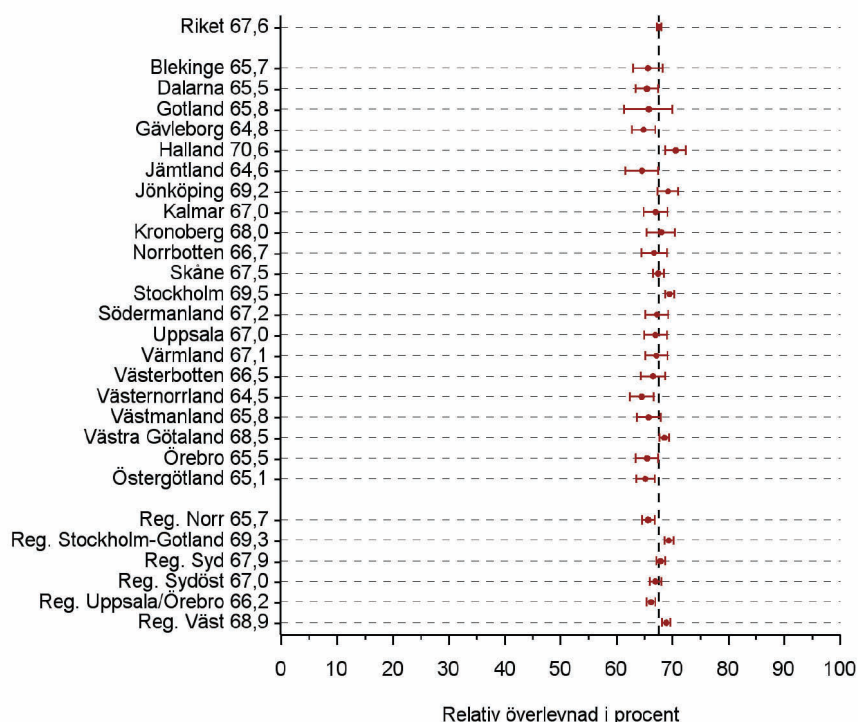


Figur 1.1.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer med 95% konfidenstervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män



Kvinnor



1.2 Bröstcancer

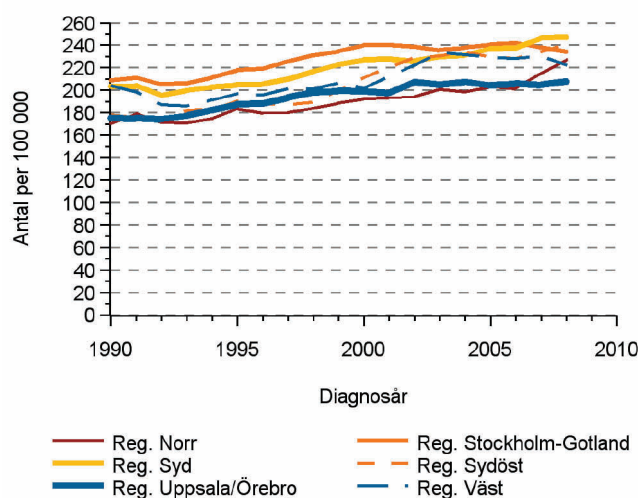
Incidens

Den åldersstandardiserade incidensen av kvinnlig bröstcancer har ökat sedan 1990 och har utvecklats på ett likartat sätt i samtliga regioner (figur 1.2.1). Norra regionen och Uppsala/Örebro har något lägre incidens av bröstcancer än de andra regionerna under hela den observerade perioden, ända till 2006 då incidensen i Region Norr hade ökat till en nivå som var jämförbar med de övriga regionerna. Under den senaste observerade perioden, 2007–2009, var incidensen 229 fall per 100 000 kvinnor i åldern 30–89 år. Region Uppsala/Örebro har den lägsta incidensen med 208 fall, och den högsta incidensen återfinns i Region Syd med 247 per 100 000 kvinnor (tabell 1.2.1). I vissa regioner finns en påtaglig variation mellan länen.

Förekomsten av bröstcancer ökar generellt med stigande ålder. För hela riket sammantaget är incidensen i åldern 30–49 år 103 fall per 100 000 kvinnor och motsvarande i åldrarna 50–74 år och 75–89 år är 320 respektive 347 fall per 100 000 kvinnor (tabell 1.2.1.1 i Tabellbilaga).

Figur 1.2.1 Incidenstrend för bröstcancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Kvinnor



Tabell 1.2.1 Incidens av bröstcancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

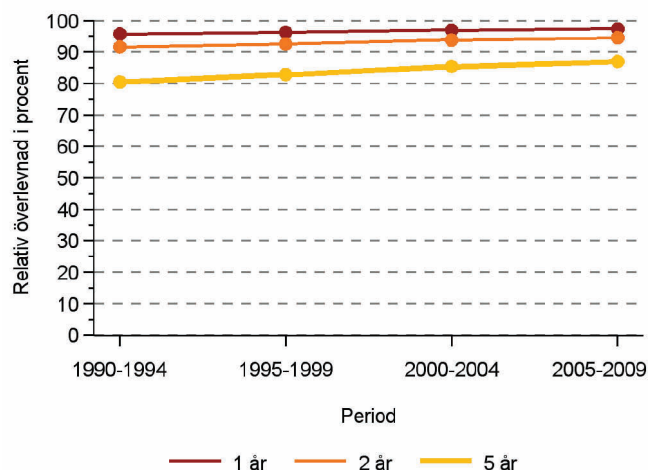
Region/Län	Kvinnor	
	Inc	(95% KI)
Riket	228,5	(223,1 - 234,1)
Blekinge	240,2	(199,6 - 286,3)
Dalarna	197,8	(170,5 - 227,9)
Gotland	183,7	(129,0 - 252,6)
Gävleborg	184,1	(157,9 - 213,2)
Halland	229,0	(199,6 - 261,3)
Jämtland	236,2	(193,0 - 285,7)
Jönköping	223,3	(195,9 - 253,2)
Kalmar	285,1	(249,3 - 324,3)
Kronoberg	246,9	(208,5 - 290,1)
Norrbottn	176,3	(149,4 - 206,4)
Skåne	252,8	(237,0 - 269,3)
Stockholm	236,3	(223,7 - 249,3)
Södermanland	215,2	(185,9 - 247,6)
Uppsala	220,0	(191,4 - 251,5)
Värmland	207,1	(178,9 - 238,1)
Västerbotten	266,8	(232,6 - 304,3)
Västernorrland	235,0	(203,2 - 270,0)
Västmanland	209,0	(179,1 - 242,2)
Västra Götaland	221,0	(208,0 - 234,7)
Örebro	222,5	(192,7 - 255,3)
Östergötland	227,6	(202,6 - 254,8)
Reg. Norr	227,1	(210,2 - 245,0)
Reg. Stockholm-Gotland	234,3	(222,0 - 247,0)
Reg. Syd	247,2	(234,6 - 260,3)
Reg. Sydöst	240,9	(224,1 - 258,5)
Reg. Uppsala/Örebro	207,7	(196,7 - 219,2)
Reg. Väst	222,4	(210,4 - 234,9)

Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden vid bröstcancer är hög och var det under hela den observerade perioden, och den åldersstandardiserade ett- och tvåårsöverlevnaden har ökat marginellt (figur 1.2.2). Den relativa femårsöverlevnaden var cirka 80 procent under perioden 1990–1994 och har ökat till 87 procent under perioden 2005–2009. Vid en jämförelse av överlevnaden på regional nivå noteras inga skillnader, med en ettårsöverlevnad på mellan 97,0 och 97,7 procent (tabell 1.2.2.1 i Tabellbilaga) och en femårsöverlevnad som varierar mellan 85,9 och 88,3 procent (figur 1.2.3a). Motsvarande jämförelse mellan länen visar en något större spridning efter ett år med en relativ överlevnad på mellan 94 och 98 procent i de flesta län (94,3–98,2; tabell 1.2.2.1 i Tabellbilaga). Efter fem år finns en icke statistiskt säkerställd variation i länens resultat på 82–90 procent.

Figur 1.2.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990–2009. Patienter i åldern 30–89 år vid diagnos.

Kvinnor



Den relativa ett- och femårsöverlevnaden ligger på samma nivå i åldersgrupperna 30–49 år och 50–74 år: cirka 99 procent respektive 91 procent (tabell 1.2.2.2 och tabell 1.2.2.3. i Tabellbilaga). Överlevnaden bland kvinnor med bröstcancer i åldern 75–89 år är dock lägre: den relativa ett- respektive femårsöverlevnaden är 94 respektive 76 procent.

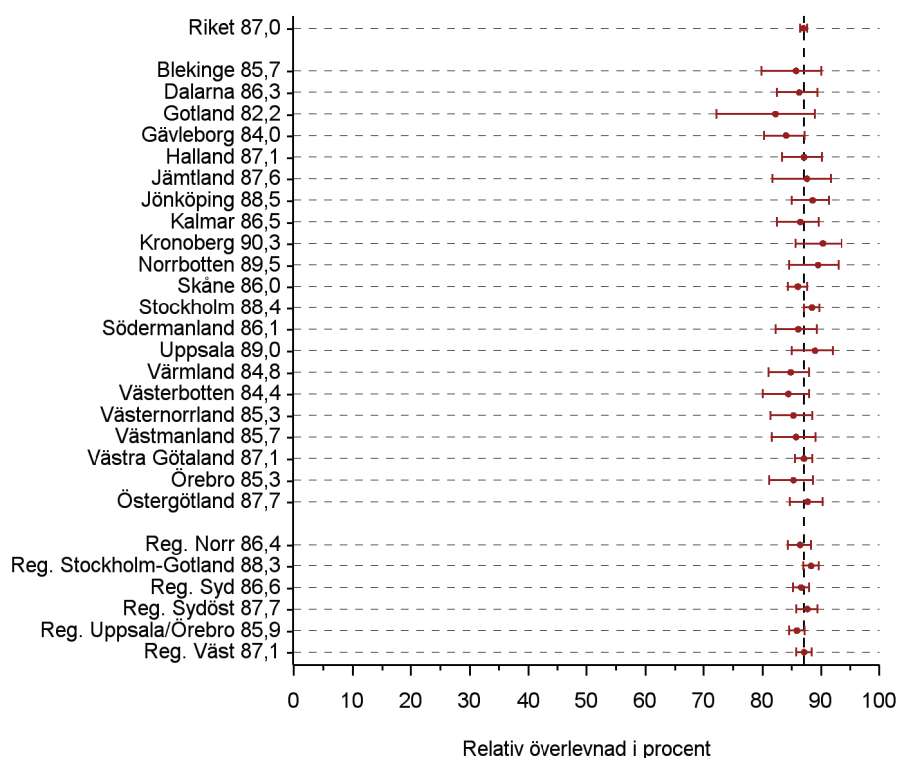
Överdödligheten, det vill säga dödligheten i patientgruppen utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är låg och i princip konstant över tid efter diagnosen, med undantag för en något högre dödlighet under de första sex månaderna (figur 1.2.4). Överdödligheten bland bröstcancerpatienter är runt 2 per 100 personår under fem år efter diagnosen i riket sammantaget och det finns väldigt små skillnader mellan regioner och län (tabell 1.2.2).

Denna observerade överdödlighet i jämförelse med den förväntade dödligheten i befolkningen motsvarar sammantaget 726 dödsfall efter fem års uppföljning (tabell 1.2.3). Den hypotetiska överdödligheten gäller överdödligheten förutsatt att alla län har samma dödlighet som de tre länen med den lägsta överdödligheten (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percenti-

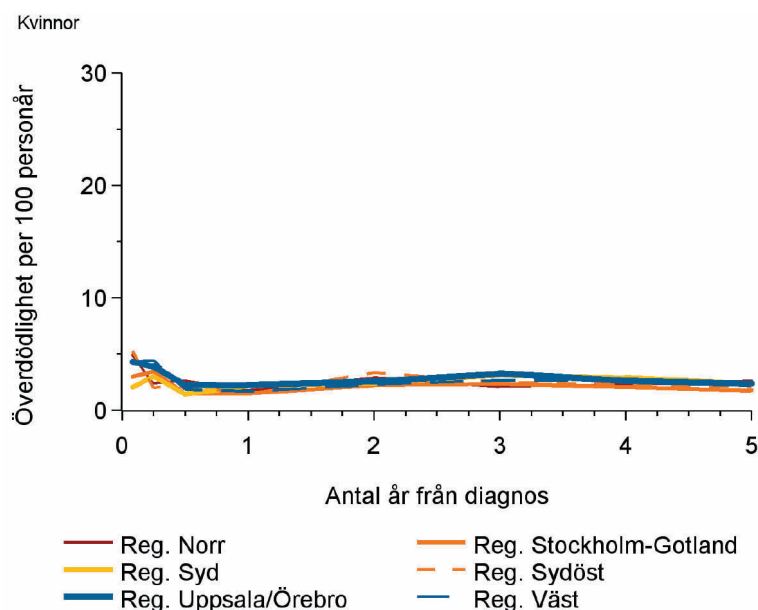
len). Den uppskattas här till 612 dödsfall. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten (det vill säga om alla län kunde uppnå samma resultat som de bästa länen) ska tolkas som ett antal förtida dödsfall som potentiellt kunde ha åtgärdats. Bland patienter med bröstcancer är den 115 kvinnor efter fem års uppföljning. Figur 1.2.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.2.3a Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

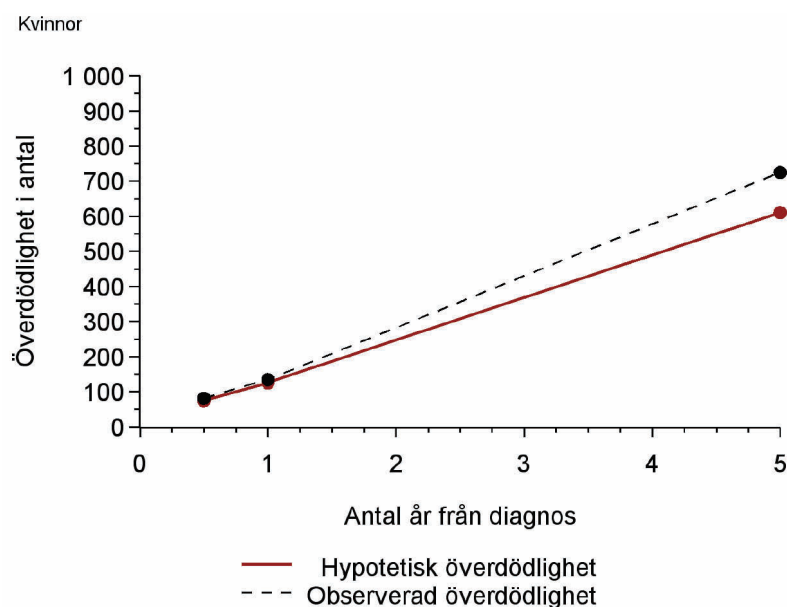
Kvinnor



Figur 1.2.4 Överdödlighet bland patienter med bröstcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per region och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Figur 1.2.5 Överdödlighet bland patienter med bröstcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.



Tabell 1.2.2 Överdödlighet bland patienter med bröstcancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	31 541	1,9	(0,2 - 7,1)	33 279	1,8	(0,2 - 6,9)	29 973	2,2	(0,3 - 7,6)
Blekinge	515	1,7	(0,2 - 6,7)	548	2,2	(0,3 - 7,5)	501	2,4	(0,4 - 7,8)
Dalarna	934	1,2	(0,0 - 5,9)	973	3,1	(0,7 - 8,9)	885	2,4	(0,4 - 7,9)
Gotland	182	2,8	(0,5 - 8,4)	195	0,5	(0,0 - 4,7)	208	-0,7	.
Gävleborg	958	0,7	(0,0 - 5,0)	1 016	3,4	(0,8 - 9,4)	921	3,1	(0,7 - 9,0)
Halland	1 048	0,7	(0,0 - 5,0)	1 110	2,8	(0,5 - 8,4)	978	0,9	(0,0 - 5,4)
Jämtland	455	2,8	(0,5 - 8,4)	482	1,0	(0,0 - 5,7)	396	2,5	(0,4 - 7,9)
Jönköping	1 074	1,4	(0,1 - 6,3)	1 140	2,7	(0,5 - 8,4)	1 126	2,3	(0,3 - 7,7)
Kalmar	932	4,2	(1,2 - 10,5)	1 003	-0,7	.	782	1,8	(0,2 - 6,9)
Kronoberg	610	-0,3	.	652	3,2	(0,7 - 9,0)	596	1,6	(0,1 - 6,5)
Norrbottn	752	1,1	(0,0 - 5,8)	797	0,9	(0,0 - 5,4)	769	2,4	(0,4 - 7,8)
Skåne	4 312	1,8	(0,2 - 6,9)	4 542	1,9	(0,2 - 7,0)	3 936	2,9	(0,6 - 8,6)
Stockholm	6 757	1,4	(0,1 - 6,3)	7 107	1,5	(0,1 - 6,4)	6 427	1,8	(0,2 - 7,0)
Södermanland	973	3,9	(1,0 - 10,1)	1 009	3,0	(0,6 - 8,8)	965	1,3	(0,1 - 6,1)
Uppsala	1 035	3,8	(1,0 - 9,9)	1 098	1,4	(0,1 - 6,2)	930	2,3	(0,3 - 7,7)
Värmland	914	0,8	(0,0 - 5,2)	957	2,3	(0,3 - 7,7)	838	2,1	(0,3 - 7,5)
Västerbotten	845	2,7	(0,5 - 8,3)	910	1,0	(0,0 - 5,5)	711	3,0	(0,6 - 8,8)
Västernorrland	918	3,6	(0,9 - 9,7)	959	3,5	(0,8 - 9,5)	921	2,7	(0,5 - 8,2)
Västmanland	876	3,5	(0,8 - 9,5)	912	1,2	(0,1 - 6,0)	802	3,6	(0,9 - 9,6)
Västra Götaland	5 145	2,1	(0,3 - 7,4)	5 466	1,4	(0,1 - 6,3)	4 938	2,5	(0,4 - 8,0)
Örebro	940	1,7	(0,2 - 6,8)	964	1,2	(0,1 - 5,9)	799	1,9	(0,2 - 7,0)
Östergötland	1 366	1,3	(0,1 - 6,1)	1 439	1,8	(0,2 - 7,0)	1 544	2,1	(0,3 - 7,3)
Reg. Norr	2 970	2,6	(0,4 - 8,1)	3 148	1,7	(0,2 - 6,8)	2 797	2,6	(0,5 - 8,2)
Reg. Stockholm-Gotland	6 939	1,4	(0,1 - 6,3)	7 302	1,5	(0,1 - 6,4)	6 635	1,8	(0,2 - 6,8)
Reg. Sydöst	3 372	2,1	(0,3 - 7,4)	3 582	1,4	(0,1 - 6,3)	3 452	2,1	(0,3 - 7,3)
Reg. Syd	6 485	1,4	(0,1 - 6,3)	6 852	2,2	(0,3 - 7,5)	6 011	2,4	(0,4 - 7,8)
Reg. Väst	6 193	1,8	(0,2 - 7,0)	6 576	1,7	(0,1 - 6,7)	5 916	2,2	(0,3 - 7,6)
Reg. Uppsala/Örebro	6 630	2,2	(0,3 - 7,6)	6 929	2,2	(0,3 - 7,6)	6 140	2,4	(0,4 - 7,8)

Tabell 1.2.3 Överdödlighet bland patienter med bröstcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	82	135	726
Hypotetisk	75	126	612
Skillnad	7	10	115
---- Nedre konfidensgräns	3	5	95
---- Övre konfidensgräns	15	18	138

1.3 Bukspottkörtelcancer

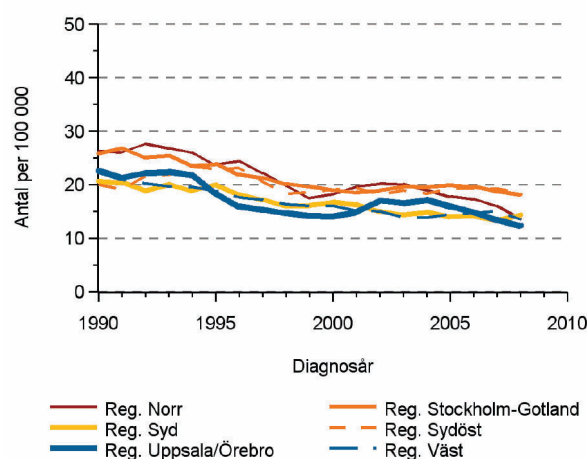
Incidens

Incidensen av bukspottkörtelcancer i Sverige har minskat sedan 1990 för både män och kvinnor och trenden är likartad i samtliga regioner (figur 1.3.1). Under perioden 2007–2009 var den åldersstandardiserade incidensen 14,9 fall per 100 000 invånare bland män i åldern 30–89 (tabell 1.3.1). Motsvarande incidens för kvinnor var något lägre, 13,9 per 100 000. Det finns en tendens till regionala skillnader i förekomst av bukspottkörtelcancer; för män varierar den mellan 12,3 och 18,6 fall per 100 000 invånare och för kvinnor mellan 11,6 och 16,1 per 100 000.

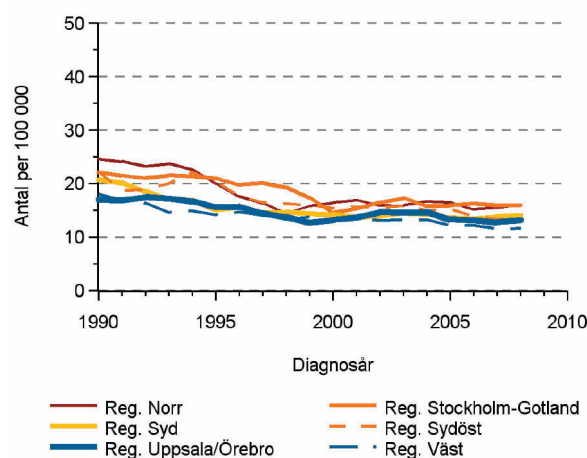
Cancer i bukspottkörteln är mycket ovanligt i åldern 30–49 år, och incidensen är cirka 1 per 100 000 för både män och kvinnor (tabell 1.3.1.1 och tabell 1.3.1.2 i Tabellbilaga). Förekomsten ökar dock med stigande ålder och är cirka 20 per 100 000 invånare i åldern 50–74 år och cirka 40 per 100 000 i åldern 75–89 år, oavsett kön.

Figur 1.3.1 Incidenstrend för bukspottkörtelcancer per region, 1990–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 1.3.1 Incidens av bukspottkörtelcancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

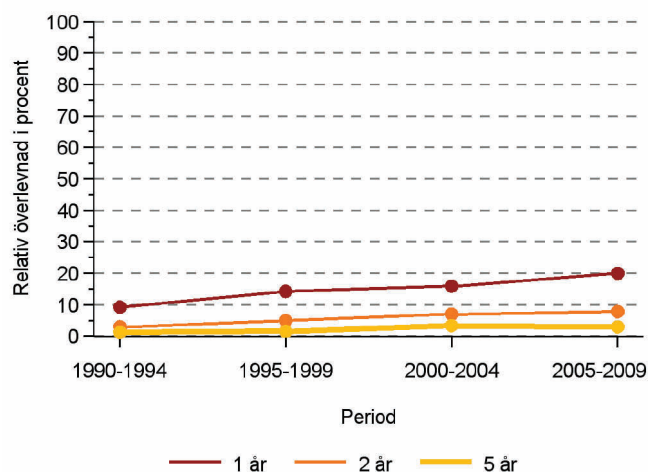
Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	14,9	(13,4 - 16,4)	13,9	(12,6 - 15,3)
Blekinge	10,7	(4,1 - 22,5)	11,6	(4,7 - 23,6)
Dalarna	7,6	(3,2 - 15,0)	11,8	(6,3 - 20,1)
Gotland	8,6	(0,9 - 32,3)	17,0	(4,5 - 43,4)
Gävleborg	18,5	(10,8 - 29,3)	12,0	(6,2 - 20,7)
Halland	12,1	(6,0 - 21,5)	11,1	(5,6 - 19,5)
Jämtland	13,4	(5,1 - 28,1)	17,0	(7,5 - 32,5)
Jönköping	18,9	(11,4 - 29,3)	13,3	(7,6 - 21,5)
Kalmar	17,8	(9,9 - 29,3)	16,1	(9,1 - 26,3)
Kronoberg	15,4	(7,2 - 28,6)	18,9	(9,8 - 32,5)
Norrbottn	10,3	(4,8 - 19,2)	16,1	(9,0 - 26,3)
Skåne	15,2	(11,4 - 20,0)	14,3	(10,8 - 18,5)
Stockholm	18,6	(14,7 - 23,0)	15,9	(12,8 - 19,6)
Södermanland	16,8	(9,2 - 27,8)	11,5	(5,8 - 20,1)
Uppsala	11,8	(5,7 - 21,4)	16,8	(9,7 - 26,7)
Värmland	11,0	(5,5 - 19,6)	14,9	(8,5 - 24,1)
Västerbotten	17,5	(9,6 - 29,0)	18,4	(10,7 - 29,2)
Västernorrland	13,6	(6,9 - 23,8)	13,3	(7,1 - 22,5)
Västmanland	11,1	(5,0 - 21,2)	13,6	(7,1 - 23,4)
Västra Götaland	13,7	(10,5 - 17,6)	11,7	(8,9 - 15,0)
Örebro	9,7	(4,3 - 18,5)	12,0	(6,2 - 20,8)
Östergötland	18,9	(12,1 - 28,0)	11,3	(6,5 - 17,9)
Reg. Norr	13,7	(9,8 - 18,5)	16,1	(12,0 - 21,0)
Reg. Stockholm-Gotland	18,2	(14,5 - 22,5)	15,9	(12,8 - 19,5)
Reg. Syd	14,3	(11,3 - 17,9)	14,0	(11,2 - 17,3)
Reg. Sydöst	18,6	(14,0 - 24,0)	13,2	(9,7 - 17,5)
Reg. Uppsala/Örebro	12,3	(9,7 - 15,4)	13,1	(10,5 - 16,1)
Reg. Väst	13,4	(10,5 - 16,9)	11,6	(9,0 - 14,6)

Relativ överlevnad och överdödlighet

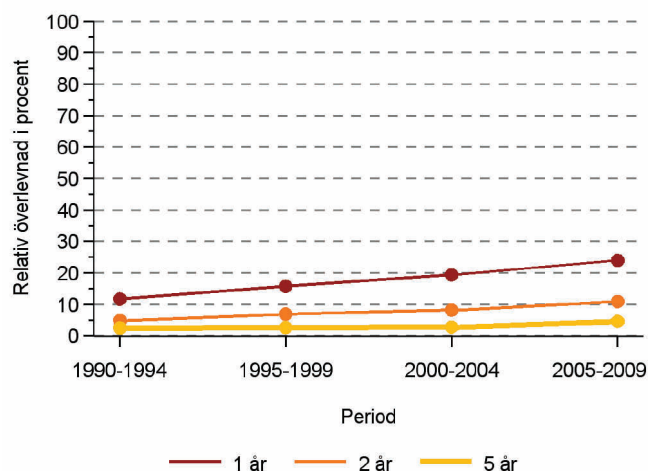
Den relativa överlevnaden vid cancer i bukspottkörteln är låg; efter ett års uppföljning är den 24 procent för kvinnor och 20 procent för män (figur 1.3.3a). Sedan perioden 1990–1994 har dock ettårsöverlevnaden ökat med drygt 10 procentenheter för både män och kvinnor, och ökningen gäller i viss mån även tvåårsöverlevnaden (figur 1.3.2). Det finns dock stora variationer mellan län och regioner, både för män och för kvinnor, som inte enbart kan förklaras av slumpen (figur 1.3.3a). Ettårsöverlevnaden för män med bukspottkörtelcancer på regional nivå varierar mellan 16,1 och 23,4 procent. Motsvarande för kvinnor är mellan 20,8 och 29,9 procent. Den relativa tvåårsöverlevnaden är 7,8 procent för män och 10,9 för kvinnor (figur 1.3.3b). På regional nivå är variationen mindre än på länsnivå.

Figur 1.3.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid bukspottkörtelcancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



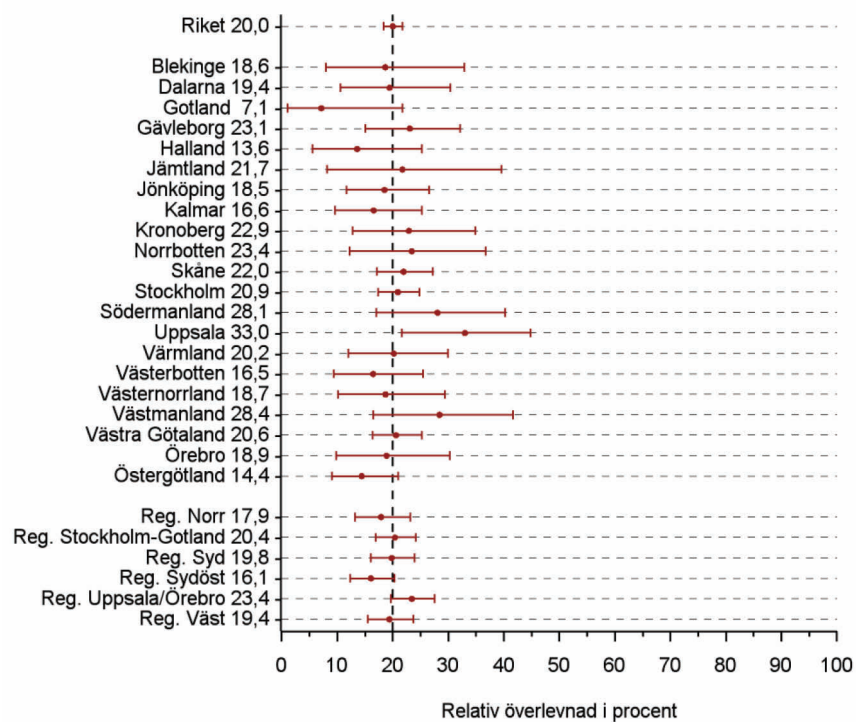
Överlevnaden vid bukspottkörtelcancer sjunker ju äldre patienterna är när de får sin diagnos. Den relativa ettårsöverlevnaden är 37,8 respektive 50,0 procent för män respektive kvinnor i åldern 30–49 år, och motsvarande i åldern 50–74 år är 22,8 respektive 26,9 procent (tabell 1.3.2.3 och tabell 1.3.2.4 i Tabellbilaga). I åldersgruppen 75–89 år finns det ingen skillnad mellan män och kvinnor, och den relativa ettårsöverlevnaden är drygt 10 procent.

Överdödligheten bland patienter med cancer i bukspottkörteln, det vill säga dödligheten bland patienterna utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är hög under de första månaderna efter diagnosen. Därefter minskar den kontinuerligt i alla regioner (figur 1.3.4). Sex månader efter diagnosen är den sammantagna överdödligheten 143 per 100 personår i hela landet för män och något längre bland kvinnor, 131 per 100 personår (tabell 1.3.2 och tabell 1.3.3). Det är stor variation mellan länen för både män och kvinnor men på regional nivå är skillnaden mindre: mellan 129 och 171 dödsfall per 100 personår för män. Överdödligheten efter sex månader är lägre bland kvinnor i södra regionen än i de övriga: 93 per 100 personår, vilket kan jämföras med 125–148 dödsfall per 100 personår. I många län är det få observationer som ligger till grund för beräkningarna, vilket ökar osäkerheten och gör det svårare att tolka resultaten.

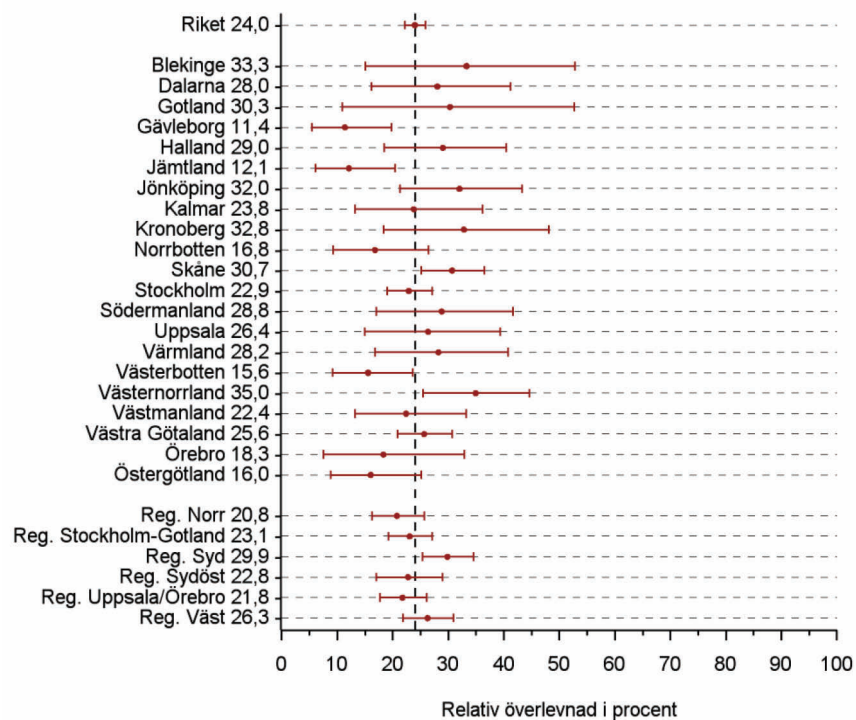
Dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen bland patienter med cancer i bukspottkörteln uppgår till 234 män och 222 kvinnor efter sex månader (Tabell 1.3.4). Det hypotetiska antalet efter sex månader, det vill säga överdödligheten förutsatt att samtliga grupper hade haft samma dödlighet som de tre bästa länen (vilket i det närmast motsvara den 90:e percentilen), är 180 män och 215 kvinnor. Skillnaden mellan dessa värden är det antal förtida dödsfall som potentiellt skulle ha kunnat åtgärdas (det vill säga om alla län kunde uppnå samma resultat som de bästa länen). När det gäller patienter med bukspottkörtelcancer gäller det 55 män och 8 kvinnor. Efter ett år är det 64 potentiellt åtgärdbara förtida dödsfall bland män och 32 bland kvinnor. Figur 1.3.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.3.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid bukspottkörtelcancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet

Män

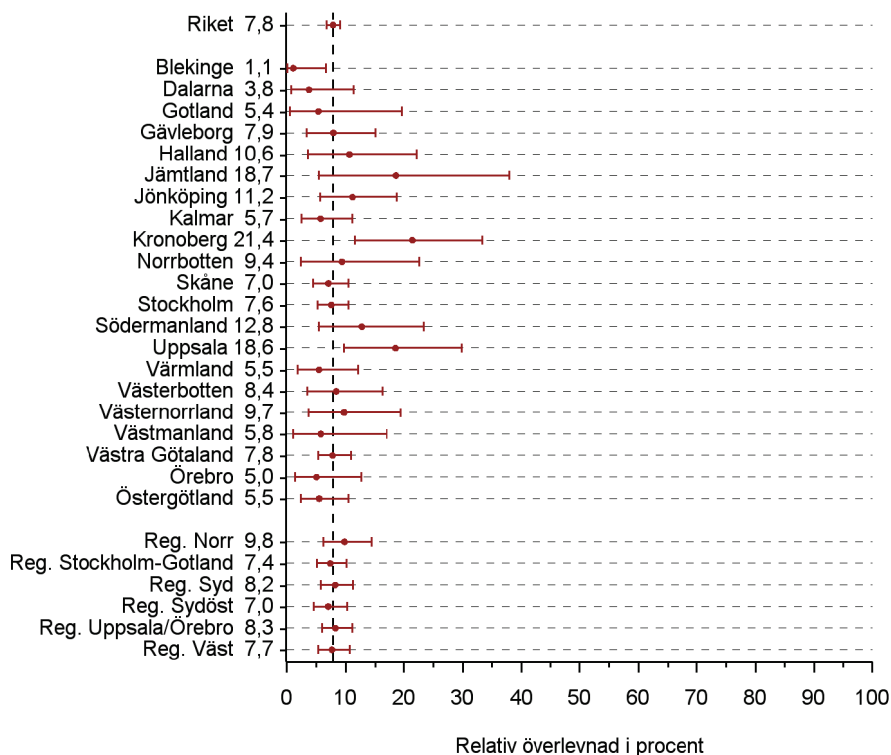


Kvinnor

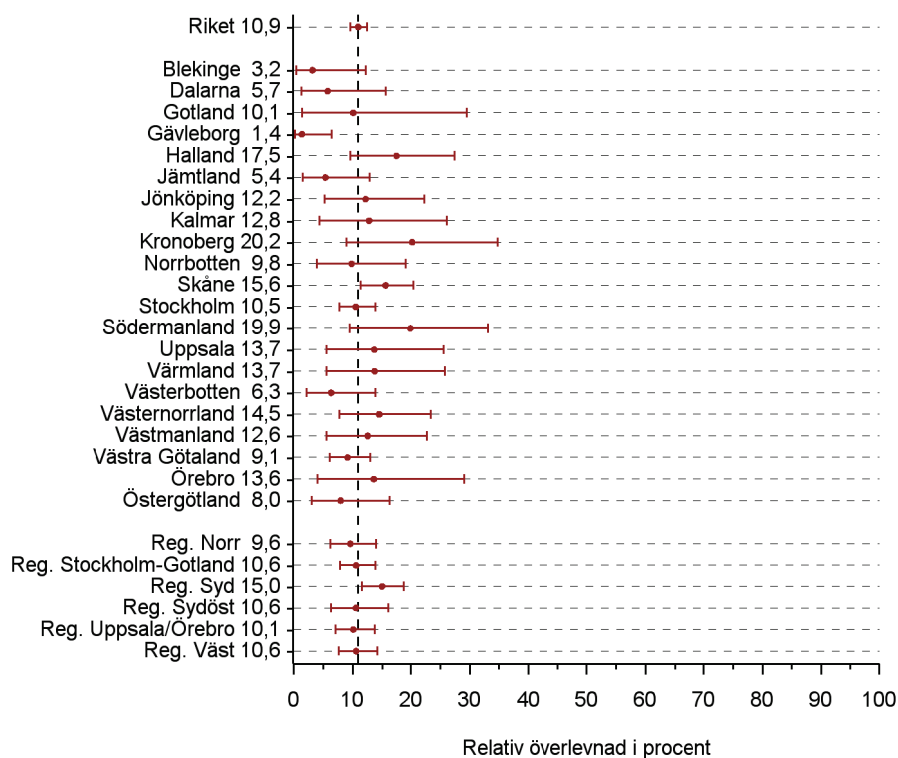


Figur 1.3.3b Relativ 2-årsöverlevnad vid bukspottkörtelcancer med 95% konfidsensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

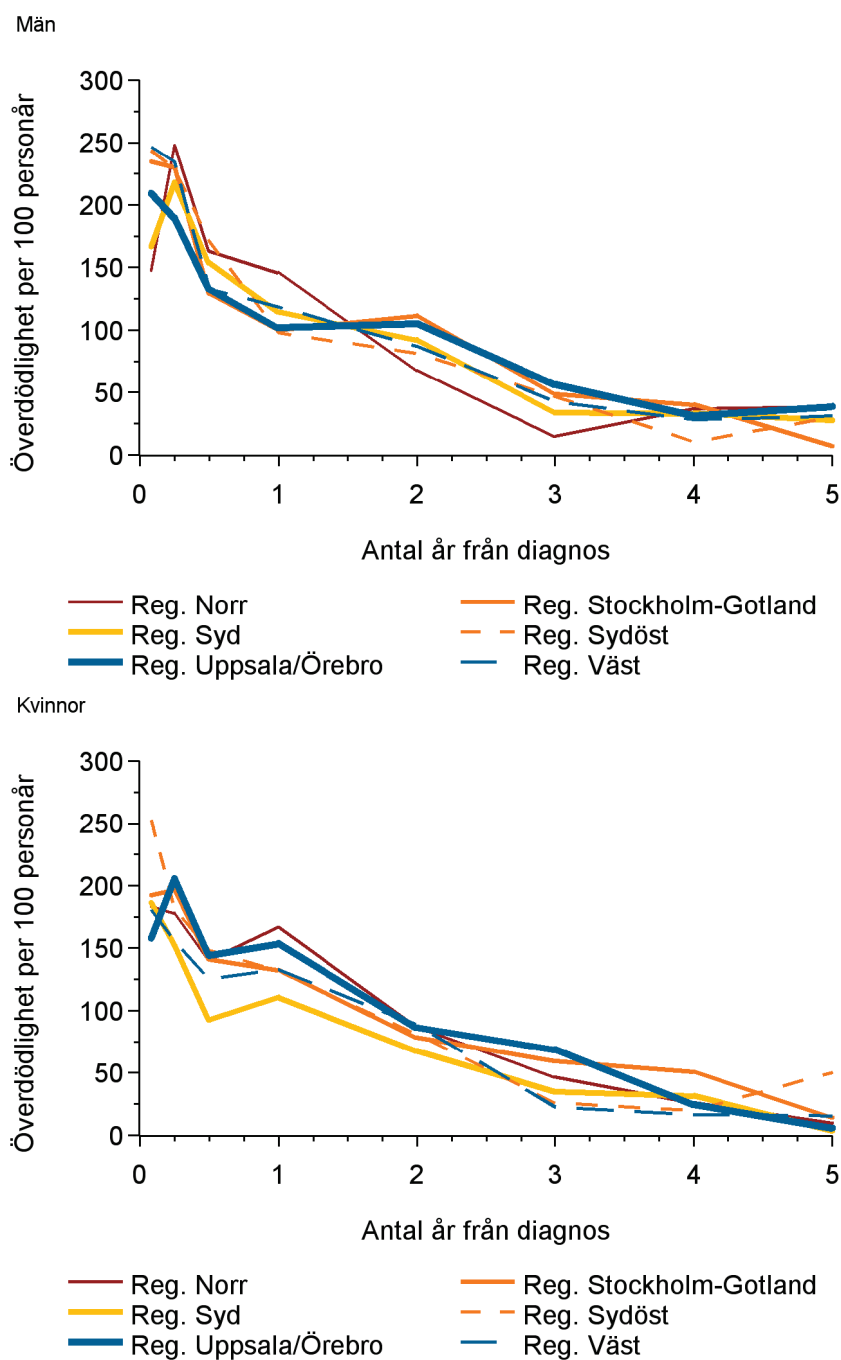
Män



Kvinnor



Figur 1.3.4 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Tabell 1.3.2 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

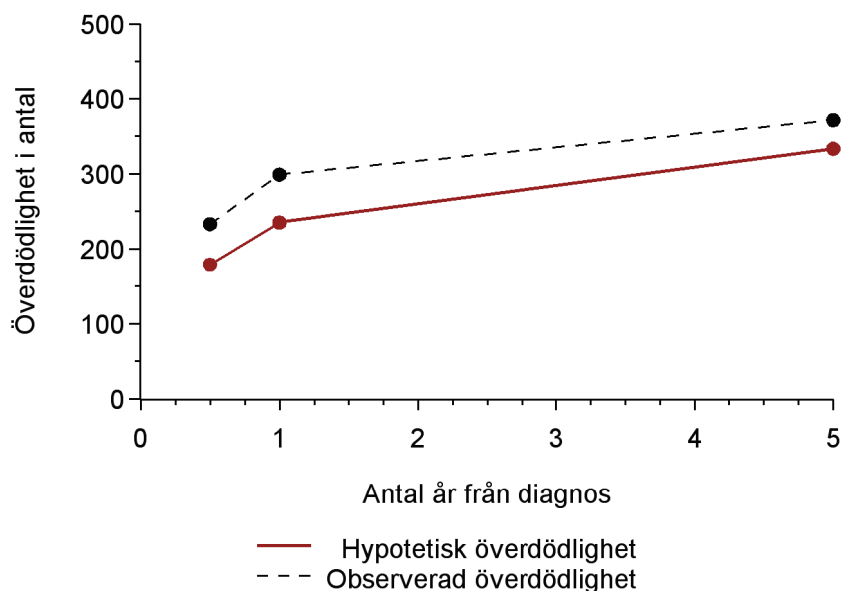
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	1 204	142,8	(120 - 168)	874	109,5	(89,9 - 132)	93	27,9	(18,5 - 40,3)
Blekinge	19	144,0	(121 - 170)	15	170,2	(146 - 198)	2	85,1	(68,0 - 105)
Dalarna	32	164,3	(140 - 191)	24	169,7	(145 - 197)	2	-5,5	.
Gotland	7	264,2	(233 - 298)	4	231,6	(203 - 263)			
Gävleborg	45	79,4	(62,9 - 98,9)	35	89,1	(71,6 - 110)	4	-1,2	.
Halland	24	184,2	(159 - 213)	14	185,6	(160 - 214)	2	57,3	(43,4 - 74,2)
Jämtland	20	146,7	(124 - 172)	13	108,0	(88,6 - 130)	3	44,0	(32,0 - 59,1)
Jönköping	48	75,3	(59,2 - 94,3)	37	94,6	(76,5 - 116)	4	-1,6	.
Kalmar	54	245,1	(215 - 278)	30	77,7	(61,4 - 97,0)	6	80,0	(63,5 - 99,6)
Kronoberg	30	129,6	(108 - 154)	23	121,5	(101 - 145)	4	-5,3	.
Norrbottn	29	154,1	(131 - 180)	20	148,6	(126 - 175)	3	56,9	(43,1 - 73,7)
Skåne	144	155,4	(132 - 182)	105	99,1	(80,5 - 121)	13	26,2	(17,2 - 38,4)
Stockholm	252	126,1	(105 - 150)	191	97,3	(78,9 - 119)	12	6,9	(2,7 - 14,3)
Södermanland	41	133,3	(112 - 158)	31	106,8	(87,5 - 129)			
Uppsala	34	127,7	(106 - 152)	24	47,1	(34,6 - 62,6)	2	209,2	(182 - 240)
Värmland	46	271,0	(240 - 305)	28	79,9	(63,4 - 99,5)	2	87,3	(70,0 - 108)
Västerbotten	45	193,6	(167 - 223)	29	172,7	(148 - 200)	1	-1,1	.
Västernorrland	40	146,2	(123 - 172)	32	137,6	(116 - 163)	7	35,0	(24,4 - 48,7)
Västmanland	30	60,1	(45,9 - 77,4)	26	129,2	(108 - 154)	2	-4,7	.
Västra Götaland	183	126,8	(106 - 151)	137	113,4	(93,5 - 136)	14	26,7	(17,5 - 38,9)
Örebro	24	96,0	(77,8 - 117)	18	113,7	(93,8 - 137)	4	98,5	(80,0 - 120)
Östergötland	57	198,7	(172 - 228)	38	119,2	(98,8 - 143)	6	17,2	(10,1 - 27,5)
Reg. Norr	134	162,9	(139 - 190)	94	146,0	(123 - 172)	14	38,3	(27,1 - 52,5)
Reg. Stockholm-Gotland	259	129,1	(108 - 153)	195	99,9	(81,3 - 122)	12	6,9	(2,7 - 14,3)
Reg. Sydöst	159	171,0	(146 - 199)	105	97,8	(79,3 - 119)	16	29,9	(20,2 - 42,7)
Reg. Syd	217	153,6	(130 - 180)	157	114,5	(94,5 - 137)	21	27,6	(18,3 - 40,0)
Reg. Väst	207	132,8	(111 - 157)	151	118,5	(98,2 - 142)	16	30,9	(21,0 - 43,9)
Reg. Uppsala/Örebro	252	132,7	(111 - 157)	186	101,7	(82,9 - 123)	16	38,7	(27,4 - 52,9)

Tabell 1.3.3 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

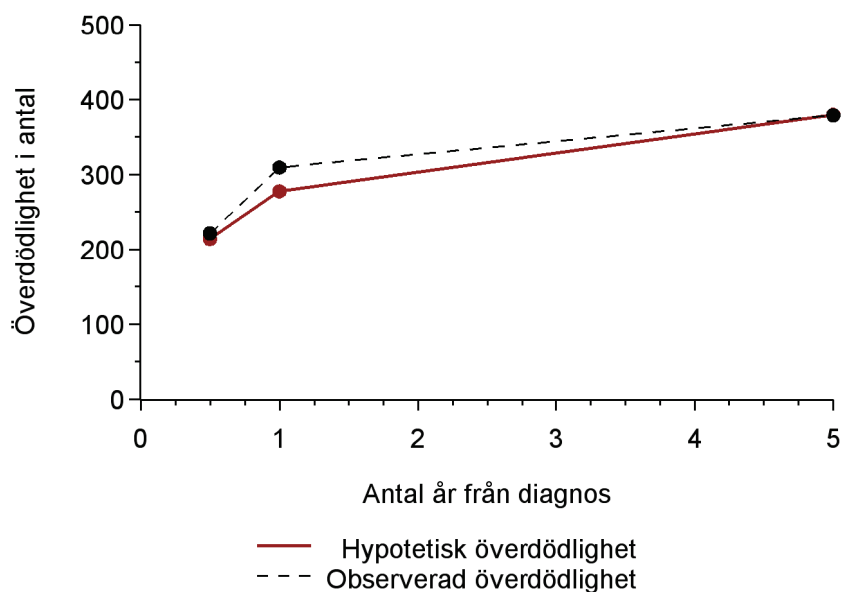
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	1 325	131,1	(110 - 156)	984	134,5	(113 - 159)	92	13,1	(7,0 - 22,3)
Blekinge	18	106,2	(86,9 - 128)	13	80,6	(64,0 - 100)			
Dalarna	36	74,0	(58,1 - 92,9)	28	131,1	(110 - 156)	2	-0,9	.
Gotland	11	177,1	(152 - 205)	6	86,0	(68,8 - 106)	1	-1,8	.
Gävleborg	29	124,3	(103 - 148)	25	281,3	(249 - 316)			
Halland	46	87,7	(70,3 - 108)	39	146,9	(124 - 173)	8	17,0	(9,9 - 27,3)
Jämtland	23	99,4	(80,8 - 121)	17	183,1	(158 - 212)	4	-1,4	.
Jönköping	52	113,7	(93,8 - 137)	39	106,7	(87,4 - 129)	4	40,6	(29,0 - 55,1)
Kalmar	34	174,6	(150 - 203)	21	132,5	(111 - 157)	1	489,1	(447 - 534)
Kronoberg	30	97,5	(79,1 - 119)	25	109,2	(89,7 - 132)	1	-3,0	.
Norrbottn	37	136,0	(114 - 161)	28	241,8	(212 - 274)			
Skåne	174	91,6	(73,8 - 112)	145	104,5	(85,4 - 127)	16	-1,2	.
Stockholm	270	139,2	(117 - 164)	200	134,1	(112 - 159)	13	15,4	(8,7 - 25,3)
Södermanland	37	124,1	(103 - 148)	26	136,1	(114 - 161)	2	72,1	(56,4 - 90,8)
Uppsala	41	108,8	(89,3 - 131)	32	93,1	(75,1 - 114)			
Värmland	48	162,6	(139 - 190)	34	180,5	(155 - 209)	5	-1,0	.
Västerbotten	58	212,6	(185 - 243)	32	224,9	(196 - 256)	4	35,8	(25,0 - 49,6)
Västernorrland	51	93,6	(75,6 - 115)	41	93,3	(75,3 - 114)	3	-0,4	.
Västmanland	40	146,0	(123 - 172)	28	102,0	(83,2 - 124)	3	-1,1	.
Västra Götaland	192	134,4	(113 - 159)	147	129,3	(108 - 154)	15	14,7	(8,2 - 24,4)
Örebro	42	280,2	(248 - 315)	19	219,8	(192 - 251)	4	-1,7	.
Östergötland	56	169,8	(145 - 197)	39	160,1	(136 - 187)	6	37,2	(26,2 - 51,2)
Reg. Norr	169	140,5	(118 - 166)	118	166,7	(142 - 194)	11	9,8	(4,7 - 18,1)
Reg. Stockholm-Gotland	281	140,7	(118 - 166)	206	132,5	(111 - 157)	14	14,0	(7,7 - 23,5)
Reg. Sydöst	142	148,4	(125 - 174)	99	131,5	(110 - 156)	11	50,3	(37,4 - 66,3)
Reg. Syd	268	92,5	(74,6 - 113)	222	110,5	(90,9 - 133)	25	3,6	(0,9 - 9,7)
Reg. Väst	238	125,0	(104 - 149)	186	132,9	(111 - 157)	23	15,4	(8,7 - 25,2)
Reg. Uppsala/Örebro	273	144,1	(122 - 170)	192	153,6	(130 - 180)	16	5,7	(2,0 - 12,7)

Figur 1.3.5 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.3.4 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	234	300	372	222	310	380
Hypotetisk	180	236	334	215	278	380
Skillnad	55	64	38	8	32	0
---- Nedre konfidensgräns	41	50	27	4	22	
---- Övre konfidensgräns	71	82	53	16	45	

1.4 Livmoderkroppscancer

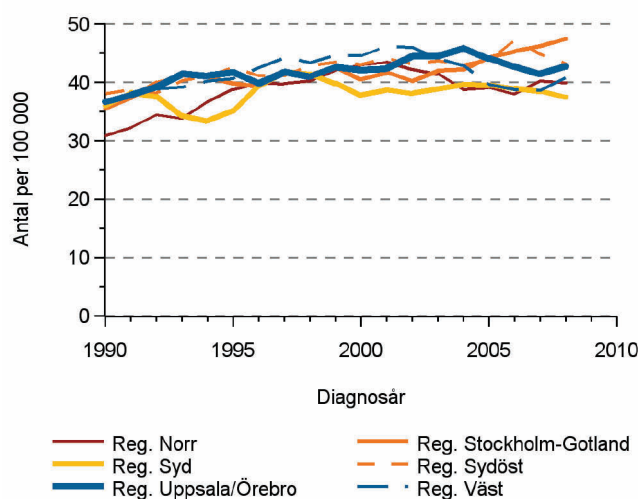
Incidens

I början av 1990-talet var den åldersstandardiserade incidensen av livmoderkroppscancer mellan 35 och 40 fall per 100 000 kvinnor i åldern 30–89 år. Det gällde samtliga regioner utom den norra där incidensen var något lägre (figur 1.4.1). Incidensen har sedan dess ökat i samtliga regioner med undantag för södra regionen. Under perioden 2007–2009 var incidensen 42,1 per 100 000 (tabell 1.4.1). I de flesta länen är incidensen i intervallet 39–45 fall per 100 000. Men det finns undantag, till exempel Skåne och Gotland där incidensen är cirka 30 per 100 000 kvinnor och även län med betydligt högre incidens är riksgenomsnittet, till exempel Kronoberg, Värmland och Stockholm.

Förekomsten av livmoderkroppscancer ökar med stigande ålder; i åldersgruppen 30–49 år är incidensen 4,3 per 100 000 kvinnor, vilket kan jämföras med 62,9 och 100,5 fall per 100 000 i åldersgrupperna 50–74 år respektive 75–89 år (tabell 1.4.1.1 i Tabellbilaga). Detta mönster observeras i samtliga län; variationen mellan länen är dock störst i den äldsta åldersgruppen.

Figur 1.4.1 Incidenstrend för livmoderkroppscancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Kvinnor



Tabell 1.4.1 Incidens av livmoderkroppscancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

Region/Län	Kvinnor	
	Inc	(95% KI)
Riket	42,1	(39,8 - 44,5)
Blekinge	45,3	(29,7 - 65,8)
Dalarna	47,6	(35,1 - 62,9)
Gotland	28,0	(10,8 - 58,6)
Gävleborg	34,8	(24,4 - 47,9)
Halland	35,9	(25,1 - 49,5)
Jämtland	39,0	(23,3 - 60,9)
Jönköping	43,0	(31,8 - 56,7)
Kalmar	44,5	(31,4 - 60,9)
Kronoberg	55,8	(38,9 - 77,3)
Norrbottn	39,8	(28,0 - 54,7)
Skåne	33,8	(28,3 - 40,0)
Stockholm	48,1	(42,5 - 54,2)
Södermanland	41,7	(29,9 - 56,4)
Uppsala	41,1	(29,3 - 55,7)
Värmland	48,2	(35,7 - 63,4)
Västerbotten	38,2	(26,4 - 53,1)
Västernorrland	42,3	(30,2 - 57,4)
Västmanland	44,8	(32,0 - 60,9)
Västra Götaland	41,7	(36,2 - 47,7)
Örebro	39,6	(28,1 - 54,0)
Östergötland	42,7	(32,6 - 54,8)
Reg. Norr	39,9	(33,2 - 47,4)
Reg. Stockholm-Gotland	47,4	(41,9 - 53,3)
Reg. Syd	37,4	(32,7 - 42,6)
Reg. Sydöst	43,1	(36,4 - 50,7)
Reg. Uppsala/Örebro	42,7	(37,9 - 47,8)
Reg. Väst	40,7	(35,8 - 46,1)

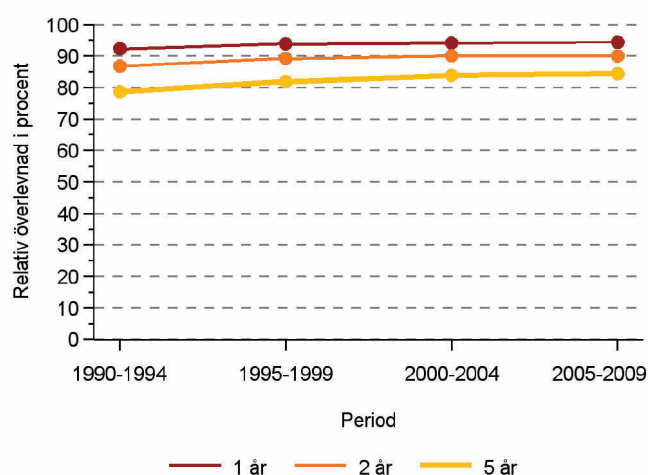
Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden har ökat något sedan början av 1990-talet men inga dramatiska förändringar kan ses (figur 1.4.2). Den relativa ettårsöverlevnaden är 94,4 procent i hela riket och femårsöverlevnaden är 10 procentenheter lägre, 84,4 procent (figur 1.4.3a och figur 1.4.3b). Det finns små icke statistiskt säkerställda variationer i överlevnad vid en jämförelse på regional nivå; Ettårsöverlevnaden varierar mellan 92,8 och 95,7 procent och femårsöverlevnaden varierar mellan 82,9 och 86,1 procent. Variationen i överlevnad mellan länen är relativt stor, 76,4 till 92,5 procent, men den är fortfarande icke statistiskt påvisad.

Den relativa överlevnaden är på samma nivå för kvinnor som fick sin diagnos i åldern 30–49 år och 50–74 år, cirka 88–89 procent när det gäller femårsöverlevnaden (tabell 1.4.2.3 i Tabellbilaga). Kvinnor i den äldsta gruppen, 75–89 år, har en lägre relativ femårsöverlevnad, knappt 74 procent.

Figur 1.4.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid livmoderkroppscancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Kvinnor

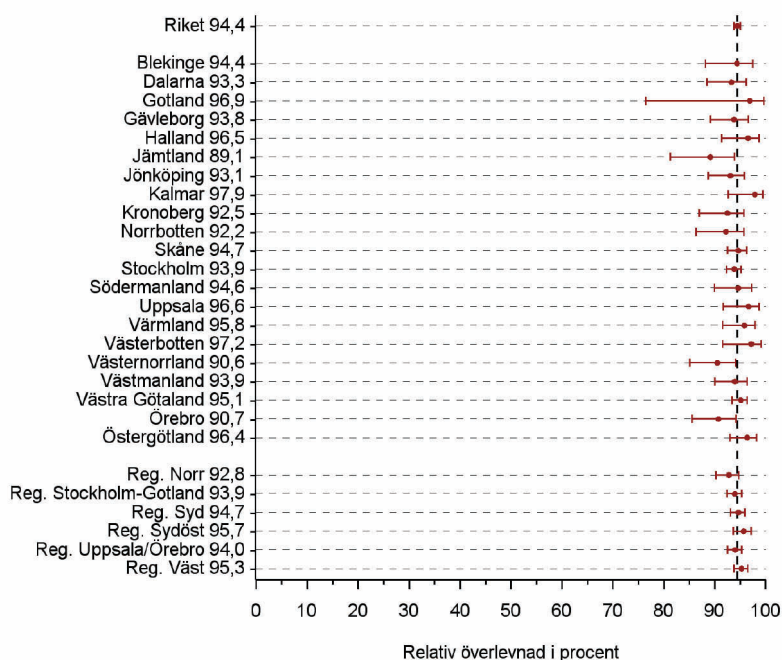


Överdödligheten bland kvinnor med livmoderkroppscancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade i befolkningen, är på en låg nivå i samtliga regioner under de första månaderna efter diagnosen (under 10 dödsfall per 100 personår). Därefter sjunker den ytterligare (figur 1.4.4).

Efter fem års uppföljning är den observerade överdödligheten 221 dödsfall bland kvinnor med livmoderkroppscancer, och det gäller dödsfall utöver det förväntade antalet i befolkningen (tabell 1.4.3). Det hypotetiska antalet är 160 efter fem års uppföljning, och det förutsätter att samtliga kvinnor med livmoderkroppscancer hade haft samma överdödlighet som kvinnorna i de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Skillnaden mellan dessa värden representerar ett antal förtida dödsfall som potentiellt skulle kunna åtgärdas, och det uppgår till 61 åtgärdbara dödsfall efter fem år om man antar att alla län kunde uppnå samma resultat som de bästa länen. Figur 1.4.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

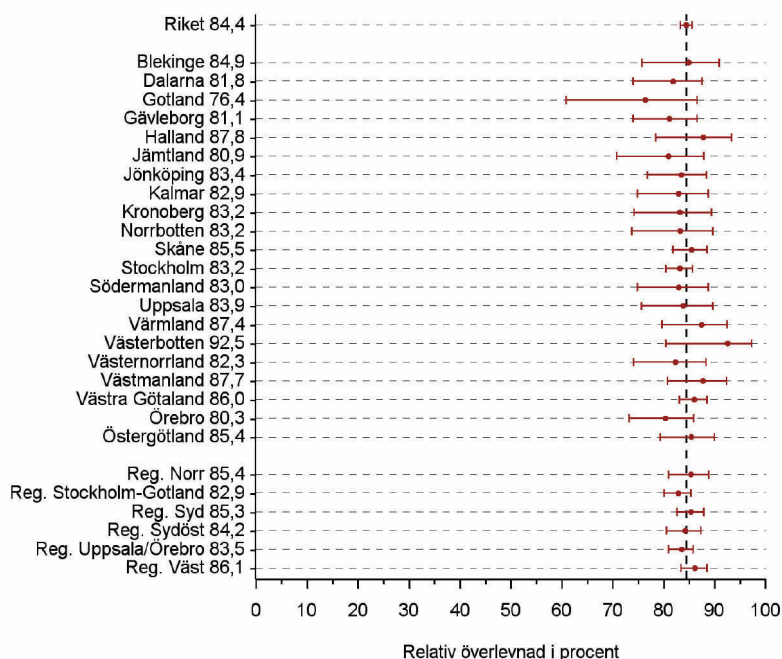
Figur 1.4.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid livmoderkroppscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Kvinnor

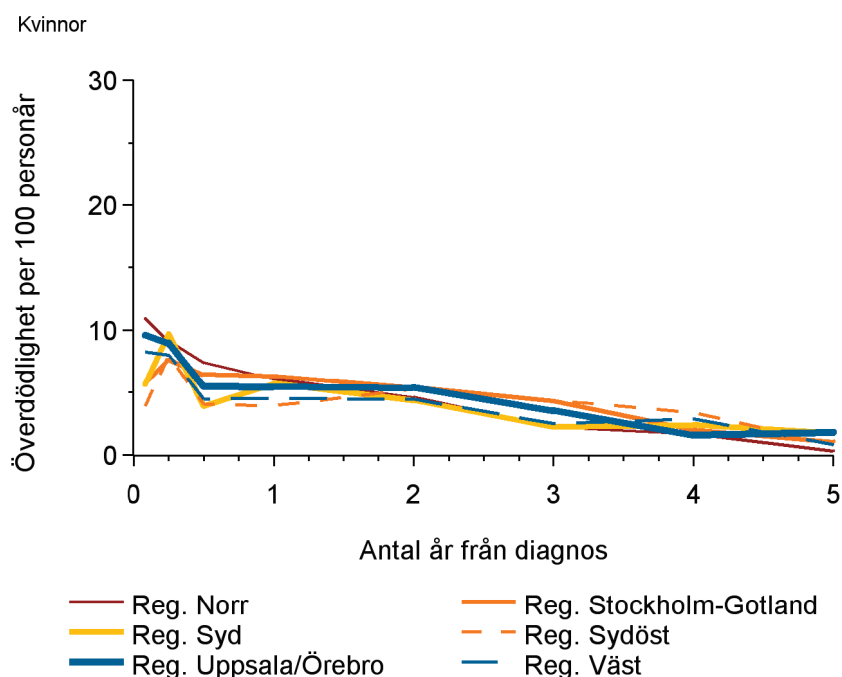


Figur 1.4.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid livmoderkroppscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

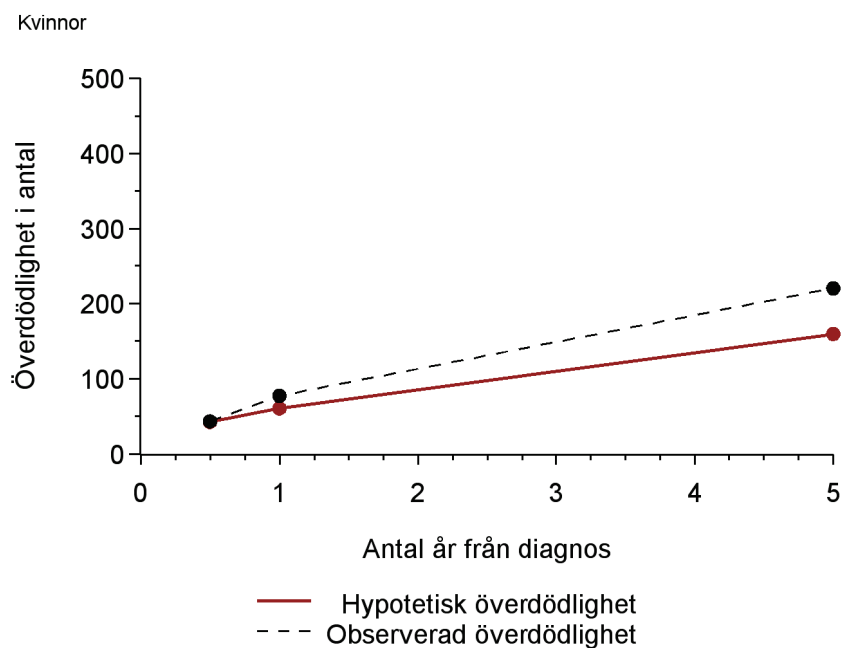
Kvinnor



Figur 1.4.4 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Figur 1.4.5 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.



Tabell 1.4.2 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	6 726	5,2	(1,8 - 12,0)	6 934	5,5	(1,9 - 12,3)	5 968	1,2	(0,1 - 5,9)
Blekinge	142	1,0	(0,0 - 5,6)	143	4,4	(1,3 - 10,8)	114	2,1	(0,3 - 7,5)
Dalarna	238	4,8	(1,5 - 11,4)	232	5,3	(1,8 - 12,0)	172	0,9	(0,0 - 5,3)
Gotland	38	8,8	(4,0 - 16,9)	45	-2,1	.	32	13,7	(7,4 - 23,1)
Gävleborg	212	7,8	(3,3 - 15,4)	217	6,2	(2,3 - 13,3)	180	-1,6	.
Halland	187	4,7	(1,5 - 11,2)	187	1,5	(0,1 - 6,4)	177	1,3	(0,1 - 6,1)
Jämtland	95	11,4	(5,8 - 20,2)	101	4,8	(1,5 - 11,4)	87	2,3	(0,3 - 7,6)
Jönköping	264	8,9	(4,0 - 16,9)	276	6,9	(2,7 - 14,2)	257	-1,0	.
Kalmar	212	-0,4	.	211	3,8	(1,0 - 10,0)	176	3,3	(0,7 - 9,1)
Kronoberg	162	3,3	(0,8 - 9,2)	165	10,4	(5,1 - 18,9)	123	2,3	(0,3 - 7,6)
Norrbottnen	177	9,9	(4,7 - 18,3)	180	5,8	(2,1 - 12,8)	173	0,9	(0,0 - 5,4)
Skåne	758	4,4	(1,3 - 10,8)	798	6,0	(2,2 - 13,1)	708	1,7	(0,2 - 6,8)
Stockholm	1 366	6,4	(2,4 - 13,6)	1 390	6,6	(2,5 - 13,8)	1 083	0,7	(0,0 - 5,1)
Södermanland	211	7,8	(3,3 - 15,5)	212	4,3	(1,2 - 10,6)	183	4,7	(1,4 - 11,2)
Uppsala	211	0,2	(0,0 - 4,1)	218	4,4	(1,3 - 10,8)	182	4,0	(1,1 - 10,2)
Värmland	234	5,2	(1,7 - 12,0)	240	1,8	(0,2 - 6,9)	226	0,4	(0,0 - 4,4)
Västerbotten	188	4,4	(1,3 - 10,8)	199	2,3	(0,3 - 7,7)	188	-0,9	.
Västernorrland	206	6,2	(2,3 - 13,3)	212	10,4	(5,0 - 18,8)	170	0,1	(0,0 - 3,9)
Västmanland	220	11,2	(5,6 - 19,9)	229	4,8	(1,5 - 11,4)	188	1,9	(0,2 - 7,1)
Västra Götaland	1 058	4,4	(1,3 - 10,8)	1 105	5,0	(1,6 - 11,7)	1 047	0,7	(0,0 - 5,1)
Örebro	225	1,7	(0,1 - 6,7)	240	11,4	(5,7 - 20,1)	244	2,4	(0,4 - 7,8)
Östergötland	322	3,0	(0,6 - 8,7)	334	1,7	(0,1 - 6,7)	258	1,2	(0,1 - 6,0)
Reg. Norr	666	7,4	(3,1 - 15,0)	692	6,1	(2,2 - 13,2)	618	0,3	(0,0 - 4,3)
Reg. Stockholm-Gotland	1 404	6,4	(2,5 - 13,7)	1 435	6,3	(2,4 - 13,5)	1 115	1,1	(0,0 - 5,7)
Reg. Sydöst	798	4,0	(1,1 - 10,3)	821	3,9	(1,1 - 10,1)	691	0,9	(0,0 - 5,4)
Reg. Syd	1 249	3,9	(1,0 - 10,1)	1 293	5,7	(2,0 - 12,7)	1 122	1,8	(0,2 - 6,9)
Reg. Väst	1 245	4,5	(1,3 - 10,9)	1 292	4,5	(1,4 - 11,0)	1 224	0,8	(0,0 - 5,2)
Reg. Uppsala/Örebro	1 551	5,5	(1,9 - 12,3)	1 588	5,4	(1,9 - 12,3)	1 375	1,8	(0,2 - 6,9)

Tabell 1.4.3 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	44	78	221
Hypotetisk	43	61	160
Skillnad	1	17	61
---- Nedre konfidensgräns	1	10	47
---- Övre konfidensgräns	6	27	78

1.5 Lungcancer

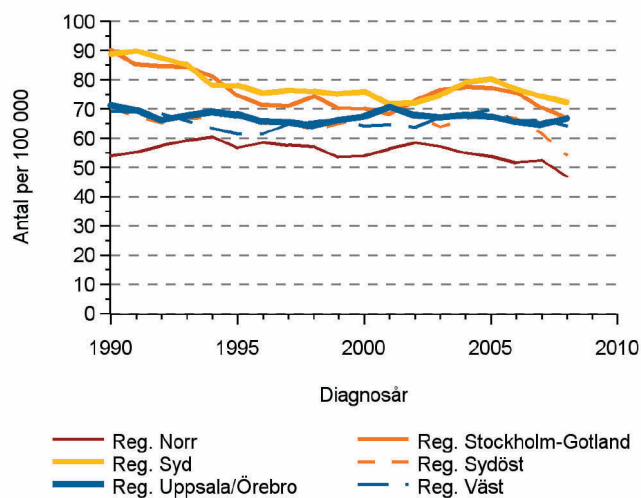
Incidens

Incidenstrenden för lungcancer bland män har sedan 1990 legat på en konstant nivå i Region Norr, Uppsala/Örebro, Väst och Sydöst (figur 1.5.1). Region Syd och Stockholm–Gotland hade en högre incidens i början på 1990-talet men sedan en nedåtgående trend till och med mitten på 1990-talet, och efter det har trenden varit stabil om än på en högre nivå än i övriga regioner. Region Norr har haft en lägre lungcancerincidens än de andra regionerna under hela den observerade perioden, framför allt bland män. Variationen mellan regionerna i insjuknande bland män har minskat över tid och under den senaste perioden, 2007–2009, var den åldersstandardiserade incidensen 63,8 fall per 100 000 invånare bland män i riket (tabell 1.5.1). Lungcancerincidensen bland kvinnor ökade däremot under den observerade perioden och det finns en viss skillnad mellan regionerna (figur 1.5.1). Incidensen av lungcancer bland kvinnor var i riket 53,8 per 100 000 under perioden 2007–2009. Uppsala och Skåne län har bland de högsta incidenserna för både män (77–79 fall per 100 000) och kvinnor (cirka 64 fall per 100 000 invånare), och spridningen mellan länen är ganska stor (tabell 1.5.1). I flera län är incidensen runt 40–45 per 100 000 bland män och 30–35 per 100 000 bland kvinnor.

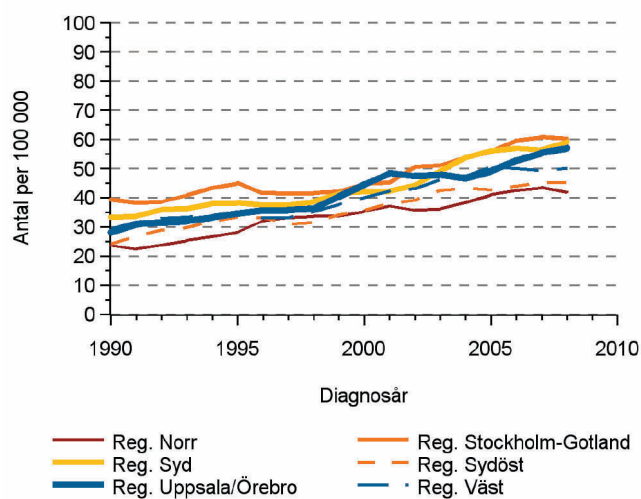
Lungcancer är ovanligt bland unga och förekomsten ökar kraftigt med stigande ålder (tabell 1.5.1.1 och tabell 1.5.1.2 i Tabellbilaga). I åldersgruppen 50–74 år är incidensen cirka 82 fall per 100 000 för både män och kvinnor och i åldersgruppen 75–89 år är incidensen 207 fall per 100 000 invånare bland män och 123 bland kvinnor. Spridningen mellan länen och regionerna är störst i den äldsta åldersgruppen.

Figur 1.5.1 Incidensrend för lungcancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 1.5.1 Incidens av lungcancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

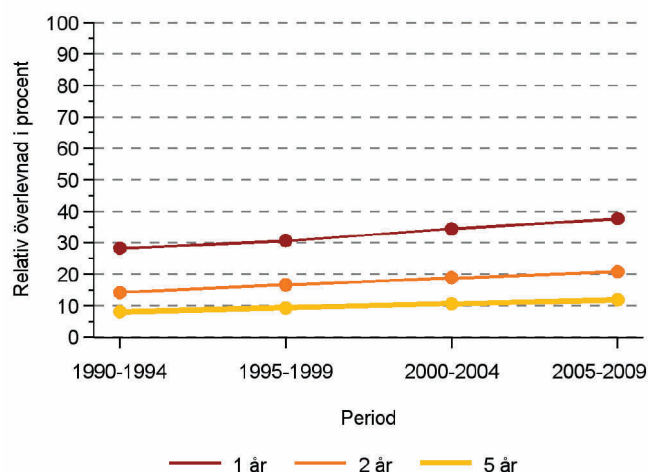
Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	63,8	(60,7 - 67,0)	53,8	(51,2 - 56,5)
Blekinge	72,0	(50,4 - 99,3)	52,9	(35,6 - 75,3)
Dalarna	56,9	(42,3 - 74,5)	51,6	(38,6 - 67,4)
Gotland	62,7	(32,0 - 109,4)	34,5	(14,7 - 67,8)
Gävleborg	67,6	(51,7 - 86,6)	52,4	(39,4 - 68,0)
Halland	65,4	(49,4 - 84,7)	52,7	(39,5 - 68,6)
Jämtland	62,2	(40,6 - 90,6)	43,0	(26,3 - 65,7)
Jönköping	43,4	(31,2 - 58,4)	31,0	(21,7 - 42,7)
Kalmar	50,0	(35,6 - 68,0)	46,4	(33,3 - 62,6)
Kronoberg	44,2	(28,6 - 64,9)	40,7	(26,5 - 59,6)
Norrbotten	48,6	(34,7 - 66,0)	49,6	(36,4 - 65,9)
Skåne	78,7	(69,4 - 88,8)	64,4	(56,7 - 72,8)
Stockholm	67,3	(59,7 - 75,5)	61,1	(54,7 - 68,0)
Södermanland	65,2	(49,0 - 84,7)	64,0	(48,9 - 82,1)
Uppsala	77,2	(59,4 - 98,5)	64,2	(49,5 - 81,7)
Värmland	60,6	(45,6 - 78,6)	48,4	(36,0 - 63,5)
Västerbotten	44,6	(31,0 - 61,9)	37,3	(25,7 - 52,1)
Västernorrland	39,3	(27,0 - 55,0)	38,3	(26,6 - 53,1)
Västmanland	76,1	(57,7 - 98,2)	59,3	(44,3 - 77,6)
Västra Götaland	63,8	(56,4 - 71,9)	49,4	(43,4 - 56,0)
Örebro	64,3	(48,1 - 84,0)	60,5	(46,0 - 77,9)
Östergötland	65,0	(51,4 - 80,9)	55,8	(44,2 - 69,4)
Reg. Norr	46,9	(39,2 - 55,6)	41,9	(35,1 - 49,6)
Reg. Stockholm-Gotland	67,0	(59,6 - 75,1)	60,1	(53,9 - 66,8)
Reg. Syd	72,3	(65,1 - 79,9)	59,0	(53,0 - 65,5)
Reg. Sydöst	53,9	(45,8 - 62,9)	45,1	(38,3 - 52,8)
Reg. Uppsala/Örebro	66,7	(60,2 - 73,6)	57,0	(51,4 - 62,9)
Reg. Väst	64,1	(57,3 - 71,4)	50,0	(44,5 - 56,0)

Relativ överlevnad och överdödlighet

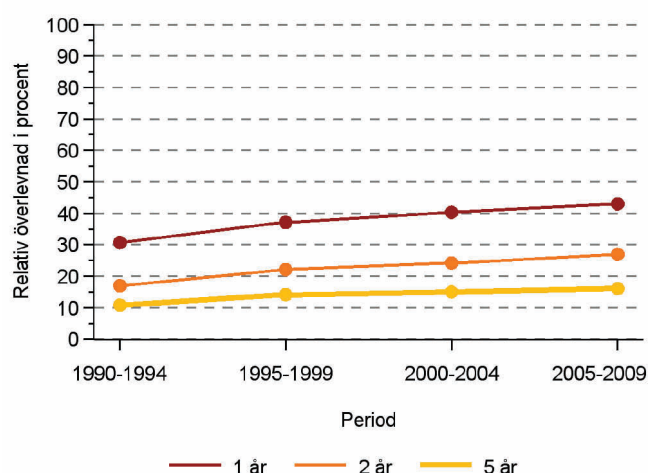
Den relativa överlevnaden vid lungcancer är låg, något högre bland kvinnor än bland män. Trenden har sedan början av 1990-talet varit något ökande, framför allt när det gäller överlevnaden på kort sikt (ett år): För män ses en ökning på cirka 10 procentenheter från perioden 1990–1994 till 2005–2009 och för kvinnor var ökningen något större (figur 1.5.2). Under perioden 2005–2009 var den relativa ettårsöverlevnaden bland män 37,7 procent, och motsvarande bland kvinnor var 43,0 procent (figur 1.5.3a). Det finns en stor variation i överlevnaden mellan län och regioner, som kan ha andra förklaringar än slumpen. Ettårsöverlevnad bland män varierar mellan 29,4 och 46,6 procent och hos kvinnor mellan 31,3 och 53,9 procent. Motsvarande variation vid tvåårsuppföljningen var 13,5 och 26,6 procent för män samt 19,6 och 31,4 för kvinnor (figur 1.5.3b).

Figur 1.5.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid lungcancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



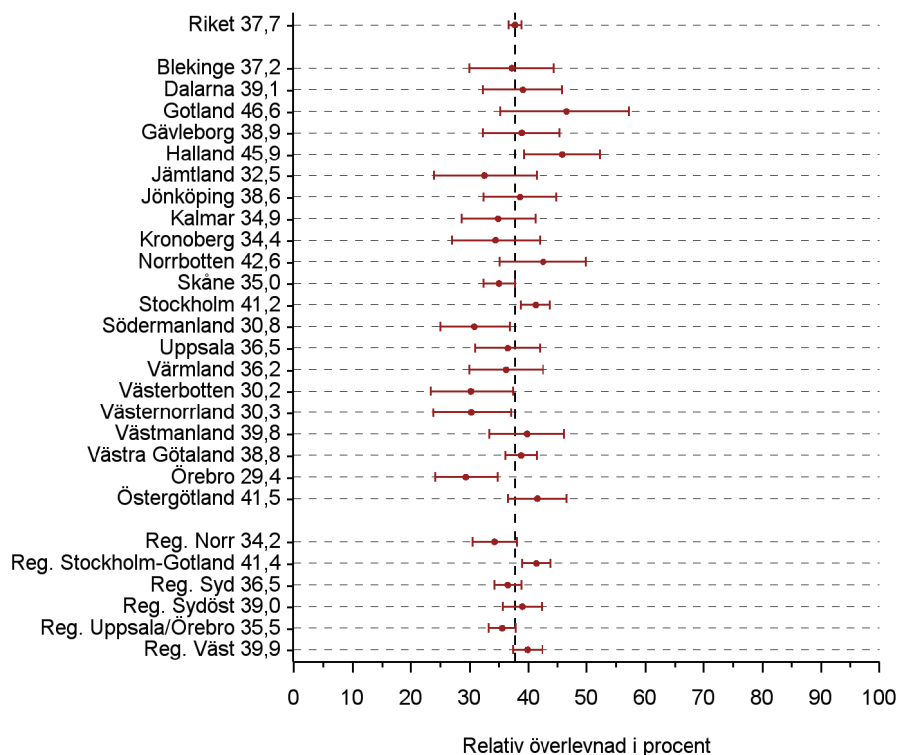
Överlevnaden sjunker ju äldre patienten är när diagnosen ställs. I åldersgruppen 30–49 år är den relativa ettårsöverlevnaden cirka 54 procent för både män och kvinnor (tabell 1.5.2.3 och tabell 1.5.2.4 i Tabellbilaga). I åldersgrupperna 50–74 och 75–89 år är överlevnaden 40,1 respektive 28,6 procent för män och 46,9 respektive 32,2 procent för kvinnor. Efter två års uppföljning har kvinnor med lungcancer en högre överlevnad än män även i åldersgruppen 30–49 år, 33,3 respektive 38,6 procent (tabell 1.5.2.5 och tabell 1.5.2.6 i Tabellbilaga).

Överdödligheten bland lungcancerpatienter, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, följer samma mönster för män och kvinnor oavsett region (figur 1.5.4). Överdödligheten är dock något högre bland män än bland kvinnor under det första året efter diagnosen, men därefter utjämnas dessa skillnader. Det finns givetvis även variationer i överdödlighet mellan länen inom regionerna. Ett exempel är män i norra regionen som har en överdödlighet på 113 per 100 personår efter sex månader på regional nivå, men där Norrbotten har en betydligt lägre överdödlighet än Jämtland och Västerbotten: 87,9 att jämföra med 132 respektive 139 dödsfall per 100 personår (tabell 1.5.2).

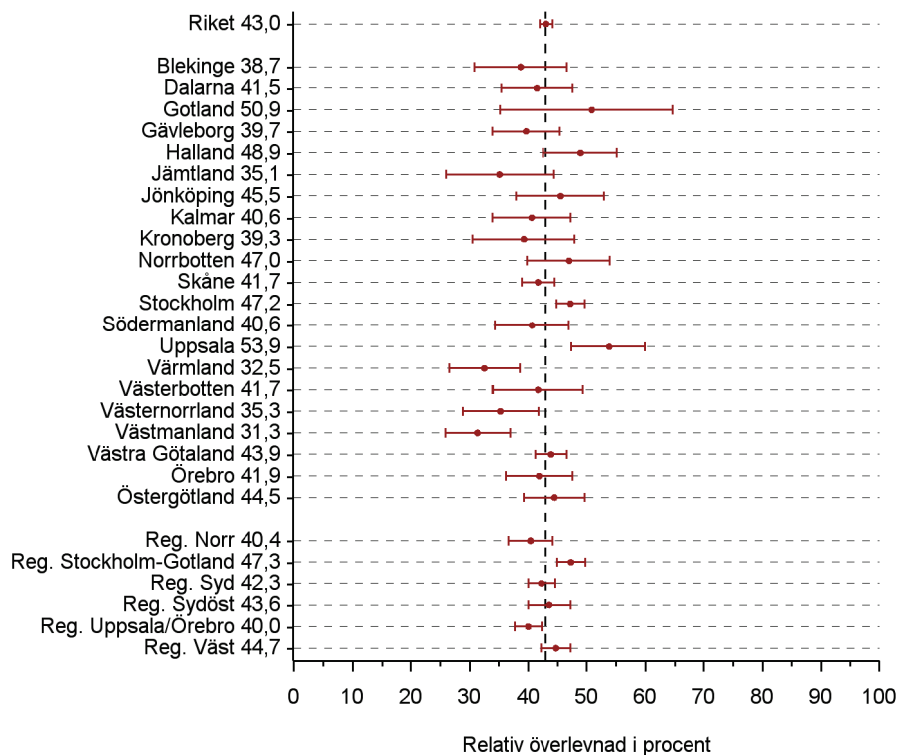
Figur 1.5.5 visar den observerade överdödligheten, det vill säga dödligheten bland patienter med lungcancer utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, samt den hypotetiska överdödligheten över tid. Med hypotetisk överdödlighet menas den överdödlighet som skulle ha observerats om samtliga län hade samma resultat som de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Bland män med lungcancer uppgår den observerade överdödligheten till 695 dödsfall efter sex månaders uppföljning, och motsvarande antal bland kvinnor är 576 (tabell 1.5.4). Det hypotetiska antalet är 553 män respektive 453 kvinnor. Skillnaden mellan dessa värden kan ses som ett antal förtida dödsfall som potentiellt kan åtgärdas, och den är 143 män och 124 kvinnor efter sex månader. Efter ett år har antalet ökat till 161 potentiellt åtgärdbara dödsfall bland män och 175 bland kvinnor. Figur 1.5.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.5.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid lungcancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

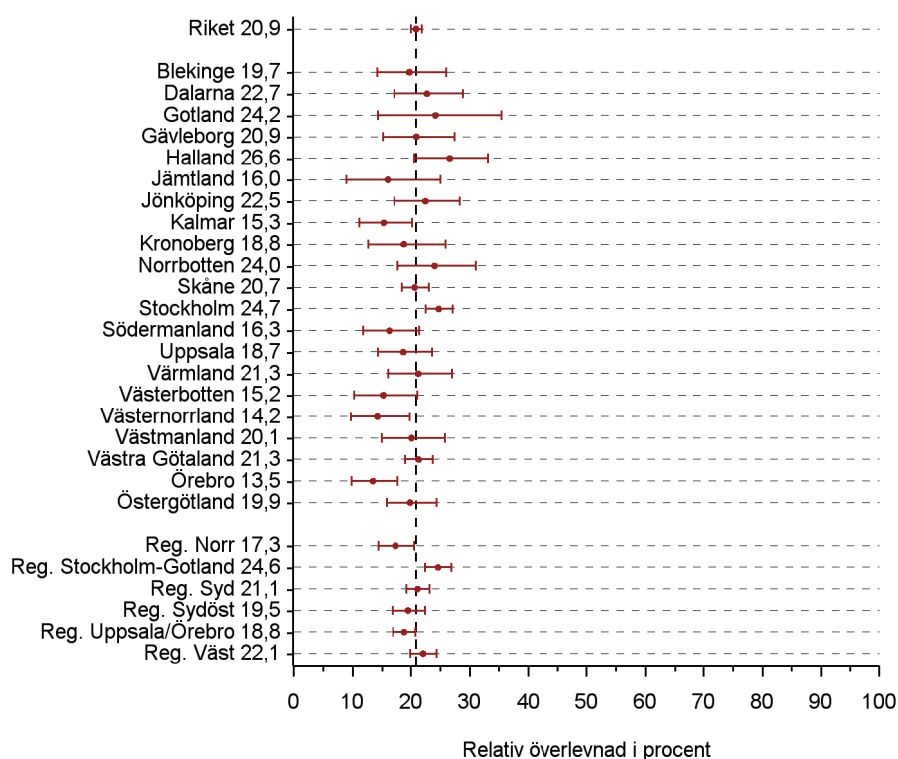


Kvinnor

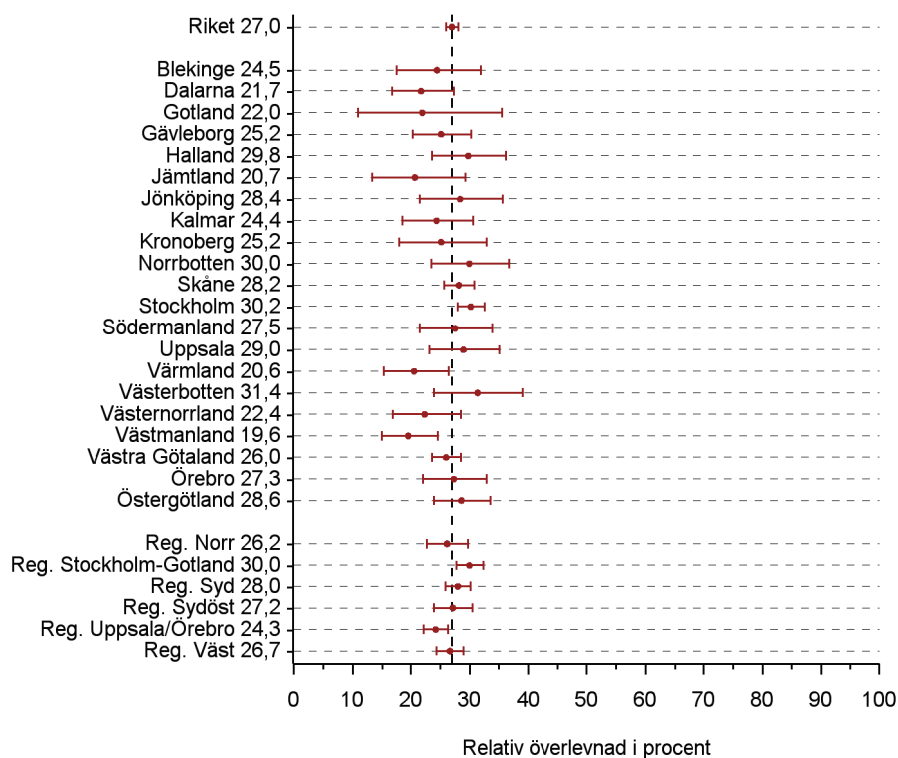


Figur 1.5.3b Relativ 2-årsöverlevnad vid lungcancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

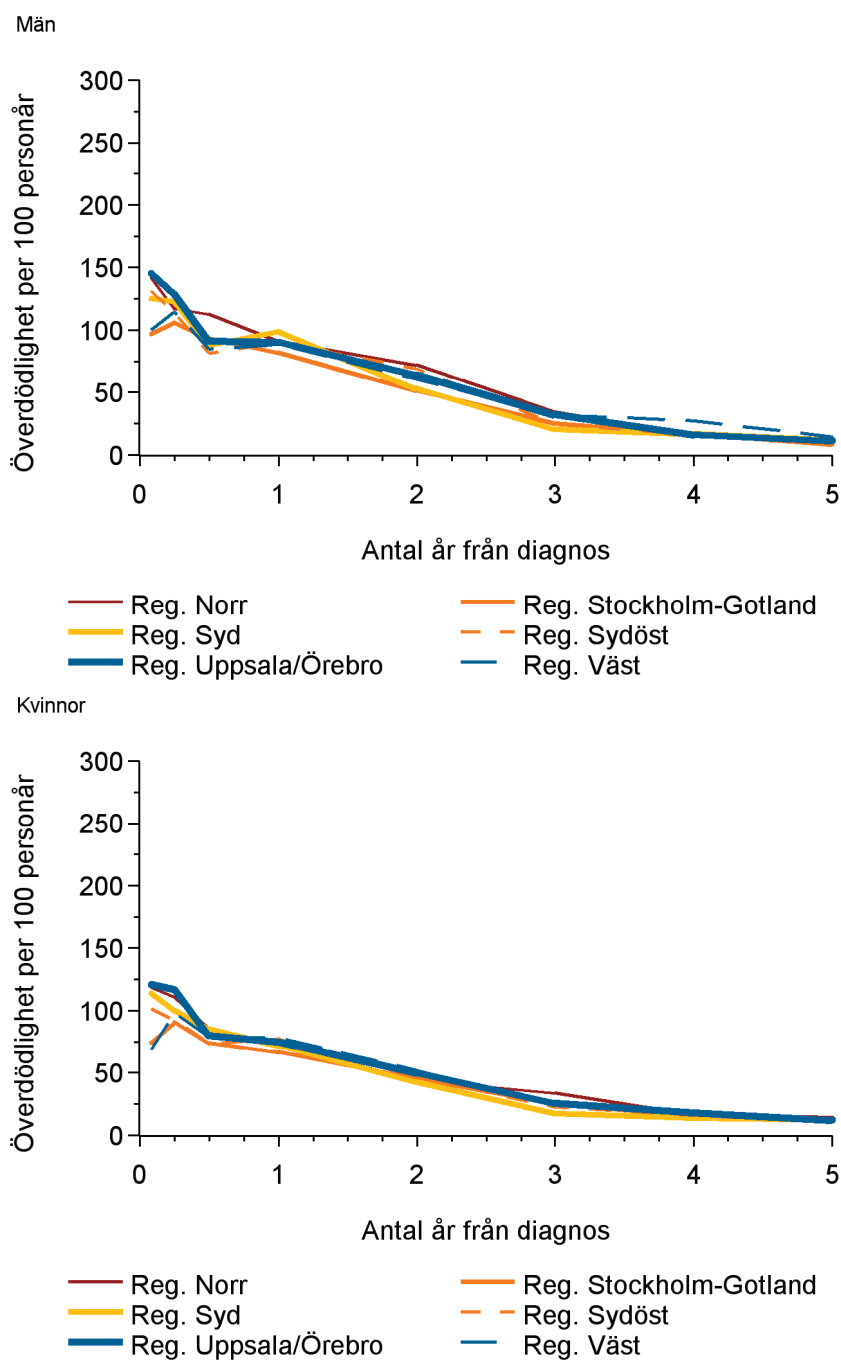
Män



Kvinnor



Figur 1.5.4 Överdödlighet bland patienter med lungcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



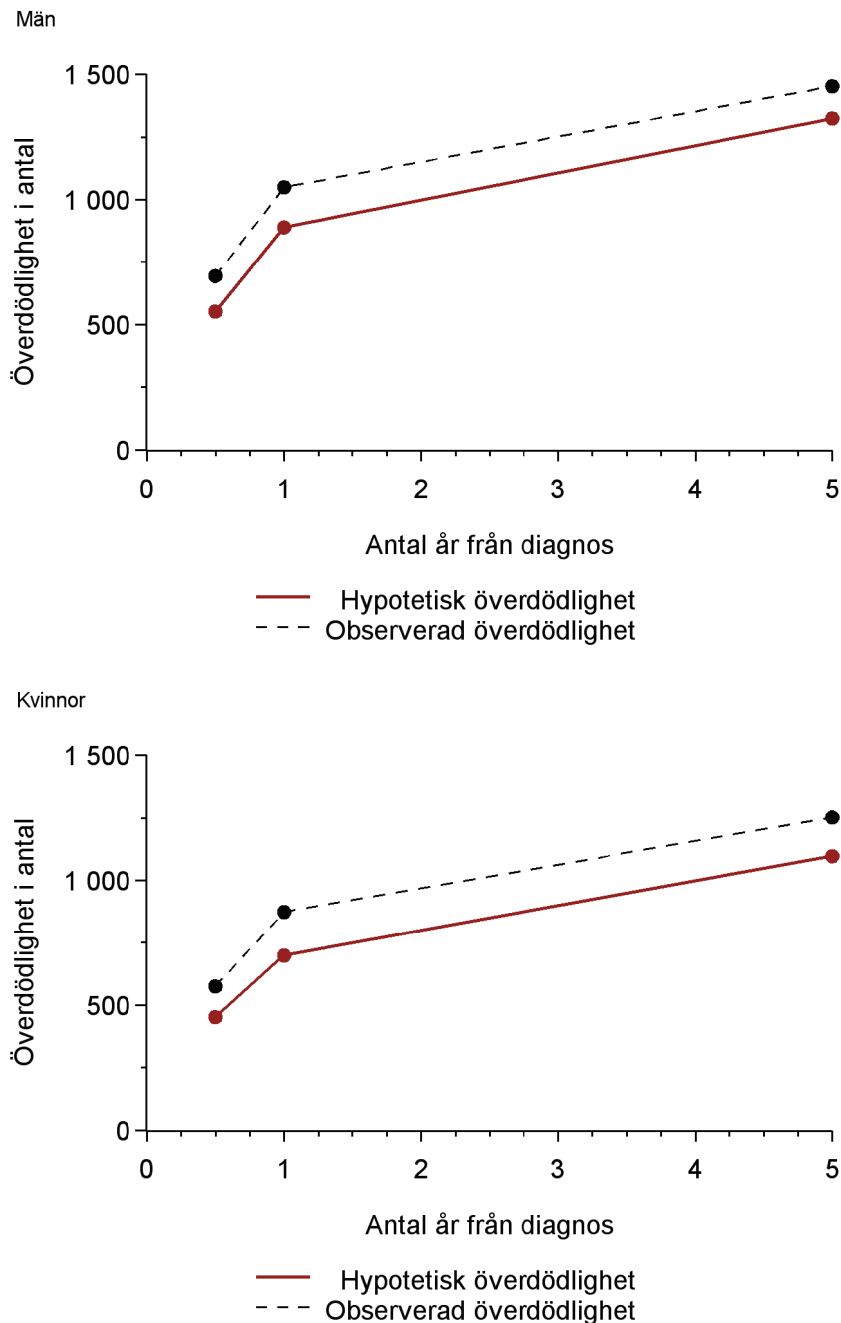
Tabell 1.5.2 Överdödlighet bland patienter med lungcancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	6 545	90,8	(73,1 - 111)	5 395	90,0	(72,4 - 111)	1 056	11,5	(5,8 - 20,3)
Blekinge	152	96,5	(78,2 - 118)	126	107,4	(88,0 - 130)	22	7,1	(2,9 - 14,5)
Dalarna	188	81,5	(64,7 - 101)	168	82,7	(65,9 - 103)	26	12,8	(6,8 - 22,0)
Gotland	58	95,7	(77,5 - 117)	44	92,1	(74,3 - 113)	7	-2,4	.
Gävleborg	218	102,5	(83,7 - 124)	164	75,4	(59,4 - 94,5)	26	10,7	(5,3 - 19,3)
Halland	223	72,8	(57,0 - 91,6)	190	96,2	(77,9 - 117)	29	-3,2	.
Jämtland	92	131,7	(110 - 156)	72	107,8	(88,4 - 130)	8	-1,9	.
Jönköping	174	81,3	(64,6 - 101)	153	89,6	(72,0 - 110)	31	-3,3	.
Kalmar	175	66,8	(51,7 - 84,8)	157	113,3	(93,4 - 136)	27	15,8	(9,0 - 25,7)
Kronoberg	105	74,5	(58,6 - 93,5)	93	113,8	(93,9 - 137)	14	7,7	(3,3 - 15,4)
Norrbottn	158	87,9	(70,5 - 108)	132	70,2	(54,7 - 88,6)	20	15,4	(8,7 - 25,3)
Skåne	993	91,5	(73,7 - 112)	822	96,3	(78,0 - 118)	205	14,9	(8,3 - 24,6)
Stockholm	1 249	93,2	(75,3 - 114)	1 025	81,5	(64,8 - 101)	224	8,9	(4,1 - 17,0)
Södermanland	175	94,9	(76,8 - 116)	142	93,5	(75,5 - 114)	28	9,8	(4,7 - 18,2)
Uppsala	242	92,1	(74,3 - 113)	187	105,1	(86,0 - 127)	36	5,9	(2,1 - 12,9)
Värmland	184	87,6	(70,2 - 108)	148	79,3	(62,8 - 98,8)	24	17,9	(10,6 - 28,3)
Västerbotten	137	138,8	(117 - 164)	102	77,5	(61,2 - 96,7)	20	8,8	(4,0 - 16,8)
Västernorrland	141	104,9	(85,8 - 127)	117	119,4	(99,0 - 143)	25	16,4	(9,4 - 26,4)
Västmanland	220	74,6	(58,7 - 93,6)	194	83,0	(66,1 - 103)	38	13,8	(7,5 - 23,3)
Västra Götaland	1 122	87,1	(69,8 - 107)	913	87,3	(69,9 - 108)	150	18,1	(10,7 - 28,5)
Örebro	203	105,7	(86,6 - 128)	165	114,9	(94,8 - 138)	34	10,6	(5,2 - 19,2)
Östergötland	336	89,3	(71,7 - 110)	281	78,8	(62,4 - 98,2)	62	11,2	(5,6 - 19,9)
Reg. Norr	528	112,7	(92,8 - 135)	423	91,1	(73,4 - 112)	73	12,1	(6,2 - 21,0)
Reg. Stockholm-Gotland	1 307	93,3	(75,4 - 114)	1 069	82,0	(65,2 - 102)	231	8,5	(3,8 - 16,5)
Reg. Sydöst	685	81,4	(64,7 - 101)	591	90,2	(72,6 - 111)	120	8,5	(3,8 - 16,5)
Reg. Syd	1 473	87,9	(70,5 - 108)	1 231	98,7	(80,2 - 120)	270	11,8	(6,1 - 20,7)
Reg. Väst	1 345	84,7	(67,6 - 105)	1 103	88,7	(71,2 - 109)	179	14,3	(7,9 - 23,9)
Reg. Uppsala/Örebro	1 430	91,1	(73,4 - 112)	1 168	90,3	(72,6 - 111)	212	11,3	(5,7 - 20,1)

Tabell 1.5.3 Överdödlighet bland patienter med lungcancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	6 396	79,9	(63,4 - 99,5)	5 347	73,3	(57,5 - 92,1)	1 263	12,2	(6,3 - 21,2)
Blekinge	111	84,8	(67,7 - 105)	91	80,7	(64,1 - 100)	21	24,7	(16,0 - 36,6)
Dalarna	195	71,0	(55,5 - 89,6)	174	88,5	(71,0 - 109)	31	11,2	(5,6 - 19,9)
Gotland	35	37,8	(26,8 - 52,0)	30	66,5	(51,5 - 84,6)	11	19,7	(12,0 - 30,5)
Gävleborg	209	67,8	(52,6 - 86,0)	175	68,4	(53,2 - 86,7)	52	23,7	(15,1 - 35,3)
Halland	204	58,4	(44,4 - 75,5)	174	66,2	(51,3 - 84,2)	39	4,2	(1,2 - 10,5)
Jämtland	81	103,5	(84,5 - 125)	69	93,7	(75,7 - 115)	13	28,4	(19,0 - 41,0)
Jönköping	144	61,7	(47,2 - 79,1)	127	78,1	(61,7 - 97,4)	49	14,5	(8,0 - 24,1)
Kalmar	155	89,5	(71,9 - 110)	136	80,6	(64,0 - 100)	29	11,7	(6,0 - 20,6)
Kronoberg	101	103,7	(84,7 - 126)	81	77,0	(60,8 - 96,3)	16	14,2	(7,8 - 23,8)
Norrbottn	166	64,5	(49,7 - 82,3)	147	61,9	(47,4 - 79,4)	25	14,0	(7,6 - 23,4)
Skåne	975	88,8	(71,3 - 109)	809	71,7	(56,1 - 90,3)	229	12,5	(6,6 - 21,6)
Stockholm	1 383	74,8	(58,8 - 93,8)	1 169	66,7	(51,7 - 84,8)	265	11,6	(5,9 - 20,4)
Södermanland	190	82,5	(65,6 - 102)	150	79,7	(63,2 - 99,3)	34	1,9	(0,2 - 7,0)
Uppsala	236	71,7	(56,1 - 90,4)	195	55,2	(41,6 - 71,8)	38	11,7	(6,0 - 20,6)
Värmland	153	69,3	(53,9 - 87,6)	129	88,8	(71,3 - 109)	29	5,8	(2,1 - 12,8)
Västerbotten	123	89,4	(71,9 - 110)	98	62,3	(47,8 - 79,8)	27	10,2	(5,0 - 18,7)
Västernorrland	137	98,4	(79,9 - 120)	111	83,7	(66,7 - 104)	15	8,1	(3,5 - 15,9)
Västmanland	183	122,2	(102 - 146)	139	74,5	(58,5 - 93,4)	31	6,3	(2,4 - 13,5)
Västra Götaland	1 089	82,7	(65,9 - 103)	903	80,8	(64,2 - 100)	189	12,8	(6,8 - 21,9)
Örebro	219	78,9	(62,5 - 98,4)	178	76,9	(60,7 - 96,2)	41	18,8	(11,2 - 29,4)
Östergötland	307	71,8	(56,2 - 90,5)	262	74,9	(58,9 - 93,9)	79	8,5	(3,8 - 16,4)
Reg. Norr	507	85,8	(68,7 - 106)	425	72,5	(56,8 - 91,2)	80	14,3	(7,9 - 23,8)
Reg. Stockholm-Gotland	1 418	73,9	(58,0 - 92,8)	1 199	66,7	(51,7 - 84,7)	276	12,0	(6,2 - 20,9)
Reg. Sydöst	606	73,8	(58,0 - 92,7)	525	77,1	(60,9 - 96,4)	157	10,8	(5,4 - 19,5)
Reg. Syd	1 391	84,9	(67,8 - 105)	1 155	71,9	(56,3 - 90,6)	305	12,2	(6,4 - 21,2)
Reg. Väst	1 293	78,8	(62,3 - 98,2)	1 077	78,3	(61,9 - 97,7)	228	11,1	(5,6 - 19,9)
Reg. Uppsala/Örebro	1 385	79,7	(63,2 - 99,2)	1 140	74,7	(58,7 - 93,7)	256	12,2	(6,4 - 21,2)

Figur 1.5.5 Överdödlighet bland patienter med lungcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.



Tabell 1.5.4 Överdödlighet bland patienter med lungcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	695	1 051	1 453	576	874	1 253
Hypotetisk	553	890	1 325	453	699	1 098
Skillnad	143	161	129	124	175	156
---- Nedre konfidensgräns	121	137	107	103	150	132
---- Övre konfidensgräns	168	188	153	147	203	182

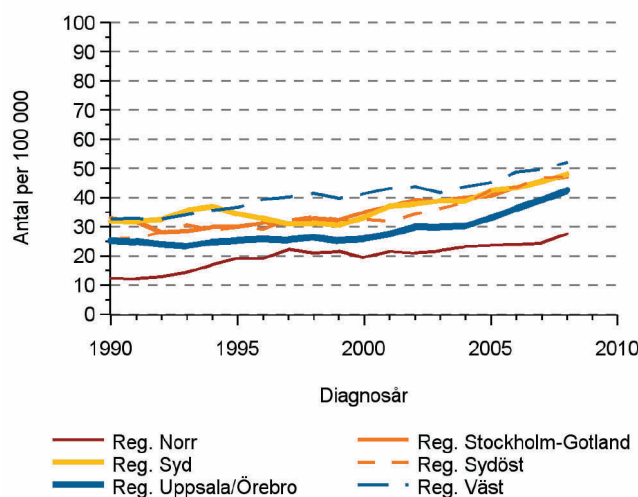
1.6 Malignt melanom

Incidens

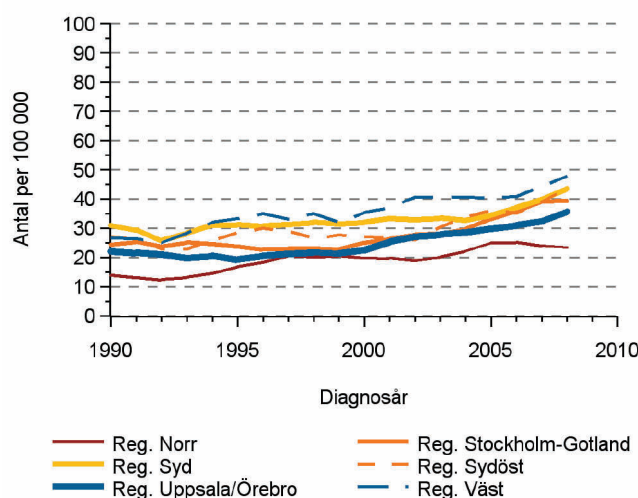
Trenden för incidens av malignt melanom har varit stigande sedan 1990 i samtliga regioner, framför allt sedan år 2000 (figur 1.6.1). Det finns också skillnader i insjuknande mellan regioner; i norra regionen är incidensen betydligt lägre än i övriga regioner (tabell 1.6.1). Länen i norra Sverige har överlag en lägre incidens än län i södra Sverige men det finns ändå variationer i förekomsten av malignt melanom även inom regionerna, där till exempel norra regionens inlandslän (Jämtland och Norrbotten) har en lägre incidens bland män än Västerbotten och Västernorrland. Incidensen av malignt melanom är högre bland män än bland kvinnor; under perioden 2007–2009 var den 44,8 respektive 39,5 fall per 100 000 invånare (tabell 1.6.1).

Figur 1.6.1 Incidenstrend för malignt melanom per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Även förekomsten av malignt melanom ökar kraftigt med stigande ålder. Incidensen bland män i åldersgruppen 30–49 år är 17,0 per 100 000 och motsvarande i åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år är 53,1 respektive 111 fall per 100 000 invånare (tabell 1.6.1.1 i Tabellbilaga). För kvinnor är incidensen 24,9 fall, 45,3 fall respektive 69,5 fall per 100 000 invånare i samma åldersgrupper (tabell 1.6.1.2 i Tabellbilaga). I den yngsta åldersgruppen är incidensen högre bland kvinnor än bland män. Skillnaden i förekomst av malignt melanom mellan åldersgrupperna är alltså betydligt större för män än för kvinnor.

Tabell 1.6.1 Incidens av malignt melanom för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

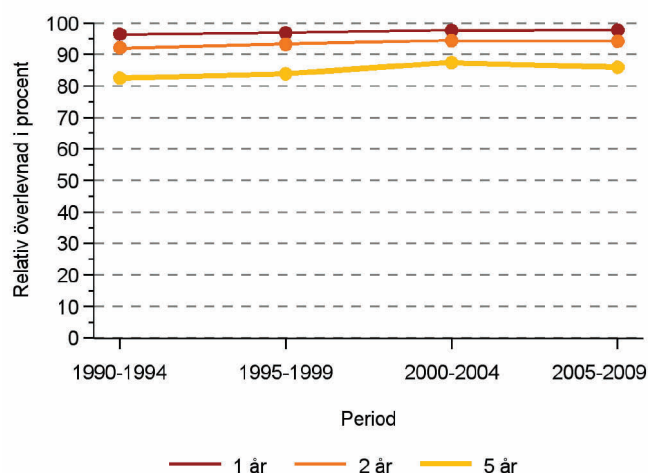
Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	44,8	(42,3 - 47,5)	39,5	(37,3 - 41,9)
Blekinge	46,3	(29,5 - 68,8)	45,4	(28,5 - 68,1)
Dalarna	44,6	(31,8 - 60,6)	40,2	(28,5 - 54,8)
Gotland	28,4	(9,6 - 63,7)	26,0	(8,7 - 58,7)
Gävleborg	33,4	(22,5 - 47,4)	27,8	(18,2 - 40,5)
Halland	53,7	(39,4 - 71,2)	47,3	(34,4 - 63,1)
Jämtland	24,3	(11,9 - 43,5)	20,9	(9,5 - 39,3)
Jönköping	50,1	(37,2 - 65,8)	48,0	(35,9 - 62,7)
Kalmar	44,3	(30,7 - 61,6)	38,5	(26,0 - 54,7)
Kronoberg	40,8	(25,9 - 60,8)	29,4	(17,6 - 45,7)
Norrbotten	18,7	(10,6 - 30,5)	22,7	(13,7 - 35,0)
Skåne	47,8	(40,7 - 55,7)	44,5	(38,1 - 51,7)
Stockholm	47,7	(41,6 - 54,4)	39,7	(34,7 - 45,1)
Södermanland	46,8	(33,3 - 63,8)	43,4	(30,9 - 59,0)
Uppsala	35,2	(23,8 - 49,9)	31,9	(21,8 - 44,8)
Värmland	40,2	(28,1 - 55,4)	35,3	(24,5 - 49,0)
Västerbotten	32,7	(21,2 - 47,9)	24,6	(15,0 - 37,9)
Västernorrland	32,9	(21,4 - 48,1)	23,9	(14,6 - 36,7)
Västmanland	54,8	(39,6 - 73,7)	30,9	(20,1 - 45,1)
Västra Götaland	51,6	(45,1 - 58,8)	47,7	(41,8 - 54,3)
Örebro	43,9	(30,8 - 60,5)	40,1	(28,1 - 55,3)
Östergötland	46,2	(35,0 - 59,6)	43,0	(32,6 - 55,5)
Reg. Norr	27,5	(21,6 - 34,4)	23,4	(18,1 - 29,6)
Reg. Stockholm-Gotland	47,0	(41,0 - 53,5)	39,2	(34,4 - 44,6)
Reg. Syd	47,9	(42,2 - 54,2)	43,5	(38,3 - 49,1)
Reg. Sydöst	47,0	(39,5 - 55,4)	43,6	(36,6 - 51,5)
Reg. Uppsala/Örebro	42,4	(37,3 - 48,0)	35,6	(31,1 - 40,5)
Reg. Väst	52,0	(46,0 - 58,5)	47,7	(42,2 - 53,7)

Relativ överlevnad och överdödlighet

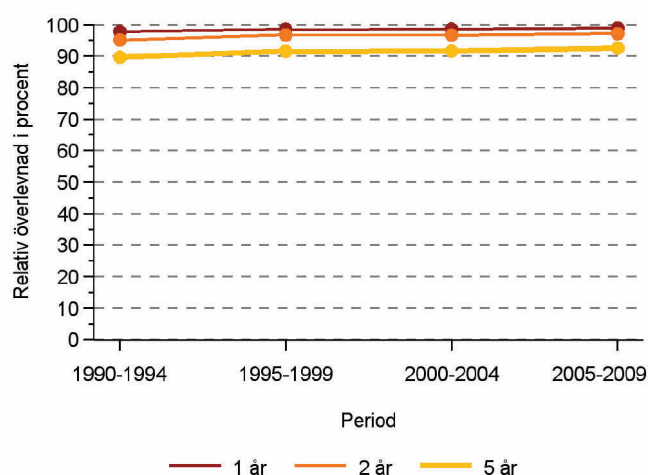
Den relativa överlevnaden vid malignt melanom har varit på en hög nivå för både män och kvinnor sedan 1990, och ettårsöverlevnaden var över 95 procent redan 1990 (figur 1.6.2). Den största ökningen gäller männens femårsöverlevnad som ökade mellan 1990–1994 och 2000–2004 för att sedan gå tillbaka något under perioden 2005–2009. Den relativa femårsöverlevnaden var cirka 90 procent bland kvinnor redan i början av 1990-talet och har ökat något sedan dess.

Figur 1.6.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid malignt melanom. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Den relativa ettårsöverlevnaden är 99,0 procent för kvinnor och 97,8 procent för män med en icke statistisk säkerställd skillnad mellan regioner eller län; 94,1–101,6 procent (tabell 1.6.2.1 och 1.6.2.2 i Tabellbilaga). Variationen i den relativa femårsöverlevnaden skiljer sig inte mellan regionerna, men mellan länen finns en variation (män 72,3–90,8 procent och kvinnor

85,6–106,7 procent) som är för stor för att bara bero på slumpen. (figur 1.6.3a.)

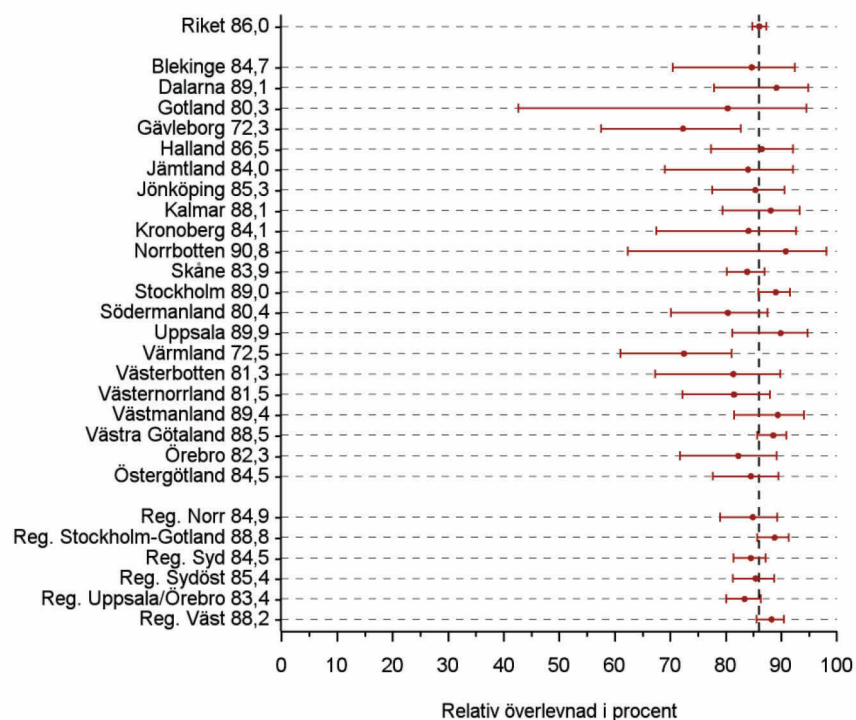
Den relativa ettårsöverlevnaden är i princip på samma höga nivå oavsett patientens ålder vid diagnosen, men efter fem års uppföljning finns en tendens till lägre överlevnad i åldersgruppen 75–89 år jämfört med de yngre åldersgrupperna, 30–49 år och 50–74 år (tabell 1.6.2.3 och tabell 1.6.2.4 i Tabellbilaga).

Överdödligheten, det vill säga dödligheten bland patienter med malignt melanom utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är låg oavsett hur lång tid som har gått sedan diagnosen (figur 1.6.4). Överdödligheten bland män med malignt melanom stiger under det första året efter diagnosen och ligger sedan på en relativt konstant nivå oavsett region. Överdödligheten är högre bland män än bland kvinnor; efter ett år är den 4,0 dödsfall per 100 personår bland män och 1,8 per 100 personår bland kvinnor (tabell 1.6.2 och tabell 1.6.3). Efter fem år har den sjunkit något och är 2,6 respektive 1,1 per 100 personår för män respektive kvinnor.

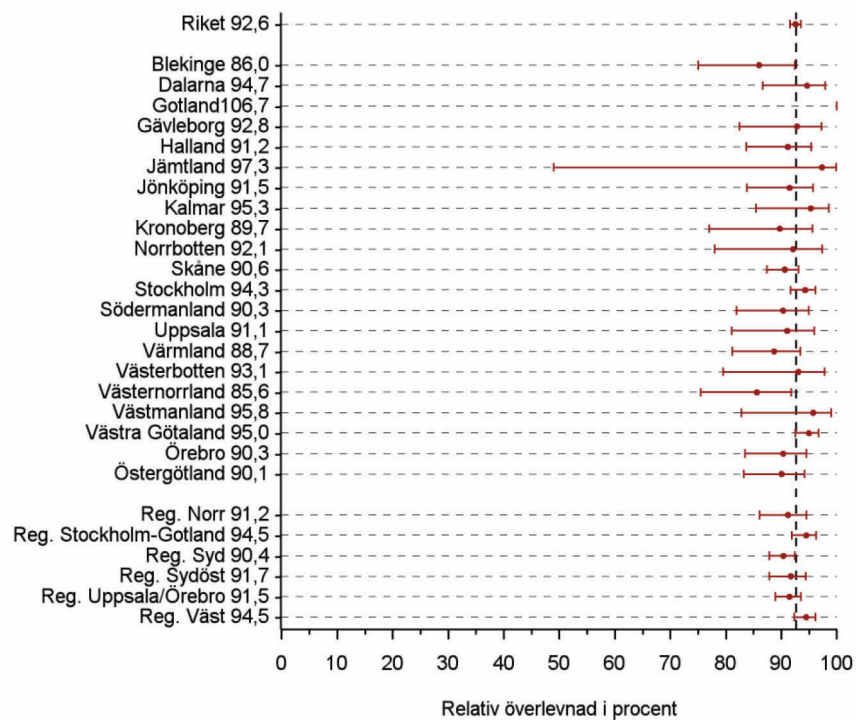
Efter fem års uppföljning är den observerade dödligheten utöver den förväntade 157 dödsfall bland män och 84 bland kvinnor (tabell 1.6.4). Den hypotetiska överdödligheten är 125 för män och 52 för kvinnor, det vill säga överdödligheten som skulle ha observerats om alla län hade haft samma dödlighet som de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Skillnaden mellan dessa värden motsvarar ett antal förtida dödsfall som potentiellt hade gått att åtgärda (det vill säga om alla län kunde uppnå samma resultat som de bästa länen). Efter fem års uppföljning gäller det 32 respektive 33 dödsfall bland män respektive kvinnor. Figur 1.6.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.6.3a Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt melanom med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

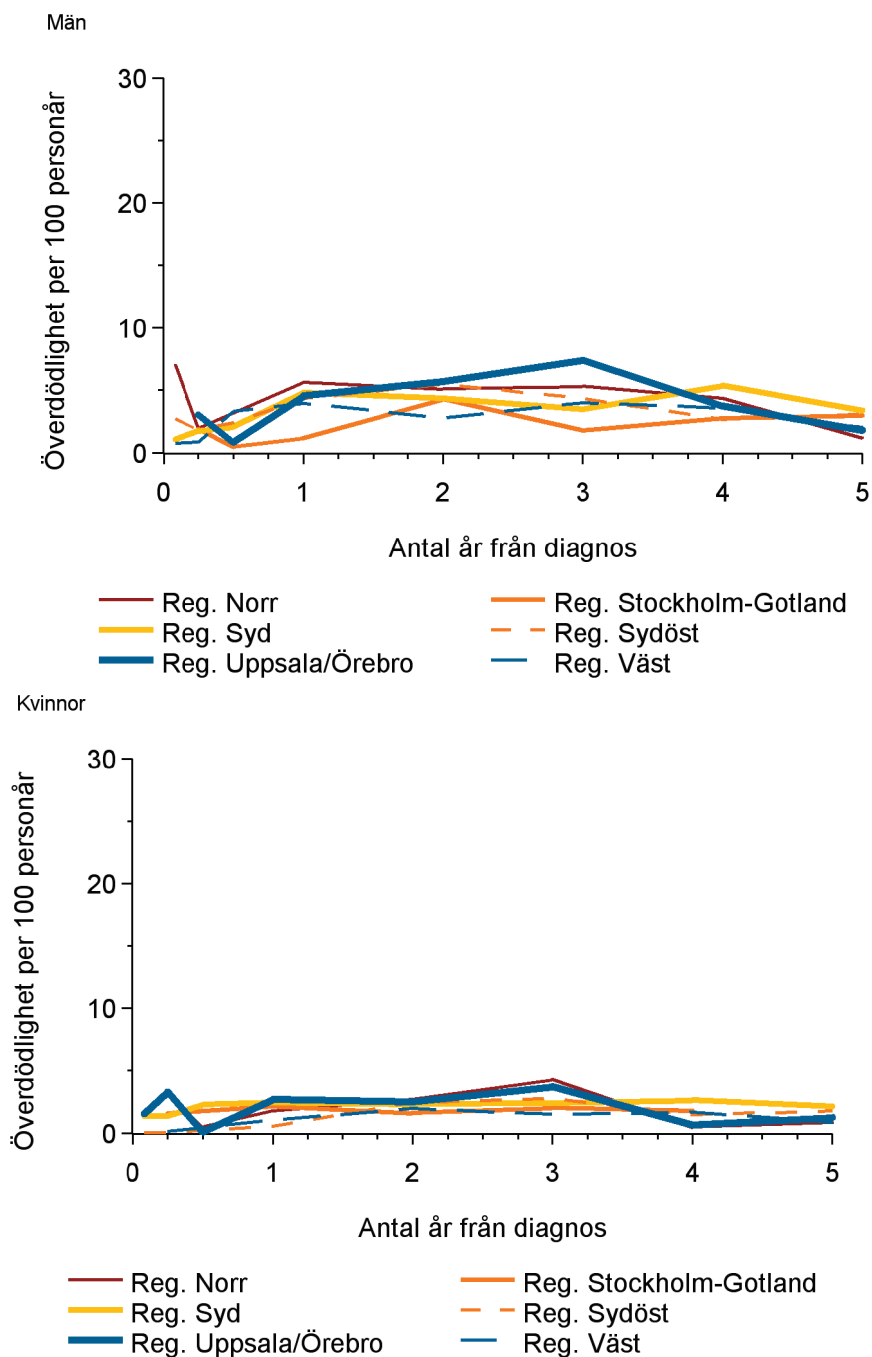
Män



Kvinnor



Figur 1.6.4 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Tabell 1.6.2 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

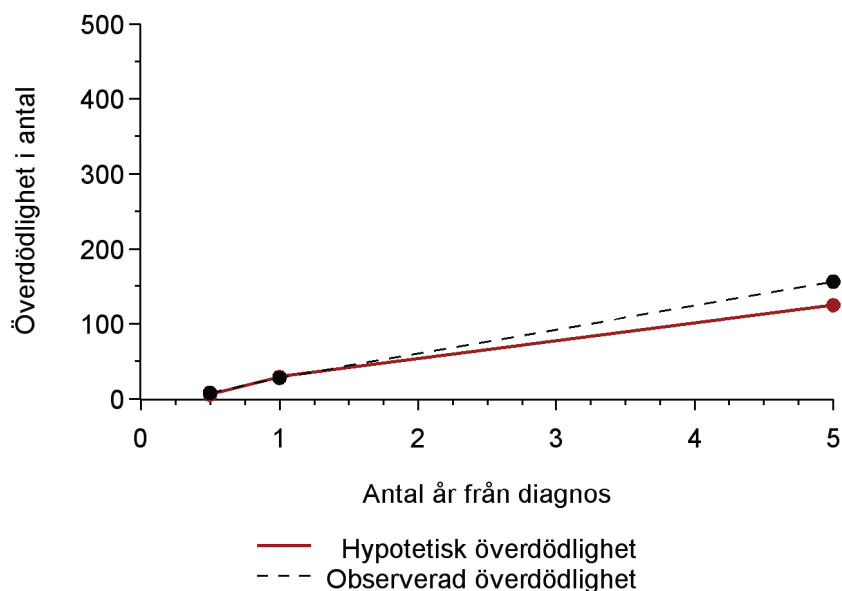
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	5 512	1,5	(0,1 - 6,5)	5 617	4,0	(1,1 - 10,2)	3 933	2,6	(0,4 - 8,1)
Blekinge	86	-3,0	.	92	-0,7	.	50	0,6	(0,0 - 4,8)
Dalarna	185	-1,1	.	189	0,3	(0,0 - 4,3)	111	-0,5	.
Gotland	26	-1,9	.	26	-2,1	.	15	4,4	(1,3 - 10,8)
Gävleborg	137	-2,9	.	137	8,6	(3,9 - 16,6)	80	3,6	(0,9 - 9,7)
Halland	211	5,0	(1,7 - 11,7)	208	0,3	(0,0 - 4,3)	133	1,6	(0,1 - 6,6)
Jämtland	55	-2,9	.	56	5,3	(1,8 - 12,1)	39	-1,8	.
Jönköping	242	6,1	(2,3 - 13,3)	245	2,8	(0,5 - 8,5)	159	2,9	(0,6 - 8,6)
Kalmar	167	-0,5	.	170	3,6	(0,9 - 9,6)	123	2,9	(0,6 - 8,6)
Kronoberg	108	-3,1	.	120	13,0	(6,9 - 22,2)	93	-1,7	.
Norrbottn	85	1,7	(0,2 - 6,8)	85	-2,9	.	59	-1,8	.
Skåne	783	2,6	(0,5 - 8,2)	798	5,5	(1,9 - 12,3)	556	5,0	(1,6 - 11,6)
Stockholm	1 039	0,5	(0,0 - 4,7)	1 080	1,3	(0,1 - 6,0)	820	3,0	(0,6 - 8,7)
Södermanland	154	-0,2	.	165	2,7	(0,5 - 8,2)	100	1,6	(0,1 - 6,6)
Uppsala	152	0,6	(0,0 - 4,9)	159	6,4	(2,4 - 13,6)	116	2,3	(0,3 - 7,7)
Värmland	156	4,9	(1,6 - 11,5)	157	4,1	(1,1 - 10,4)	96	4,9	(1,6 - 11,5)
Västerbotten	107	1,6	(0,1 - 6,5)	106	6,4	(2,4 - 13,6)	72	1,1	(0,0 - 5,8)
Västernorrland	120	-3,5	.	129	11,0	(5,5 - 19,7)	93	4,3	(1,2 - 10,7)
Västmanland	173	5,1	(1,7 - 11,9)	166	7,2	(2,9 - 14,7)	99	-1,0	.
Västra Götaland	1 104	3,0	(0,6 - 8,7)	1 107	4,6	(1,4 - 11,2)	842	2,1	(0,3 - 7,3)
Örebro	158	-0,7	.	162	3,9	(1,0 - 10,1)	109	2,3	(0,3 - 7,7)
Östergötland	264	0,8	(0,0 - 5,2)	260	6,3	(2,4 - 13,4)	168	3,4	(0,8 - 9,4)
Reg. Norr	367	-0,7	.	376	5,6	(2,0 - 12,5)	263	1,2	(0,1 - 5,9)
Reg. Stockholm-Gotland	1 065	0,5	(0,0 - 4,6)	1 106	1,2	(0,0 - 5,9)	835	3,0	(0,6 - 8,7)
Reg. Sydöst	673	2,4	(0,4 - 7,8)	675	4,3	(1,3 - 10,7)	450	3,1	(0,7 - 8,9)
Reg. Syd	1 188	2,1	(0,3 - 7,4)	1 218	4,8	(1,5 - 11,4)	832	3,4	(0,8 - 9,3)
Reg. Väst	1 315	3,3	(0,8 - 9,2)	1 315	4,0	(1,1 - 10,2)	975	2,0	(0,2 - 7,2)
Reg. Uppsala/Örebro	1 115	0,9	(0,0 - 5,3)	1 135	4,5	(1,4 - 11,0)	711	1,8	(0,2 - 6,9)

Tabell 1.6.3 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

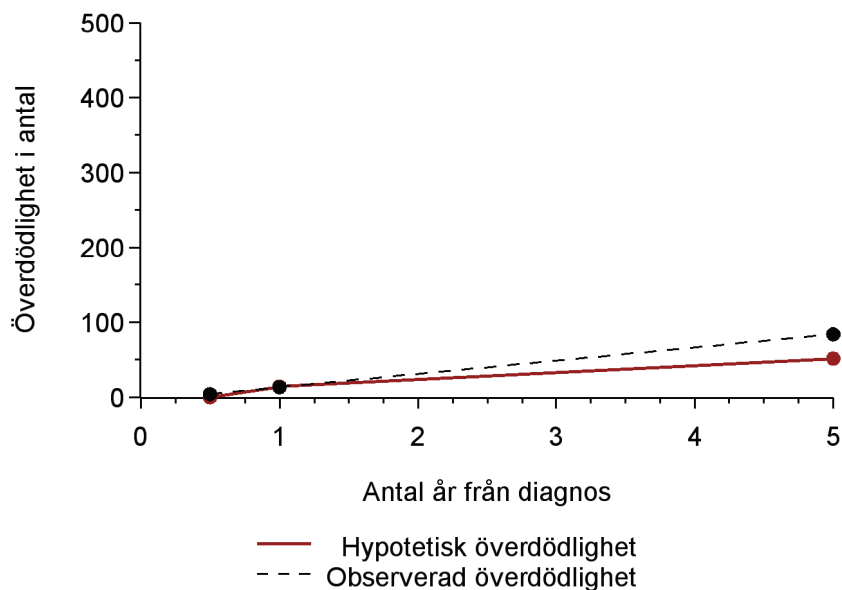
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	5 495	0,4	(0,0 - 4,6)	5 641	1,8	(0,2 - 7,0)	4 344	1,1	(0,0 - 5,7)
Blekinge	90	-1,5	.	99	3,2	(0,7 - 9,1)	66	2,1	(0,3 - 7,3)
Dalarna	171	-1,9	.	174	6,0	(2,2 - 13,1)	132	0,7	(0,0 - 5,0)
Gotland	21	-1,6	.	22	-1,5	.	15	-1,8	.
Gävleborg	127	1,2	(0,1 - 5,9)	131	3,0	(0,6 - 8,7)	115	1,1	(0,0 - 5,8)
Halland	179	-1,9	.	183	2,0	(0,2 - 7,3)	165	1,8	(0,2 - 6,9)
Jämtland	61	-1,7	.	69	4,8	(1,5 - 11,3)	59	-2,6	.
Jönköping	217	2,1	(0,3 - 7,4)	229	0,3	(0,0 - 4,4)	156	2,2	(0,3 - 7,5)
Kalmar	169	-1,8	.	175	2,2	(0,3 - 7,6)	128	2,4	(0,4 - 7,8)
Kronoberg	87	2,8	(0,5 - 8,5)	89	6,0	(2,2 - 13,1)	83	1,7	(0,1 - 6,7)
Norrbottnen	86	-2,0	.	91	0,7	(0,0 - 5,0)	63	-0,1	.
Skåne	796	3,5	(0,9 - 9,6)	810	2,1	(0,3 - 7,4)	619	2,3	(0,3 - 7,7)
Stockholm	1 103	-0,2	.	1 136	2,2	(0,3 - 7,6)	802	-0,3	.
Södermanland	182	-1,6	.	182	3,6	(0,9 - 9,7)	129	2,5	(0,4 - 7,9)
Uppsala	137	0,9	(0,0 - 5,5)	145	4,4	(1,3 - 10,8)	105	2,3	(0,3 - 7,7)
Värmland	164	0,8	(0,0 - 5,3)	164	1,0	(0,0 - 5,6)	135	1,7	(0,2 - 6,7)
Västerbotten	97	6,5	(2,5 - 13,7)	99	2,3	(0,3 - 7,7)	79	-0,9	.
Västernorrland	115	-1,5	.	120	0,4	(0,0 - 4,6)	108	4,6	(1,4 - 11,1)
Västmanland	119	1,7	(0,2 - 6,8)	118	2,1	(0,3 - 7,4)	89	-1,8	.
Västra Götaland	1 126	0,1	(0,0 - 4,0)	1 146	0,9	(0,0 - 5,3)	963	0,7	(0,0 - 5,0)
Örebro	179	0,6	(0,0 - 4,9)	191	-0,7	.	135	1,6	(0,1 - 6,7)
Östergötland	269	-1,9	.	268	-0,3	.	198	1,0	(0,0 - 5,6)
Reg. Norr	359	0,5	(0,0 - 4,6)	379	1,8	(0,2 - 6,9)	309	0,8	(0,0 - 5,3)
Reg. Stockholm-Gotland	1 124	-0,2	.	1 158	2,2	(0,3 - 7,5)	817	-0,3	.
Reg. Sydöst	655	-0,6	.	672	0,6	(0,0 - 4,8)	482	1,8	(0,2 - 6,8)
Reg. Syd	1 152	2,3	(0,3 - 7,6)	1 181	2,5	(0,4 - 8,0)	933	2,1	(0,3 - 7,5)
Reg. Väst	1 305	-0,1	.	1 329	1,0	(0,0 - 5,6)	1 128	0,9	(0,0 - 5,3)
Reg. Uppsala/Örebro	1 079	0,1	(0,0 - 3,9)	1 105	2,7	(0,5 - 8,3)	840	1,3	(0,1 - 6,0)

Figur 1.6.5 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.6.4 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	9	28	157	5	14	84
Hypotetisk	6	30	125	1	15	52
Skillnad	3	-1	32	5	0	33
---- Nedre konfidensgräns	1		22	2		23
---- Övre konfidensgräns	8		45	11		46

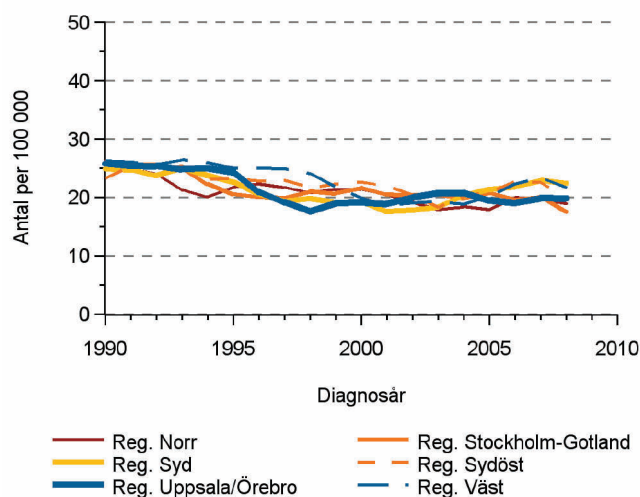
1.7 Njurcancer

Incidens

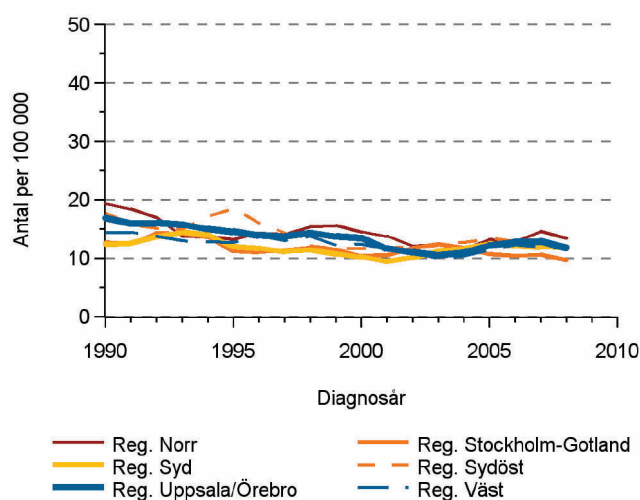
Incidentstrenden för njurcancer har varit svagt nedåtgående för både män och kvinnor sedan 1990 och den regionala variationen är begränsad (figur 1.7.1). Incidensen bland män i åldern 30–89 år var 20,2 fall per 100 000 invånare under perioden 2007–2009 och 11,5 per 100 000 bland kvinnor (tabell 1.7.1). Variationen i incidens mellan län är större bland män än bland kvinnor och de lägsta respektive högsta incidenserna bland män ligger mellan 15,4 och 34,1 per 100 000 invånare bland män och mellan 8,8 och 15,8 per 100 000 invånare för kvinnor.

Figur 1.7.1 Incidenstrend för njurcancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 1.7.1 Incidens av njurcancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	20,2	(18,5 - 22,0)	11,5	(10,3 - 12,8)
Blekinge	18,6	(8,7 - 34,2)	12,1	(4,8 - 24,8)
Dalarna	16,5	(9,5 - 26,5)	8,8	(4,1 - 16,4)
Gotland	15,4	(3,3 - 43,4)	12,6	(2,5 - 36,9)
Gävleborg	23,5	(14,8 - 35,3)	12,6	(6,8 - 21,2)
Halland	19,8	(11,7 - 31,0)	12,5	(6,4 - 21,8)
Jämtland	26,1	(13,1 - 45,9)	15,8	(6,6 - 31,4)
Jönköping	15,4	(8,8 - 24,7)	10,9	(5,8 - 18,5)
Kalmar	21,6	(12,6 - 34,2)	13,1	(6,7 - 22,9)
Kronoberg	34,1	(20,6 - 52,8)	11,6	(4,8 - 23,0)
Norrbottn	16,0	(8,6 - 26,8)	11,4	(5,7 - 20,2)
Skåne	21,7	(17,1 - 27,1)	11,7	(8,5 - 15,5)
Stockholm	17,6	(13,9 - 21,8)	9,6	(7,2 - 12,4)
Södermanland	19,6	(11,4 - 31,1)	11,7	(6,0 - 20,3)
Uppsala	15,6	(8,6 - 26,0)	11,9	(6,2 - 20,4)
Värmland	22,4	(13,9 - 34,0)	12,6	(6,8 - 21,3)
Västerbotten	21,0	(12,2 - 33,4)	15,4	(8,3 - 25,8)
Västernorrland	16,1	(8,6 - 27,2)	12,4	(6,3 - 21,7)
Västmanland	18,6	(10,3 - 30,6)	12,2	(6,1 - 21,6)
Västra Götaland	21,9	(17,8 - 26,7)	11,5	(8,7 - 14,9)
Örebro	22,0	(13,3 - 34,1)	12,0	(6,1 - 20,9)
Östergötland	21,9	(14,5 - 31,6)	10,7	(6,1 - 17,4)
Reg. Norr	18,9	(14,2 - 24,7)	13,4	(9,7 - 18,1)
Reg. Stockholm-Gotland	17,5	(13,9 - 21,6)	9,7	(7,4 - 12,5)
Reg. Syd	22,4	(18,6 - 26,8)	11,9	(9,2 - 14,9)
Reg. Sydöst	19,7	(15,1 - 25,4)	11,4	(8,1 - 15,5)
Reg. Uppsala/Örebro	19,8	(16,4 - 23,6)	11,7	(9,3 - 14,6)
Reg. Väst	21,6	(17,8 - 25,9)	11,7	(9,1 - 14,8)

Njurcancer blir vanligare med stigande ålder och mönstret är likartat i samtliga regioner. I åldersgruppen 30–49 år var incidensen bland män och kvinnor 3,9 respektive 1,7 fall per 100 000 invånare under perioden 2007–2009 (tabell 1.7.1.1 och tabell 1.7.1.2 i Tabellbilaga), och i åldersgruppen 50–74 år var den 29,4 respektive 16,6 fall per 100 000 invånare. I den äldsta åldersgruppen, 75–89 år, är incidensen 44,4 och 27,6 fall per 100 000 invånare för män respektive kvinnor.

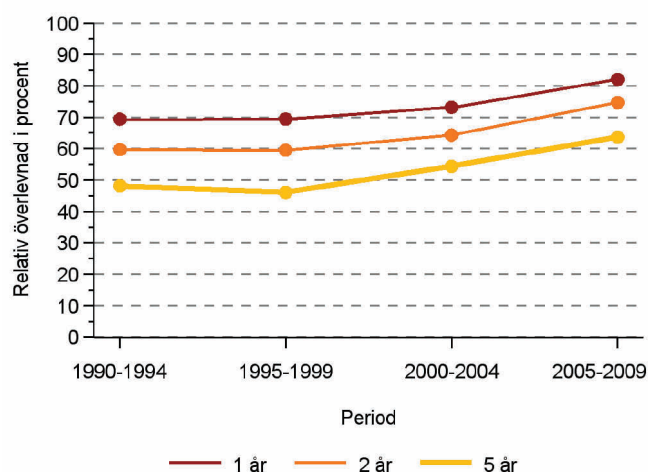
Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden vid njurcancer låg på en relativt stabil nivå under perioderna 1990–1994 och 1995–1999, men sedan ökade överlevnaden kraftigt för både män och kvinnor (figur 1.7.2). Den relativa ettårsöverlevnaden är något högre bland kvinnor än bland män (figur 1.7.3a). Det finns en stor spridning i överlevnad mellan länen efter ett års uppföljning, vilket inte enbart kan förklaras av slumpen, och spridningen förstärks ytterligare efter fem år (figur 1.7.3b). Den observationen gäller även på regional nivå.

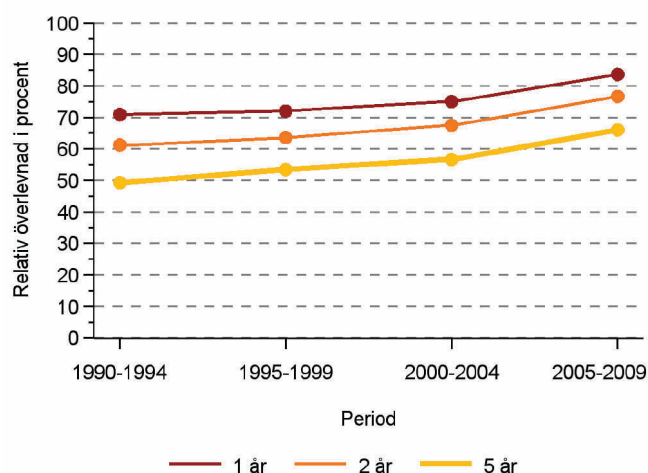
Den relativa överlevnaden sjunker ju äldre patienten var vid diagnosen (tabell 1.7.2.5 och tabell 1.7.2.6 i Tabellbilaga). Några regioner avviker dock från mönstret.

Figur 1.7.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid njurcancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män

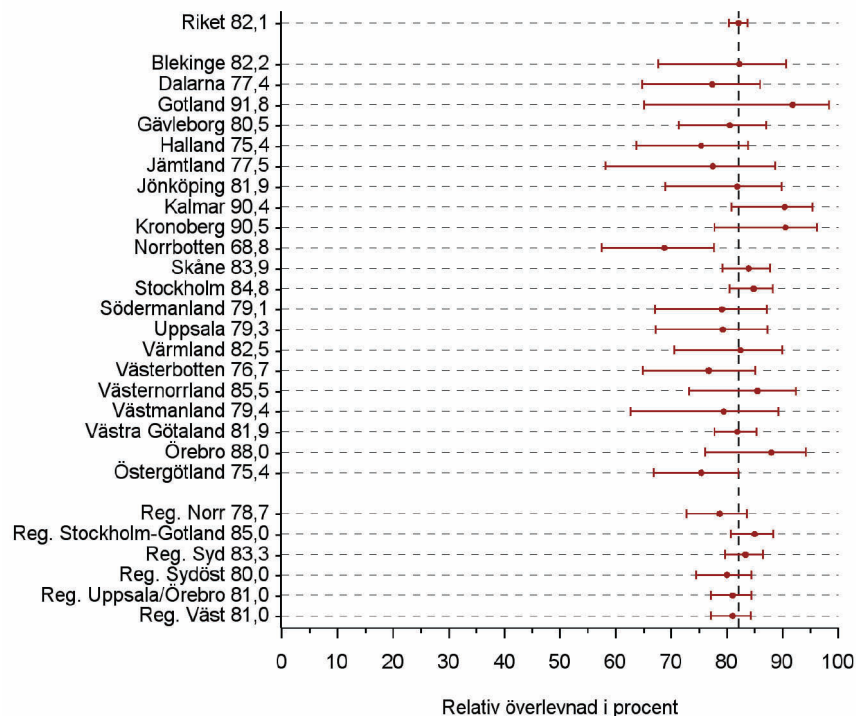


Kvinnor

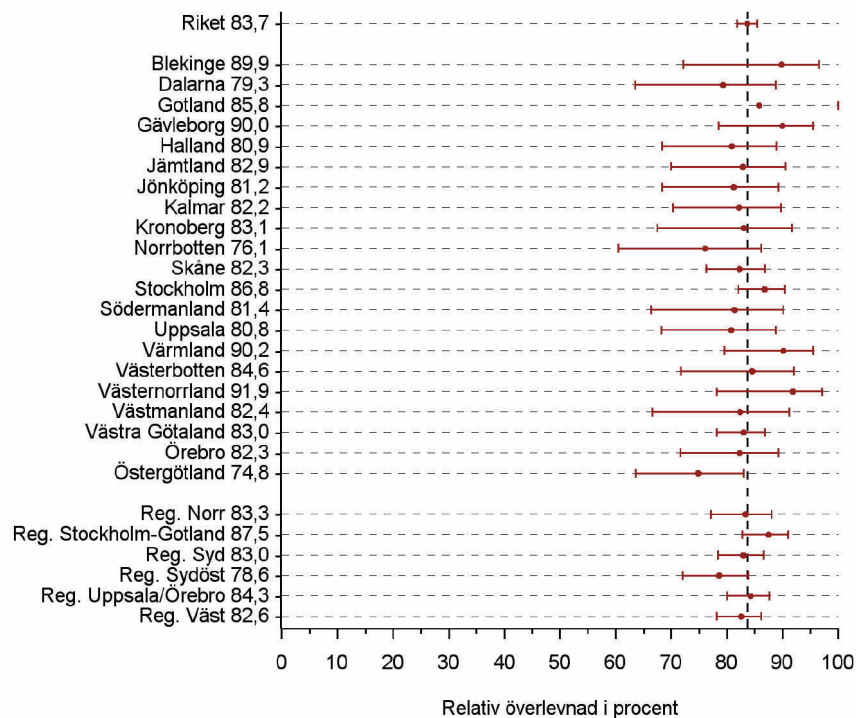


Figur 1.7.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid njurcancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

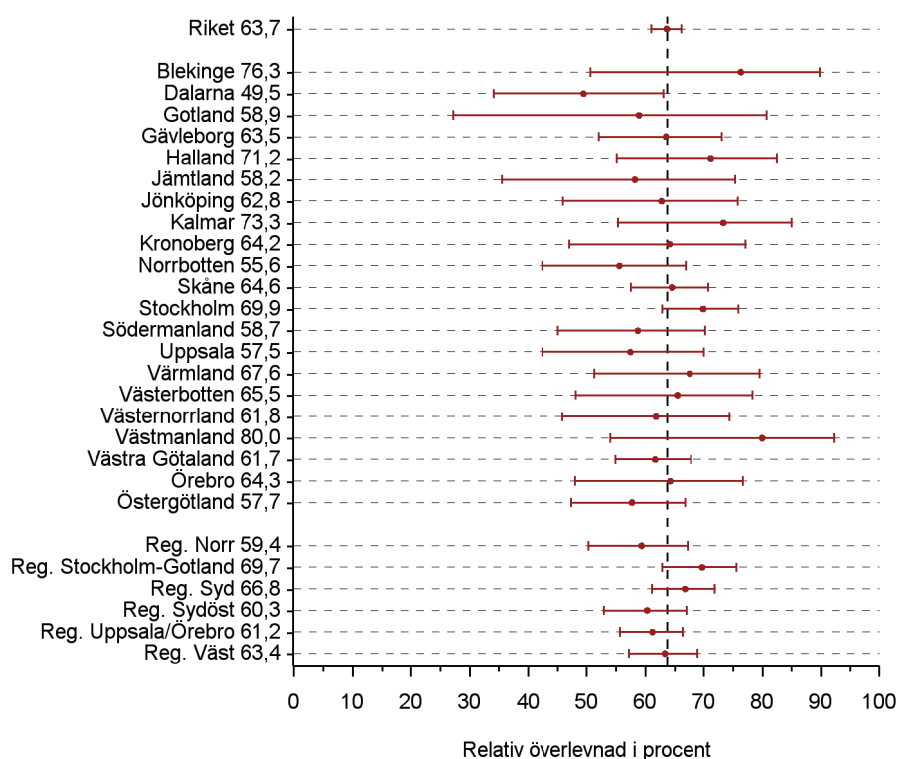


Kvinnor

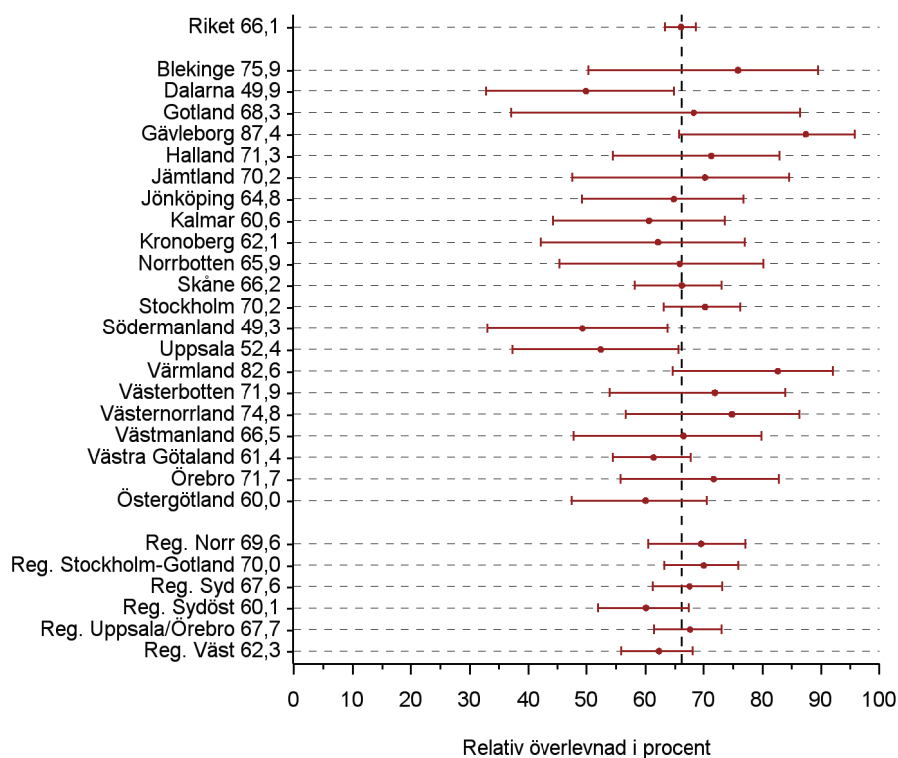


Figur 1.7.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid njurcancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män



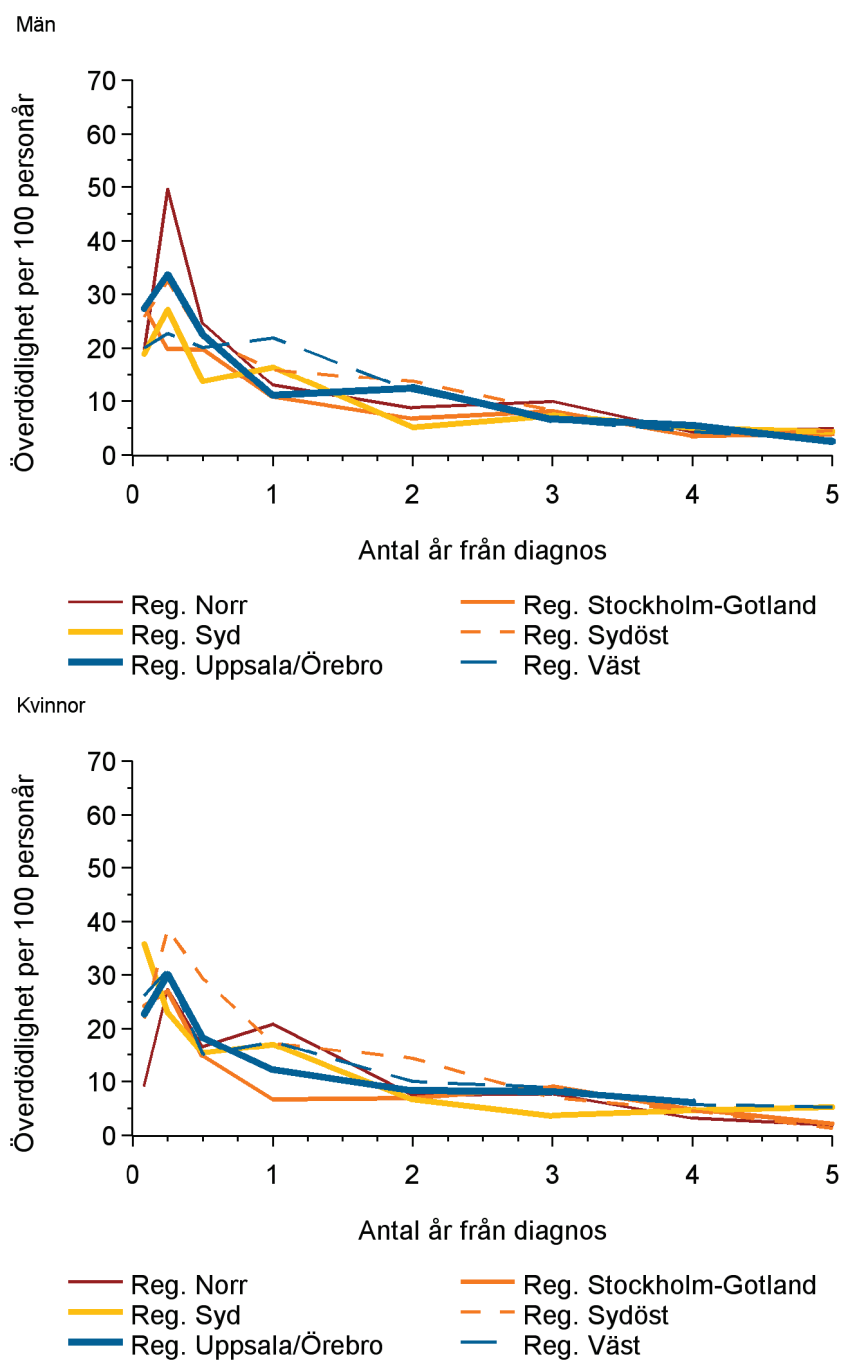
Kvinnor



Överdödligheten, det vill säga dödligheten bland patienter med njurcancer utöver den förväntade i befolkningen, är högst under de första sex månaderna efter diagnosen och sjunker därefter kontinuerligt under uppföljningsperiodens fem år (figur 1.7.4). Den regionala variationen i överdödlighet är störst under perioden sex månader till två år efter diagnosen. Överdödligheten bland män med njurcancer är 19,6 dödsfall per 100 personår efter sex månader och har sedan sjunkit till 3,6 per 100 personår efter fem år (tabell 1.7.2). Nivån är likartad för kvinnor med njurcancer (tabell 1.7.3). Det finns en ganska stor spridning mellan länen i överdödlighet där patienterna i några län inte har någon eller låg överdödlighet efter ett år (mindre än 5 dödsfall per 100 personår) medan överdödligheten i andra län är 25–30 dödsfall per 100 personår.

Den observerade dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen räknas i antal dödsfall, och den ökar kontinuerligt över tiden efter diagnosen och efter fem år är den 178 män och 115 kvinnor (figur 1.7.5 och tabell 1.7.4). Den hypotetiska överdödligheten är 154 respektive 63 bland män respektive kvinnor, det vill säga överdödligheten bland patienter med njurcancer förutsatt att samtliga grupper hade haft samma dödlighet som de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Skillnaden mellan dessa värden är ett antal förtida dödsfall som potentiellt hade gått att åtgärda men som beror på skillnader i dödlighet mellan länen (beräkningen bygger på att alla län kan uppnå samma resultat som de bästa länen) och är 24 män och 52 kvinnor efter fem år. Figur 1.7.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.7.4 Överdödlighet bland patienter med njurcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Tabell 1.7.2 Överdödlighet bland patienter med njurcancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

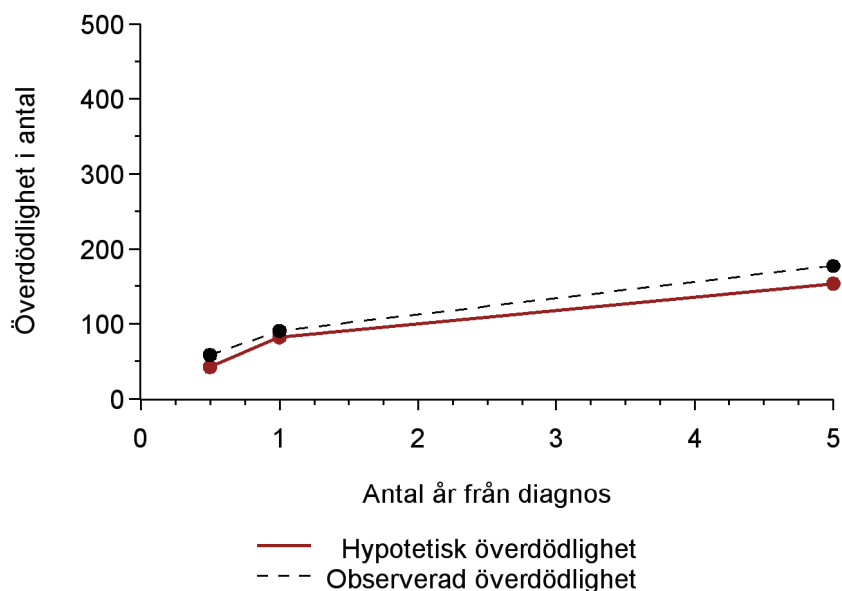
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	2 548	19,6	(11,9 - 30,5)	2 520	14,6	(8,1 - 24,2)	1 465	3,6	(0,9 - 9,6)
Blekinge	44	17,1	(10,0 - 27,3)	41	24,8	(16,0 - 36,6)	28	-3,2	.
Dalarna	75	38,3	(27,2 - 52,5)	73	11,2	(5,6 - 20,0)	32	1,3	(0,1 - 6,0)
Gotland	17	-2,5	.	17	9,1	(4,2 - 17,3)	13	-4,7	.
Gävleborg	111	28,3	(18,8 - 40,8)	108	7,6	(3,2 - 15,3)	55	-1,8	.
Halland	74	26,0	(17,0 - 38,1)	73	30,0	(20,2 - 42,8)	52	6,1	(2,2 - 13,1)
Jämtland	48	13,8	(7,5 - 23,2)	46	10,7	(5,3 - 19,3)	24	6,4	(2,4 - 13,6)
Jönköping	82	18,5	(11,1 - 29,1)	83	15,2	(8,6 - 25,0)	58	4,3	(1,2 - 10,7)
Kalmar	81	-2,5	.	83	13,3	(7,2 - 22,7)	43	0,6	(0,0 - 4,8)
Kronoberg	67	10,2	(4,9 - 18,7)	63	4,5	(1,4 - 11,0)	31	0,4	(0,0 - 4,6)
Norrbottn	60	25,8	(16,8 - 37,8)	60	25,4	(16,5 - 37,4)	37	1,0	(0,0 - 5,6)
Skåne	369	11,5	(5,9 - 20,3)	370	15,0	(8,4 - 24,7)	186	5,6	(1,9 - 12,5)
Stockholm	431	20,7	(12,7 - 31,7)	439	10,9	(5,4 - 19,5)	290	4,2	(1,2 - 10,5)
Södermanland	68	23,3	(14,8 - 34,8)	66	15,9	(9,1 - 25,8)	40	3,6	(0,9 - 9,7)
Uppsala	70	29,0	(19,4 - 41,6)	73	13,6	(7,4 - 23,0)	53	5,7	(2,0 - 12,6)
Värmland	80	7,8	(3,4 - 15,6)	84	14,3	(7,9 - 23,9)	57	-0,8	.
Västerbotten	70	34,0	(23,5 - 47,5)	68	10,7	(5,3 - 19,2)	30	5,6	(2,0 - 12,5)
Västernorrland	67	21,5	(13,4 - 32,7)	67	6,4	(2,5 - 13,7)	49	6,8	(2,7 - 14,2)
Västmanland	60	26,0	(17,0 - 38,1)	56	22,8	(14,4 - 34,3)	39	-3,1	.
Västra Götaland	457	19,1	(11,5 - 29,8)	441	20,6	(12,7 - 31,6)	219	2,2	(0,3 - 7,5)
Örebro	86	7,7	(3,2 - 15,3)	89	0,4	(0,0 - 4,5)	50	12,1	(6,3 - 21,1)
Östergötland	131	40,1	(28,7 - 54,6)	120	18,1	(10,7 - 28,6)	79	7,0	(2,8 - 14,4)
Reg. Norr	245	24,6	(15,8 - 36,4)	241	13,0	(6,9 - 22,2)	140	4,9	(1,6 - 11,6)
Reg. Stockholm-Gotland	448	19,8	(12,0 - 30,6)	456	10,8	(5,4 - 19,4)	303	3,8	(1,0 - 10,0)
Reg. Sydöst	294	21,9	(13,7 - 33,2)	286	15,9	(9,0 - 25,8)	180	4,6	(1,4 - 11,0)
Reg. Syd	554	13,7	(7,5 - 23,2)	547	16,4	(9,5 - 26,5)	297	4,3	(1,3 - 10,7)
Reg. Väst	531	20,1	(12,3 - 31,0)	514	21,9	(13,7 - 33,2)	271	2,9	(0,6 - 8,6)
Reg. Uppsala/Örebro	550	22,5	(14,2 - 34,0)	549	11,1	(5,6 - 19,8)	326	2,5	(0,4 - 8,0)

Tabell 1.7.3 Överdödlighet bland patienter med njurcancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

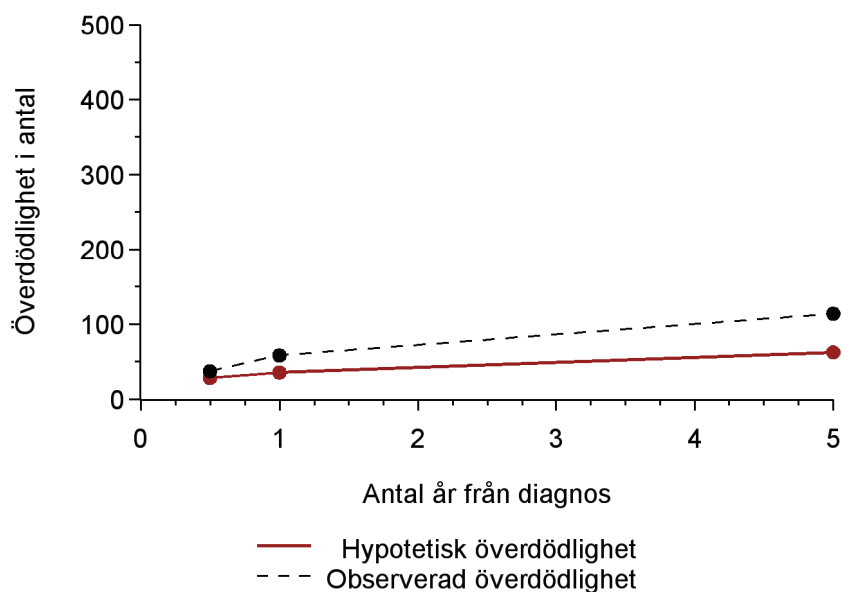
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	1 683	17,9	(10,6 - 28,3)	1 673	14,4	(8,0 - 24,0)	1 057	2,7	(0,5 - 8,3)
Blekinge	38	9,4	(4,4 - 17,6)	39	4,3	(1,2 - 10,6)	30	11,1	(5,6 - 19,8)
Dalarna	44	46,5	(34,1 - 61,9)	41	8,7	(3,9 - 16,7)	24	2,2	(0,3 - 7,5)
Gotland	15	-1,0	.	15	-1,0	.	13	6,7	(2,6 - 14,0)
Gävleborg	59	12,2	(6,4 - 21,3)	59	5,0	(1,6 - 11,6)	52	-4,0	.
Halland	50	6,7	(2,6 - 14,0)	56	24,4	(15,7 - 36,1)	26	1,2	(0,0 - 5,9)
Jämtland	38	21,5	(13,4 - 32,7)	35	39,4	(28,1 - 53,8)	15	-2,9	.
Jönköping	55	13,4	(7,2 - 22,8)	58	19,1	(11,5 - 29,8)	29	1,1	(0,0 - 5,8)
Kalmar	48	7,0	(2,8 - 14,4)	49	16,0	(9,2 - 26,0)	38	3,4	(0,8 - 9,4)
Kronoberg	34	10,7	(5,3 - 19,4)	36	25,4	(16,5 - 37,4)	23	-1,8	.
Norrbottn	48	25,2	(16,3 - 37,1)	46	28,3	(18,9 - 40,8)	26	3,9	(1,0 - 10,1)
Skåne	224	19,3	(11,6 - 30,0)	220	16,1	(9,2 - 26,2)	131	6,1	(2,3 - 13,2)
Stockholm	266	15,7	(8,9 - 25,6)	277	7,1	(2,9 - 14,6)	208	1,9	(0,2 - 7,1)
Södermanland	50	23,6	(15,1 - 35,3)	46	13,2	(7,1 - 22,5)	23	5,1	(1,7 - 11,9)
Uppsala	58	20,7	(12,8 - 31,7)	55	23,0	(14,6 - 34,5)	25	8,3	(3,7 - 16,2)
Värmland	59	5,4	(1,9 - 12,2)	62	5,2	(1,7 - 11,9)	36	-2,3	.
Västerbotten	64	17,4	(10,2 - 27,7)	65	23,4	(14,9 - 35,0)	34	1,1	(0,0 - 5,7)
Västernorrland	56	5,5	(1,9 - 12,4)	58	1,8	(0,2 - 6,9)	45	3,4	(0,8 - 9,3)
Västmanland	52	14,6	(8,1 - 24,2)	50	16,0	(9,1 - 26,0)	34	-2,8	.
Västra Götaland	277	16,7	(9,7 - 26,8)	266	16,2	(9,3 - 26,2)	155	6,0	(2,2 - 13,1)
Örebro	60	12,1	(6,3 - 21,1)	60	16,1	(9,2 - 26,1)	38	1,3	(0,1 - 6,1)
Östergötland	88	52,0	(38,8 - 68,2)	80	16,7	(9,7 - 26,9)	52	-0,4	.
Reg. Norr	206	16,6	(9,6 - 26,7)	204	20,9	(12,9 - 31,9)	120	1,9	(0,2 - 7,1)
Reg. Stockholm-Gotland	281	14,8	(8,2 - 24,5)	292	6,7	(2,6 - 14,0)	221	2,2	(0,3 - 7,5)
Reg. Sydöst	191	29,4	(19,7 - 42,1)	187	17,2	(10,1 - 27,5)	119	1,2	(0,1 - 6,0)
Reg. Syd	346	15,4	(8,7 - 25,3)	351	17,0	(9,9 - 27,2)	210	5,2	(1,8 - 12,0)
Reg. Väst	327	15,1	(8,4 - 24,8)	322	17,5	(10,3 - 27,9)	181	5,2	(1,8 - 12,0)
Reg. Uppsala/Örebro	382	18,3	(10,9 - 28,8)	373	12,2	(6,4 - 21,3)	232	-0,1	.

Figur 1.7.5 Överdödlighet bland patienter med njurcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.7.4 Överdödlighet bland patienter med njurcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	59	91	178	38	59	115
Hypotetisk	43	82	154	29	36	63
Skillnad	16	9	24	9	23	52
---- Nedre konfidensgräns	10	4	16	5	15	39
---- Övre konfidensgräns	26	17	36	17	35	68

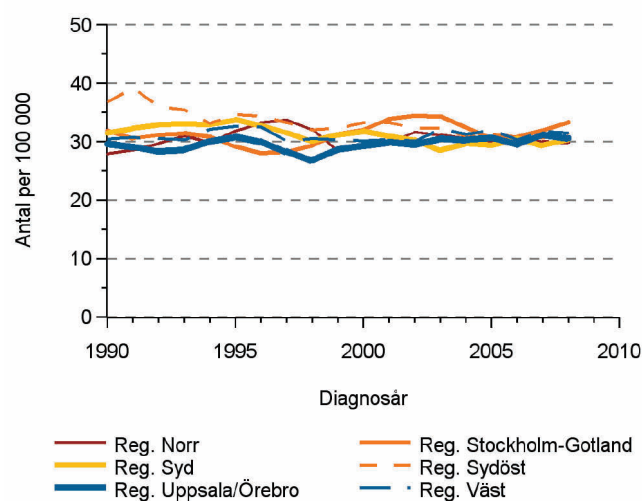
1.8 Non-Hodgkin-lymfom

Incidens

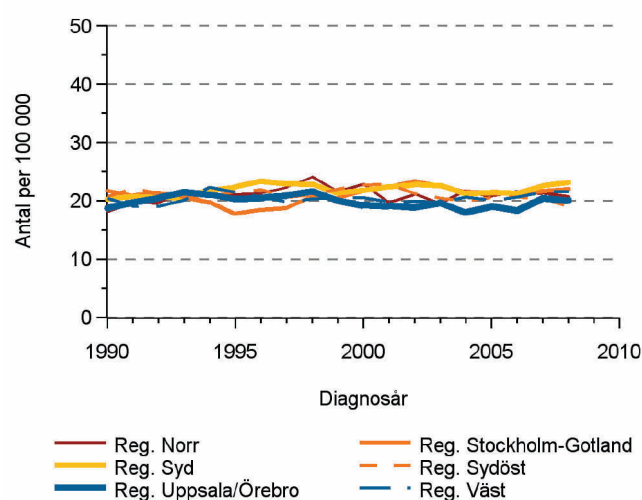
Incidenstrenden för non-Hodgkin-lymfom har varit stabil sedan 1990 för både män och kvinnor i samtliga regioner, med undantag för en högre incidens bland män i den sydöstra regionen i början av 1990-talet (figur 1.8.1). Incidensen bland män i åldern 30–89 år var 31,4 fall per 100 000 invånare under åren 2007–2009 och motsvarande bland kvinnor var 21,3 per 100 000 invånare (tabell 1.8.1). Spridningen inom respektive region är ganska låg, med undantag för män i den norra regionen som har landets både högsta och lägsta incidens på länsnivå (Jämtland och Västernorrland har drygt 21 fall per 100 000 och Västerbotten 38,6 fall per 100 000 invånare).

Figur 1.8.1 Incidenstrend för non-Hodgkin-lymfom per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Förekomsten av non-Hodgkin-lymfom ökar med stigande ålder och är ovanlig i åldersgruppen 30–49 år för både män och kvinnor; 6,7 respektive 4,8 fall per 100 000 invånare (tabell 1.8.1.1 och tabell 1.8.1.2 i Tabellbilaga). Bland män är incidensen 36,7 respektive 96,9 fall per 100 000 i åldersgrupperna 50–74 år samt 75–89 år, och motsvarande bland kvinnor är 25,1 och 64,3 fall per 100 000 invånare. Variationen i incidens mellan länen är störst i den äldsta åldersgruppen.

Tabell 1.8.1 Incidens av non-Hodgkin-lymfom för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

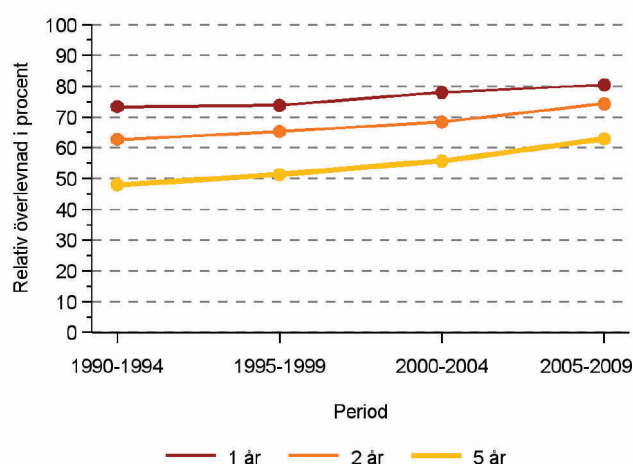
Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	31,4	(29,3 - 33,7)	21,3	(19,7 - 23,0)
Blekinge	35,1	(20,5 - 55,5)	25,2	(14,0 - 41,4)
Dalarna	29,6	(19,5 - 42,8)	18,4	(11,1 - 28,5)
Gotland	26,7	(8,7 - 60,9)	30,3	(11,9 - 62,2)
Gävleborg	30,0	(19,8 - 43,4)	19,5	(11,8 - 30,1)
Halland	24,6	(15,5 - 37,0)	18,6	(11,1 - 28,9)
Jämtland	21,5	(10,1 - 39,5)	25,9	(13,4 - 44,6)
Jönköping	26,8	(17,5 - 38,9)	14,9	(8,7 - 23,6)
Kalmar	32,9	(21,3 - 48,2)	19,9	(11,7 - 31,3)
Kronoberg	35,2	(21,5 - 53,9)	16,7	(8,2 - 29,9)
Norrbottn	34,3	(22,6 - 49,5)	22,6	(13,9 - 34,5)
Skåne	30,2	(24,6 - 36,6)	25,0	(20,4 - 30,4)
Stockholm	33,5	(28,3 - 39,3)	21,6	(17,9 - 25,8)
Södermanland	25,3	(15,7 - 38,3)	19,1	(11,4 - 29,7)
Uppsala	32,1	(21,4 - 46,1)	20,7	(12,8 - 31,5)
Värmland	32,1	(21,4 - 46,1)	21,3	(13,4 - 32,0)
Västerbotten	38,6	(25,9 - 55,1)	23,8	(14,7 - 36,2)
Västernorrland	21,2	(12,5 - 33,5)	13,1	(6,9 - 22,1)
Västmanland	33,8	(22,0 - 49,4)	20,4	(12,0 - 32,3)
Västra Götaland	32,8	(27,6 - 38,7)	22,1	(18,1 - 26,6)
Örebro	30,1	(19,5 - 44,2)	20,9	(12,7 - 32,2)
Östergötland	34,1	(24,5 - 45,9)	21,8	(14,7 - 30,9)
Reg. Norr	29,8	(23,7 - 36,9)	20,7	(15,9 - 26,3)
Reg. Stockholm-Gotland	33,3	(28,2 - 38,9)	21,9	(18,3 - 26,1)
Reg. Syd	30,3	(25,8 - 35,3)	23,1	(19,5 - 27,2)
Reg. Sydöst	31,4	(25,3 - 38,4)	19,0	(14,6 - 24,2)
Reg. Uppsala/Örebro	30,5	(26,2 - 35,3)	20,1	(16,8 - 23,7)
Reg. Väst	31,4	(26,7 - 36,6)	21,5	(17,9 - 25,5)

Relativ överlevnad och överdödlighet

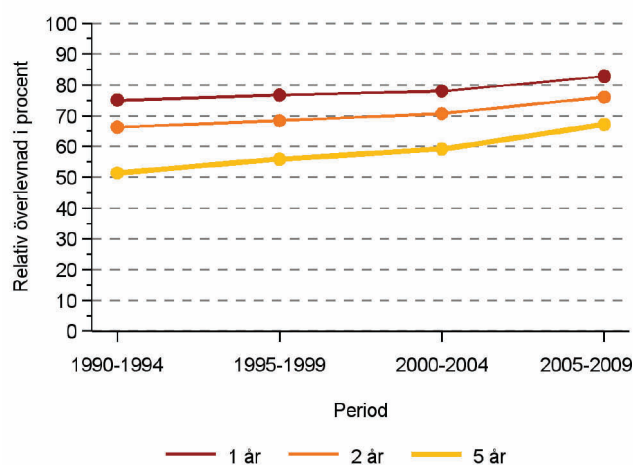
Trenden för relativ överlevnad vid non-Hodgkin-lymfom har varit ökande för både män och kvinnor sedan perioden 1990–1994, och den största ökningen observeras för femårsöverlevnad där ökningen var cirka 15 procentenheter för både män och kvinnor mellan 1990-1994 och 2005–2009 (figur 1.8.2). Den relativa ettårsöverlevnaden är 80,5 procent för män och 82,8 för kvinnor (figur 1.8.3a) och motsvarande femårsöverlevnad är 62,9 respektive 67,2 procent (figur 1.8.3b). Skillnaden i överlevnad mellan män och kvinnor ökar med uppföljningstiden. Det finns relativt stora skillnader mellan både regioner och län beträffande ettårsöverlevnad: från cirka 70 procent och upp till över 90 procent, vilket inte enbart kan förklaras av slumpen. Mönstret med stora skillnader mellan län och regioner är alltså troligen inte slumpartat, och det kvarstår vid en jämförelse av den relativa femårsöverlevnaden (figur 1.8.3b).

Figur 1.8.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid non-Hodgkin-lymfom. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



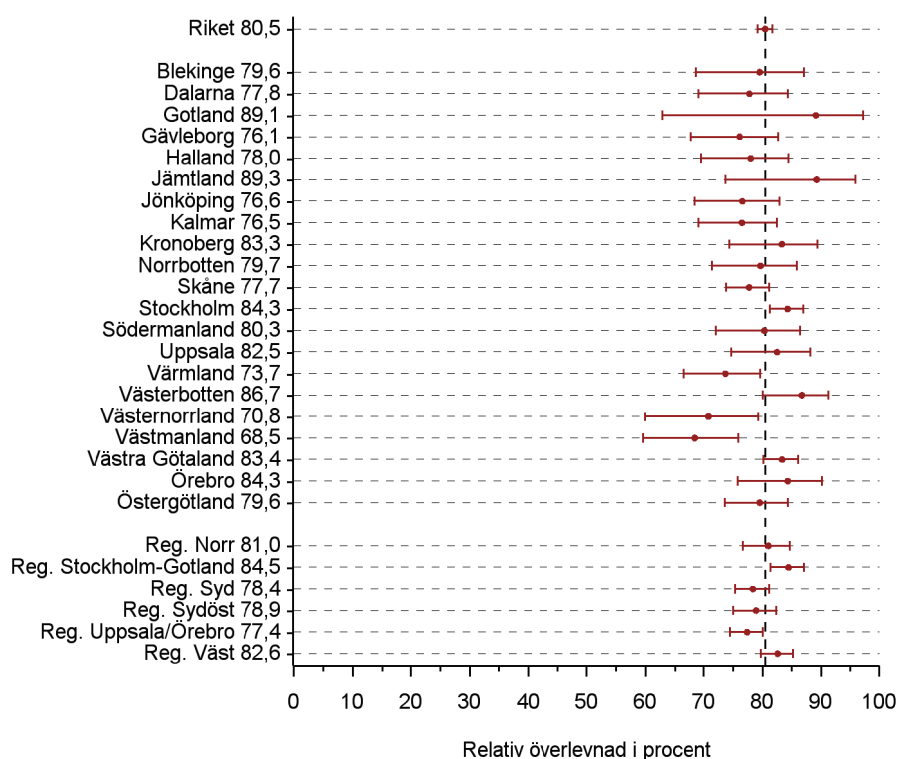
Den relativa överlevnaden avtar ju äldre patienten är vid diagnosen, och den sjunker markant mellan åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år där den relativa femårsöverlevnaden är 69,0 respektive 42,7 procent för män och 73,3 respektive 47,6 procent för kvinnor (tabell 1.8.2.5 och tabell 1.8.2.6 i Tabellbilaga). Den relativa femårsöverlevnaden i åldersgruppen 30–49 år är cirka 83 procent för både män och kvinnor.

Överdödligheten bland patienter med non-Hodgkin-lymfom, det vill säga dödligheten i patientgruppen utöver den förväntade i befolkningen, är hög under de första månaderna efter diagnosen och sjunker snabbt därefter (figur 1.8.4). Mönstret är likartat för män och kvinnor men överdödligheten är större bland män under de första tre månaderna efter diagnosen. Spridningen mellan länen beträffande överdödlighet minskar med uppföljningstid: efter sex månader är överdödligheten 0–43 dödsfall per 100 personår för män och 0–47 dödsfall per 100 personår för kvinnor (tabell 1.8.2 och tabell 1.8.3). Efter ett års uppföljning är överdödligheten 2–24 per 100 personår bland män med non-Hodgkin-lymfom och 7–30 dödsfall per 100 personår för kvinnor.

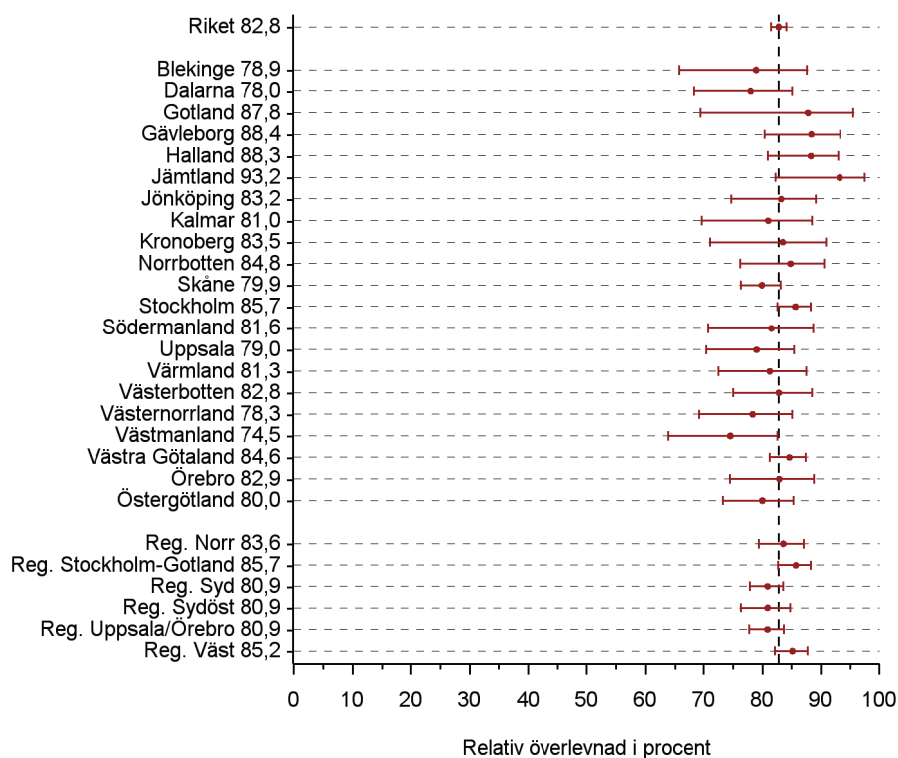
Den observerade dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen är överdödligheten, och den uppgår till 285 män och 218 kvinnor efter fem års uppföljning (tabell 1.8.4). Den hypotetiska överdödligheten är 214 män och 164 kvinnor under förutsättning att patienter i samtliga län hade haft samma överdödlighet som de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Skillnaden mellan dessa värden motsvarar ett potentiellt antal åtgärdbara förtida dödsfall bland patienter med non-Hodgkin-lymfom, och efter fem års uppföljning var skillnaden 71 för männen och 54 för kvinnorna. Figur 1.8.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.8.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid non-Hodgkin-lymfom med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

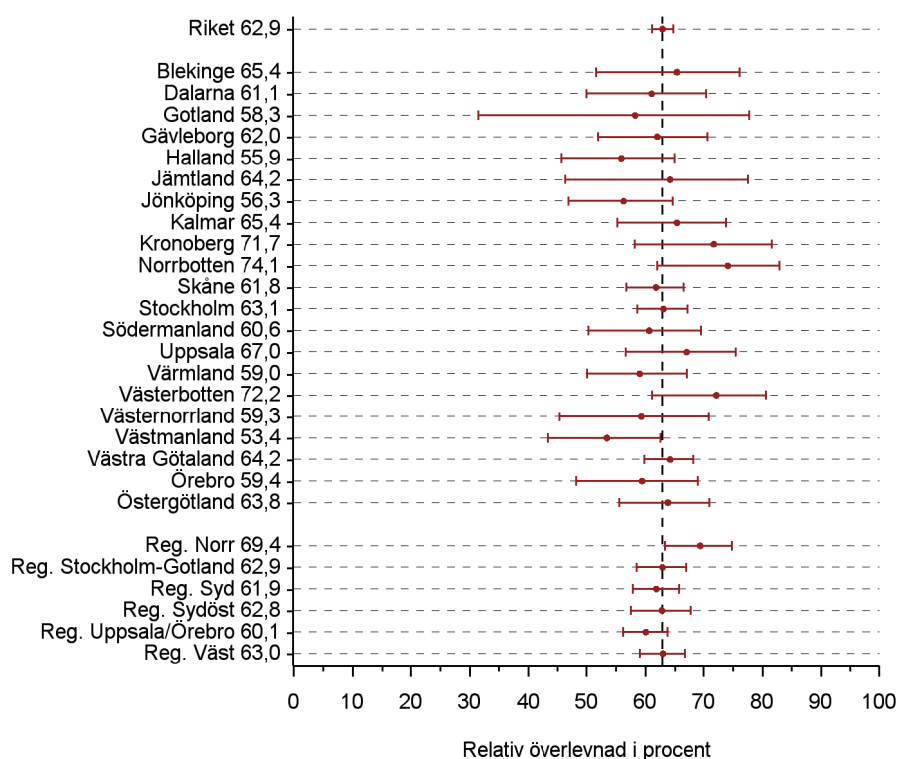


Kvinnor

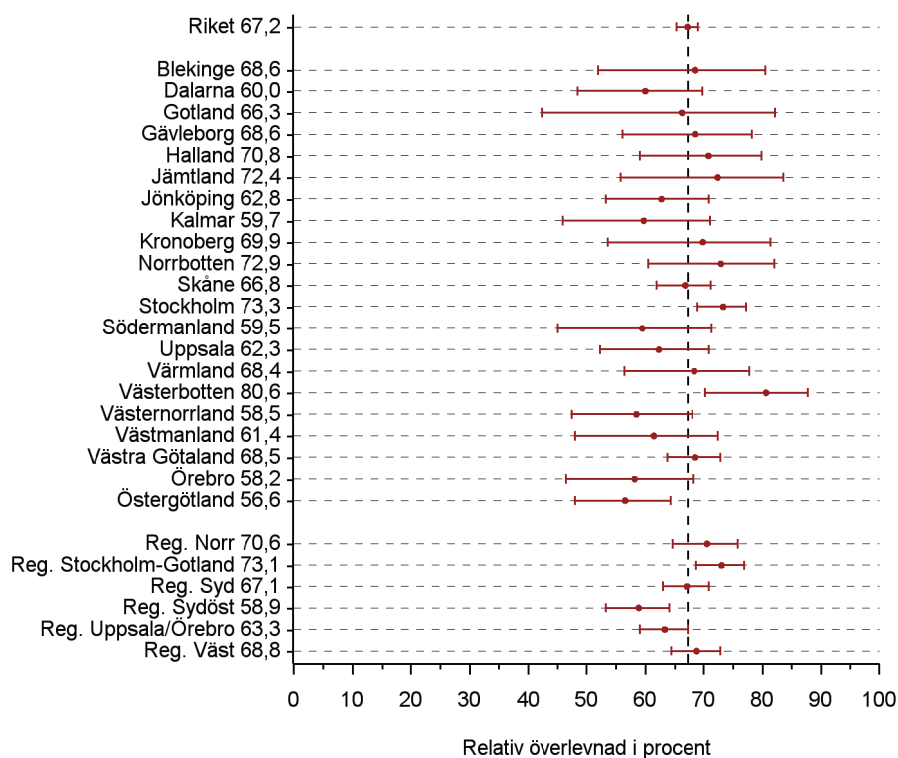


Figur 1.8.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid non-Hodgkin-lymfom med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

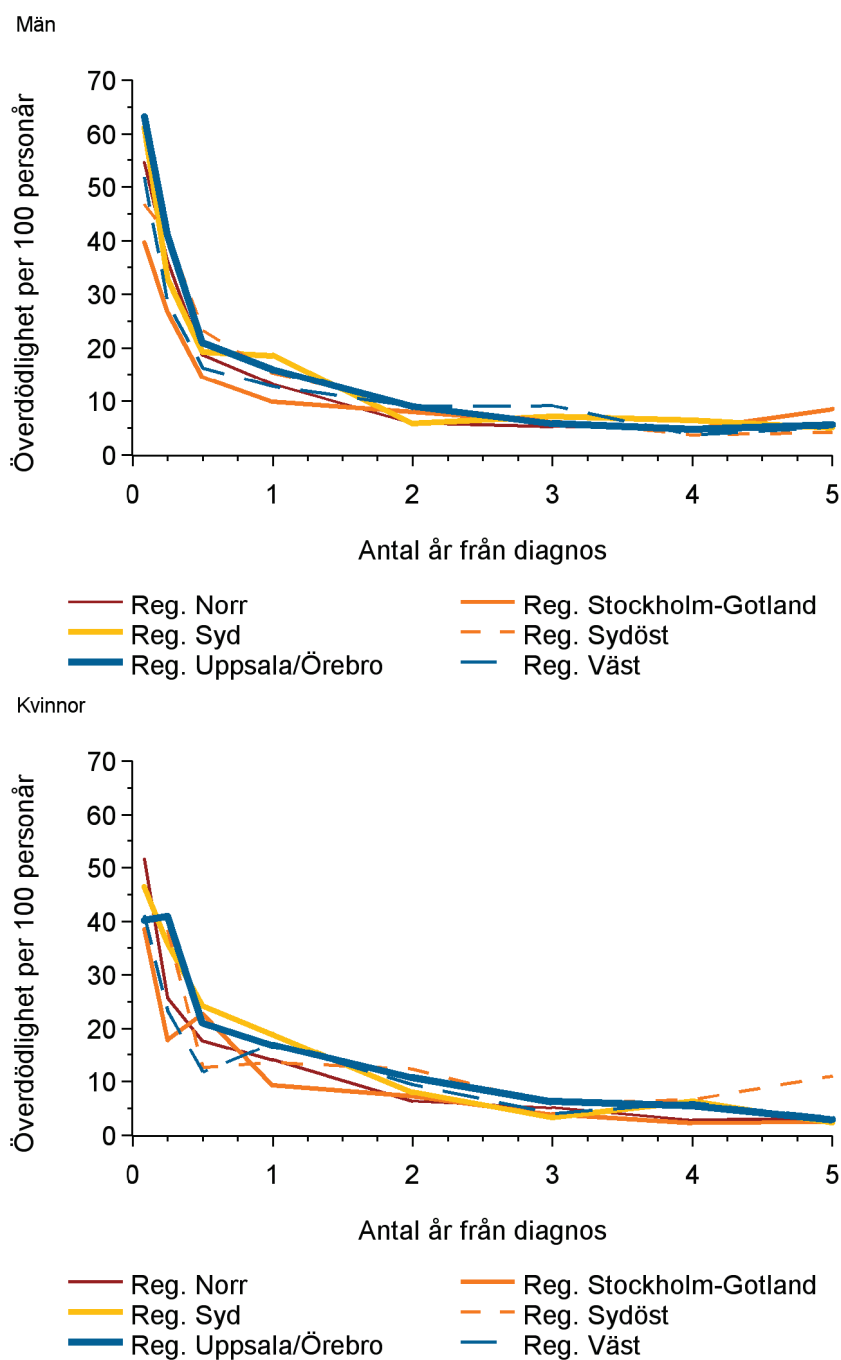
Män



Kvinnor



Figur 1.8.4 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Tabell 1.8.2 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

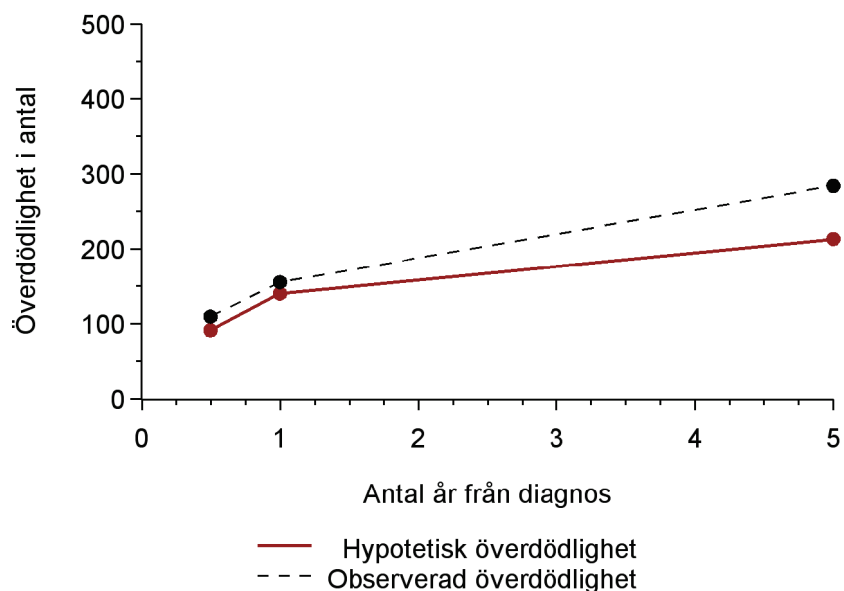
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	3 783	18,6	(11,2 - 29,2)	3 723	14,2	(7,8 - 23,7)	2 518	5,1	(1,7 - 11,8)
Blekinge	69	21,1	(13,1 - 32,3)	67	19,9	(12,2 - 30,8)	41	8,9	(4,0 - 16,9)
Dalarna	116	15,5	(8,7 - 25,3)	119	22,6	(14,3 - 34,1)	81	6,2	(2,3 - 13,4)
Gotland	20	-2,8		22	17,2	(10,1 - 27,5)	19	2,8	(0,6 - 8,5)
Gävleborg	125	42,4	(30,6 - 57,2)	118	19,0	(11,4 - 29,7)	70	7,4	(3,1 - 14,9)
Halland	108	13,2	(7,1 - 22,5)	109	18,7	(11,2 - 29,3)	75	12,0	(6,2 - 21,0)
Jämtland	45	6,1	(2,3 - 13,2)	47	1,9	(0,2 - 7,1)	31	0,7	(0,0 - 5,1)
Jönköping	126	28,4	(18,9 - 40,9)	121	15,5	(8,7 - 25,3)	91	5,4	(1,8 - 12,2)
Kalmar	122	11,0	(5,5 - 19,7)	121	20,1	(12,3 - 31,0)	78	6,1	(2,3 - 13,2)
Kronoberg	82	7,3	(3,0 - 14,9)	80	23,8	(15,2 - 35,5)	46	2,7	(0,5 - 8,4)
Norrbottn	118	10,4	(5,1 - 18,9)	120	15,4	(8,7 - 25,2)	90	-3,2	
Skåne	482	22,4	(14,1 - 33,7)	457	17,5	(10,3 - 27,8)	318	3,5	(0,9 - 9,5)
Stockholm	723	15,0	(8,4 - 24,8)	703	9,6	(4,5 - 17,9)	505	8,8	(4,0 - 16,8)
Södermanland	105	21,1	(13,1 - 32,2)	107	7,9	(3,4 - 15,7)	76	8,7	(3,9 - 16,7)
Uppsala	142	13,2	(7,0 - 22,5)	138	19,5	(11,8 - 30,2)	97	5,4	(1,8 - 12,2)
Värmland	131	23,4	(14,9 - 34,9)	125	11,7	(6,0 - 20,6)	76	3,0	(0,6 - 8,8)
Västerbotten	138	15,5	(8,8 - 25,4)	136	11,7	(6,0 - 20,6)	82	3,9	(1,0 - 10,1)
Västernorrland	85	42,9	(31,0 - 57,8)	78	18,9	(11,3 - 29,5)	53	-3,1	
Västmanland	104	26,9	(17,7 - 39,1)	98	23,6	(15,1 - 35,2)	55	2,2	(0,3 - 7,5)
Västra Götaland	647	16,8	(9,7 - 26,9)	659	11,8	(6,0 - 20,7)	442	4,2	(1,2 - 10,5)
Örebro	110	4,4	(1,3 - 10,8)	120	8,1	(3,5 - 15,8)	79	5,9	(2,1 - 12,9)
Östergötland	185	28,1	(18,7 - 40,6)	178	11,9	(6,1 - 20,9)	113	1,9	(0,2 - 7,0)
Reg. Norr	386	18,7	(11,2 - 29,3)	381	13,2	(7,0 - 22,4)	256	-0,5	
Reg. Stockholm-Gotland	743	14,5	(8,0 - 24,1)	725	9,9	(4,7 - 18,2)	524	8,6	(3,8 - 16,5)
Reg. Sydöst	433	23,3	(14,8 - 34,8)	420	15,3	(8,6 - 25,1)	282	4,2	(1,2 - 10,5)
Reg. Syd	741	19,2	(11,6 - 30,0)	713	18,6	(11,1 - 29,2)	480	5,1	(1,7 - 11,8)
Reg. Väst	755	16,2	(9,3 - 26,3)	768	12,7	(6,7 - 21,9)	517	5,2	(1,7 - 11,9)
Reg. Uppsala/Örebro	833	20,9	(12,9 - 32,0)	825	15,9	(9,1 - 25,9)	534	5,6	(2,0 - 12,5)

Tabell 1.8.3 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

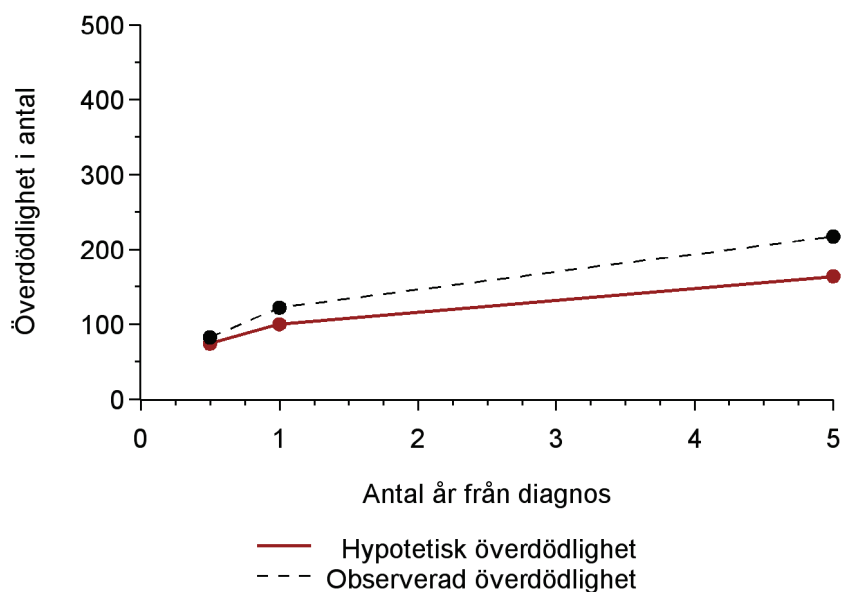
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	3 047	19,5	(11,8 - 30,3)	3 019	15,1	(8,5 - 24,9)	2 099	3,6	(0,9 - 9,7)
Blekinge	56	12,7	(6,7 - 21,9)	59	22,2	(14,0 - 33,6)	48	5,7	(2,0 - 12,7)
Dalarna	94	12,0	(6,2 - 21,0)	91	20,2	(12,4 - 31,1)	69	5,6	(2,0 - 12,5)
Gotland	25	-2,3	.	26	7,2	(2,9 - 14,6)	17	-1,4	.
Gävleborg	94	15,1	(8,5 - 24,9)	96	17,6	(10,4 - 28,0)	55	1,2	(0,0 - 5,9)
Halland	81	2,6	(0,4 - 8,1)	90	16,1	(9,2 - 26,1)	52	2,1	(0,3 - 7,4)
Jämtland	50	6,1	(2,3 - 13,2)	49	11,7	(6,0 - 20,5)	27	12,3	(6,4 - 21,4)
Jönköping	99	11,2	(5,6 - 20,0)	99	13,8	(7,5 - 23,2)	87	11,6	(5,9 - 20,4)
Kalmar	75	8,4	(3,7 - 16,3)	78	24,8	(16,0 - 36,7)	49	10,4	(5,1 - 18,9)
Kronoberg	46	7,2	(3,0 - 14,8)	47	30,2	(20,4 - 43,1)	38	1,1	(0,0 - 5,8)
Norrbottn	107	17,8	(10,5 - 28,2)	106	10,4	(5,1 - 18,9)	69	1,3	(0,1 - 6,2)
Skåne	456	31,7	(21,6 - 44,8)	441	17,8	(10,5 - 28,2)	310	2,1	(0,3 - 7,3)
Stockholm	612	23,7	(15,1 - 35,3)	595	9,4	(4,4 - 17,6)	437	2,6	(0,5 - 8,2)
Södermanland	77	25,4	(16,5 - 37,4)	73	9,4	(4,4 - 17,6)	43	1,2	(0,0 - 5,9)
Uppsala	101	18,5	(11,1 - 29,1)	101	14,1	(7,8 - 23,7)	63	2,0	(0,2 - 7,2)
Värmland	102	18,2	(10,9 - 28,7)	103	17,6	(10,4 - 28,0)	65	-0,2	.
Västerbotten	89	22,4	(14,1 - 33,8)	89	13,0	(6,9 - 22,2)	76	-0,0	.
Västernorrland	78	19,9	(12,1 - 30,7)	75	22,5	(14,2 - 33,9)	59	5,2	(1,7 - 12,0)
Västmanland	63	46,9	(34,4 - 62,4)	58	17,9	(10,6 - 28,3)	47	5,8	(2,1 - 12,8)
Västra Götaland	509	13,3	(7,2 - 22,6)	514	17,3	(10,2 - 27,6)	338	3,4	(0,8 - 9,4)
Örebro	93	21,0	(13,0 - 32,1)	90	20,8	(12,8 - 31,8)	61	4,8	(1,5 - 11,4)
Östergötland	140	15,9	(9,1 - 25,9)	139	7,3	(3,0 - 14,8)	89	10,8	(5,3 - 19,4)
Reg. Norr	324	17,7	(10,4 - 28,1)	319	14,1	(7,7 - 23,6)	231	3,1	(0,7 - 8,9)
Reg. Stockholm-Gotland	637	22,7	(14,3 - 34,2)	621	9,3	(4,3 - 17,5)	454	2,5	(0,4 - 8,0)
Reg. Sydöst	314	12,6	(6,6 - 21,8)	316	13,5	(7,3 - 22,9)	225	11,0	(5,5 - 19,7)
Reg. Syd	639	24,2	(15,6 - 36,0)	637	18,8	(11,3 - 29,5)	448	2,3	(0,4 - 7,8)
Reg. Väst	590	11,8	(6,0 - 20,7)	604	17,1	(10,0 - 27,4)	390	3,2	(0,7 - 9,1)
Reg. Uppsala/Örebro	624	21,0	(13,0 - 32,1)	612	16,9	(9,8 - 27,1)	403	2,9	(0,6 - 8,7)

Figur 1.8.5 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.8.4 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
<i>Observerad</i>	110	156	285	83	122	218
<i>Hypotetisk</i>	92	141	214	74	100	164
<i>Skillnad</i>	19	16	71	9	23	54
---- <i>Nedre konfidensgräns</i>	11	9	56	4	14	41
---- <i>Övre konfidensgräns</i>	29	26	90	17	34	71

1.9 Prostatacancer

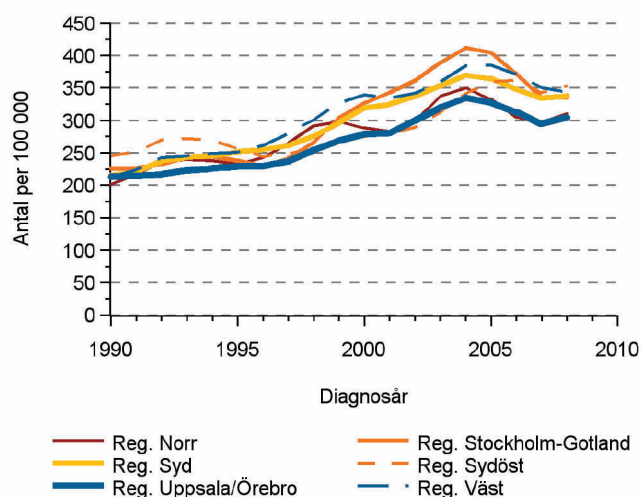
Incidens

Incidenstrenden för prostatacancer var stabil mellan 1990 och 1995, men sedan kom en kraftig ökning i antalet diagnostiserade prostatacancerfall till och med 2005 då trenden återigen vände nedåt (figur 1.9.1). Den senaste observationen visar återigen att incidensen har stabiliserats alternativt ökat. Den totala incidensen i åldern 30–89 år var 330 fall per 100 000 män under perioden 2007–2009 (tabell 1.9.1). Samtliga regioner följer samma utveckling, men det finns ändå relativt stora variationer i incidens där de nordligaste regionerna, Region Norr och Uppsala/Örebro, har de lägsta åldersstandardiserade incidenserna i landet (310 och 304 per 100 000 män). Incidensen är högst i sydöstra regionen, 353 fall per 100 000 män. Inom regionerna finns märkbara variationer; incidensen i Skåne och Blekinge i södra regionen ligger i närheten av riksgenomsnittet men i Kronoberg är incidensen betydligt högre än någon annanstans i landet, 500 fall per 100 000 män. I flera av länen i Region Uppsala/Örebro är incidensen betydligt lägre, 250–275 per 100 000 män.

Förekomsten av prostatacancer ökar kraftigt med stigande ålder; bland män i åldern 30–49 år är incidensen 6,9 per 100 000, i åldern 50–74 år är den 477 fall per 100 000 och i åldern 75–89 år rör det sig om 927 fall per 100 000 män (tabell 1.9.1.1 i Tabellbilaga). I Kronoberg är incidensen betydligt högre än genomsnittet i alla åldersgrupper. Exempelvis är incidensen 729 per 100 000 män i åldersgruppen 50–74 år, jämfört med de övriga som ligger i intervallet 356–547 fall per 100 000 män.

Figur 1.9.1 Incidenstrend för prostatacancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Tabell 1.9.1 Incidens av prostatacancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

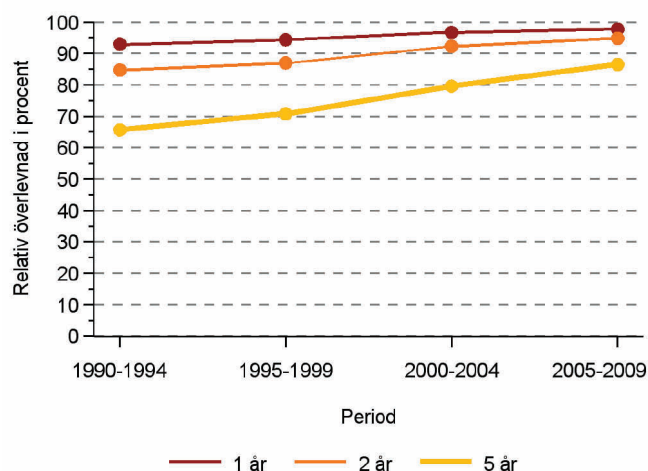
Region/Län	Män	
	Inc	(95% KI)
Riket	329,6	(322,6 - 336,6)
Blekinge	327,5	(279,4 - 381,0)
Dalarna	317,7	(282,0 - 356,3)
Gotland	322,0	(245,3 - 413,8)
Gävleborg	268,2	(235,4 - 304,2)
Halland	349,8	(311,8 - 390,9)
Jämtland	328,5	(275,7 - 387,9)
Jönköping	368,1	(331,1 - 407,8)
Kalmar	351,1	(311,3 - 394,4)
Kronoberg	500,0	(443,3 - 561,6)
Norrbottn	275,4	(240,5 - 313,7)
Skåne	309,4	(290,9 - 328,6)
Stockholm	335,9	(319,0 - 353,3)
Södermanland	322,7	(285,0 - 363,7)
Uppsala	273,4	(239,5 - 310,5)
Värmland	256,1	(224,1 - 291,1)
Västerbotten	331,4	(291,6 - 374,9)
Västernorrland	314,9	(277,3 - 355,9)
Västmanland	382,1	(339,4 - 428,5)
Västra Götaland	341,2	(324,0 - 359,0)
Örebro	318,5	(281,3 - 358,9)
Östergötland	344,3	(311,8 - 379,1)
Reg. Norr	310,0	(289,6 - 331,4)
Reg. Stockholm-Gotland	335,5	(319,0 - 352,6)
Reg. Syd	337,9	(322,4 - 353,8)
Reg. Sydöst	353,3	(332,2 - 375,3)
Reg. Uppsala/Örebro	304,3	(290,4 - 318,7)
Reg. Väst	342,6	(326,9 - 358,9)

Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden vid prostatacancer har ökat sedan början av 1990-talet, framför allt den relativa femårsöverlevnaden som har ökat med cirka 20 procentenheter (figur 1.9.2). Den relativa ett- och tvåårsöverlevnaden ökade med cirka 5 respektive 10 procentenheter under perioden 1990–1994 och 2005–2009.

Figur 1.9.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid prostatacancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos

Män

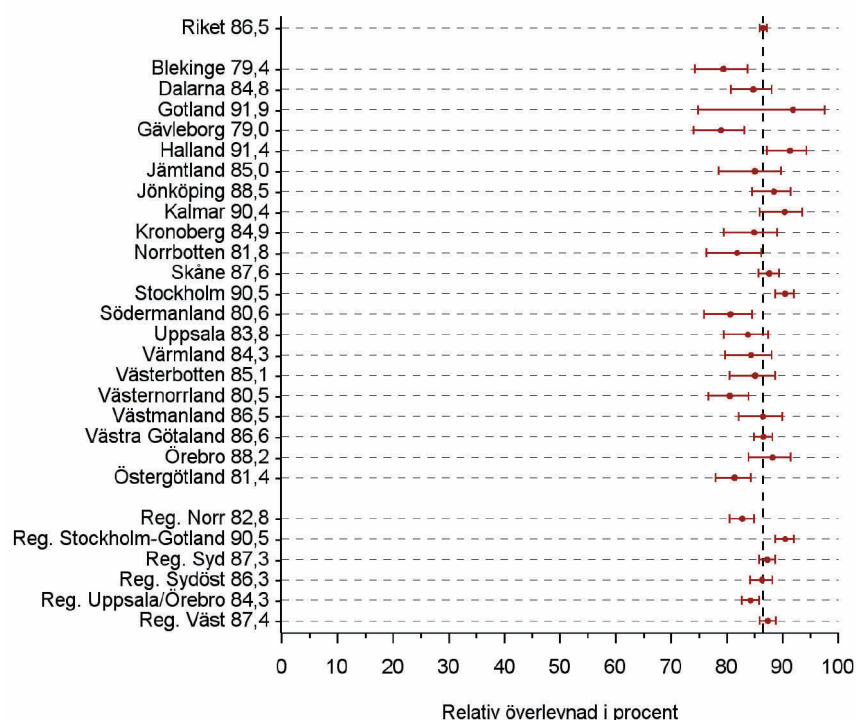


Den relativa ettårsöverlevnaden är hög och ligger på en jämn nivå i regionerna utan någon statistisk säkerställd skillnad, 97,4–98,7 procent (tabell 1.9.2.1 i Tabellbilaga). Det finns dock skillnader mellan länen (95,6–98,9 procent, tabell 1.9.2.1 i Tabellbilaga) som inte enbart kan förklaras med slumpen. Den relativa femårsöverlevnaden vid prostatacancer är 86,5 procent (figur 1.9.3a). Variationen mellan län och regioner är större för femårsöverlevnaden än för ettårsöverlevnaden, och den är sannolikt inte slumpartad.

Den åldersspecifika relativa ettårsöverlevnaden är lika hög i åldersgrupperna 30–49 år och 50–74 år, drygt 99 procent, och sedan sjunker den något bland män i åldern 75–89 år till 96,4 procent (tabell 1.9.2.2 i Tabellbilaga). Efter fem års uppföljning finns den högsta överlevnaden hos män som var 50–74 år vid diagnosen, 92,8 procent (tabell 1.9.2.3 i Tabellbilaga). Män i åldersgruppen 30–49 år har något lägre femårsöverlevnad, 88,8 procent, och den äldsta gruppen har en relativ överlevnad på 80,8 procent. Detta mönster kan ses i samtliga regioner med undantag för norra regionen där överlevnaden är på samma nivå i de båda yngsta åldersgrupperna.

Figur 1.9.3a Relativ 5-årsöverlevnad vid prostatacancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

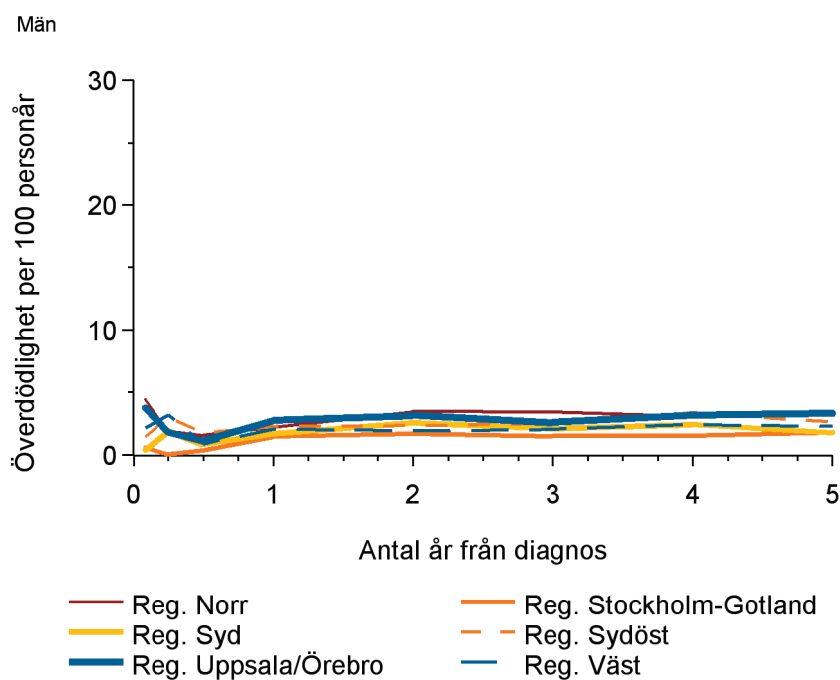
Män



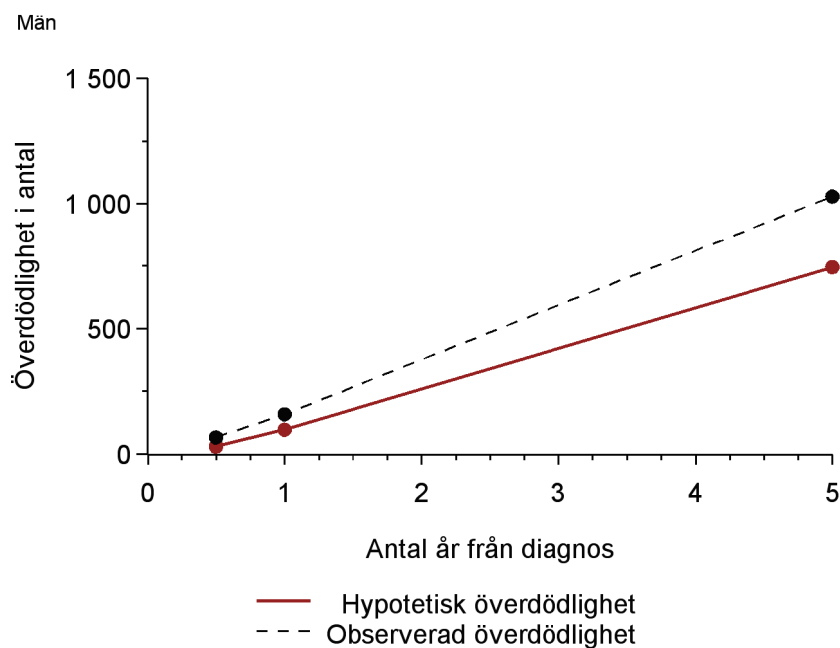
Överdödligheten bland män med prostatacancer, det vill säga dödligheten i patientgruppen utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är låg under hela den observerade uppföljningsperioden på fem år (figur 1.9.4). Sex månader efter diagnosen är överdödligheten 1 dödsfall per 100 personår och efter cirka ett år stabiliseras nivån på cirka 2 fall per 100 personår (tabell 1.9.2). Det finns väldigt små regionala skillnader i överdödlighet.

Den observerade överdödligheten bland män med prostatacancer, utöver den förväntade i befolkningen, är 1 029 dödsfall efter fem år. Den hypotetiska överdödligheten är 746 efter fem år, och den förutsätter att patienter i alla län hade samma överdödlighet som de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten är 284 efter fem år, och det antalet kan tolkas som förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas om alla län presterade samma resultat som de bästa länen. Figur 1.9.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.9.4 Överdödlighet bland patienter med prostatacancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Figur 1.9.5 Överdödlighet bland patienter med prostatacancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.



Tabell 1.9.2 Överdödlighet bland patienter med prostatacancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	47 999	1,0	(0,0 - 5,5)	50 415	2,1	(0,3 - 7,3)	38 165	2,4	(0,4 - 7,9)
Blekinge	889	2,2	(0,3 - 7,5)	923	4,6	(1,4 - 11,1)	639	4,4	(1,3 - 10,9)
Dalarna	1 570	0,8	(0,0 - 5,2)	1 648	3,7	(0,9 - 9,8)	1 211	2,3	(0,3 - 7,7)
Gotland	316	2,2	(0,3 - 7,6)	344	1,1	(0,0 - 5,7)	231	1,0	(0,0 - 5,6)
Gävleborg	1 214	4,1	(1,2 - 10,4)	1 223	3,1	(0,7 - 9,0)	717	4,8	(1,5 - 11,4)
Halland	1 734	1,2	(0,0 - 5,8)	1 826	1,4	(0,1 - 6,3)	1 369	2,0	(0,2 - 7,2)
Jämtland	720	2,0	(0,2 - 7,2)	760	1,8	(0,2 - 6,9)	590	3,6	(0,9 - 9,7)
Jönköping	1 939	0,3	(0,0 - 4,3)	1 976	1,7	(0,2 - 6,7)	1 279	2,0	(0,2 - 7,2)
Kalmar	1 700	2,5	(0,4 - 8,0)	1 767	1,6	(0,1 - 6,5)	1 293	1,5	(0,1 - 6,5)
Kronoberg	1 202	2,0	(0,2 - 7,3)	1 219	2,4	(0,4 - 7,8)	587	3,1	(0,7 - 8,9)
Norrbottn	1 190	-1,0	.	1 244	2,1	(0,3 - 7,4)	796	3,7	(0,9 - 9,8)
Skåne	6 168	0,3	(0,0 - 4,4)	6 527	1,2	(0,1 - 6,0)	5 593	1,3	(0,1 - 6,1)
Stockholm	9 073	0,3	(0,0 - 4,2)	9 618	1,5	(0,1 - 6,4)	7 686	1,8	(0,2 - 7,0)
Södermanland	1 387	1,3	(0,1 - 6,1)	1 410	3,8	(1,0 - 9,9)	931	3,6	(0,9 - 9,7)
Uppsala	1 349	1,4	(0,1 - 6,3)	1 461	2,3	(0,3 - 7,7)	1 289	4,4	(1,3 - 10,9)
Värmland	1 348	-0,3	.	1 409	2,5	(0,4 - 8,0)	1 187	3,5	(0,9 - 9,5)
Västerbotten	1 351	2,5	(0,4 - 8,0)	1 411	1,6	(0,1 - 6,7)	1 127	2,7	(0,5 - 8,3)
Västernorrland	1 427	2,7	(0,5 - 8,2)	1 555	3,0	(0,6 - 8,8)	1 141	3,8	(1,0 - 10,0)
Västmanland	1 499	-0,0	.	1 570	1,6	(0,1 - 6,6)	1 157	4,3	(1,2 - 10,6)
Västra Götaland	8 324	0,8	(0,0 - 5,2)	8 820	2,2	(0,3 - 7,5)	6 860	2,3	(0,4 - 7,7)
Örebro	1 532	1,0	(0,0 - 5,5)	1 598	2,3	(0,3 - 7,7)	1 154	0,8	(0,0 - 5,2)
Östergötland	2 067	2,5	(0,4 - 8,0)	2 106	3,4	(0,8 - 9,4)	1 328	4,3	(1,2 - 10,7)
Reg. Norr	4 688	1,6	(0,1 - 6,5)	4 970	2,2	(0,3 - 7,5)	3 654	3,4	(0,8 - 9,4)
Reg. Stockholm-Gotland	9 389	0,3	(0,0 - 4,4)	9 962	1,4	(0,1 - 6,3)	7 917	1,8	(0,2 - 6,9)
Reg. Sydöst	5 706	1,8	(0,2 - 6,8)	5 849	2,3	(0,3 - 7,6)	3 900	2,6	(0,5 - 8,2)
Reg. Syd	9 993	0,8	(0,0 - 5,3)	10 495	1,7	(0,2 - 6,7)	8 188	1,8	(0,2 - 6,9)
Reg. Väst	10 058	0,9	(0,0 - 5,3)	10 646	2,1	(0,3 - 7,3)	8 229	2,3	(0,3 - 7,6)
Reg. Uppsala/Örebro	9 899	1,1	(0,0 - 5,8)	10 319	2,7	(0,5 - 8,4)	7 646	3,3	(0,8 - 9,2)

Tabell 1.9.3 Överdödlighet bland patienter med prostatacancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	67	159	1 029
Hypotetisk	30	98	746
Skillnad	37	62	284
---- Nedre konfidensgräns	26	48	252
---- Övre konfidensgräns	51	79	319

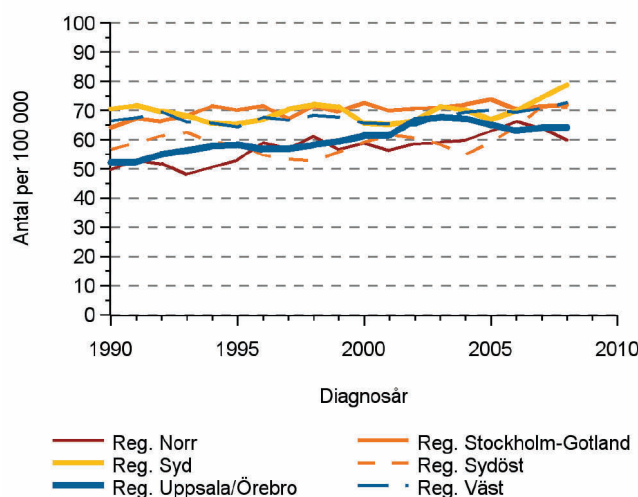
1.10 Tjocktarmscancer

Incidens

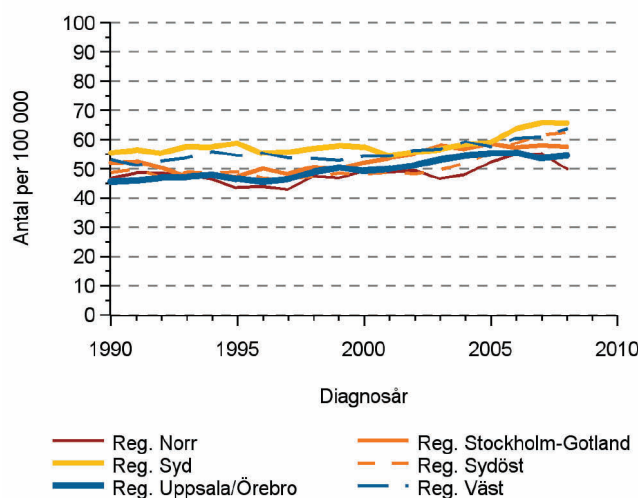
Incidenstrenden för tjocktarmscancer är stabil sedan 1990 med en svag tendens till ökning (figur 1.10.1) och det finns vissa regionala variationer i förekomsten. Tjocktarmscancer är vanligare bland män än bland kvinnor, och under perioden 2007–2009 var den åldersstandardiserade incidensen för män 69,9 fall per 100 000 invånare och 59,3 per 100 000 invånare för kvinnor i åldern 30–89 år (tabell 1.10.1). Den högsta incidensen observeras i den södra regionen med 78,6 fall per 100 000 invånare för män och 65,6 fall per 100 000 för kvinnor. Förekomsten i Region Uppsala/Örebro och Region Norr är 64,1 respektive 59,9 bland män och 54,5 respektive 50,0 fall per 100 000 invånare bland kvinnor. Variationen är något större vid jämförelser på länsnivå.

Figur 1.10.1 Incidenstrend för tjocktarmscancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tjocktarmscancer är ovanligt i åldersgruppen 30–49 år då incidensen är 5,8 respektive 6,6 per 100 000 invånare för män respektive kvinnor (tabell 1.10.1.1 och tabell 1.10.1.2 i Tabellbilaga). Förekomsten ökar med stigande ålder och bland män i åldern 50–74 år är den 75,4 fall per 100 000 invånare och i åldersgruppen 75–89 år är den 267 per 100 000. Motsvarande bland kvinnor är 65,4 och 215,7 fall per 100 000 invånare. Den regionala variationen i insjuknande ökar med stigande ålder.

Tabell 1.10.1 Incidens av tjocktarmscancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

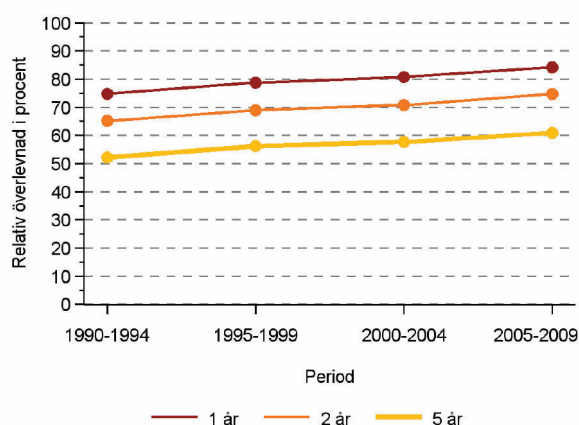
Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	69,9	(66,6 - 73,3)	59,3	(56,5 - 62,1)
Blekinge	73,7	(51,7 - 101,3)	63,6	(44,2 - 88,2)
Dalarna	74,6	(57,7 - 94,7)	44,5	(32,8 - 58,8)
Gotland	74,1	(39,9 - 124,3)	68,8	(38,3 - 112,9)
Gävleborg	62,0	(46,6 - 80,5)	54,7	(41,4 - 70,6)
Halland	80,0	(62,0 - 101,4)	64,7	(49,9 - 82,2)
Jämtland	65,8	(43,5 - 94,9)	52,9	(34,3 - 77,4)
Jönköping	71,4	(55,6 - 90,1)	62,3	(48,8 - 78,1)
Kalmar	68,8	(51,4 - 89,8)	71,3	(54,6 - 91,1)
Kronoberg	73,2	(52,4 - 99,1)	68,2	(49,4 - 91,5)
Norrbottn	58,1	(42,2 - 77,6)	38,2	(26,7 - 52,7)
Skåne	79,8	(70,3 - 90,1)	65,8	(58,0 - 74,3)
Stockholm	71,9	(63,9 - 80,5)	57,0	(50,9 - 63,7)
Södermanland	62,8	(46,3 - 82,9)	53,7	(40,1 - 70,2)
Uppsala	61,9	(45,7 - 81,6)	54,3	(40,5 - 71,1)
Värmland	68,8	(52,5 - 88,3)	67,2	(52,3 - 84,8)
Västerbotten	66,4	(49,3 - 87,3)	62,6	(47,2 - 81,2)
Västernorrland	53,4	(38,6 - 71,8)	48,9	(35,8 - 64,9)
Västmanland	56,8	(40,9 - 76,5)	53,4	(39,1 - 70,8)
Västra Götaland	71,2	(63,3 - 79,7)	63,4	(56,6 - 70,7)
Örebro	59,6	(43,9 - 78,8)	53,4	(39,8 - 70,0)
Östergötland	72,0	(57,5 - 88,8)	57,0	(45,3 - 70,6)
Reg. Norr	59,9	(51,0 - 69,8)	50,0	(42,5 - 58,3)
Reg. Stockholm-Gotland	71,9	(64,1 - 80,4)	57,4	(51,3 - 63,9)
Reg. Syd	78,6	(71,0 - 86,7)	65,6	(59,3 - 72,3)
Reg. Sydöst	71,0	(61,6 - 81,3)	62,4	(54,3 - 71,2)
Reg. Uppsala/Örebro	64,1	(57,6 - 71,0)	54,5	(49,1 - 60,4)
Reg. Väst	72,6	(65,3 - 80,5)	63,6	(57,4 - 70,3)

Relativ överlevnad och överdödlighet

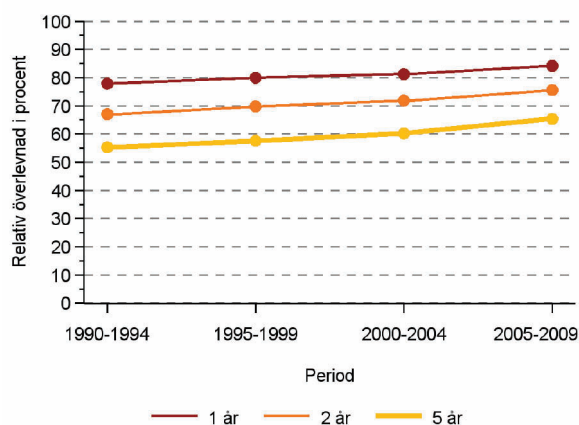
Den relativa överlevnaden vid tjocktarmscancer har ökat under varje observerad period sedan 1990–1994 för både män och kvinnor (figur 1.10.2). Den relativa ettårsöverlevnaden är 84,2 procent för både män och kvinnor och den relativa femårsöverlevnaden är 60,9 respektive 65,4 procent, det vill säga något högre bland kvinnor än bland män (figur 1.10.3a och figur 1.10.3b). Det finns en icke statistiskt signifikant spridning mellan den relativa ettårsöverlevnaden i länen och regionerna (män 79,0–89,1 procent; kvinnor 77,4–97,5 procent). Även för femårsöverlevnaden finns en icke statistiskt signifikant variation mellan län och regioner.

Figur 1.10.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Den relativa ettårsöverlevnaden sjunker ju äldre patienten är vid diagnosen; i åldersgrupperna 30–49 år, 50–74 år och 75–89 år är den relativa överlevnaden 88,2 procent, 85,5 procent och 79,6 procent för män samt 85,9 procent, 85,0 procent och 80,7 procent för kvinnor (tabell 1.10.2.3 och tabell 1.10.2.4 i Tabellbilaga). Efter fem års uppföljning är det mindre skillnad i relativ överlevnad mellan åldersgrupperna och för kvinnor har den yngsta

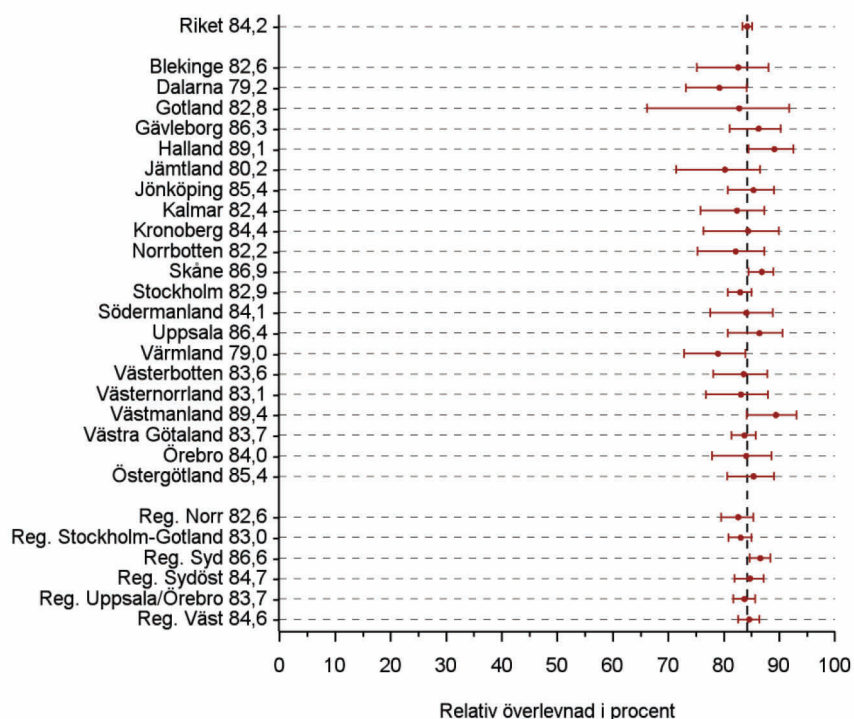
gruppen, 30–49 år, något lägre överlevnad än åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år (tabell 1.10.2.5 och tabell 1.10.2.6 i Tabellbilaga).

Överdödligheten, det vill säga dödligheten i patientgruppen utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, har olika mönster mellan män och kvinnor under de första månaderna efter diagnosen (figur 1.10.4). Överdödligheten bland män är väldigt hög till en början, mellan 35 och 50 dödsfall per 100 personår, men den sjunker snabbt till en nivå mellan 12 och 17 dödsfall per 100 personår efter sex månader (tabell 1.10.2). Efter sex månader avtar överdödligheten kontinuerligt över tid. Överdödligheten bland kvinnor med tjocktarmscancer följer samma mönster som bland män men är på en lägre nivå under de första månaderna, 25–40 dödsfall per 100 personår. Den sjunker sedan kontinuerligt över tid. Efter fem år har kvinnorna något lägre överdödlighet än männen och den regionala variationen är i princip borta. De största skillnaderna i överdödlighet mellan regionerna observeras under de tre första åren efter diagnos för både män och kvinnor.

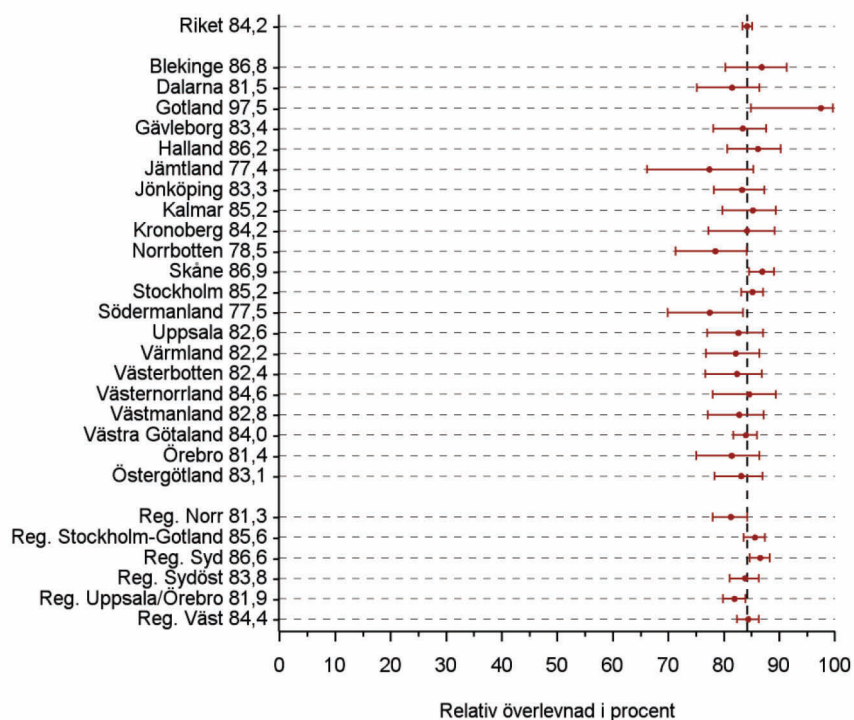
Bland män med tjocktarmscancer är den observerade överdödligheten 604 dödsfall efter fem års uppföljning, och 575 bland kvinnor (tabell 1.10.4). Med hypotetisk överdödlighet menas den överdödlighet som skulle ha observerats om det inte hade funnits någon skillnad i överdödlighet mellan länen och samtliga skulle haft samma överdödlighet som de tre bästa länen (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Den hypotetiska överdödligheten uppgår till 509 män och 539 kvinnor efter fem år. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten kan tolkas som ett antal förtida dödsfall som potentiellt skulle ha kunnat åtgärdas om alla län hade haft samma resultat som de bästa länen. Efter fem år skulle 96 förtida dödsfall bland män och 36 förtida dödsfall bland kvinnor potentiellt kunnat åtgärdas. Figur 1.10.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.10.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

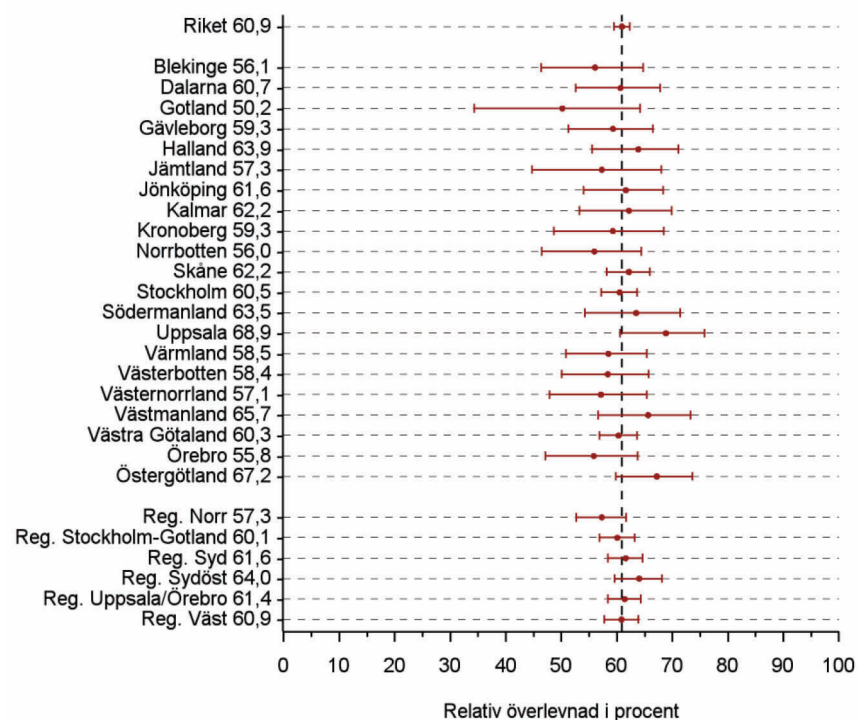


Kvinnor

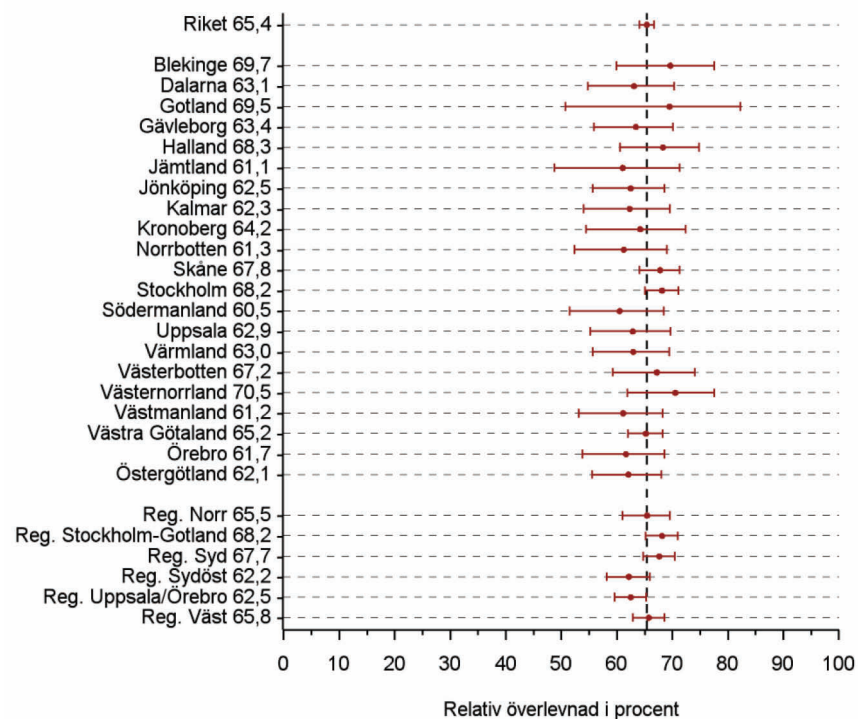


Figur 1.10.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

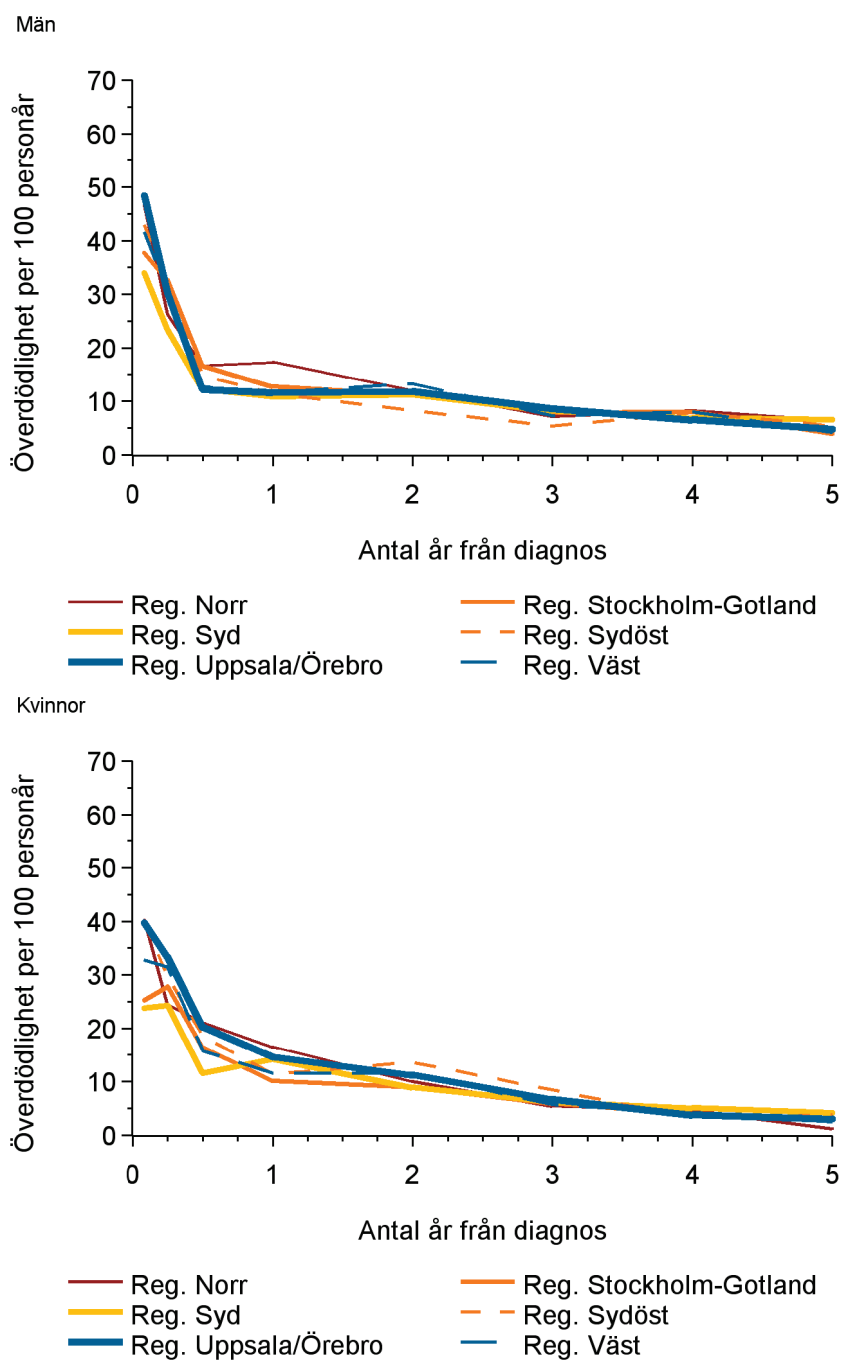
Män



Kvinnor



Figur 1.10.4 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Tabell 1.10.2 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

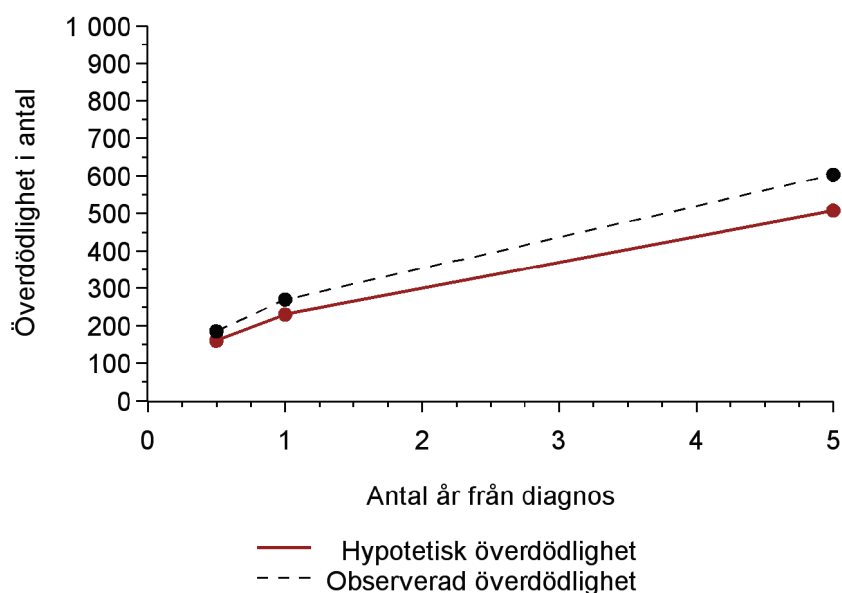
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	7 937	14,0	(7,7 - 23,5)	7 879	12,3	(6,4 - 21,3)	4 512	5,1	(1,7 - 11,8)
Blekinge	166	9,5	(4,4 - 17,7)	162	22,3	(14,0 - 33,7)	85	2,8	(0,5 - 8,5)
Dalarna	292	15,2	(8,6 - 25,0)	287	19,3	(11,7 - 30,1)	158	3,2	(0,7 - 9,1)
Gotland	66	2,0	(0,2 - 7,2)	67	15,5	(8,7 - 25,3)	34	8,9	(4,1 - 17,0)
Gävleborg	257	9,0	(4,1 - 17,1)	258	5,4	(1,9 - 12,3)	181	7,4	(3,0 - 14,9)
Halland	270	7,0	(2,8 - 14,4)	268	9,7	(4,6 - 17,9)	145	2,7	(0,5 - 8,3)
Jämtland	130	19,4	(11,8 - 30,2)	123	17,2	(10,1 - 27,5)	60	3,6	(0,9 - 9,7)
Jönköping	301	11,5	(5,8 - 20,3)	298	12,0	(6,2 - 20,9)	176	7,6	(3,2 - 15,3)
Kalmar	225	15,8	(9,0 - 25,8)	222	13,8	(7,5 - 23,3)	132	7,0	(2,8 - 14,5)
Kronoberg	185	14,2	(7,8 - 23,7)	183	11,9	(6,1 - 20,8)	84	9,7	(4,6 - 17,9)
Norrbottn	200	29,3	(19,7 - 42,0)	184	15,2	(8,6 - 25,0)	111	2,3	(0,3 - 7,7)
Skåne	1 117	13,6	(7,4 - 23,0)	1 118	9,3	(4,3 - 17,5)	620	7,6	(3,2 - 15,3)
Stockholm	1 405	17,3	(10,1 - 27,6)	1 397	12,6	(6,6 - 21,7)	831	3,7	(1,0 - 9,9)
Södermanland	208	10,0	(4,8 - 18,3)	220	10,2	(4,9 - 18,6)	107	-2,2	.
Uppsala	231	11,6	(5,9 - 20,4)	230	13,7	(7,4 - 23,1)	144	2,8	(0,5 - 8,4)
Värmland	284	14,2	(7,8 - 23,8)	280	11,5	(5,8 - 20,3)	164	12,7	(6,7 - 21,9)
Västerbotten	242	13,8	(7,5 - 23,3)	248	15,2	(8,6 - 25,0)	129	10,1	(4,8 - 18,5)
Västernorrland	211	7,2	(3,0 - 14,7)	214	21,7	(13,5 - 32,9)	132	7,5	(3,1 - 15,1)
Västmanland	201	11,2	(5,7 - 20,0)	205	7,3	(3,0 - 14,9)	139	1,8	(0,2 - 7,0)
Västra Götaland	1 367	13,9	(7,6 - 23,4)	1 342	12,0	(6,2 - 21,0)	782	4,4	(1,3 - 10,8)
Örebro	218	13,1	(7,0 - 22,3)	223	13,1	(7,0 - 22,3)	119	4,8	(1,5 - 11,4)
Östergötland	361	17,1	(10,0 - 27,3)	350	9,4	(4,4 - 17,6)	179	1,9	(0,2 - 7,1)
Reg. Norr	783	16,7	(9,6 - 26,8)	769	17,4	(10,2 - 27,7)	432	6,4	(2,4 - 13,6)
Reg. Stockholm-Gotland	1 471	16,6	(9,6 - 26,7)	1 464	12,7	(6,7 - 21,9)	865	3,9	(1,1 - 10,1)
Reg. Sydöst	887	14,8	(8,3 - 24,5)	870	11,4	(5,8 - 20,2)	487	5,4	(1,8 - 12,2)
Reg. Syd	1 738	12,2	(6,4 - 21,3)	1 731	10,8	(5,4 - 19,5)	934	6,6	(2,5 - 13,8)
Reg. Väst	1 637	12,7	(6,7 - 21,9)	1 610	11,6	(5,9 - 20,5)	927	4,1	(1,1 - 10,4)
Reg. Uppsala/Örebro	1 691	12,2	(6,3 - 21,2)	1 703	11,6	(5,9 - 20,5)	1 012	4,7	(1,5 - 11,3)

Tabell 1.10.3 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

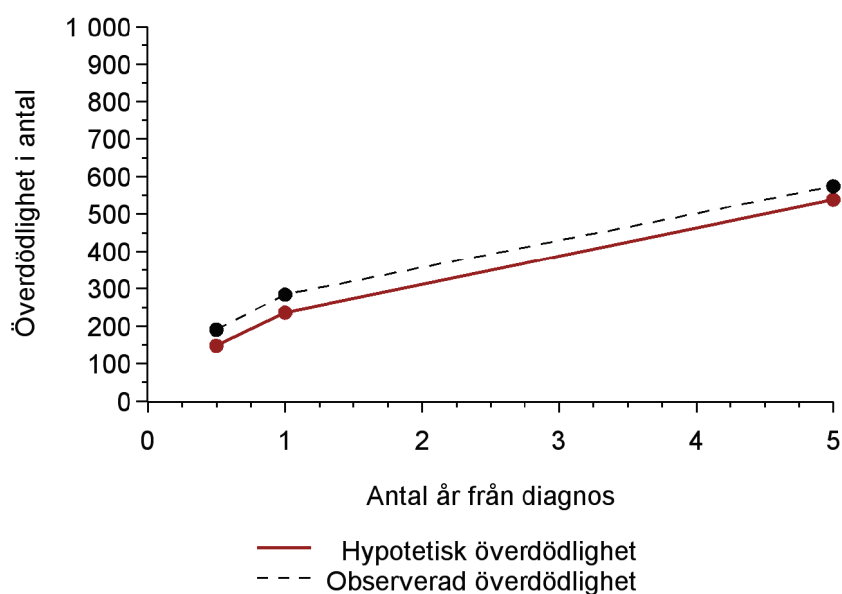
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	8 290	17,0	(9,9 - 27,2)	8 199	13,0	(6,9 - 22,2)	5 252	3,1	(0,7 - 8,9)
Blekinge	167	4,8	(1,5 - 11,4)	166	17,3	(10,1 - 27,5)	98	-1,8	.
Dalarna	231	11,3	(5,7 - 20,0)	230	17,7	(10,4 - 28,0)	163	3,8	(1,0 - 9,9)
Gotland	59	18,2	(10,8 - 28,7)	58	-3,0	.	41	12,2	(6,3 - 21,2)
Gävleborg	285	11,6	(5,9 - 20,4)	292	13,7	(7,5 - 23,2)	204	0,9	(0,0 - 5,5)
Halland	298	8,9	(4,0 - 16,9)	289	11,2	(5,7 - 20,0)	167	1,9	(0,2 - 7,1)
Jämtland	127	17,0	(9,9 - 27,2)	120	19,8	(12,0 - 30,6)	79	4,4	(1,3 - 10,8)
Jönköping	344	18,9	(11,3 - 29,5)	346	13,3	(7,1 - 22,6)	215	4,7	(1,5 - 11,3)
Kalmar	266	20,9	(12,9 - 31,9)	250	10,2	(5,0 - 18,7)	131	1,8	(0,2 - 6,9)
Kronoberg	180	11,3	(5,7 - 20,1)	176	16,2	(9,3 - 26,3)	120	9,3	(4,3 - 17,5)
Norrbottn	169	24,9	(16,1 - 36,8)	166	19,3	(11,7 - 30,1)	113	3,6	(0,9 - 9,7)
Skåne	1 152	13,3	(7,1 - 22,6)	1 168	14,2	(7,8 - 23,8)	721	4,7	(1,5 - 11,2)
Stockholm	1 515	16,4	(9,4 - 26,4)	1 504	10,6	(5,2 - 19,2)	953	2,6	(0,5 - 8,2)
Södermanland	193	38,3	(27,1 - 52,5)	188	16,0	(9,1 - 25,9)	131	-2,2	.
Uppsala	249	19,8	(12,1 - 30,7)	256	19,3	(11,6 - 30,0)	147	3,2	(0,7 - 9,1)
Värmland	306	20,6	(12,7 - 31,7)	297	13,8	(7,5 - 23,3)	183	3,8	(1,0 - 9,9)
Västerbotten	261	20,3	(12,5 - 31,3)	255	16,8	(9,7 - 27,0)	149	0,8	(0,0 - 5,2)
Västernorrland	215	21,4	(13,3 - 32,6)	212	12,2	(6,3 - 21,2)	155	-1,2	.
Västmanland	221	28,1	(18,7 - 40,6)	211	10,3	(5,0 - 18,8)	140	7,3	(3,0 - 14,8)
Västra Götaland	1 418	17,2	(10,0 - 27,4)	1 389	11,7	(6,0 - 20,6)	935	2,6	(0,5 - 8,2)
Örebro	251	17,6	(10,4 - 28,0)	246	12,0	(6,2 - 20,9)	181	4,5	(1,3 - 10,9)
Östergötland	383	16,6	(9,6 - 26,8)	380	10,5	(5,1 - 19,0)	226	4,1	(1,1 - 10,3)
Reg. Norr	772	21,1	(13,1 - 32,2)	753	16,5	(9,5 - 26,6)	496	1,3	(0,1 - 6,0)
Reg. Stockholm-Gotland	1 574	16,4	(9,5 - 26,5)	1 562	10,1	(4,9 - 18,6)	994	3,0	(0,6 - 8,8)
Reg. Sydöst	993	18,5	(11,1 - 29,1)	976	11,4	(5,8 - 20,2)	572	3,8	(1,0 - 9,9)
Reg. Syd	1 797	11,6	(5,9 - 20,4)	1 799	14,2	(7,8 - 23,8)	1 106	4,2	(1,2 - 10,5)
Reg. Väst	1 716	15,7	(9,0 - 25,7)	1 678	11,6	(5,9 - 20,5)	1 102	2,5	(0,4 - 8,0)
Reg. Uppsala/Örebro	1 736	20,2	(12,4 - 31,1)	1 720	14,6	(8,1 - 24,3)	1 149	3,0	(0,6 - 8,8)

Figur 1.10.5 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.10.4 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	186	270	604	191	285	575
Hypotetisk	161	230	509	148	237	539
Skillnad	26	41	96	43	49	36
---- Nedre konfidensgräns	17	29	77	31	36	25
---- Övre konfidensgräns	38	55	117	58	64	50

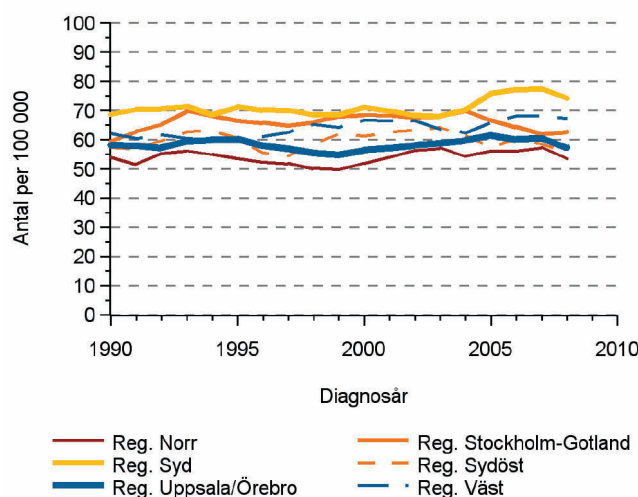
1.11 Urinblåscancer

Incidens

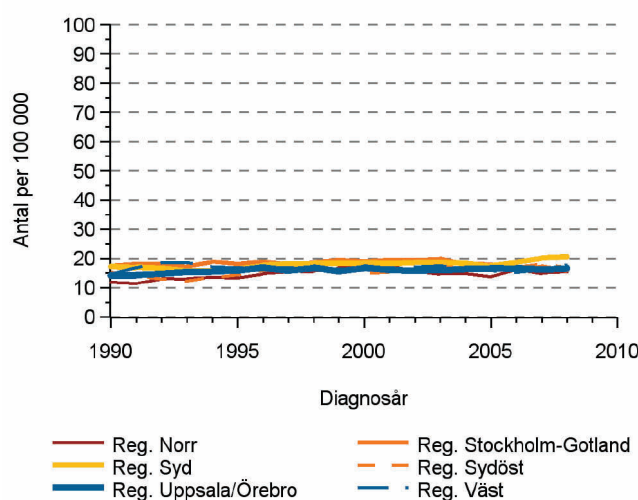
Den åldersstandardiserade incidensen av cancer i urinblåsan är på en konstant nivå sedan 1990 bland både män och kvinnor och i samtliga regioner. Undantaget är män i södra regionen där analysen visar en viss ökning sedan 2005 (figur 1.11.1). Bland kvinnor var incidensen under 2007–2009 på ungefär samma låga nivå oavsett region: 15,3–20,6 fall per 100 000 invånare (tabell 1.11.1). Den sammantagna incidensen av urinblåscancer bland män är 62,6 per 100 000 och det är jämförelsevis stor variation mellan län och regioner. Incidensen i norra regionen är 53,5 fall per 100 000 invånare, med spridningen 40,5–65,7 per 100 000 i de ingående länen. Det kan jämföras med södra regionen där incidensen är 74,1 per 100 000 invånare, och samtliga tillhörande län har en incidens över riksnittet.

Figur 1.11.1 Incidenstrend för urinblåscancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Förekomsten av urinblåscancer ökar med stigande ålder; incidensen bland män är 3,4 fall, 67,8 fall och 245 fall per 100 000 invånare i åldersgrupperna 30–49 år, 50–74 år respektive 75–89 år (tabell 1.11.1.1 i Tabellbilaga). Variationen mellan regioner och län är obetydlig i den yngsta åldersgruppen men ökar med stigande ålder. Samma mönster observeras bland kvinnor (tabell 1.11.1.2 i Tabellbilaga).

Tabell 1.11.1 Incidens av urinblåscancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	62,6	(59,5 - 65,8)	17,2	(15,8 - 18,8)
Blekinge	64,2	(43,9 - 90,1)	14,8	(6,7 - 27,9)
Dalarna	56,0	(41,5 - 73,6)	16,6	(9,8 - 26,0)
Gotland	61,2	(31,0 - 107,3)	22,6	(7,5 - 51,2)
Gävleborg	54,7	(40,3 - 72,3)	16,5	(9,7 - 26,0)
Halland	70,5	(53,6 - 90,6)	18,7	(11,3 - 28,8)
Jämtland	53,4	(33,8 - 79,7)	19,1	(8,9 - 35,5)
Jönköping	53,3	(39,7 - 69,8)	13,2	(7,5 - 21,5)
Kalmar	56,3	(40,6 - 75,6)	20,2	(12,1 - 31,4)
Kronoberg	59,1	(40,7 - 82,5)	17,8	(9,2 - 30,6)
Norrbotten	40,5	(27,6 - 57,0)	14,8	(8,2 - 24,5)
Skåne	79,1	(69,7 - 89,4)	22,4	(18,0 - 27,5)
Stockholm	62,6	(55,2 - 70,7)	15,6	(12,5 - 19,2)
Södermanland	63,1	(46,8 - 82,9)	14,4	(7,9 - 23,9)
Uppsala	46,0	(32,3 - 63,1)	15,5	(8,8 - 25,1)
Värmland	57,7	(42,9 - 75,6)	17,6	(10,6 - 27,3)
Västerbotten	65,7	(48,5 - 86,7)	14,5	(7,8 - 24,4)
Västernorrland	54,9	(39,7 - 73,6)	14,8	(8,1 - 24,5)
Västmanland	55,4	(39,8 - 74,9)	15,9	(8,8 - 26,0)
Västra Götaland	66,5	(58,9 - 74,8)	17,5	(14,1 - 21,5)
Örebro	67,7	(50,8 - 88,2)	19,5	(11,8 - 30,1)
Östergötland	57,1	(44,3 - 72,2)	17,6	(11,4 - 25,8)
Reg. Norr	53,5	(45,1 - 62,9)	15,3	(11,3 - 20,1)
Reg. Stockholm-Gotland	62,6	(55,3 - 70,4)	15,9	(12,8 - 19,4)
Reg. Syd	74,1	(66,8 - 82,0)	20,6	(17,2 - 24,5)
Reg. Sydöst	55,6	(47,3 - 64,8)	16,8	(12,8 - 21,7)
Reg. Uppsala/Örebro	57,2	(51,2 - 63,8)	16,5	(13,6 - 19,8)
Reg. Väst	67,2	(60,2 - 74,8)	17,7	(14,5 - 21,3)

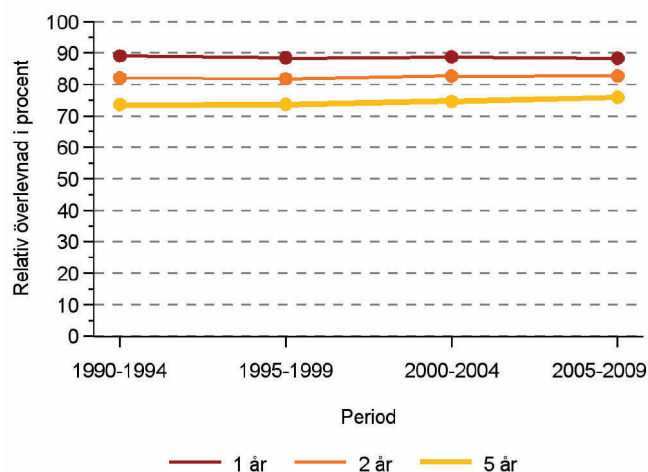
Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden vid cancer i urinblåsan ligger sedan 1990 på en konstant nivå oavsett uppföljningstid och kön (figur 1.11.2). Den relativa ettårsöverlevnaden under den senaste perioden, 2005–2009, var något högre för män än för kvinnor, 88,3 respektive 86,1 procent (figur 1.11.3a). Skillnaderna i ettårsöverlevnad mellan länen är större för kvinnor än för män, men för båda könen finns skillnader mellan länen som inte enbart kan förklaras med slumpen.

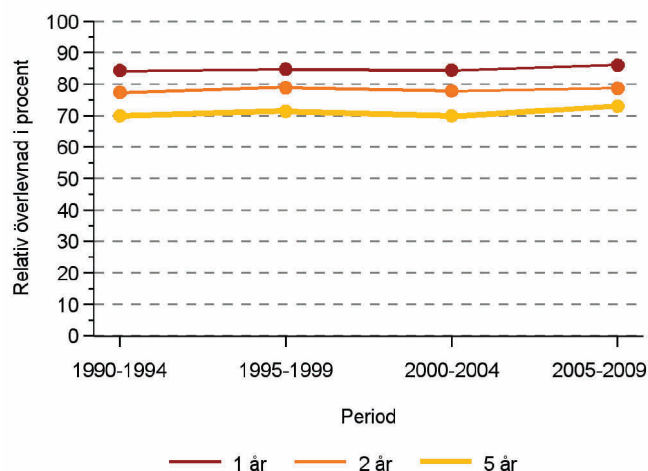
Efter fem år är den relativa överlevnaden 76,0 procent för män och 73,0 procent för kvinnor (figur 1.11.3b). Spridningen i överlevnad mellan länen är dock stora, 59,8–83,4 procent för män och 49,5–87,0 procent för kvinnor, och det beror sannolikt inte enbart på en slumpvariation.

Figur 1.11.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid urinblåscancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



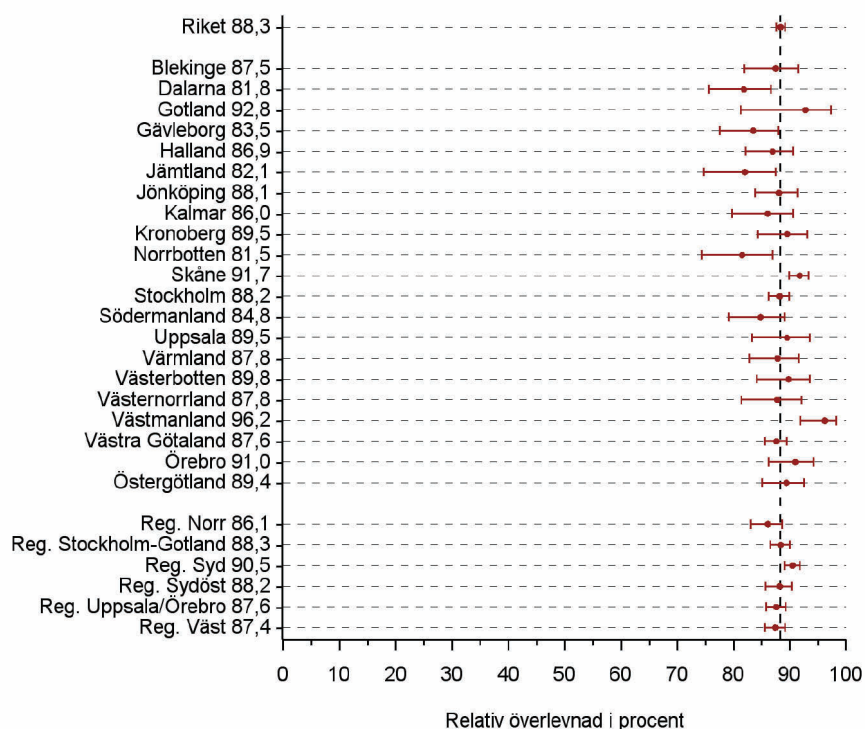
Överlevnaden sjunker ju äldre patienten är vid diagnosen; efter fem års uppföljning är den relativa överlevnaden 89,8 procent, 76,7 procent och 67,3 procent för män i åldersgrupperna 30–49 år, 50–74 år respektive 75–89 år (tabell 1.11.2.5 i Tabellbilaga). Motsvarande för kvinnor är 79,9 procent, 75,3 procent respektive 62,0 procent och mönstret kan ses i samtliga regioner med något undantag (tabell 1.11.2.6 i Tabellbilaga).

Överdödligheten, det vill säga patientgruppens dödlighet utöver den förväntade i befolkningen, är relativt låg oberoende av uppföljningstid. Den är dock högst under det första året efter diagnosen och sjunker därefter kontinuerligt under uppföljningsperiodens fem år (figur 1.11.4). Överdödligheten varierar endast lite mellan regionerna, men den är något större för kvinnor under det första sex månaderna efter diagnosen. Bland män med urinblåscancer är överdödligheten 14,3 dödsfall per 100 personår efter sex månader och efter fem år har den sjunkit till 2,2 per 100 personår (tabell 1.11.2). För kvinnor är motsvarande siffra 21,5 dödsfall per 100 personår efter sex månader och 1,6 per 100 personår efter fem år (tabell 1.11.3). Överdödligheten varierar mer mellan länen än mellan regionerna.

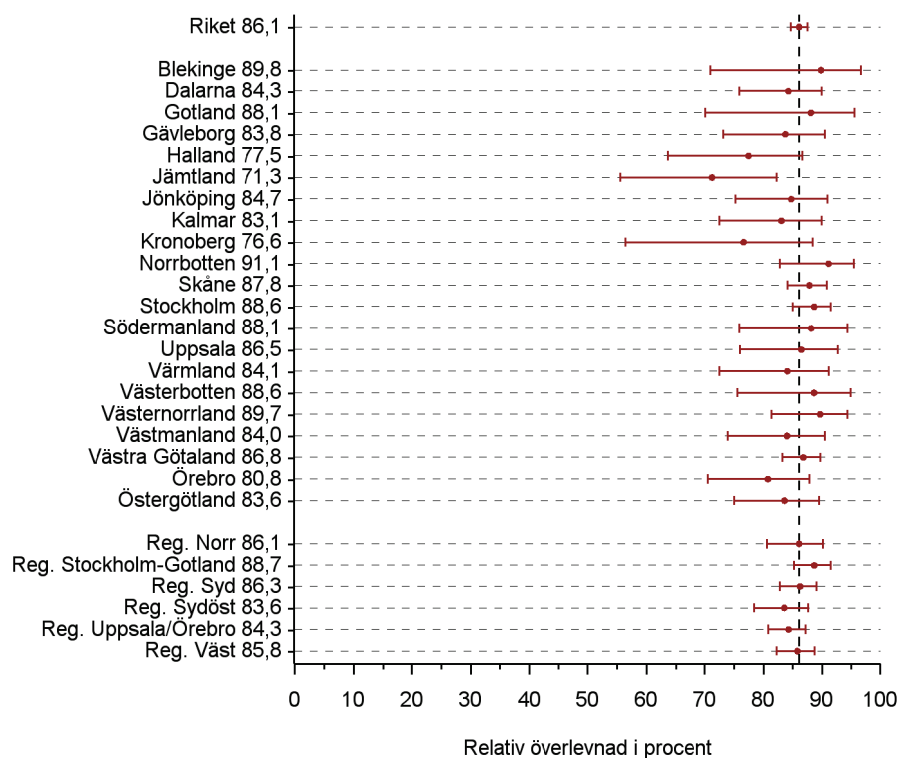
Den observerade dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen räknas i antal dödsfall, och efter fem år är den 433 män och 161 kvinnor (tabell 1.11.4). Det hypotetiska antalet är 318 respektive 110 för män och kvinnor efter fem år. Detta antal visar överdödligheten bland patienter med urinblåscancer under förutsättning att det inte finns någon skillnad i dödlighet mellan länen och alla län har samma resultat som de tre bästa (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Skillnaden mellan dessa värden blir det antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas: 115 män och 51 kvinnor. Figur 1.11.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.11.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid urinblåscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet

Män

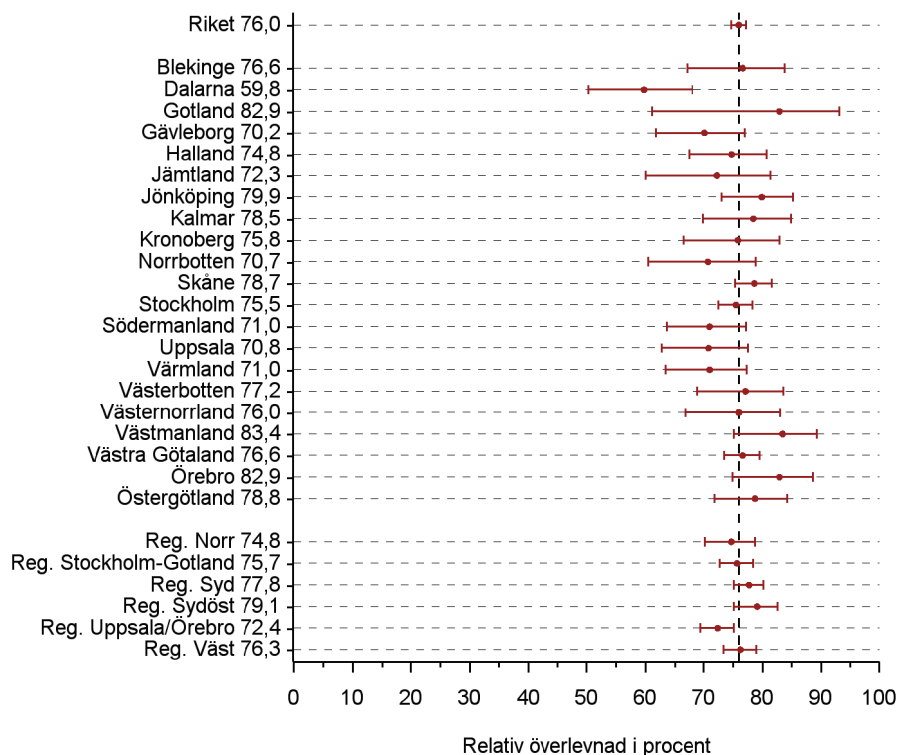


Kvinnor

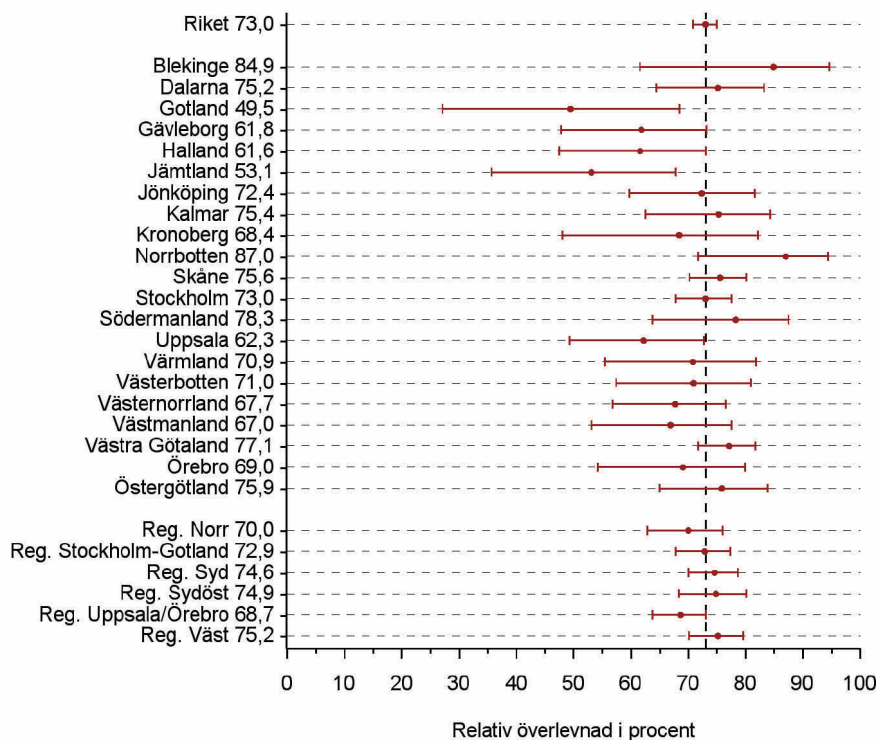


Figur 1.11.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid urinblåscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

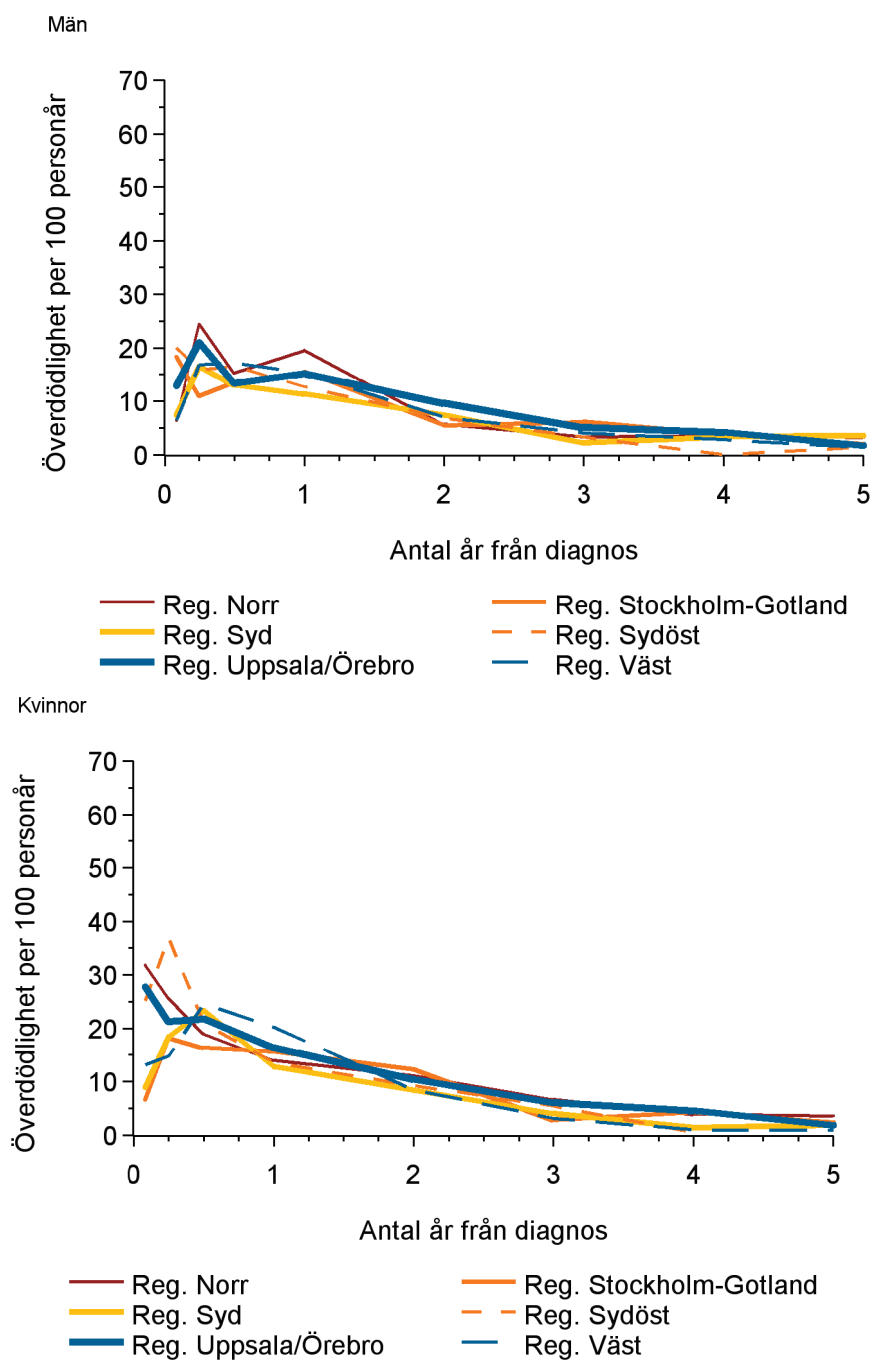
Män



Kvinnor



Figur 1.11.4 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Tabell 1.11.2 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

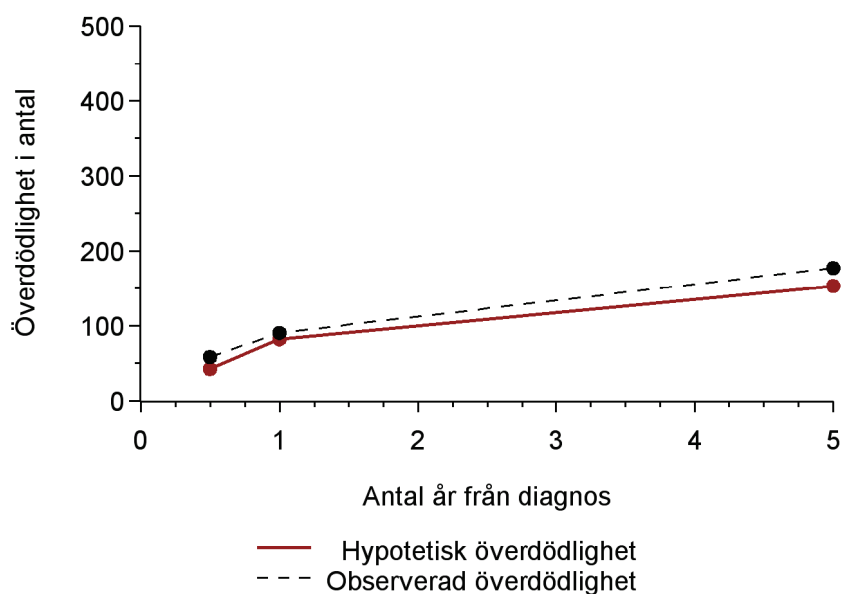
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	8 152	14,3	(7,8 - 23,8)	8 152	14,5	(8,0 - 24,1)	5 729	2,2	(0,3 - 7,6)
Blekinge	162	18,9	(11,3 - 29,5)	164	21,4	(13,3 - 32,6)	109	-0,6	.
Dalarna	232	9,8	(4,7 - 18,2)	231	31,1	(21,2 - 44,2)	125	2,3	(0,3 - 7,6)
Gotland	56	-4,0	.	56	16,9	(9,8 - 27,1)	35	-2,1	.
Gävleborg	238	25,9	(16,9 - 38,0)	230	15,5	(8,7 - 25,3)	161	3,2	(0,7 - 9,0)
Halland	281	24,2	(15,5 - 35,9)	269	14,4	(8,0 - 24,0)	184	2,2	(0,3 - 7,5)
Jämtland	106	33,1	(22,8 - 46,5)	103	21,1	(13,0 - 32,2)	80	1,4	(0,1 - 6,2)
Jönköping	305	17,3	(10,2 - 27,6)	310	13,7	(7,4 - 23,1)	226	0,4	(0,0 - 4,4)
Kalmar	218	22,8	(14,4 - 34,3)	214	11,6	(5,9 - 20,5)	196	2,0	(0,3 - 7,3)
Kronoberg	159	23,9	(15,3 - 35,6)	158	5,0	(1,6 - 11,7)	96	4,5	(1,3 - 10,9)
Norrbottn	168	21,1	(13,1 - 32,2)	166	31,9	(21,8 - 45,1)	116	5,2	(1,7 - 11,9)
Skåne	1 375	8,9	(4,1 - 17,0)	1 371	10,4	(5,0 - 18,9)	919	4,3	(1,2 - 10,7)
Stockholm	1 417	14,3	(7,8 - 23,8)	1 430	15,5	(8,7 - 25,3)	1 022	2,2	(0,3 - 7,5)
Södermanland	265	17,1	(10,0 - 27,4)	261	18,1	(10,8 - 28,6)	173	1,8	(0,2 - 6,8)
Uppsala	233	6,9	(2,8 - 14,3)	239	11,2	(5,6 - 19,9)	174	2,1	(0,3 - 7,4)
Värmland	260	15,4	(8,7 - 25,3)	260	12,8	(6,8 - 22,0)	173	5,3	(1,8 - 12,1)
Västerbotten	220	5,1	(1,7 - 11,8)	223	16,3	(9,4 - 26,3)	148	5,0	(1,6 - 11,6)
Västernorrland	239	13,2	(7,1 - 22,5)	243	14,0	(7,6 - 23,4)	185	1,4	(0,1 - 6,3)
Västmanland	235	8,4	(3,7 - 16,3)	239	4,0	(1,1 - 10,3)	162	-0,3	.
Västra Götaland	1 388	15,8	(9,0 - 25,8)	1 379	15,4	(8,7 - 25,2)	981	1,2	(0,1 - 5,9)
Örebro	259	9,9	(4,7 - 18,2)	264	15,0	(8,4 - 24,8)	187	-1,6	.
Östergötland	336	11,8	(6,1 - 20,8)	342	12,5	(6,5 - 21,6)	277	1,8	(0,2 - 6,8)
Reg. Norr	733	15,3	(8,6 - 25,1)	735	19,6	(11,9 - 30,4)	529	3,2	(0,7 - 9,1)
Reg. Stockholm-Gotland	1 473	13,5	(7,3 - 22,9)	1 486	15,5	(8,8 - 25,4)	1 057	2,0	(0,2 - 7,3)
Reg. Sydöst	859	16,6	(9,6 - 26,7)	866	12,7	(6,7 - 21,9)	699	1,4	(0,1 - 6,2)
Reg. Syd	1 977	13,1	(7,0 - 22,3)	1 962	11,4	(5,8 - 20,2)	1 308	3,6	(0,9 - 9,6)
Reg. Väst	1 669	17,2	(10,0 - 27,4)	1 648	15,2	(8,6 - 25,0)	1 165	1,4	(0,1 - 6,2)
Reg. Uppsala/Örebro	1 722	13,4	(7,2 - 22,7)	1 724	15,2	(8,5 - 25,0)	1 155	1,7	(0,2 - 6,8)

Tabell 1.11.3 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

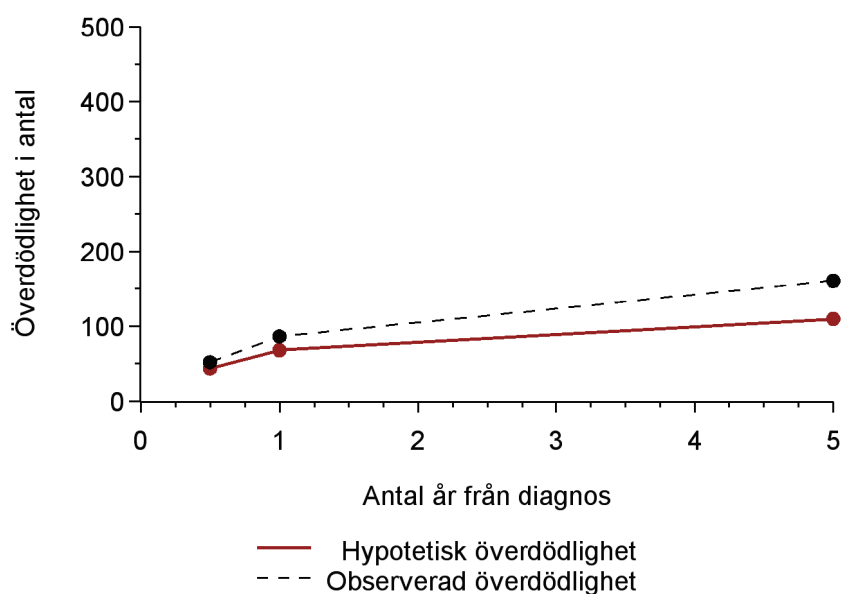
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	2 625	21,5	(13,4 - 32,7)	2 573	15,4	(8,7 - 25,2)	1 878	1,6	(0,1 - 6,5)
Blekinge	45	35,3	(24,7 - 49,1)	43	2,3	(0,3 - 7,7)	41	0,7	(0,0 - 5,0)
Dalarna	100	33,1	(22,8 - 46,5)	92	20,1	(12,3 - 31,0)	67	2,7	(0,5 - 8,4)
Gotland	22	17,3	(10,1 - 27,6)	19	34,2	(23,7 - 47,7)	8	-4,9	.
Gävleborg	90	30,7	(20,8 - 43,7)	85	10,1	(4,9 - 18,5)	52	-0,1	.
Halland	85	17,2	(10,1 - 27,5)	85	23,2	(14,8 - 34,8)	54	3,7	(0,9 - 9,8)
Jämtland	36	32,2	(22,0 - 45,4)	34	34,5	(23,9 - 48,1)	32	0,8	(0,0 - 5,2)
Jönköping	77	18,9	(11,4 - 29,6)	77	21,0	(13,0 - 32,2)	53	-0,9	.
Kalmar	81	23,1	(14,7 - 34,6)	78	11,3	(5,7 - 20,1)	56	-1,7	.
Kronoberg	48	34,2	(23,7 - 47,7)	41	28,2	(18,8 - 40,7)	34	1,0	(0,0 - 5,6)
Norrbottn	67	15,4	(8,7 - 25,3)	67	10,3	(5,0 - 18,8)	51	1,9	(0,2 - 7,1)
Skåne	436	22,1	(13,9 - 33,5)	423	10,7	(5,3 - 19,3)	291	2,0	(0,2 - 7,2)
Stockholm	465	16,3	(9,4 - 26,3)	475	14,9	(8,3 - 24,6)	387	2,6	(0,5 - 8,2)
Södermanland	69	14,5	(8,0 - 24,1)	73	13,0	(6,9 - 22,2)	53	-2,9	.
Uppsala	85	12,5	(6,5 - 21,6)	90	17,2	(10,1 - 27,5)	61	8,3	(3,7 - 16,2)
Värmland	89	21,1	(13,1 - 32,3)	84	12,7	(6,7 - 21,9)	42	-0,6	.
Västerbotten	58	18,5	(11,0 - 29,0)	61	4,6	(1,4 - 11,0)	55	7,7	(3,3 - 15,3)
Västernorrland	68	15,7	(8,9 - 25,6)	68	16,0	(9,2 - 26,0)	47	2,5	(0,4 - 7,9)
Västmanland	68	23,5	(15,0 - 35,1)	61	19,5	(11,8 - 30,3)	48	1,0	(0,0 - 5,6)
Västra Götaland	431	26,0	(17,0 - 38,1)	413	19,6	(11,9 - 30,4)	303	0,5	(0,0 - 4,7)
Örebro	77	13,5	(7,3 - 22,9)	78	23,0	(14,6 - 34,5)	54	3,2	(0,7 - 9,0)
Östergötland	128	20,8	(12,9 - 31,9)	126	10,3	(5,0 - 18,8)	89	-2,3	.
Reg. Norr	229	19,0	(11,4 - 29,6)	230	13,9	(7,6 - 23,4)	185	3,6	(0,9 - 9,7)
Reg. Stockholm-Gotland	487	16,3	(9,4 - 26,4)	494	15,6	(8,9 - 25,5)	395	2,4	(0,4 - 7,9)
Reg. Sydöst	286	21,0	(13,0 - 32,1)	281	13,6	(7,3 - 23,0)	198	-1,8	.
Reg. Syd	614	23,3	(14,8 - 34,9)	592	12,8	(6,8 - 22,0)	420	2,0	(0,2 - 7,2)
Reg. Väst	516	24,6	(15,8 - 36,4)	498	20,2	(12,4 - 31,1)	357	1,0	(0,0 - 5,5)
Reg. Uppsala/Örebro	578	21,8	(13,6 - 33,0)	563	16,3	(9,4 - 26,4)	377	1,9	(0,2 - 7,0)

Figur 1.11.5 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.11.4 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
<i>Observerad</i>	116	218	433	53	87	161
<i>Hypotetisk</i>	63	136	318	44	68	110
<i>Skillnad</i>	54	82	115	9	19	51
---- <i>Nedre konfidensgräns</i>	40	66	95	4	11	38
---- <i>Övre konfidensgräns</i>	70	102	138	17	29	67

1.12 Äggstockscancer

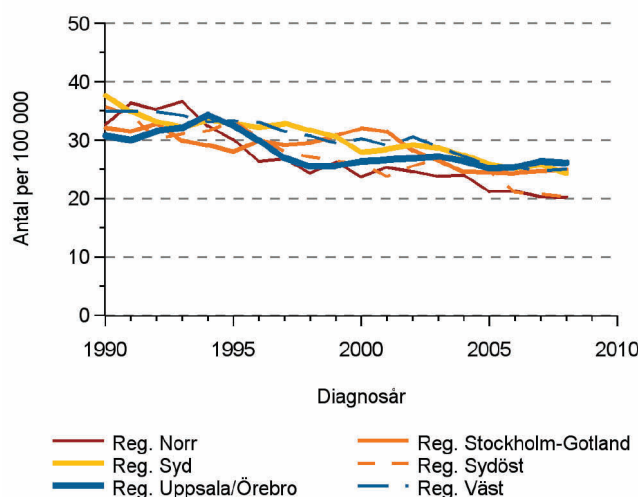
Incidens

Den åldersstandardiserade incidensen av äggstockscancer har minskat kontinuerligt sedan 1990 (figur 1.12.1). Nivån varierar något mellan regionerna men trenden är densamma. Under perioden 2007–2009 var incidensen 24,0 fall per 100 000 kvinnor i Sverige och på regional nivå varierade incidensen mellan 20,3 och 26,1 per 100 000 (tabell 1.12.1). Variationen är större mellan länen men utan något tydligt mönster, i södra regionen finns till exempel län som har både de högsta och de lägsta incidenserna.

Äggstockscancer är ovanligt i åldersgruppen 30–49 år då incidensen är 6,6 per 100 000 kvinnor (tabell 1.12.1.1 i Tabellbilaga). Förekomsten ökar med stigande ålder men skillnaden i incidens är inte så stor mellan kvinnor i åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år: 35,4 respektive 44,4 fall per 100 000 kvinnor.

Figur 1.12.1 Incidenstrend för äggstockscancer per region, 1990–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–89 år vid diagnos.

Kvinnor



Relativ överlevnad och överdödlighet

Överlevnaden vid cancer i äggstockarna har ökat sedan 1990, främst mellan perioderna 1990–1994 och 1995–1999, men en kontinuerlig ökning kan ses även under de båda efterföljande perioderna (figur 1.12.2). Ökningen gäller framför allt korttidsöverlevnaden (ett och två år efter diagnosen) men i viss utsträckning även för femårsöverlevnaden.

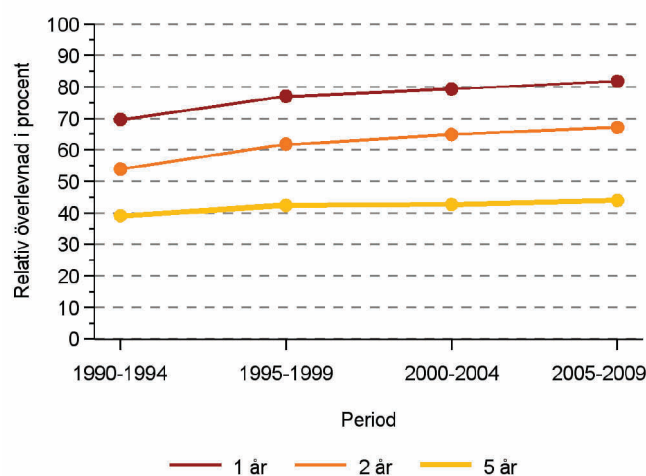
Under perioden 2005–2009 var den relativa ettårsöverlevnaden 81,8 procent och den relativa femårsöverlevnaden 44,0 procent (figur 1.12.3a och figur 1.12.3b). Det är ganska stor spridning i överlevnad mellan regioner och län. Variationen i ettårsöverlevnaden varierar från 72,1 till 91,3 procent mellan regionerna och länen, vilket inte enbart kan förklaras av slumpen. Den spridning som ses mellan länen för femårsöverlevnaden, 38,3–55,0 procent, är dock sannolikt en slumpvariation.

Tabell 1.12.1 Incidens av äggstockscancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

Region/Län	Kvinnor	
	Inc	(95% KI)
Riket	24,0	(22,2 - 25,8)
Blekinge	16,5	(7,8 - 30,3)
Dalarna	24,9	(16,2 - 36,4)
Gotland	29,5	(11,0 - 62,4)
Gävleborg	23,9	(15,3 - 35,2)
Halland	28,2	(18,7 - 40,6)
Jämtland	21,9	(10,6 - 39,4)
Jönköping	20,1	(12,7 - 30,2)
Kalmar	15,9	(8,7 - 26,4)
Kronoberg	28,3	(16,7 - 44,5)
Norrbottn	19,0	(11,2 - 30,1)
Skåne	23,7	(19,1 - 29,0)
Stockholm	24,7	(20,8 - 29,2)
Södermanland	27,7	(18,2 - 40,2)
Uppsala	24,8	(16,0 - 36,5)
Värmland	26,3	(17,2 - 38,4)
Västerbotten	20,1	(11,8 - 31,8)
Västernorrland	21,0	(12,6 - 32,4)
Västmanland	23,8	(14,7 - 36,1)
Västra Götaland	24,3	(20,2 - 29,0)
Örebro	31,5	(21,0 - 45,1)
Östergötland	23,2	(15,9 - 32,4)
Reg. Norr	20,3	(15,6 - 25,9)
Reg. Stockholm-Gotland	24,9	(21,0 - 29,3)
Reg. Syd	24,3	(20,5 - 28,6)
Reg. Sydöst	20,3	(15,8 - 25,7)
Reg. Uppsala/Örebro	26,1	(22,3 - 30,2)
Reg. Väst	25,0	(21,1 - 29,3)

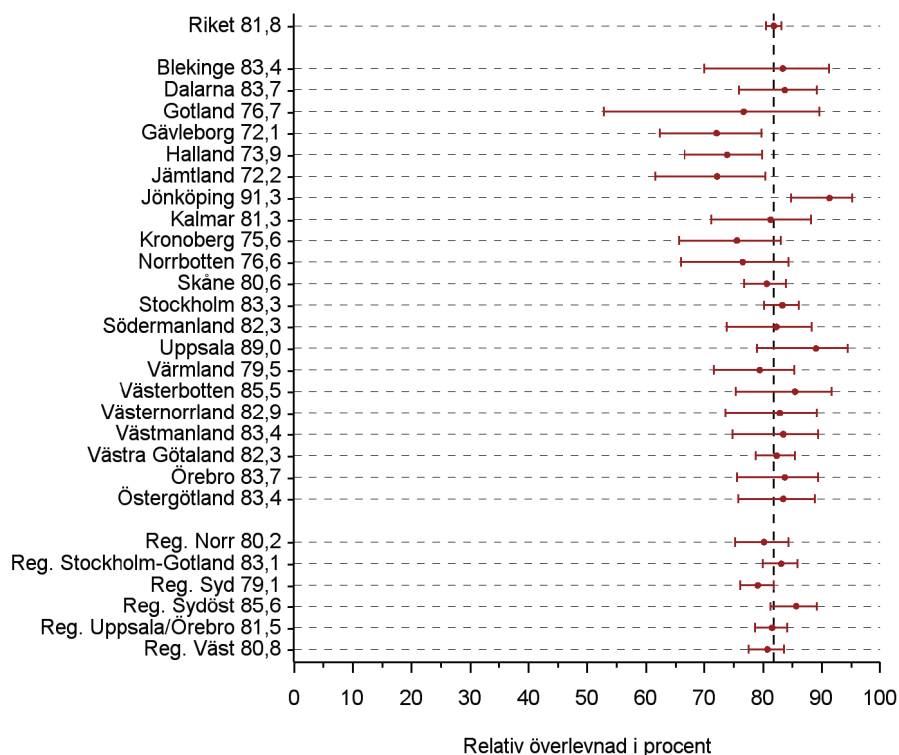
Figur 1.12.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Kvinnor



Figur 1.12.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid äggstockscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Kvinnor



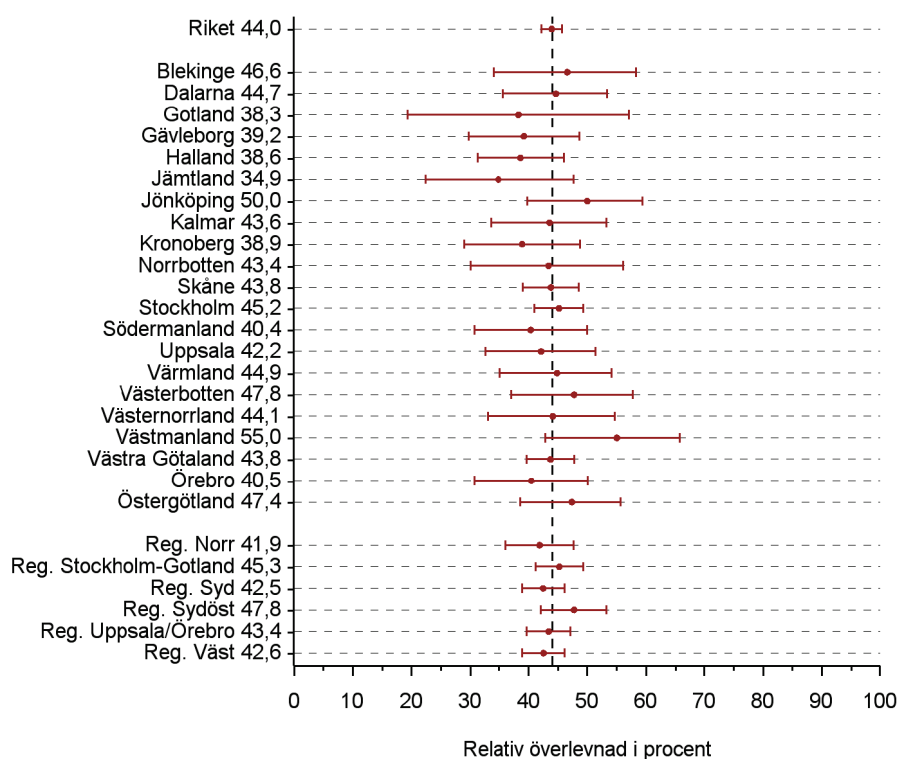
Den åldersspecifika överlevnaden ett år efter diagnosen är ungefär på samma nivå för åldersgrupperna 30–49 och 50–74 år, 92,5 respektive 87,7 procent, men överlevnaden är betydligt lägre, 65,8 procent, för kvinnor som var 75–89 år vid diagnosen (tabell 1.12.2.2 i Tabellbilaga). Fem år efter diagnosen visar statistiken en stegvis minskning i överlevnad mellan åldersgrupperna: 64,8 procent för kvinnor i åldern 30–49 år och 47,9 respektive 30,1 procent i åldrarna 50–74 år och 75–89 år (tabell 1.12.2.2 i Tabellbilaga).

Överdödligheten bland kvinnor med äggstockscancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, följer i princip samma mönster oavsett region (figur 1.12.4). Överdödligheten är hög omedelbart efter diagnosen men sjunker sedan kraftigt under de första sex månaderna innan överdödligheten lägger sig på en relativt konstant nivå. Undantaget är norra regionen där överdödligheten ökar mellan ett och två år efter diagnosen, följt av en sänkning under år två till fem efter diagnostillfället. Överdödligheten efter sex månader och ett år är 14 respektive 15 per 100 personår men detta varierar mellan länen (tabell 1.12.2).

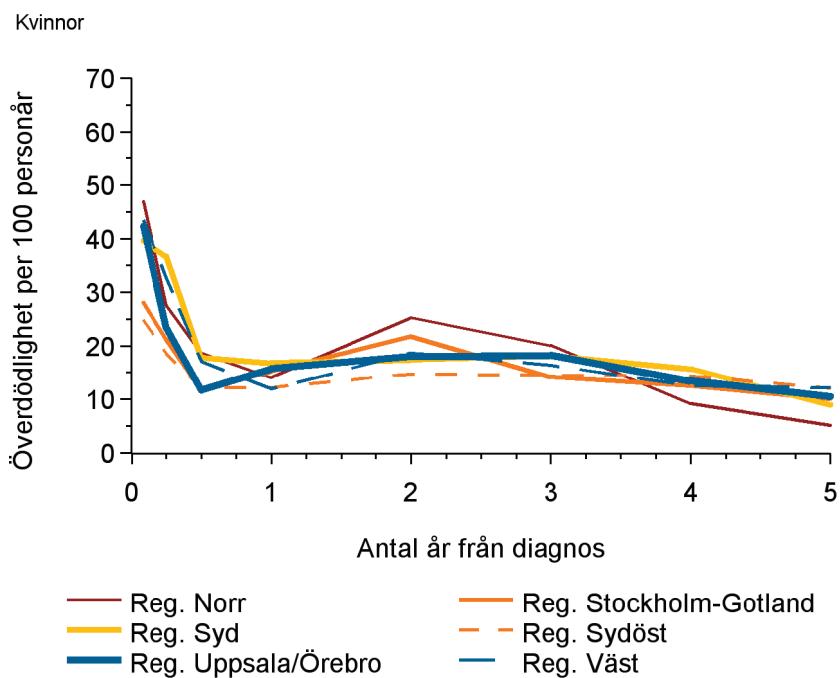
Figur 1.12.5 visar den observerade överdödligheten, det vill säga patientgruppens dödlighet utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, samt den hypotetiska överdödligheten över tid. Med hypotetisk överdödlighet avses den överdödlighet som skulle kunna observeras om det inte fanns någon skillnad i dödlighet mellan länen och alla län hade samma resultat som de tre bästa (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Den observerade överdödligheten uppgår till 397 dödsfall efter fem års uppföljning (tabell 1.12.3). Det hypotetiska antalet är 333 kvinnor. Skillnaden mellan dessa värden är 64 kvinnor efter fem år, vilket kan ses som ett antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas. Figur 1.12.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.12.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

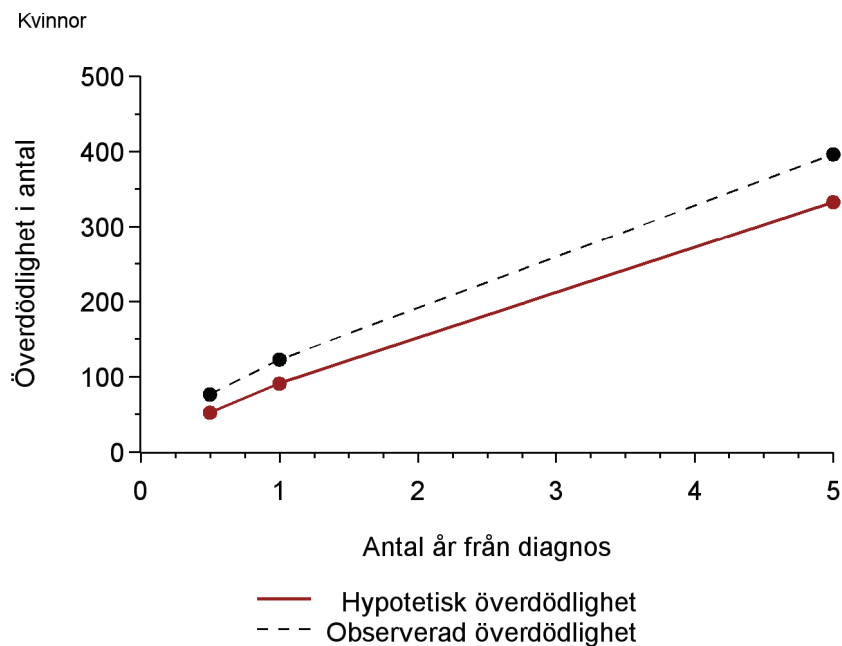
Kvinnor



Figur 1.12.4 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.



Figur 1.12.5 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.



Tabell 1.12.2 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	3 556	13,7	(7,5 - 23,2)	3 604	14,7	(8,2 - 24,3)	2 231	10,2	(4,9 - 18,6)
Blekinge	53	22,6	(14,3 - 34,0)	55	11,3	(5,7 - 20,1)	50	0,8	(0,0 - 5,3)
Dalarna	134	11,0	(5,5 - 19,7)	144	14,8	(8,2 - 24,5)	77	7,2	(2,9 - 14,6)
Gotland	30	13,3	(7,2 - 22,6)	28	23,2	(14,7 - 34,7)	16	6,8	(2,7 - 14,2)
Gävleborg	106	18,3	(10,9 - 28,8)	106	24,4	(15,7 - 36,2)	52	8,4	(3,7 - 16,3)
Halland	126	39,8	(28,4 - 54,2)	126	13,4	(7,2 - 22,7)	75	9,4	(4,4 - 17,6)
Jämtland	47	27,5	(18,2 - 39,8)	41	19,8	(12,1 - 30,7)	18	5,4	(1,9 - 12,2)
Jönköping	120	8,9	(4,0 - 16,9)	126	11,1	(5,5 - 19,8)	87	15,3	(8,6 - 25,1)
Kalmar	88	13,2	(7,0 - 22,4)	97	13,9	(7,6 - 23,4)	64	15,4	(8,7 - 25,3)
Kronoberg	81	3,7	(1,0 - 9,9)	84	29,8	(20,1 - 42,6)	34	5,8	(2,1 - 12,8)
Norrbottn	84	29,5	(19,9 - 42,3)	80	14,5	(8,0 - 24,1)	59	1,1	(0,0 - 5,7)
Skåne	462	13,9	(7,6 - 23,4)	470	16,1	(9,3 - 26,2)	282	11,0	(5,5 - 19,7)
Stockholm	698	11,9	(6,1 - 20,9)	703	14,9	(8,3 - 24,7)	428	10,2	(5,0 - 18,7)
Södermanland	118	9,4	(4,4 - 17,6)	120	17,3	(10,1 - 27,6)	63	11,9	(6,1 - 20,8)
Uppsala	128	5,6	(1,9 - 12,4)	130	16,3	(9,3 - 26,3)	75	10,2	(5,0 - 18,7)
Värmland	127	21,9	(13,7 - 33,2)	126	10,9	(5,4 - 19,5)	77	12,9	(6,8 - 22,0)
Västerbotten	84	13,8	(7,5 - 23,2)	87	11,3	(5,7 - 20,0)	59	4,4	(1,3 - 10,8)
Västernorrland	102	10,5	(5,1 - 19,0)	97	13,7	(7,5 - 23,1)	70	9,4	(4,4 - 17,6)
Västmanland	93	7,3	(3,0 - 14,8)	97	14,4	(7,9 - 24,0)	62	11,2	(5,6 - 19,9)
Västra Götaland	586	12,2	(6,4 - 21,3)	593	11,6	(5,9 - 20,5)	421	12,7	(6,7 - 21,8)
Örebro	128	8,4	(3,7 - 16,3)	130	13,9	(7,6 - 23,3)	58	11,5	(5,9 - 20,3)
Östergötland	161	14,0	(7,6 - 23,4)	164	12,2	(6,4 - 21,2)	104	7,2	(2,9 - 14,7)
Reg. Norr	317	18,7	(11,2 - 29,3)	305	14,1	(7,7 - 23,6)	206	5,1	(1,7 - 11,9)
Reg. Stockholm-Gotland	728	12,0	(6,2 - 20,9)	731	15,3	(8,6 - 25,1)	444	10,1	(4,9 - 18,5)
Reg. Sydöst	369	12,1	(6,3 - 21,1)	387	12,2	(6,4 - 21,3)	255	12,0	(6,2 - 21,0)
Reg. Syd	722	17,8	(10,5 - 28,2)	735	16,8	(9,8 - 27,0)	441	9,0	(4,1 - 17,1)
Reg. Väst	712	17,1	(9,9 - 27,3)	719	11,9	(6,1 - 20,9)	496	12,1	(6,3 - 21,1)
Reg. Uppsala/Örebro	834	11,7	(6,0 - 20,6)	853	15,8	(9,0 - 25,7)	464	10,5	(5,2 - 19,1)

Tabell 1.12.3 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	77	123	397
Hypotetisk	53	91	333
Skillnad	25	32	64
---- Nedre konfidensgräns	16	22	49
---- Övre konfidensgräns	36	46	82

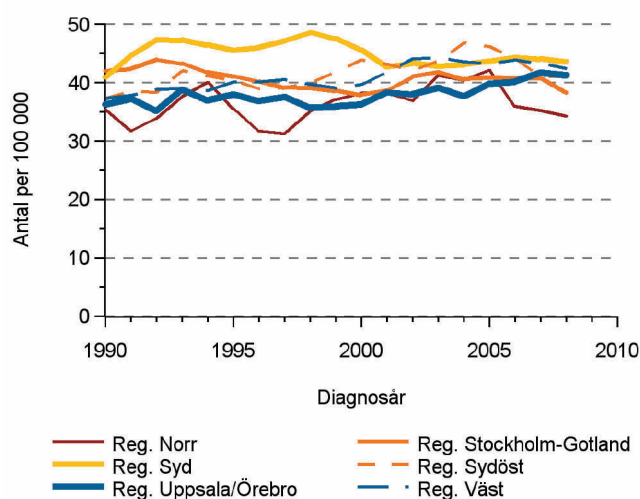
1.13 Ändtarmscancer

Incidens

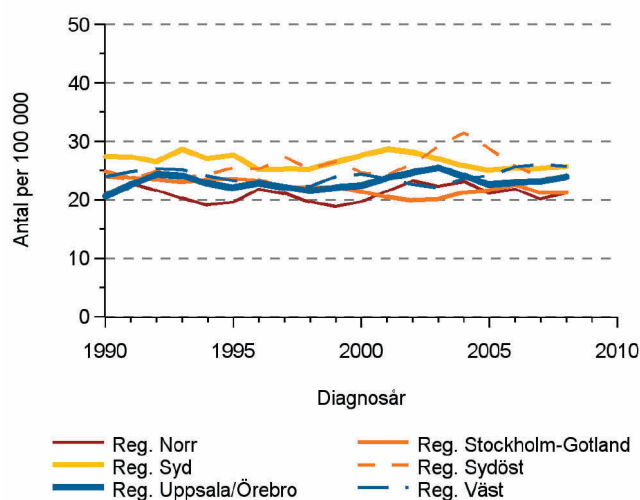
Incidensen av ändtarmscancer har legat på en någorlunda konstant nivå sedan 1990 (figur 1.13.1), men nivån varierar mellan regionerna och är högre bland män än bland kvinnor. Under perioden 2007–2009 var incidensen 40,7 fall per 100 000 invånare bland män och 23,7 per 100 000 invånare bland kvinnor. Den regionala variationen i förekomst av ändtarmscancer är mindre bland kvinnor än bland män; incidensen bland kvinnor är 21,1–25,6 fall per 100 000 medan motsvarande bland män är i intervallet 34,2–43,6 fall per 100 000 invånare.

Figur 1.13.1 Incidenstrend för ändtarmscancer per region, 1990-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Incidensen av ändtarmscancer ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 30–49 år är incidensen 3–4 per 100 000 invånare för både män och kvinnor (tabell 1.13.1.1 och tabell 1.13.1.2 i Tabellbilaga). I åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år är incidensen nästan dubbelt så hög bland män som bland kvinnor: 51,2 respektive 30,9 fall per 100 000 invånare (50–74 år) och 130,3 respektive 69,4 fall per 100 000 invånare (75–89 år).

Tabell 1.13.1 Incidens av ändtarmscancer för riket, län och regioner. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos. Period 2007-2009.

Region/Län	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Riket	40,7	(38,2 - 43,2)	23,7	(22,0 - 25,5)
Blekinge	50,5	(33,1 - 73,4)	26,0	(14,2 - 43,3)
Dalarna	42,7	(30,2 - 58,4)	23,5	(15,1 - 34,8)
Gotland	29,8	(10,6 - 64,8)	14,9	(3,3 - 41,2)
Gävleborg	36,6	(25,4 - 50,9)	25,1	(16,6 - 36,4)
Halland	39,8	(27,8 - 55,1)	24,3	(15,7 - 35,7)
Jämtland	29,8	(15,8 - 50,6)	17,9	(8,1 - 33,9)
Jönköping	31,8	(21,7 - 44,6)	19,8	(12,6 - 29,6)
Kalmar	48,4	(34,3 - 66,2)	25,0	(15,8 - 37,4)
Kronoberg	49,3	(32,9 - 70,7)	31,9	(19,5 - 49,0)
Norrbotten	38,2	(25,7 - 54,4)	19,7	(11,8 - 30,5)
Skåne	42,6	(35,9 - 50,2)	25,0	(20,3 - 30,3)
Stockholm	38,6	(32,9 - 44,9)	21,4	(17,8 - 25,6)
Södermanland	40,9	(28,1 - 57,3)	22,9	(14,3 - 34,4)
Uppsala	32,6	(21,3 - 47,4)	19,6	(11,8 - 30,3)
Värmland	43,7	(31,2 - 59,3)	24,8	(16,2 - 36,2)
Västerbotten	34,0	(22,2 - 49,6)	23,3	(14,2 - 35,7)
Västernorrland	32,8	(21,6 - 47,4)	22,0	(13,7 - 33,2)
Västmanland	50,8	(36,1 - 69,2)	28,5	(18,5 - 41,7)
Västra Götaland	42,9	(36,9 - 49,6)	26,0	(21,7 - 30,8)
Örebro	42,8	(29,9 - 59,1)	23,2	(14,6 - 34,9)
Östergötland	43,9	(32,9 - 57,2)	25,0	(17,5 - 34,5)
Reg. Norr	34,2	(27,6 - 41,8)	21,1	(16,3 - 26,7)
Reg. Stockholm-Gotland	38,2	(32,7 - 44,3)	21,2	(17,6 - 25,3)
Reg. Syd	43,6	(38,1 - 49,6)	25,6	(21,8 - 30,0)
Reg. Sydöst	41,1	(34,1 - 49,0)	23,3	(18,5 - 29,0)
Reg. Uppsala/Örebro	41,2	(36,2 - 46,8)	23,9	(20,3 - 27,8)
Reg. Väst	42,4	(36,9 - 48,4)	25,7	(21,8 - 30,1)

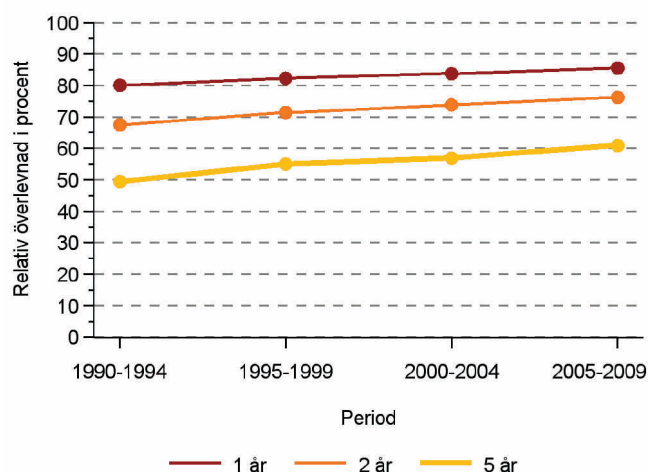
Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden vid ändtarmscancer har ökat sedan 1990 för både män och kvinnor (figur 1.13.2). Ökningen är större på långtidsöverlevnaden (fem år), cirka 10 procentenheter, än på korttidsöverlevnaden (ett till två år).

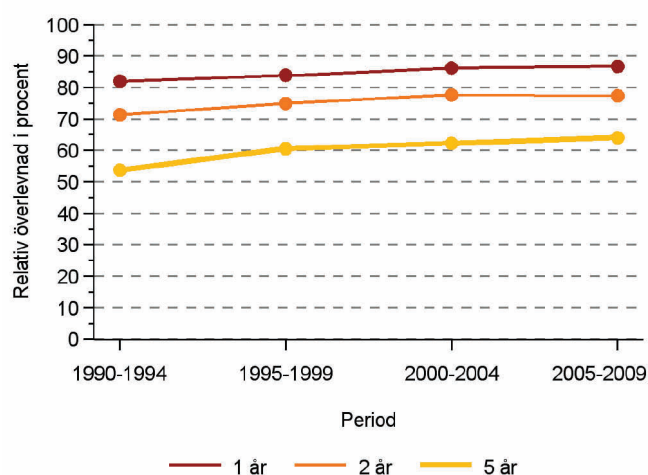
Den relativa ettårsöverlevnaden är 85,6 procent för män och 86,7 procent för kvinnor (figur 1.13.3a). Variationen i överlevnad är något större för kvinnor än för män, men skillnaderna mellan regioner och län kan tillskrivas slumpen. Efter fem år har skillnaden i överlevnad ökat mellan män och kvinnor: 60,9 procent för män och 64,1 procent för kvinnor (figur 1.13.3b). Då finns fortfarande en större variation mellan länen när det gäller kvinnornas överlevnad jämfört med männens: 55,2–77,5 procent för män och 48,6–81,8 för kvinnor (Gotland ingår inte på grund av litet dataunderlag). Skillnaden mellan regionerna och länen kan tillskrivas slumpen.

Figur 1.13.2 Relativ 1-, 2- och 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1990-2009. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



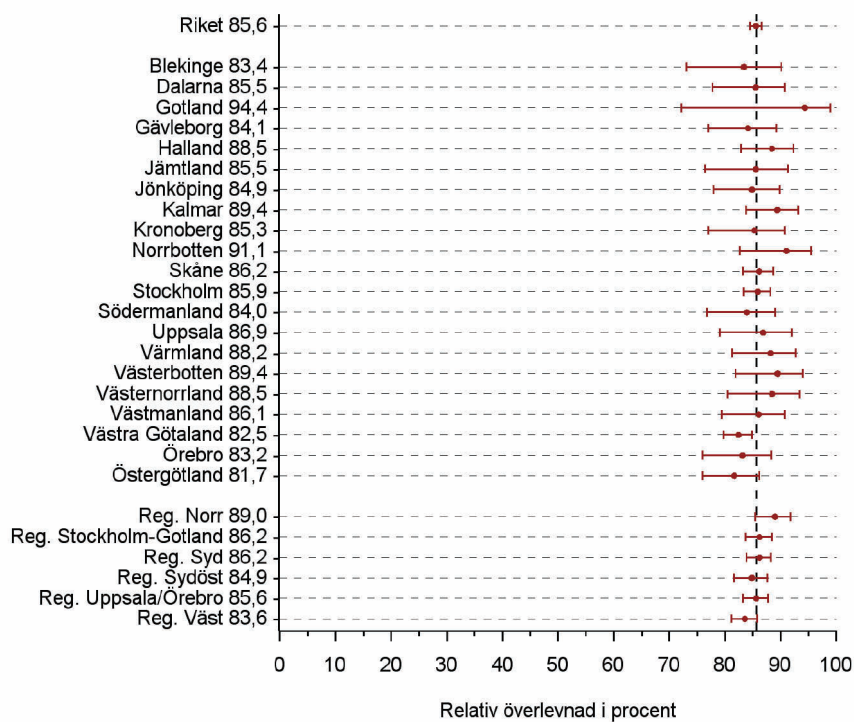
Den relativa ettårsöverlevnaden vid ändtarmscancer är ungefär lika i åldersgrupperna 30–49 år och 50–74 år för både män och kvinnor, cirka 90 procent (tabell 1.13.2.3 och tabell 1.13.2.4 i Tabellbilaga). I åldersgruppen 75–89 år är ettårsöverlevnaden cirka 10 procentenheter lägre. Efter fem år är överlevnaden 63–65 procent för männen i de två yngsta åldersgrupperna och 51,4 procent i åldersgruppen 75–89 år (tabell 1.13.2.5 och tabell 1.13.2.6 i Tabellbilaga). Den relativa femårsöverlevnaden är några procentenheter högre för kvinnor i respektive åldersgrupp.

Överdödligheten bland patienter med ändtarmscancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, avtar kontinuerligt med tiden efter diagnosen (Figur 1.13.4). Överdödligheten bland män är på samma nivå i regionerna med undantag för norra regionen som har en något lägre överdödlighet under perioden sex månader till ett år efter diagnosen. Den regionala variationen är något större för kvinnor under de två första åren. Sex månader efter diagnosen är överdödligheten 15,0 dödsfall per 100 personår bland män och 16,1 per 100 personår bland kvinnor, och efter fem år har den minskat till 6,4 respektive 4,8 dödsfall per 100 personår för män respektive kvinnor (tabell 1.13.2 och tabell 1.13.3). Överdödligheten i länen sex månader efter diagnos varierar kraftigt för både män och kvinnor; bland män är den mellan 1,5 och 32,9 per 100 personår och bland kvinnor mellan 1,5 och 49,8 dödsfall per 100 personår.

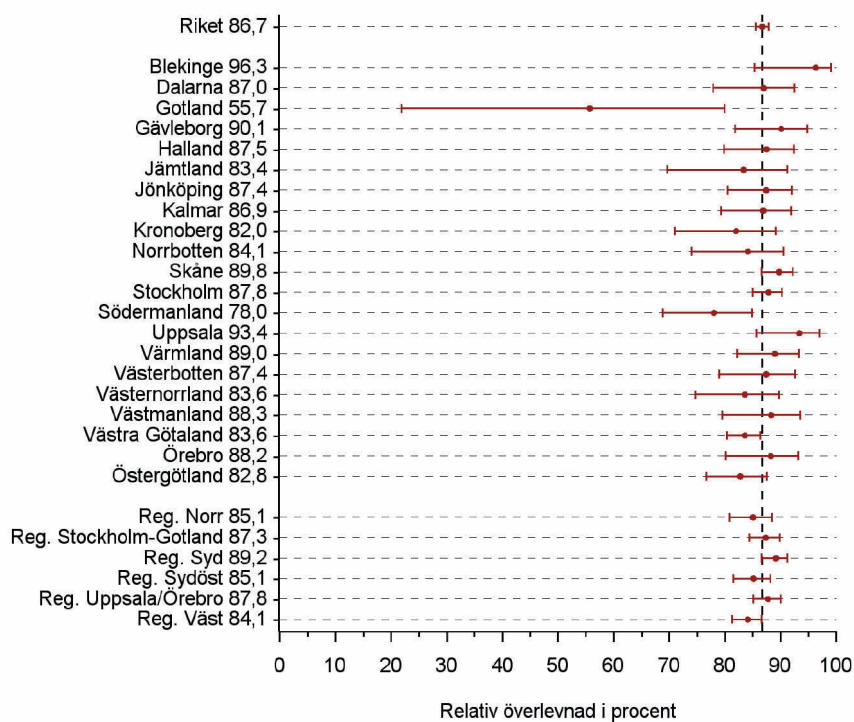
Figur 1.13.5 visar den observerade överdödligheten, det vill säga patientgruppens dödlighet utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, samt den hypotetiska överdödligheten över tid. Med hypotetisk överdödlighet menas den överdödlighet som hade kunnat observeras om det inte fanns någon skillnad i dödlighet mellan länen och alla län hade samma resultat som de tre bästa (vilket i det närmaste motsvarar den 90:e percentilen). Den observerade överdödligheten är 404 män och 272 kvinnor efter fem år (tabell 1.13.4). Den hypotetiska överdödligheten är 315 för män och 220 för kvinnor. Skillnaden mellan dessa värden, vid fem års uppföljning, motsvarar det antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas om alla län har samma resultat. Antalet var 89 och 53 för män respektive kvinnor. Figur 1.13.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 1.13.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid ändtarmscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

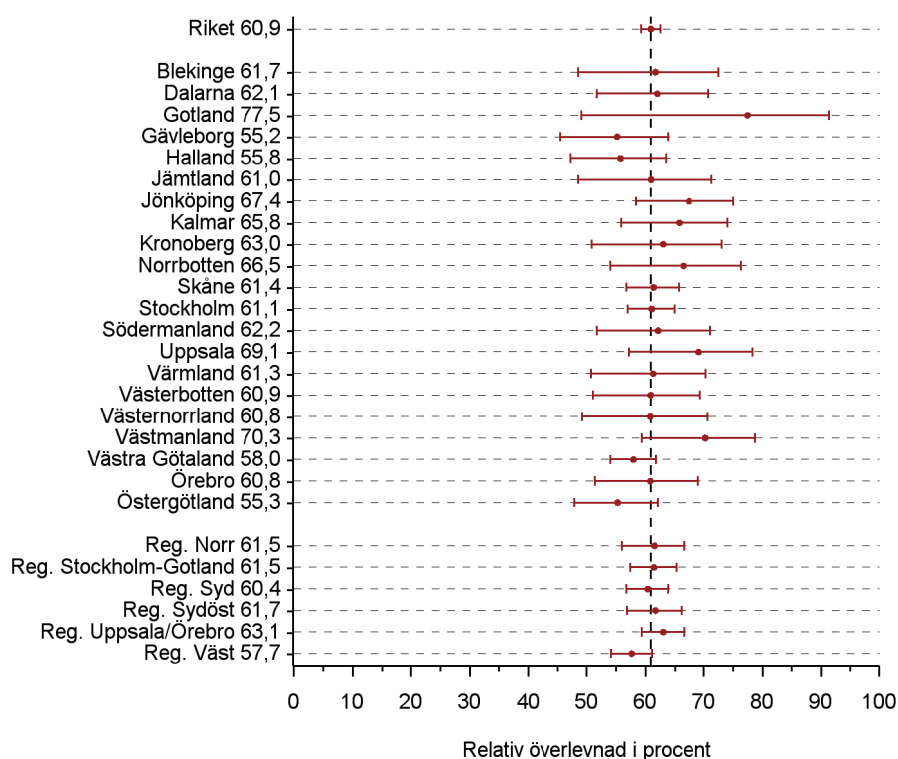


Kvinnor

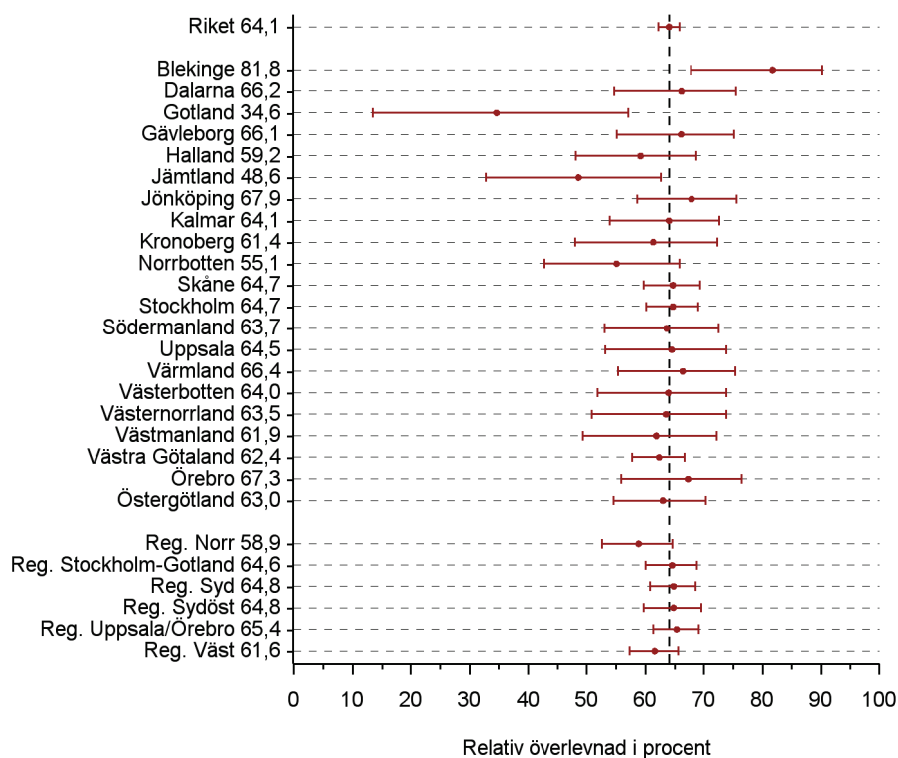


Figur 1.13.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer med 95% konfidensintervall, per riket, län och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: riksgenomsnittet.

Män

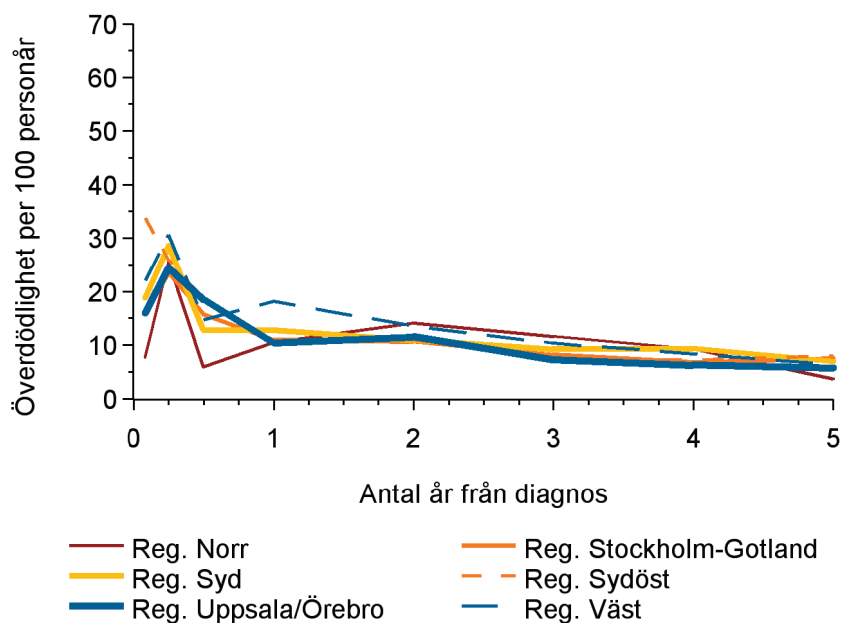


Kvinnor

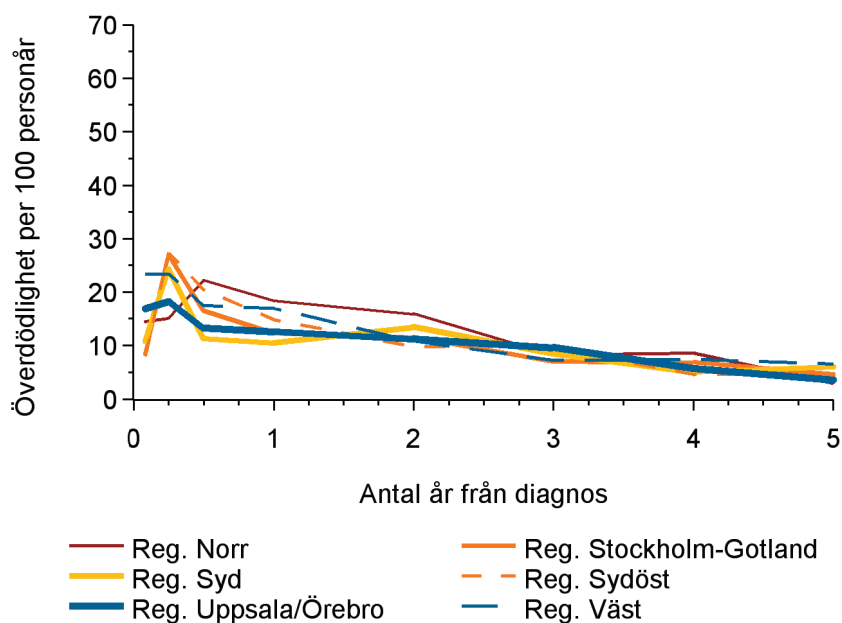


Figur 1.13.4 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Linjerna avser de sex olika regionerna.

Män



Kvinnor



Tabell 1.13.2 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer (män) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

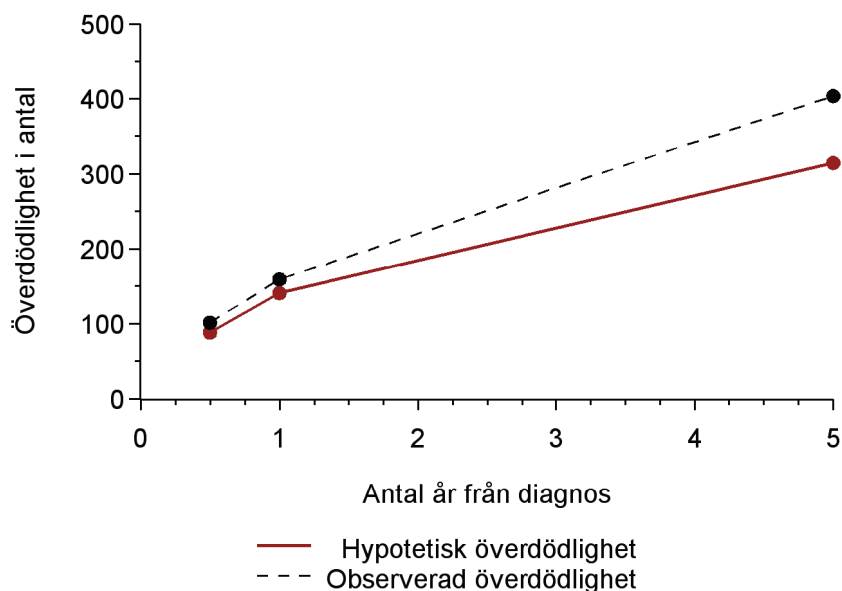
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	5 292	15,0	(8,4 - 24,8)	5 298	12,5	(6,5 - 21,6)	3 104	6,4	(2,5 - 13,6)
Blekinge	112	16,0	(9,1 - 25,9)	109	16,3	(9,3 - 26,3)	62	3,2	(0,7 - 9,1)
Dalarna	173	17,9	(10,6 - 28,4)	186	9,9	(4,7 - 18,2)	112	5,6	(2,0 - 12,6)
Gotland	30	10,4	(5,0 - 18,9)	27	3,5	(0,9 - 9,6)	19	16,6	(9,6 - 26,8)
Gävleborg	171	14,2	(7,8 - 23,8)	171	13,9	(7,6 - 23,4)	101	13,9	(7,6 - 23,3)
Halland	200	11,4	(5,8 - 20,2)	197	14,1	(7,7 - 23,6)	111	9,1	(4,2 - 17,2)
Jämtland	82	1,5	(0,1 - 6,5)	85	15,1	(8,5 - 24,9)	57	-1,3	.
Jönköping	172	13,4	(7,2 - 22,7)	180	11,5	(5,8 - 20,3)	129	8,7	(3,9 - 16,7)
Kalmar	198	5,2	(1,7 - 11,9)	199	6,8	(2,7 - 14,2)	107	8,7	(3,9 - 16,6)
Kronoberg	116	14,1	(7,7 - 23,6)	116	6,1	(2,2 - 13,1)	52	3,3	(0,8 - 9,3)
Norrbottn	142	7,2	(2,9 - 14,7)	143	8,1	(3,5 - 15,9)	67	2,3	(0,3 - 7,7)
Skåne	718	12,5	(6,5 - 21,5)	724	13,1	(7,0 - 22,3)	425	7,5	(3,2 - 15,1)
Stockholm	898	15,9	(9,0 - 25,8)	895	11,3	(5,7 - 20,0)	546	7,3	(3,0 - 14,8)
Södermanland	168	26,7	(17,6 - 39,0)	167	8,4	(3,7 - 16,3)	94	7,0	(2,8 - 14,4)
Uppsala	136	15,7	(8,9 - 25,6)	133	13,7	(7,5 - 23,2)	82	2,7	(0,5 - 8,4)
Värmland	189	10,1	(4,8 - 18,5)	186	8,7	(3,9 - 16,6)	94	6,1	(2,3 - 13,2)
Västerbotten	153	5,3	(1,8 - 12,0)	162	12,2	(6,4 - 21,2)	102	6,2	(2,3 - 13,3)
Västernorrland	142	7,9	(3,4 - 15,6)	148	8,2	(3,6 - 16,1)	89	5,0	(1,6 - 11,6)
Västmanland	179	23,5	(15,0 - 35,2)	174	10,0	(4,8 - 18,4)	94	0,4	(0,0 - 4,5)
Västra Götaland	878	15,5	(8,7 - 25,3)	874	19,1	(11,5 - 29,8)	518	5,9	(2,1 - 12,9)
Örebro	174	21,3	(13,2 - 32,4)	175	9,3	(4,3 - 17,5)	98	4,4	(1,3 - 10,9)
Östergötland	261	32,9	(22,6 - 46,2)	247	13,2	(7,1 - 22,5)	145	6,9	(2,8 - 14,3)
Reg. Norr	519	5,9	(2,2 - 12,9)	538	10,5	(5,1 - 19,0)	315	3,7	(1,0 - 9,8)
Reg. Stockholm-Gotland	928	15,7	(8,9 - 25,6)	922	11,0	(5,5 - 19,7)	565	7,5	(3,2 - 15,1)
Reg. Sydöst	631	18,6	(11,1 - 29,1)	626	10,7	(5,3 - 19,3)	381	8,0	(3,5 - 15,8)
Reg. Syd	1 146	12,8	(6,8 - 22,0)	1 146	12,8	(6,8 - 22,0)	650	7,0	(2,8 - 14,4)
Reg. Väst	1 078	14,7	(8,2 - 24,4)	1 071	18,1	(10,8 - 28,6)	629	6,4	(2,4 - 13,6)
Reg. Uppsala/Örebro	1 190	18,5	(11,0 - 29,0)	1 192	10,4	(5,1 - 18,9)	675	5,8	(2,1 - 12,7)

Tabell 1.13.3 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer (kvinnor) jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen över tid sedan diagnos, per riket, län och region. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. N = antal patienter, ÖD = överdödlighet, (95% KI) = 95% konfidensintervall. Period 2005-2009.

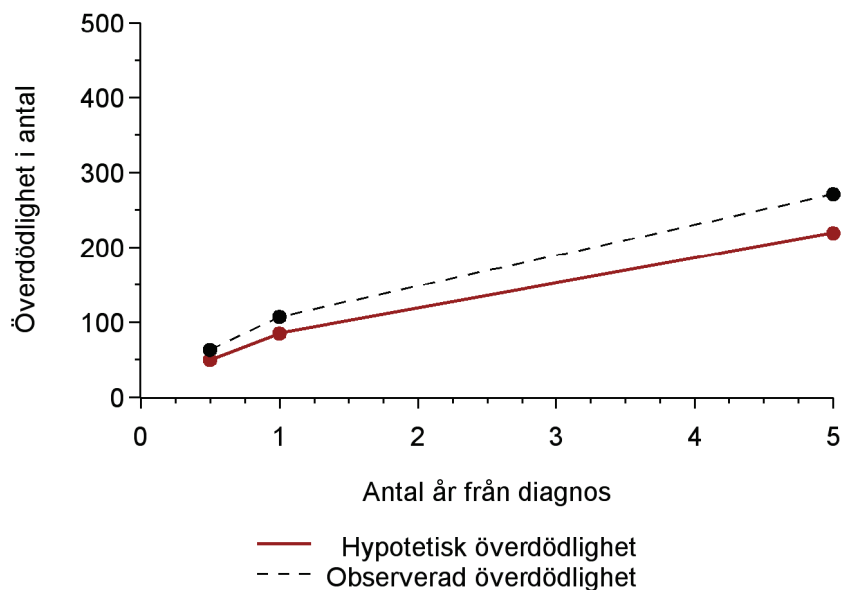
Region/Län	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Riket	3 653	16,1	(9,2 - 26,1)	3 657	13,7	(7,5 - 23,1)	2 498	4,8	(1,5 - 11,3)
Blekinge	73	2,8	(0,5 - 8,5)	78	-3,0		66	6,6	(2,6 - 13,9)
Dalarna	111	5,6	(2,0 - 12,5)	110	18,8	(11,3 - 29,4)	89	4,3	(1,2 - 10,6)
Gotland	12	36,0	(25,3 - 49,9)	10	67,0	(51,9 - 85,0)	7	-2,6	
Gävleborg	116	12,3	(6,4 - 21,3)	118	5,1	(1,7 - 11,8)	103	2,2	(0,3 - 7,6)
Halland	111	8,3	(3,7 - 16,2)	113	13,7	(7,4 - 23,1)	76	10,5	(5,1 - 19,0)
Jämtland	52	49,8	(37,0 - 65,7)	46	21,7	(13,6 - 33,0)	38	2,8	(0,5 - 8,5)
Jönköping	139	15,5	(8,8 - 25,4)	145	16,1	(9,2 - 26,1)	123	3,1	(0,7 - 9,0)
Kalmar	117	15,6	(8,9 - 25,5)	120	10,8	(5,3 - 19,4)	67	7,5	(3,1 - 15,1)
Kronoberg	90	7,0	(2,8 - 14,5)	91	23,6	(15,0 - 35,2)	65	5,3	(1,8 - 12,0)
Norrbottn	83	7,4	(3,1 - 14,9)	90	18,1	(10,7 - 28,6)	63	4,5	(1,4 - 11,0)
Skåne	518	13,9	(7,6 - 23,3)	526	9,8	(4,6 - 18,1)	372	5,1	(1,7 - 11,8)
Stockholm	620	16,1	(9,2 - 26,1)	622	11,4	(5,8 - 20,2)	389	4,8	(1,5 - 11,3)
Södermanland	102	32,4	(22,2 - 45,6)	101	20,9	(13,0 - 32,0)	72	1,8	(0,2 - 6,9)
Uppsala	108	1,5	(0,1 - 6,4)	109	8,3	(3,7 - 16,2)	68	2,6	(0,4 - 8,1)
Värmland	128	13,9	(7,6 - 23,3)	129	13,1	(7,0 - 22,3)	82	7,4	(3,1 - 14,9)
Västerbotten	107	22,0	(13,8 - 33,4)	100	11,0	(5,5 - 19,7)	62	2,5	(0,4 - 8,0)
Västernorrland	103	21,3	(13,2 - 32,5)	101	24,6	(15,8 - 36,4)	62	2,2	(0,3 - 7,5)
Västmanland	108	13,1	(7,0 - 22,4)	103	8,1	(3,5 - 15,9)	70	3,8	(1,0 - 10,0)
Västra Götaland	649	19,0	(11,5 - 29,7)	631	17,5	(10,3 - 27,8)	397	5,7	(2,0 - 12,7)
Örebro	117	15,3	(8,6 - 25,1)	121	14,6	(8,1 - 24,2)	86	3,4	(0,8 - 9,4)
Östergötland	189	26,9	(17,7 - 39,1)	193	16,5	(9,5 - 26,5)	141	5,0	(1,6 - 11,7)
Reg. Norr	345	22,2	(13,9 - 33,5)	337	18,3	(10,9 - 28,9)	225	3,0	(0,6 - 8,8)
Reg. Stockholm-Gotland	632	16,5	(9,5 - 26,6)	632	12,3	(6,4 - 21,3)	396	4,7	(1,4 - 11,2)
Reg. Sydöst	445	20,4	(12,5 - 31,3)	458	14,8	(8,3 - 24,5)	331	4,8	(1,5 - 11,4)
Reg. Syd	792	11,3	(5,7 - 20,0)	808	10,5	(5,1 - 19,0)	579	6,0	(2,2 - 13,1)
Reg. Väst	760	17,4	(10,2 - 27,7)	744	16,9	(9,8 - 27,1)	473	6,5	(2,5 - 13,8)
Reg. Uppsala/Örebro	790	13,2	(7,1 - 22,5)	791	12,6	(6,6 - 21,7)	570	3,6	(0,9 - 9,7)

Figur 1.13.5 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen.

Män



Kvinnor



Tabell 1.13.4 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om patienter i samtliga län hade samma dödlighet som de bästa länen. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall. Den hypotetiska överdödligheten beräknas med en statistisk modell.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
<i>Observerad</i>	102	160	404	64	108	272
<i>Hypotetisk</i>	89	141	315	50	85	220
<i>Skillnad</i>	14	19	89	14	23	53
---- <i>Nedre konfidensgräns</i>	8	12	72	8	14	39
---- <i>Övre konfidensgräns</i>	23	30	110	23	34	69

Kommentar till resultat på geografisk indelning

Sverige har samma typ av cancerpanorama som resten av västvärldens industrialiserade länder: Bland de insjuknade är det vanligast med bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer. När canceröverlevnad jämförs mellan olika länder finns Sverige bland de länder med högst överlevnad för nästan alla tumörformer. Detta faktum innebär dock inte att vi inte kan bli ännu bättre genom ett framtidssyftande kvalitetsarbete.

Mönstret för insjuknande i de redovisade cancerformerna är med få undantag likartade över landet. Det finns vissa mindre skillnader i insjuknande men för många tumörformer vet vi för lite om orsakerna för att klargöra om det finns några åtgärdbara riskfaktorer eller riskbeteenden som kan förklara skillnaderna, eller om det bara är slumpvariationer. Rapporten visar emellertid att det finns variationer i incidens för två tumörformer där preventivt arbete redan i dag har stor betydelse: rökprevention för lungcancer och förändring av solvanor för malignt melanom. Vidare är det klart att diagnostiska aktiviteter har en väsentlig betydelse för antalet insjuknade i vissa tumörsjukdomar, exempelvis intensiteten av mammografiscreening för bröstcancer och i synnerhet användningen av PSA-provtagning för prostatacancer. Kriterierna för diagnos i till exempel cell- och vävnadsprover kan också ha betydelse för antalet fall som rapporteras. Incidensskillnader är alltså inte bara viktig bakgrundsinformation när man vill planera eller förstå sjukligheten och antalet döda i cancer, utan de bör även leda till översyner av preventiva åtgärder och diskussioner om enhetliga diagnostiska rutiner och kriterier. Dessa förbättringsområden har påtalats i cancerstrategin, och rapportens data för lungcancer, prostatacancer och malignt melanom visar att de är viktiga.

För överlevnadsdata finns det flera aspekter som är värda att kommenteras. Överlevnadsresultaten för alla cancerformer sammantaget ligger för det mesta nära varandra, men det finns några klara avvikelser i form av lägre överlevnad, framför allt inom Region Norr och Region Uppsala/Örebro. Spridningen är större för män än för kvinnor. Männens statistik påverkas emellertid starkt av prostatacancer. Prostatacancer utgör en tredjedel av all manlig cancer och som påpekas nedan är det svårt att tolka överlevnadssiffrorna för denna cancerdiagnos. Några län och regioner avviker dock för både män och kvinnor under den studerade perioden, och det bör leda till fördjupade analyser.

Överlevnaden för en enskild diagnos stämmer i allmänhet med de övergripande resultaten och det finns ingen region eller något län som avviker systematiskt enligt ett tydligt mönster för flera diagnoser och för både män och kvinnor. I rapporten finns det dock enskilda diagnoser som avviker så mycket att det inte kan förklaras enbart av slumpen, till exempel lung- och prostatacancer, non-Hodgkin-lymfom för kvinnor samt njur- och urinblåscancer. Lägre överlevnad kan ha många andra orsaker än en sämre kvalitet i vården, men detta bör undersökas för att se om det beror på ett problem som kan åtgärdas. Det är också viktigt att klarlägga vad som fungerar väl, det vill säga söka orsakerna till en klart bättre överlevnad i en region eller i ett län. För prostatacancer är förekomsten av PSA-provtagning avgörande; en stor användning leder till att prostatacancer upptäcks tidigt med en mycket god

prognos som följd – men det leder också till upptäckt av en del tumörer som kliniskt aldrig skulle hinna bli elakartade – vilket leder till höga överlevnadssiffror. Denna förklaring räcker dock inte för att man ska kunna ignorera data som pekar på regionala skillnader i överlevnaden. Tvärtom är det en stor och viktig utmaning nå bra och enhetliga rutiner för hur PSA-provtagningen ska hanteras.

För andra tumörformer ligger regionerna tämligen lika, men när data studeras på länsnivå får man ofta intrycket av en skillnad. Detta är delvis oundvikligt eftersom dataunderlaget på länsnivå blir mindre och därmed mera osäkert, vilket också avspeglas av att konfidensintervallen kring punktskattningarna blir större och ibland till och med mycket stora. Som har nämnts ovan finns det dock några tumörformer där skillnaderna blir markanta även när man tar hänsyn till konfidensintervallet. Därför behövs även i fortsättningen verksamhetsanalyser av mindre enheter än regionerna. I väntan på en mer omfattande regional samordning av cancervården är detta arbete viktigt för att säkra goda resultat för alla patienter, oavsett bostadsort.

Analysen av antalet åtgärdbara förtida dödsfall visar att den största absoluta skillnaden i överdödlighet ligger tidigt under uppföljningstiden, och det gäller de flesta tumörformer som redovisas i denna rapport. Detta är ett mönster som också har setts i flera internationella jämförelser av canceröverlevnad. Oftast förklaras det med att patienten har en avancerad tumör som är svår att behandla och/eller andra samtidiga allvarliga sjukdomar. Denna typ av skillnad mellan län och regioner skulle således inte främst bero på insatser i cancerbehandlingen, utan mer på att diagnosen ställdes sent (vilket kan bero på både patienten och sjukvården) eller på att patienten dessutom hade andra allvarliga sjukdomar. Sverige kan med sina utmärkta register bidra till att belysa fynd av det här slaget.

Överlevnaden är genomgående bättre för kvinnor än för män, och av tumörformerna i denna rapport är cancer i urinblåsan det enda undantaget. Detta mönster är väl känt från många andra studier i Sverige och i andra länder, och därmed också i olika sjukvårdssystem. Troligen finns en bakomliggande biologisk förklaring till den bättre överlevnaden bland kvinnor, men den gör det också svårt att bedöma hur stor skillnad mellan män och kvinnor som kan accepteras innan det finns skäl att misstänka att den beror på olika handläggning som inte har medicinsk grund. I denna rapport redovisas uppgifter för män och kvinnor separat i överlevnadsanalysen. Det samma gäller för beräkningen av antalet potentiellt åtgärdbara dödsfall.

Rapportens analys av insjuknande och överlevnad ger en mycket övergripande baslinje för fortsatta analyser och åtgärder. Resultaten ger en viktig överblick för framtida uppföljningar, men det övergripande perspektivet gör det också svårt att tolka resultaten. Valet av tolv cancerformer innebär i sig en begränsning. Till exempel ingår inte tumörer inom öron-, näs- och halsområdet, hjärntumörer eller flera av de maligna blodsjukdomarna. Analysen innehåller inte heller någon information om tumörens utbredning (stadium), vilket gör det väldigt svårt att dra direkta paralleller till specifika behandlingsresultat. Slutsatserna måste i stället gälla ett mer övergripande folkhälsoperspektiv. Valet av län som minsta enhet beror på att vården av många cancerdiagnoser organiseras utifrån län, men valet innebär också nackdelar: För en del diagnoser är den handläggande enheten snarare ett enskilt sjuk-

hus, och för andra diagnoser kan patienten remitteras till en specialist i ett annat län i stället för att behandlas i sitt hemlän. Relativ överlevnad som mått är väl beprövat i cancerstudier, men det kan ändå påverka tolkningen för vissa tumörformer. Det gäller till exempel cancerformer som är starkt knutna till en exponering som också ger annan hög risk för tidig död, exempelvis rökning. Det omvända kan också gälla: Överlevnaden kan överskattas om förekomst av cancerformen är associerad med till exempel en hög socioekonomisk grupp som har längre förväntad överlevnad än bakgrundsbefolkningen i stort. Detta är sannolikt fallet för män med prostatacancer som upptäcks i hälsokontroller. Analyserna av överlevnaden per socioekonomisk grupp har tagit hänsyn till detta, men det har inte gått att göra i överlevnadsanalyserna per region och län.

Det behövs mer djupgående studier för att få fram direkta, definierade orsaker till resultaten i denna rapport, men data visar ändå att det finns mycket att vinna genom ett förbättringsarbete. Detta arbete kan troligen inte begränsas snävt till ett problemområde vare sig man talar om län, region, diagnos eller verksamhetsområde. För olika diagnoser kommer det att röra sig om varierande insatser som rör prevention, benägenhet att söka vid symtom, diagnostiska rutiner, vårdkedjor samt kvalitet på primär- och specialistvården och på uppföljningarna. Med andra ord gäller det insatser för cancerpatientens hela situation.

2 Socioekonomiska grupper

2.1 Samtliga cancerformer

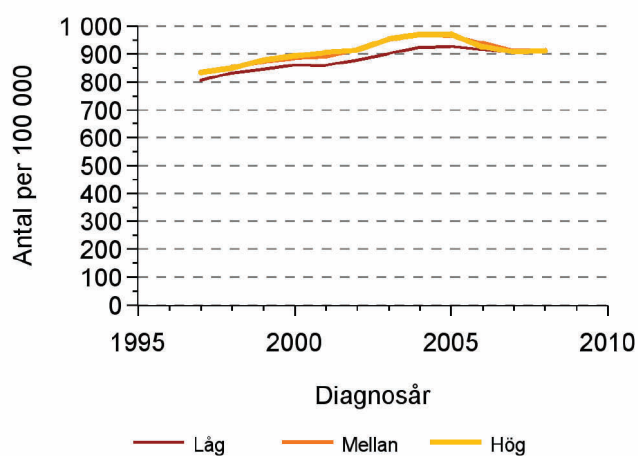
Incidens

Den åldersstandardiserade incidensen av all cancer sammantaget bland männen började öka slutet av 1990-talet, men efter 2005 vände trenden nedåt (figur 2.1.1). Ökningen var störst bland män i de socioekonomiska grupperna hög och mellan, men under de senaste observerade åren ligger incidensen av cancer på ungefär samma nivå oavsett socioekonomisk grupp (tabell 2.1.1). Utvecklingen beror främst på det ökande antalet diagnostiserade fall av prostatacancer som utgör över 30 procent av all cancer bland män och därmed har stor inverkan på den sammantagna incidensen. Cancerincidensen bland kvinnor ökar men ingen skillnad kan ses mellan olika socioekonomiska grupper, vare sig över tid eller utifrån data för 2007–2009. Den åldersstandardiserade cancerincidensen bland män under perioden 2007–2009 varierade mellan 969 och 980 fall per 100 000 invånare. Motsvarande incidens bland kvinnor var 765–768 per 100 000 invånare (tabell 2.1.1).

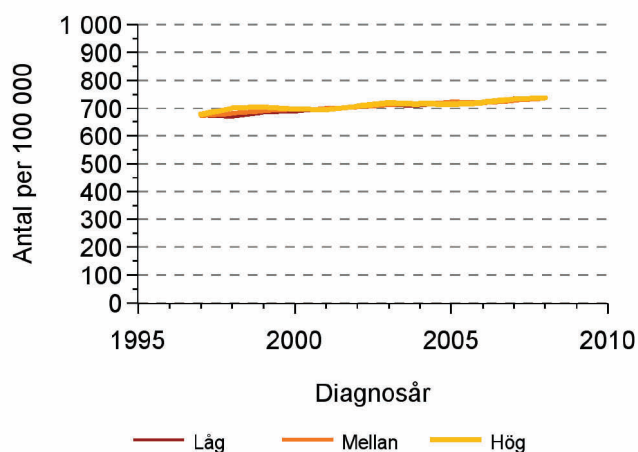
Förekomsten av cancer ökar kraftigt med stigande ålder oavsett socioekonomisk grupp. Incidensen i åldern 30–49 år är 106–112 fall per 100 000 invånare bland män och 223–235 fall per 100 000 bland kvinnor (tabell 2.1.1.1 och tabell 2.1.1.2 i Tabellbilaga). Bland män ökar incidensen till cirka 1 200 per 100 000 invånare i åldersgruppen 50–74 år och i åldersgruppen 75–89 år är incidensen mellan 3 072 och 3 188 fall per 100 000. Incidensen i åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år är lägre bland kvinnor än bland män: 963–1 008 fall per 100 000 respektive 1 800–1 916 fall per 100 000 invånare.

Figur 2.1.1 Incidenstrend för samtliga cancerformer per socioekonomisk grupp, 1996-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 2.1.1 Incidens av samtliga cancerformer per socioekonomisk grupp för perioden 2007-2009. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

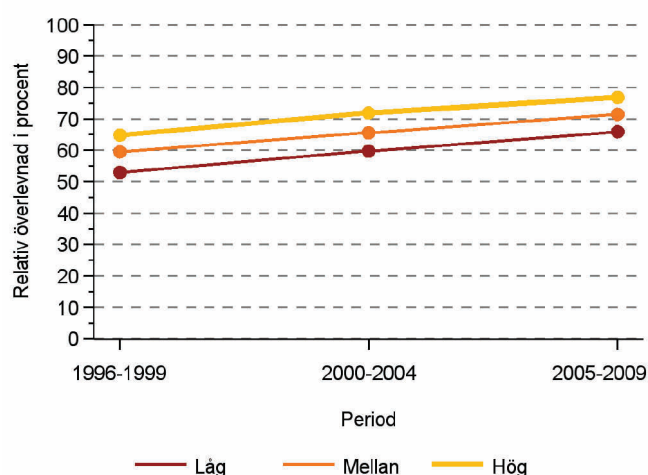
Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	968,8	(949,0 - 988,9)	767,2	(746,8 - 788,0)
Mellan	980,4	(959,9 - 1 001,2)	764,9	(748,6 - 781,4)
Hög	978,0	(949,4 - 1 007,2)	768,2	(745,0 - 791,9)

Relativ överlevnad och överdödlighet

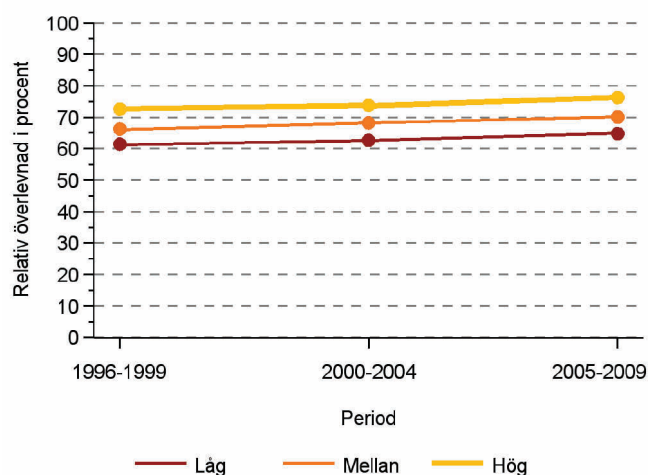
Den relativa femårsöverlevnaden har ökat i samtliga socioekonomiska grupper sedan mitten på 1990-talet (figur 2.1.2), och ökningen är större bland män än bland kvinnor. Det finns emellertid en skillnad i överlevnad mellan socioekonomiska grupper och den är i det närmaste oförändrad under den observerade perioden.

Figur 2.1.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



Kvinnor, Uppföljning 5 år



Den åldersstandardiserade relativa överlevnaden för alla cancerformer sammantaget visar att det finns skillnader mellan socioekonomiska grupper: överlevnaden efter ett års uppföljning är 80,8 procent för män i låg socioekonomisk grupp och motsvarande för män i mellanhög och hög socioekonomisk grupp är 84,1 respektive 88,1 procent (figur 2.1.3a). Motsvarande ettårsöverlevnad för kvinnor är 79,1 procent, 82,5 procent och 87,9 procent. Skillnaden i femårsöverlevnad mellan den höga och låga gruppen är 10,7

procentenheter för män och 11,3 procentenheter för kvinnor (figur 2.1.3b). Den socioekonomiska gradienten beträffande canceröverlevnad vid både ettårs- och femårsuppföljningen är tydligt sämre för låg- och mellangrupperna i förhållande till den höga socioekonomiska gruppen i samtliga regioner. Denna skillnad kan inte enbart förklaras med slumpvariationer.

Den socioekonomiska gradienten är även tydlig i samtliga tre åldergrupper, med en bättre överlevnad för personer i hög socioekonomisk grupp. (Se tabell 2.1.2.3–tabell 2.1.2.6 i Tabellbilaga.)

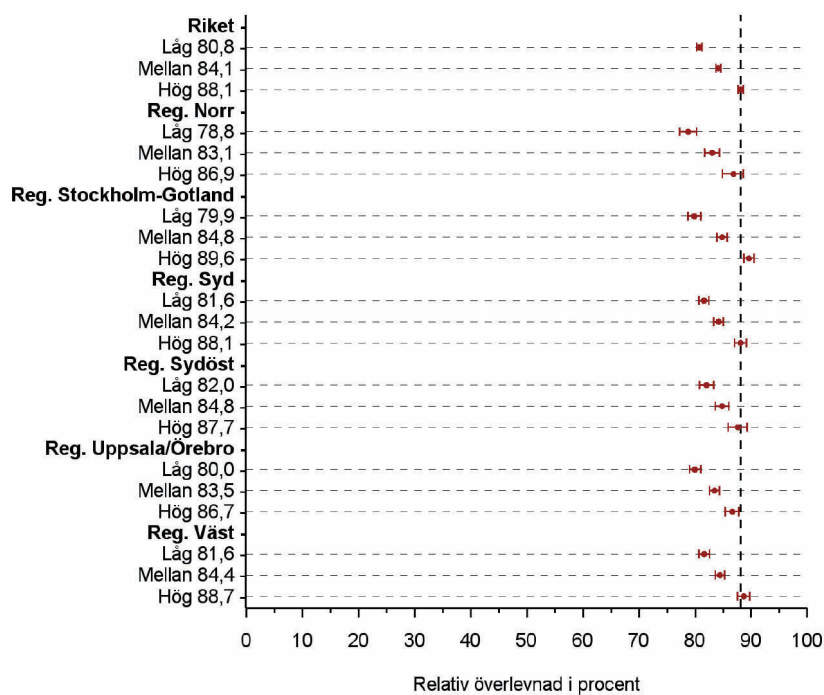
Med uttrycket överdödlighet avses den dödlighet som cancerpatienterna har utöver den förväntade dödligheten i befolkningen. Den observerade överdödligheten är 2 295 dödsfall för män och 2 154 för kvinnor sex månader efter diagnosen, 3 418 män och 3 136 kvinnor ett år efter diagnosen samt 6 032 män och 5 571 kvinnor fem år efter diagnosen (tabell 2.1.2). Den hypotetiska potentiellt uppnåbara överdödligheten, det vill säga överdödligheten under förutsättning att alla grupper har samma dödlighet som den bästa socioekonomiska gruppen för respektive kön, är 4 652 män och 4 042 kvinnor efter fem år. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten kan tolkas som det antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas. Denna skillnad uppgår till 1 471 dödsfall för män och 1 530 för kvinnor.

Tabell 2.1.2 Överdödlighet bland cancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

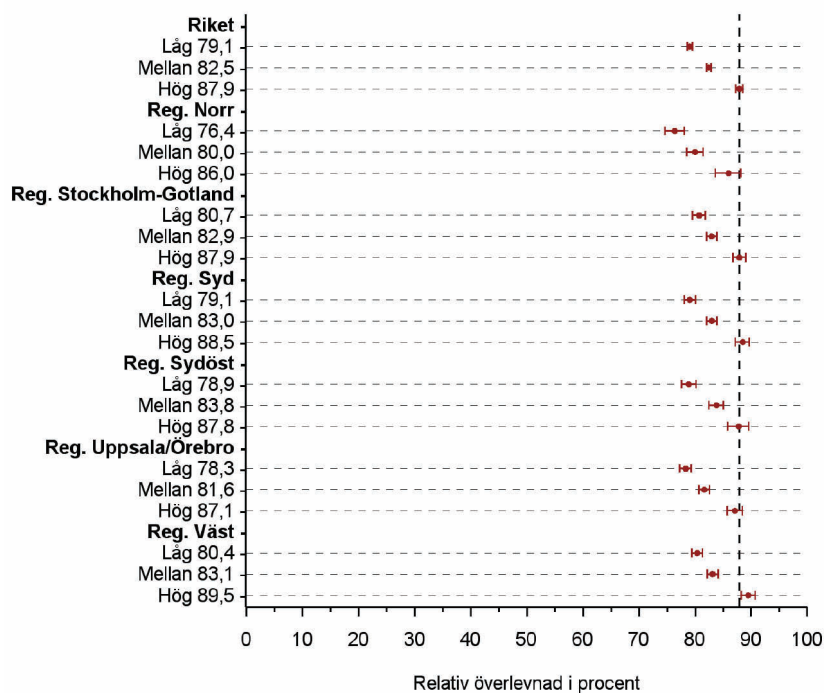
	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
<i>Observerad</i>	2 295	3 418	6 032	2 154	3 136	5 571
<i>Hypotetisk</i>	1 535	2 380	4 562	1 361	2 094	4 042
<i>Skillnad</i>	760	1 038	1 471	793	1 042	1 530
<i>---- Nedre konfidensgräns</i>	707	976	1 396	739	980	1 455
<i>---- Övre konfidensgräns</i>	816	1 103	1 548	851	1 107	1 609

Figur 2.1.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer, med 95% konfidenstervall, per socioekonomisk grupp samt riket och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad

Män

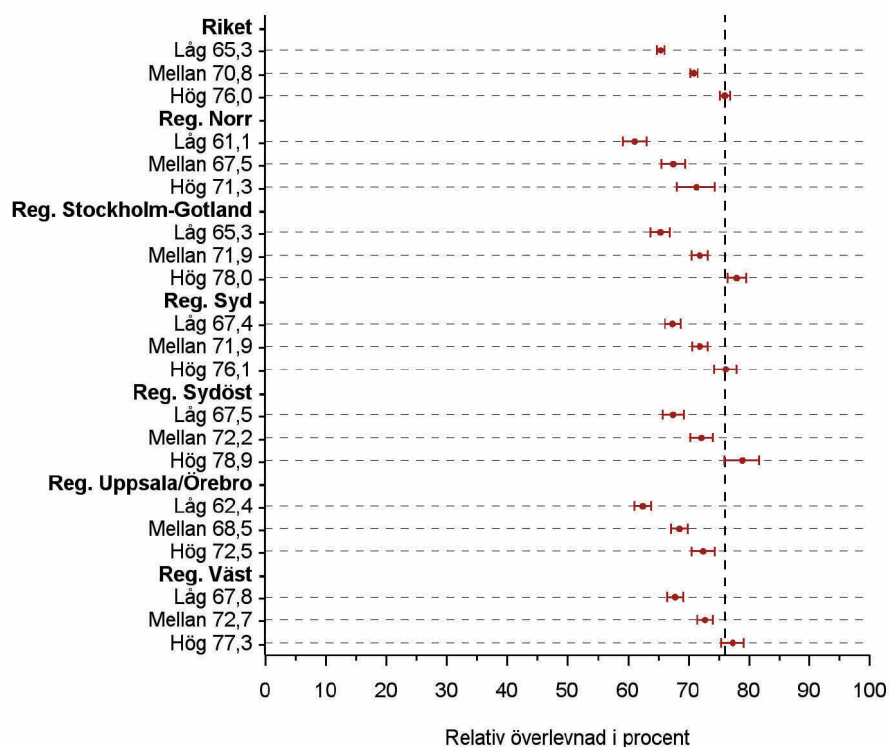


Kvinnor

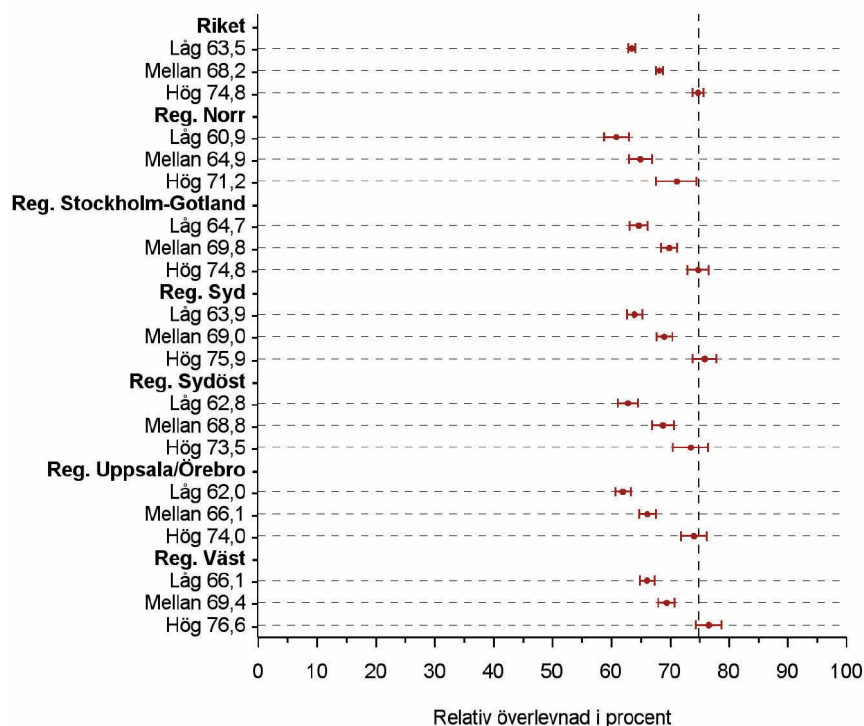


Figur 2.1.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer, med 95% konfidenstervall, per socioekonomisk grupp samt riket och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män



Kvinnor



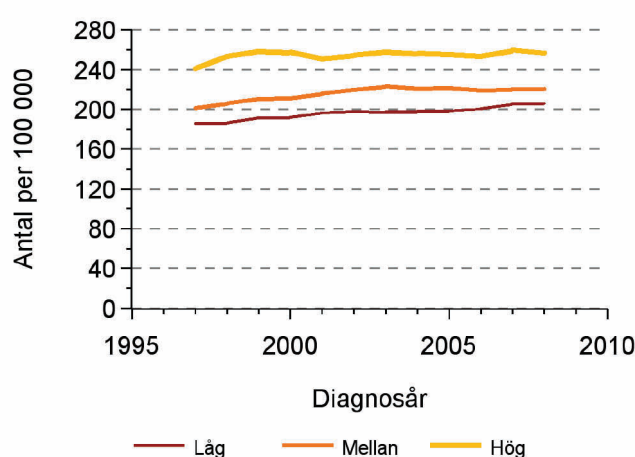
2.2 Bröstcancer

Incidens

Den åldersstandardiserade incidensen av bröstcancer har ökat sedan mitten av 1990-talet, framför allt för personerna i låg och mellanhög socioekonomisk grupp (figur 2.2.1). Risken för kvinnor att få bröstcancer ökar med högre socioekonomisk grupp; i den lägsta socioekonomiska gruppen är incidensen cirka 210 fall per 100 000 kvinnor jämfört med 260 per 100 000 kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen (tabell 2.1.1).

Figur 2.2.1 Incidenstrend för bröstcancer per socioekonomisk grupp, 1996-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

Kvinnor



Förekomsten av bröstcancer ökar med stigande ålder i samtliga socioekonomiska grupper och även skillnaden mellan de socioekonomiska grupperna ökar med stigande ålder (tabell 2.2.1.1 i Tabellbilaga). I den yngsta åldersgruppen, 30–49 år, varierar incidensen mellan 87 och 114 fall per 100 000. Bland kvinnor i åldern 75–89 år skiljer det över 100 fall per 100 000 kvinnor eftersom kvinnor i de två lägsta socioekonomiska grupperna har en incidens på 335 fall per 100 000 medan motsvarande i den högsta socioekonomiska gruppen är 440 fall per 100 000 kvinnor.

Tabell 2.2.1 Incidens av bröstcancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall, åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 vid diagnos.

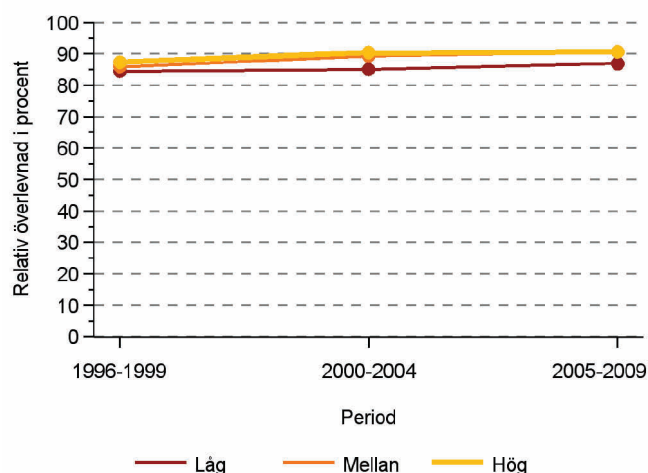
Socioekonomi	Kvinnor	
	Inc	(95% KI)
Låg	209,9	(198,4 - 221,9)
Mellan	224,2	(215,6 - 232,9)
Hög	259,9	(247,4 - 272,9)

Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa femårsöverlevnaden vid bröstcancer ligger på en hög nivå och har dessutom ökat något sedan perioden 1996–1999 (figur 2.2.2). Ökningen är något större bland kvinnor i mellanhög och hög socioekonomisk grupp.

Figur 2.2.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-84 år vid diagnos.

Kvinnor, Uppföljning 5 år



Den åldersstandardiserade relativa överlevnaden bland kvinnliga bröstcancerpatienter är hög i samtliga socioekonomiska grupper men det finns en viss skillnad mellan dem. Efter ett års uppföljning är överlevnaden i de olika socioekonomiska grupperna i riket 96,7–98,4 procent (tabell 2.2.2.1 i Tabellbilaga), och efter fem års uppföljning har den högsta socioekonomiska gruppen en relativ femårsöverlevnad på 90,0 i hela riket jämfört med 84,9 procent för kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen (figur 2.2.3). Den socioekonomiska gradient, med högre överlevnad med stigande socioekonomisk grupp som kan ses för riket, återfinns inte i samtliga regioner; kvinnor i norra regionen har en lägre överlevnad än övriga delar av landet för samtliga socioekonomiska grupper. Skillnaden kan inte förklaras av en slumpvariation.

Den relativa överlevnaden vid bröstcancer sjunker ju äldre patienten var vid diagnosen. Skillnaden i överlevnad mellan de socioekonomiska grupperna kan ses i samtliga åldergrupper men är störst bland den äldsta gruppen, 75–89 år. Gruppen har den högsta överlevnaden bland patienter i hög socioekonomisk grupp redan efter ett års uppföljning (tabell 2.2.2.2 i Tabellbilaga). Fem år efter diagnosen har skillnaden i överlevnad ökat mellan de socioekonomiska grupperna i denna åldersgrupp och uppgår till 11,4 procentenheter (relativ femårsöverlevnad för åldersgruppen är 74,2 procent i låg socioekonomisk grupp jämfört med 85,6 procent i hög socioekonomisk grupp).

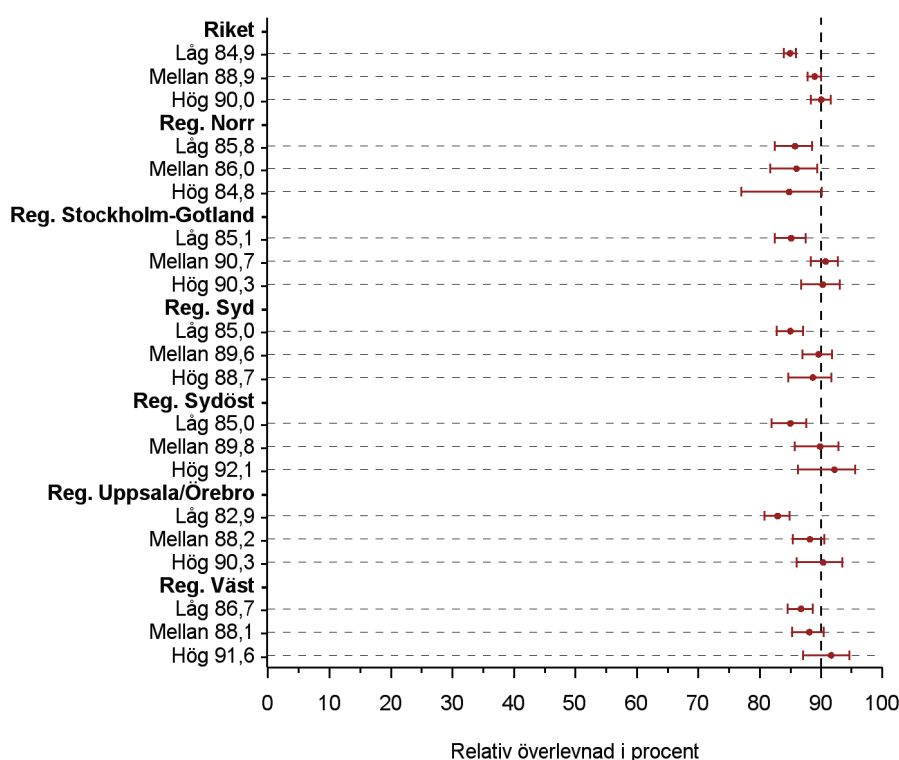
Överdödligheten bland bröstcancerpatienter, det vill säga dödligheten i patientgruppen utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är på samma nivå bland kvinnorna i mellanhög respektive hög socioekonomisk

grupp (figur 2.2.4). Nivån är i princip konstant över uppföljningstiden med undantag för en liten nedgång under de första sex månaderna efter diagnos. Kvinnor i låg socioekonomisk grupp har en högre överdödlighet än de andra socioekonomiska grupperna genom hela uppföljningsperioden (figur 2.2.4 och tabell 2.2.2).

Den observerade överdödligheten bland kvinnor med bröstcancer motsvarar 641 dödsfall efter fem års uppföljning (tabell 2.2.3). Det hypotetiska antalet dödsfall är 489, och det är alltså det förväntade antalet under förutsättning att samtliga grupper har samma dödlighet som den bästa gruppen (kvinnor i hög socioekonomisk grupp). Skillnaden mellan dessa värden kan tolkas som det antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas om alla fick samma omhändertagande som den bästa gruppen. Denna skillnad är 153 fall efter fem års uppföljning. Figur 2.2.6 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 2.2.3 Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Kvinnor

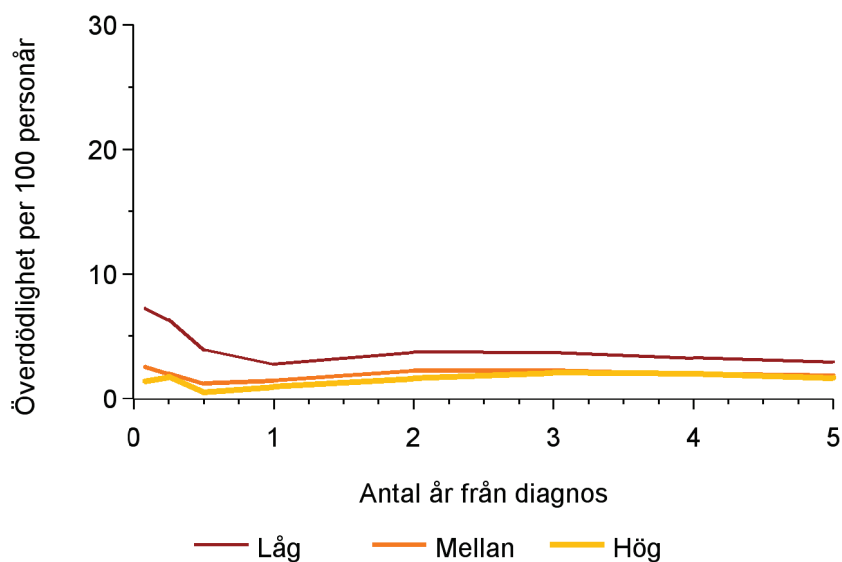


Tabell 2.2.2 Överdödlighet bland bröstcancerpatienter (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

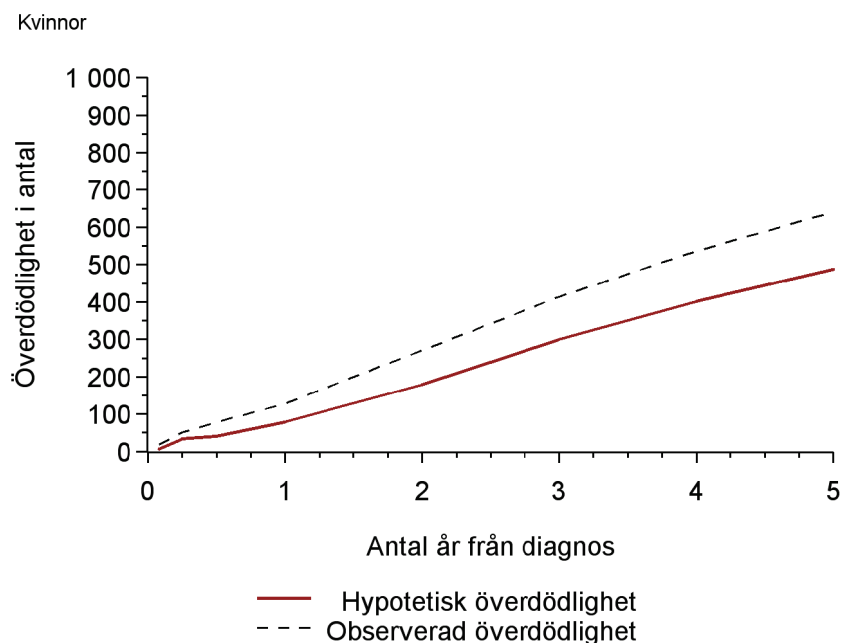
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	9532	3,9	(1,0-10,1)	9985	2,8	(0,5- 8,4)	9497	2,9	(0,6- 8,7)
Mellan	12566	1,2	(0,1- 5,9)	13348	1,4	(0,1- 6,3)	11993	1,8	(0,2- 7,0)
Hög	9065	0,5	(0,0- 4,7)	9546	1,0	(0,0- 5,5)	8171	1,7	(0,2- 6,7)

Figur 2.2.4 Överdödlighet bland bröstcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Kvinnor



Figur 2.2.6 Överdödlighet bland bröstcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socio-ekonomiska grupperna.



Tabell 2.2.3 Överdödlighet bland bröstcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socio-ekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	78	129	641
Hypotetisk	41	80	489
Skillnad	38	49	153
--- Nedre konfidensgräns	27	37	130
--- Övre konfidensgräns	52	65	179

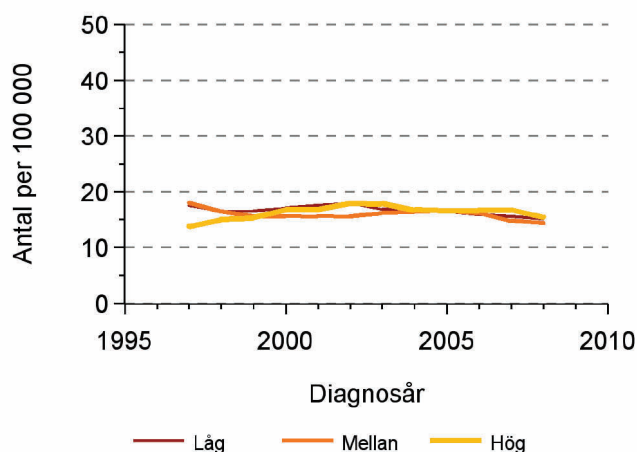
2.3 Bukspottskörtelcancer

Incidens

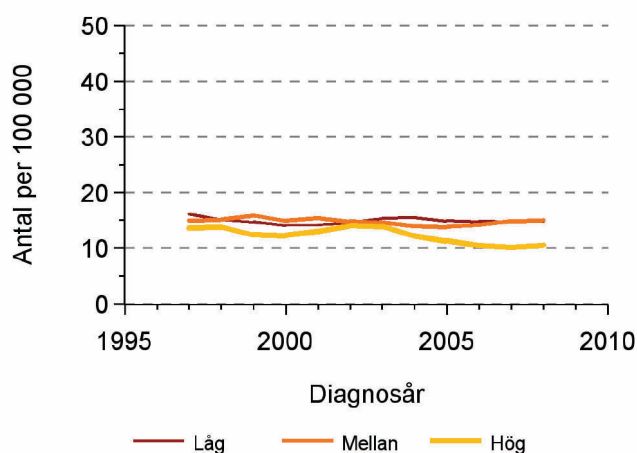
Den åldersstandardiserade incidensen av bukspottskörtelcancer ligger på en relativt konstant nivå över tid i samtliga socioekonomiska grupper, med undantag för kvinnor i hög socioekonomisk grupp som har en svagt nedåtgående trend sedan början på 2000-talet (figur 2.3.1). Den åldersstandardiserade incidensen för personer i åldern 30–84 år var under perioden 2007–2009 cirka 15 fall per 100 000 invånare i samtliga grupper, utom kvinnor i hög socioekonomisk grupp där den är 11 fall per 100 000 invånare (tabell 2.3.1). Risken att få bukspottskörtel ökar med åldern i samtliga socioekonomiska grupper (tabell 2.3.1.1 och tabell 2.3.1.2 i Tabellbilaga).

Figur 2.3.1 Incidenstrend för bukspottskörtelcancer per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 2.3.1 Incidens av bukspottkörtelcancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	15,6	(13,1 - 18,3)	15,1	(12,7 - 17,9)
Mellan	14,6	(12,2 - 17,2)	15,2	(12,9 - 17,7)
Hög	15,5	(12,1 - 19,4)	11,0	(8,3 - 14,2)

Relativ överlevnad och överdödlighet

Överlevnaden bland patienter med bukspottkörtelcancer är låg oavsett socioekonomisk grupp. Figur 2.3.2 visar trenden i åldersstandardiserad relativ tvåårsöverlevnad för personer 30–79 år sedan mitten på 1990-talet. Kurvan visar att avsaknaden av utveckling gäller för både män och kvinnor och för samtliga socioekonomiska grupper.

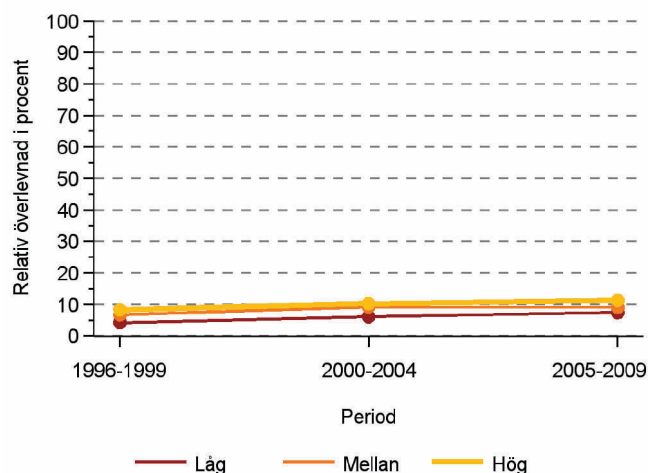
Det finns dock en viss skillnad i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper; den relativa ettårsöverlevnaden varierar mellan 18,1 och 23,3 procent bland män och mellan 22,0 och 26,4 procent för kvinnor (figur 2.3.3a). Två år efter diagnosen är den relativa överlevnaden mellan 6,4 och 9,9 procent bland män och något högre bland kvinnor (figur 2.3.3b). Kvinnor har en högre överlevnad än män oavsett socioekonomisk grupp. För männen finns det en stegvis icke statistiskt signifikant socioekonomisk gradient, med högre överlevnad ju högre socioekonomisk grupp man tillhör. Kvinnorna i de två högsta socioekonomiska grupperna ligger däremot på samma nivå när det gäller relativ överlevnad.

Den relativa överlevnaden sjunker ju äldre patienten var vid diagnosen, och det gäller i samtliga socioekonomiska grupper (tabell 2.3.2.3–tabell 2.3.2.6 i Tabellbilaga).

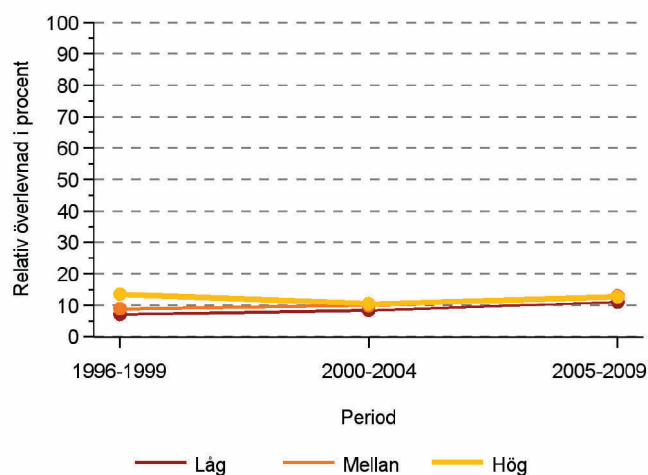
Överdödligheten bland patienter med bukspottkörtelcancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är hög i samtliga socioekonomiska grupper under det första året efter diagnosen. Sedan avtar den med uppföljningstiden. Män i låg socioekonomisk grupp ligger på en högre nivå än övriga grupper i början, men skillnaden avtar snabbt och redan sex månader efter diagnosen är överdödligheten i samtliga grupper cirka 140 dödsfall per 100 personår (figur 2.3.4 och tabell 2.3.2). Mönstret är detsamma för kvinnor men skillnaden mellan socioekonomiska grupper jämnas ut något senare, efter cirka ett år.

Figur 2.3.2 Relativ 2-årsöverlevnad vid bukspottkörtelcancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 2 år



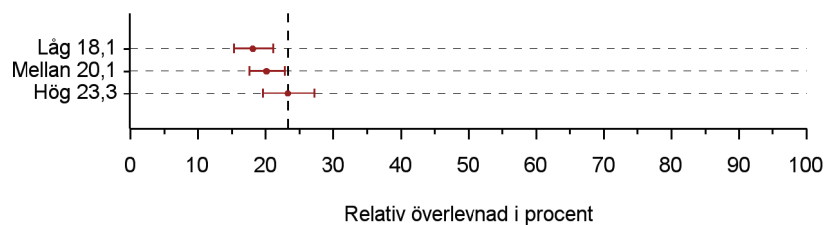
Kvinnor, Uppföljning 2 år



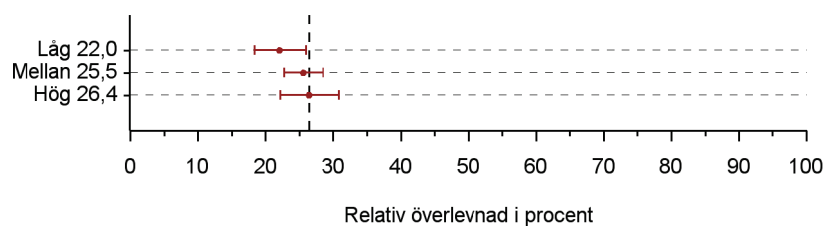
Den observerade överdödligheten bland män och kvinnor med bukspottkörtelcancer är sammanlagt 601 dödsfall efter ett års uppföljning, 297 män och 304 kvinnor (tabell 2.3.4). Den hypotetiska överdödligheten är 544 (275 män och 269 kvinnor), och den förutsätter att samtliga grupper har samma dödlighet som gruppen med den lägsta överdödligheten. Skillnaden mellan dessa värden kan tolkas som det antal förtida dödsfall ett år efter diagnosen som potentiellt hade kunnat åtgärdas om alla hade samma överlevnad som den bästa gruppen. Ett år efter diagnosen är denna skillnad 22 dödsfall för män och 36 för kvinnor. Figur 2.3.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 2.3.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid bukspottkörtelcancer, med 95% konfidenstervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män

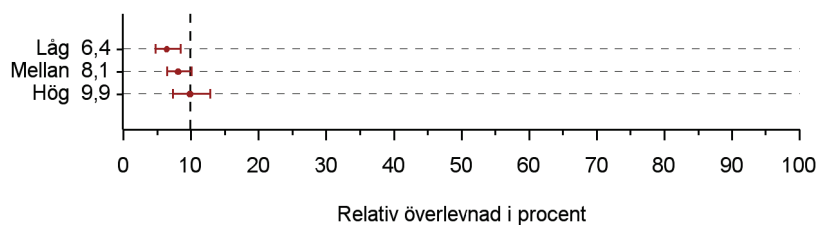


Kvinnor

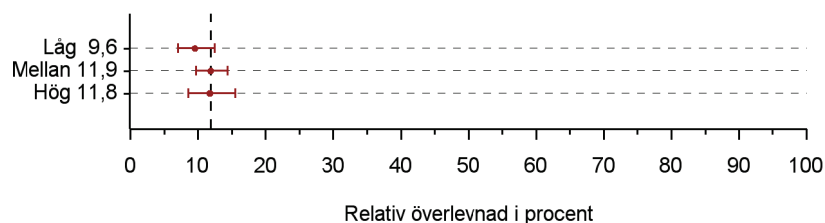


Figur 2.3.3b Relativ 2-årsöverlevnad vid bukspottkörtelcancer, med 95% konfidenstervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män



Kvinnor



Tabell 2.3.2 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	457	146,5	(124- 172)	327	110,9	(91,3- 134)	34	30,6	(20,7-43,5)
Mellan	469	138,1	(116- 163)	350	111,6	(91,9- 134)	41	20,3	(12,4-31,2)
Hög	270	143,0	(120- 168)	191	102,5	(83,6- 124)	17	42,9	(31,0-57,8)

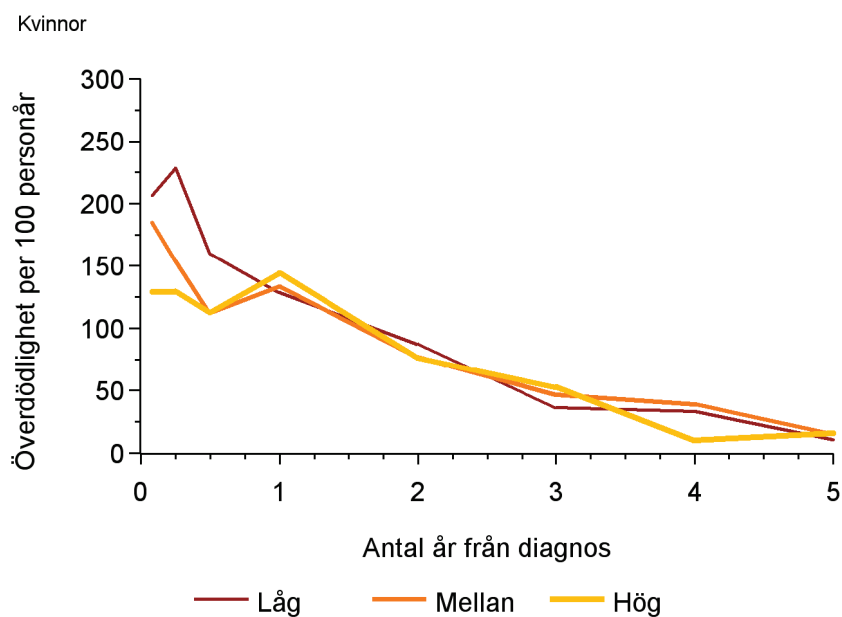
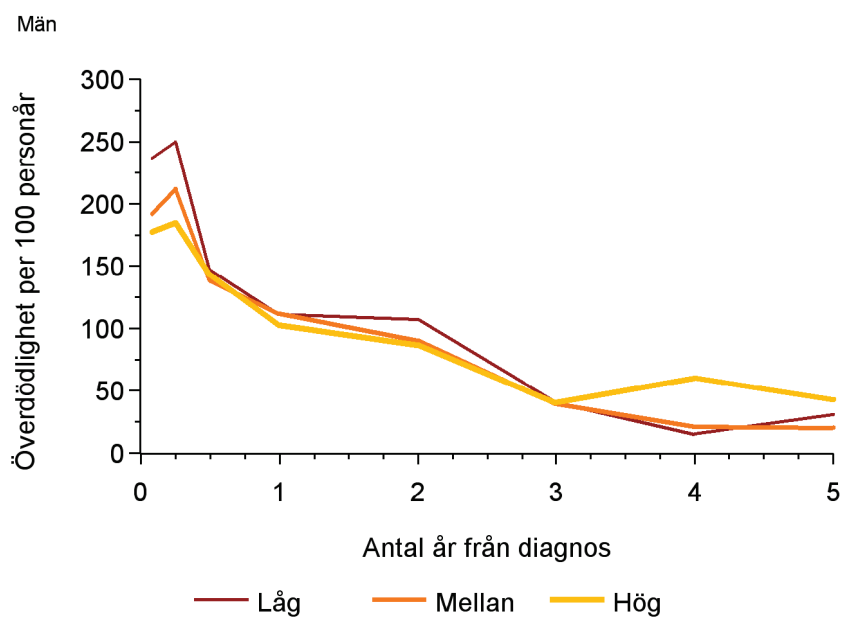
Tabell 2.3.3 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	521	159,7	(136- 186)	364	128,5	(107- 153)	38	10,8	(5,3-19,4)
Mellan	541	112,2	(92,4- 135)	417	133,5	(112- 158)	32	15,2	(8,6-25,0)
Hög	249	112,7	(92,8- 136)	192	144,3	(122- 170)	20	15,7	(8,9-25,6)

Tabell 2.3.4 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

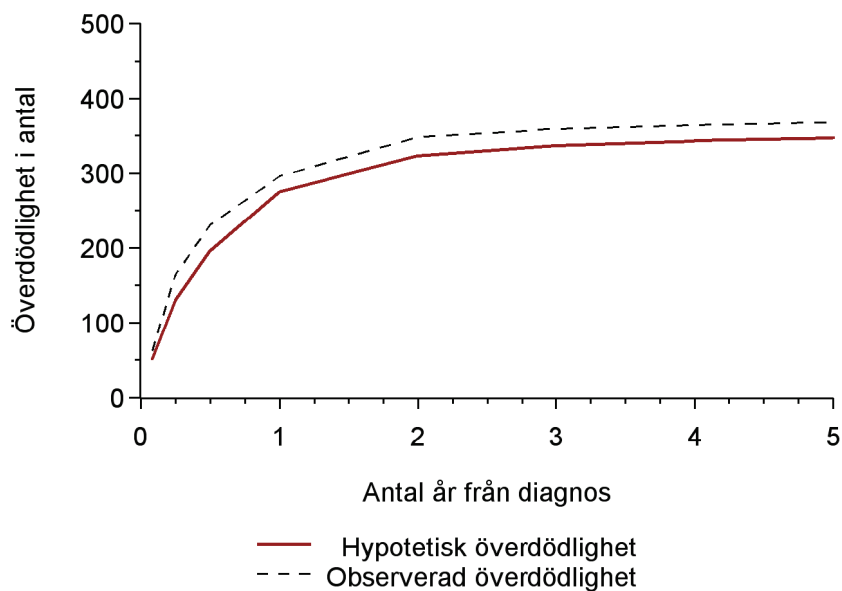
	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	231	297	368	218	304	373
Hypotetisk	196	275	348	194	269	339
Skillnad	35	22	21	25	36	34
---- Nedre konfidensgräns	25	14	13	16	25	24
---- Övre konfidensgräns	49	33	32	36	50	48

Figur 2.3.4 Överdödlighet bland bukspottkörtelcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

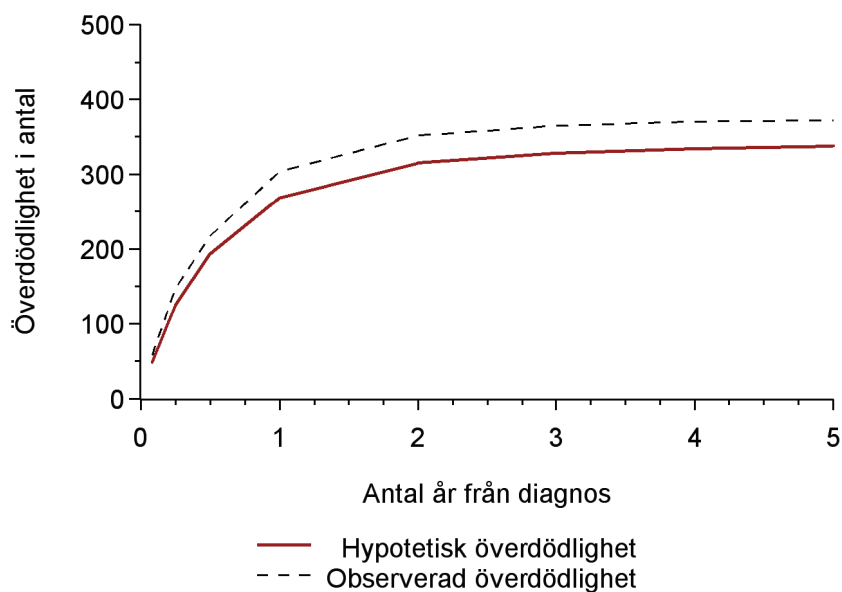


Figur 2.3.5 Överdödlighet bland patienter med bukspottkörtelcancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.

Män



Kvinnor



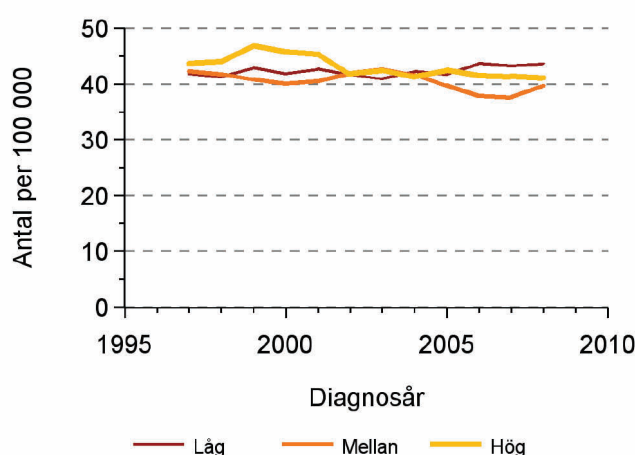
2.4 Livmoderkroppscancer

Incidens

Den åldersstandardiserade incidensen av livmoderkroppscancer har under den observerade perioden legat på ungefär samma nivå i samtliga socioekonomiska grupper (figur 2.4.1). I slutet av 1990-talet var incidensen högst bland kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen men sedan dess har den minskat; under perioden 2007–2009 var incidensen knappt 43 fall per 100 000 kvinnor (tabell 2.4.1). De andra socioekonomiska grupperna låg strax över respektive under.

Figur 2.4.1 Incidenstrend för livmoderkroppscancer per socioekonomisk grupp, 1996-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

Kvinnor



Förekomsten av cancer i livmoderkroppen ökar med stigande ålder, oavsett socioekonomisk grupp (tabell 2.4.1.1 i Tabellbilaga). I åldersgruppen 30–49 år är incidensen 4–7 fall per 100 000 kvinnor beroende på socioekonomisk grupp, i åldersgruppen 50–74 år är den 60–66 fall per 100 000 och bland kvinnor i åldern 75–89 år är incidensen 101–104 fall per 100 000 kvinnor.

Tabell 2.4.1 Incidens av livmoderkroppscancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

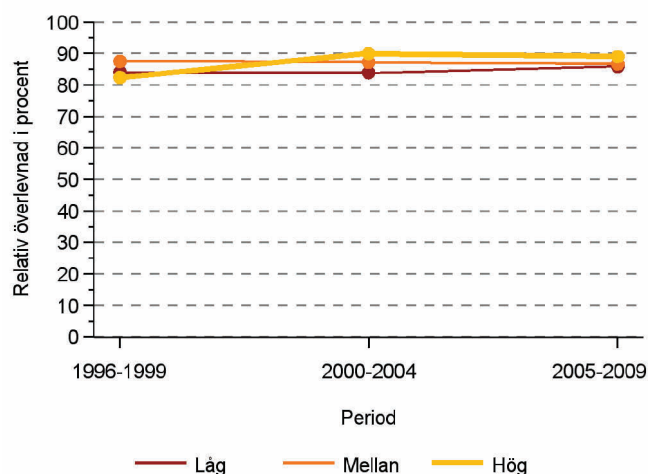
Socioekonomi	Kvinnor	
	Inc	(95% KI)
Låg	44,6	(40,2 - 49,3)
Mellan	41,0	(37,3 - 45,0)
Hög	42,8	(37,4 - 48,6)

Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa femårsöverlevnaden bland kvinnor med livmoderkroppscancer har legat på ungefär samma nivå sedan mitten på 1990-talet i samtliga socioekonomiska grupper (figur 2.4.2). Den åldersstandardiserade relativa ettårsöverlevnaden låg under perioden 2005–2009 på ungefär samma nivå oavsett socioekonomisk grupp, mellan 93,9 och 95,4 procent (figur 2.4.3a). De i hög socioekonomisk grupp har en bättre relativ femårsöverlevnad än kvinnorna i mellanhög och låg socioekonomisk grupp: 87,2 procent att jämföra med 84,0 respektive 83,7 procent (figur 2.4.3b). Denna skillnad kan inte enbart förklaras av en slumpmässig variation.

Figur 2.4.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid livmoderkroppscancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Kvinnor, Uppföljning 5 år



Den relativa ettårsöverlevnaden är 96–98 procent bland kvinnor i åldern 30–49 år och 50–74 år i samtliga socioekonomiska grupper, medan överlevnaden är 88–90 procent bland kvinnor som var 75–89 år när de diagnosticerades (tabell 2.4.2.2 i Tabellbilaga).

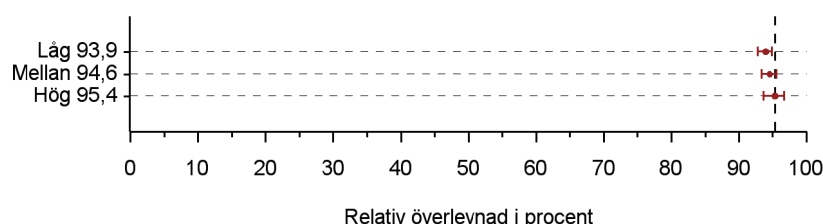
Kvinnor med livmoderkroppscancer i låg socioekonomisk grupp har en högre överdödlighet än kvinnor i mellanhög och hög socioekonomisk grupp, det vill säga dödlighet utöver den förväntade dödligheten i befolkningen. Detta gäller under hela uppföljningsperioden på fem år, men skillnaden avtar över tid (figur 2.4.4). Sex månader efter diagnosen är den observerade överdödligheten 7,4 dödsfall per 100 personår för kvinnor i låg socioekonomisk grupp och 2,9 respektive 4,9 dödsfall i den mellanhöga respektive den höga socioekonomiska gruppen (tabell 2.4.2). Efter fem år är överdödligheten väldigt låg bland kvinnor med livmoderkroppscancer: 0,9–1,4 dödsfall per 100 personår.

Den observerade överdödligheten bland kvinnor med livmoderhalscancer är 197 dödsfall efter fem års uppföljning (tabell 2.4.3). Den hypotetiska överdödligheten är 159 efter fem år, det vill säga överdödligheten under förutsättning att det inte fanns några skillnader mellan socioekonomiska grupper och samtliga hade samma överdödlighet som gruppen med den

lägsta överdödligheten (kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen). Skillnaden mellan dessa värden är 38 efter fem år, och antalet kan ses som de förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas. Figur 2.4.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

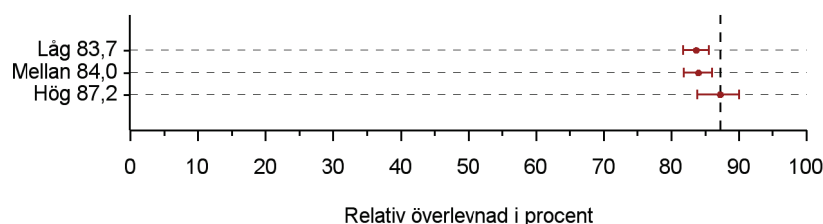
Figur 2.4.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid livmoderkroppscancer, med 95% konfidenstervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Kvinnor



Figur 2.4.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid livmoderkroppscancer, med 95% konfidenstervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

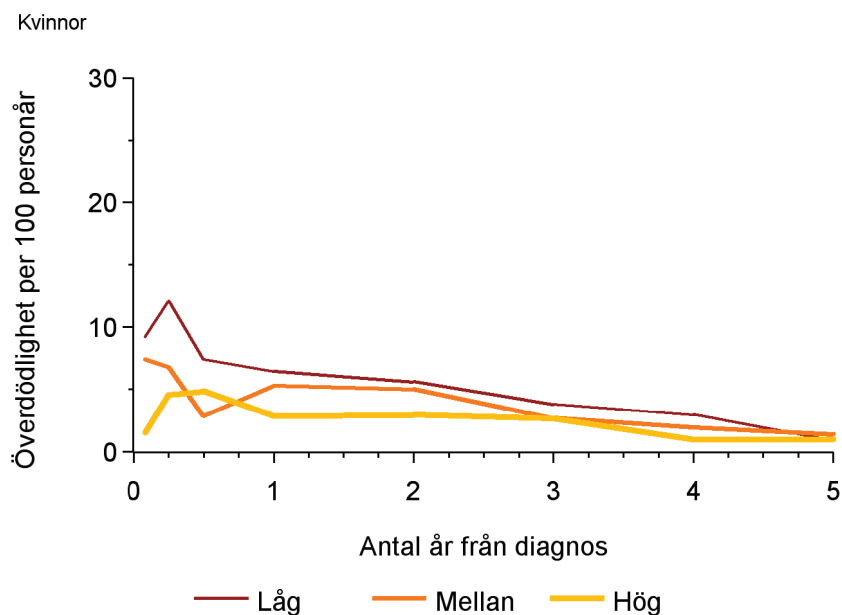
Kvinnor



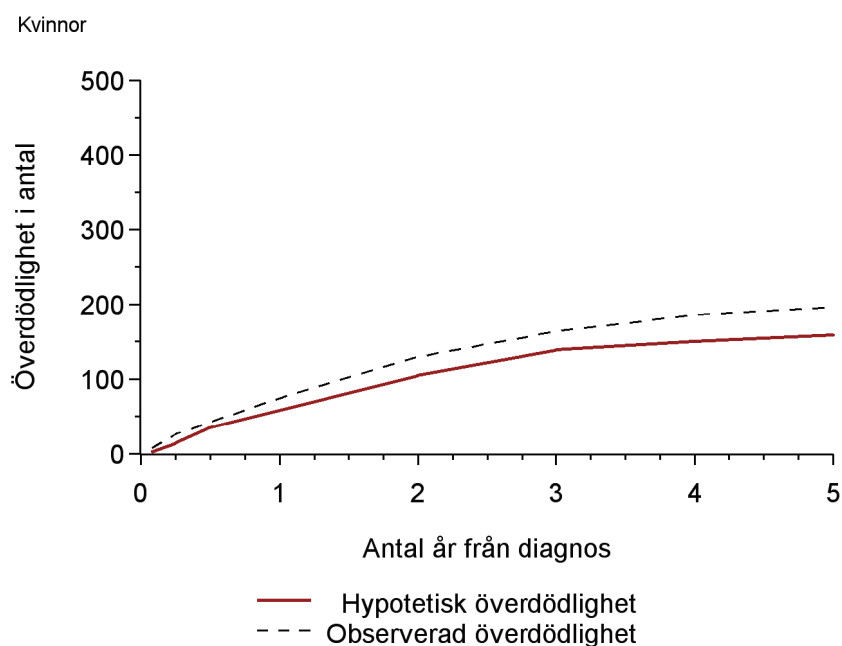
Tabell 2.4.2 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidenstervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	2811	7,4	(3,1-15,0)	2897	6,4	(2,5-13,7)	2576	0,9	(0,0- 5,4)
Mellan	2417	2,9	(0,6- 8,6)	2484	5,3	(1,8-12,1)	2141	1,4	(0,1- 6,3)
Hög	1425	4,9	(1,5-11,5)	1476	2,9	(0,6- 8,5)	1173	1,0	(0,0- 5,6)

Figur 2.4.4 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Figur 2.4.5 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.



Tabell 2.4.3 Överdödlighet bland patienter med livmoderkroppscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	43	75	197
Hypotetisk	36	59	159
Skillnad	8	17	38
---- Nedre konfidensgräns	3	10	27
---- Övre konfidensgräns	15	27	52

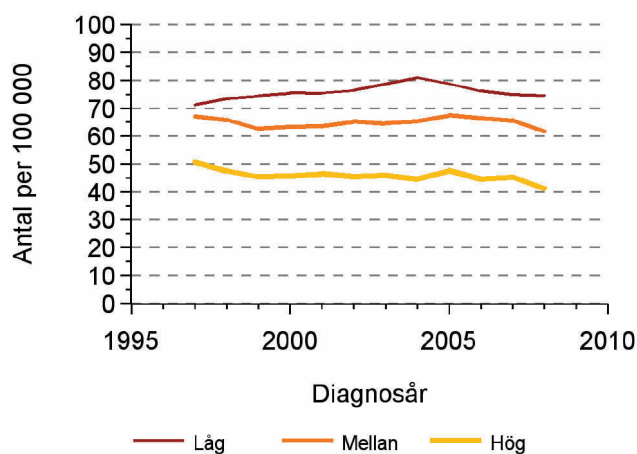
2.5 Lungcancer

Incidens

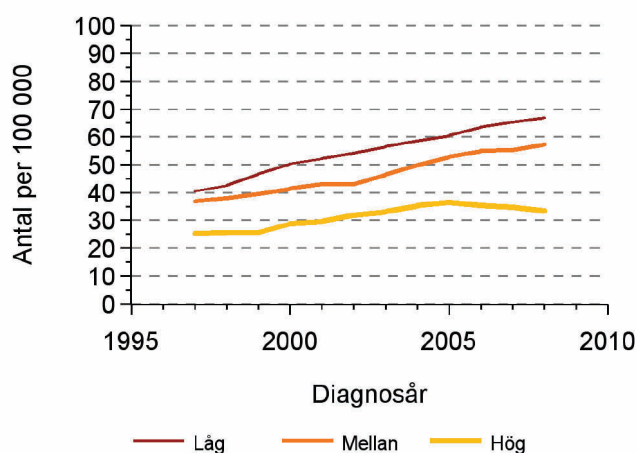
Lungcancerincidensen har sedan mitten på 1990-talet legat på en konstant nivå bland män i samtliga socioekonomiska grupper men en ökande trend kan ses bland kvinnor, främst kvinnor i låg eller mellanhög socioekonomisk grupp (figur 2.5.1). Förekomsten av lungcancer skiljer sig avsevärt mellan de socioekonomiska grupperna; den åldersstandardiserade incidensen under perioden 2007–2009 var 76 respektive 67 fall per 100 000 invånare bland män respektive kvinnor i låg socioekonomisk grupp, och motsvarande incidens var 44 respektive 35 fall för personer i hög socioekonomisk grupp (tabell 2.5.1).

Figur 2.5.1 Incidenstrend för lungcancer per socioekonomisk grupp, 1996-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Incidensen av lungcancer ökar med stigande ålder, vilket kan ses i samtliga socioekonomiska grupper (tabell 2.5.1.1 och tabell 2.5.1.2 i Tabellbilaga). De socioekonomiska skillnaderna i lungcancerförekomst observeras i samtliga åldergrupper; i åldern 50–74 år är incidensen mer än dubbelt så hög för personer i låg socioekonomisk grupp som för personer i hög socioekonomisk grupp, och det gäller både män och kvinnor.

Tabell 2.5.1 Incidens av lungcancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30–89 vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	76,2	(70,8 - 81,9)	66,7	(61,2 - 72,6)
Mellan	63,6	(58,5 - 69,1)	57,6	(53,2 - 62,2)
Hög	43,6	(37,6 - 50,2)	34,9	(30,0 - 40,3)

Relativ överlevnad och överdödlighet

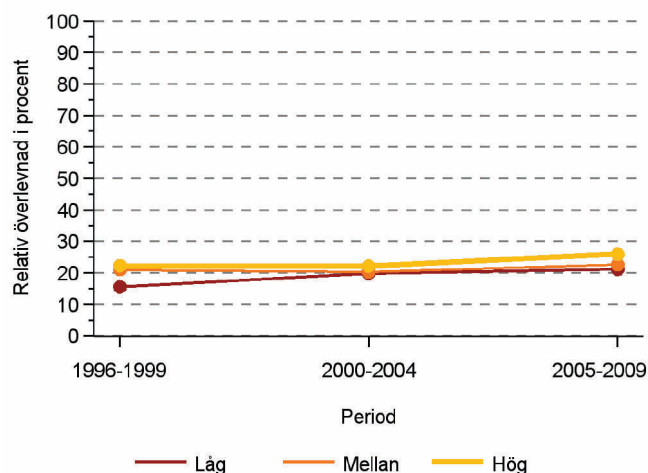
Patienter med lungcancer har låg relativ överlevnad oavsett socioekonomisk grupptillhörighet. En liten ökning över tid kan ses bland män i låg socioekonomisk grupp sedan den första observerade perioden (1996–1999) samt för kvinnor i hög socioekonomisk grupp (figur 2.5.2).

Den relativa ettårsöverlevnaden bland män i låg och mellanhög socioekonomisk grupp är 37–38 procent och något högre bland män i hög socioekonomisk grupp, 41 procent (figur 2.5.3a). Den relativa överlevnaden för kvinnor ökar också stegvis med ökad socioekonomisk grupptillhörighet; den relativa ettårsöverlevnaden är 41,5 procent, 43,3 procent respektive 46,5 procent i låg, mellanhög och hög socioekonomisk grupp. Oavsett socioekonomisk grupp har kvinnor en högre relativ överlevnad än män; gruppen med lägst överlevnad bland kvinnor (låg socioekonomisk grupp) har en likvärdig tvåårsöverlevnad som männen med högst överlevnad, det vill säga de i hög socioekonomisk grupp (figur 2.5.3b). Överlevnaden bland lungcancerpatienter varierar mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan olika regioner, men genomgående finns en sämre relativ överlevnad i alla regioner för den lägsta socioekonomiska gruppen, och detta kan inte enbart förklaras med slumpen.

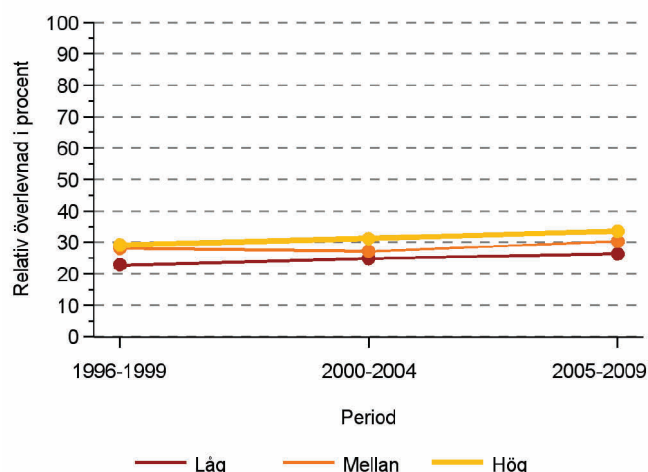
Den relativa överlevnaden i samtliga socioekonomiska grupper sjunker ju äldre patienten var vid diagnosen. Skillnaden mellan patienter i åldern 30–49 år och 75–89 år är dock störst i den höga socioekonomiska gruppen (tabell 2.5.2.3–tabell 2.5.2.6 i Tabellbilaga). Den relativa överlevnaden är ungefär densamma oavsett socioekonomisk grupp för patienter i åldern 75–89 år medan det finns en stor skillnad i överlevnad mellan de socioekonomiska grupperna bland patienter i åldern 30–49 år.

Figur 2.5.2 Relativ 2-årsöverlevnad vid lungcancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 2 år



Kvinnor, Uppföljning 2 år



Överdödligheten, det vill säga dödligheten bland patienter med lungcancer utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är hög och det finns skillnader mellan patienter i olika socioekonomiska grupper under de första månaderna efter diagnosen (figur 2.5.4). Sex månader efter diagnosen varierar överdödligheten mellan 76,8 och 95,4 dödsfall per 100 personår för män och mellan 75,4 och 82,9 dödsfall per 100 personår för kvinnor. Skillnaden avtar med tiden sedan diagnosen (tabell 2.5.2 och 2.5.3).

Den observerade överdödligheten ökar kraftigt under det första året efter diagnosen för att sedan plana ut (figur 2.5.5). Efter ett år överstiger dödligheten i patientgruppen den förväntade i befolkningen med 1 031 dödsfall bland män och 861 bland kvinnor (tabell 2.2.4). Den hypotetiska överdödligheten är 946 för män och 791 för kvinnor, det vill säga överdödligheten som skulle ha observerats om samtliga grupper hade samma könsspecifika dödlighet som den socioekonomiska gruppen med lägst dödlighet. Skillnaden mellan dessa värden motsvarar antalet förtida dödsfall som potentiellt

kunde ha åtgärdats om det inte varit några skillnader i överlevnad mellan socioekonomiska grupper. För lungcancerpatienter innebär det att ytterligare 85 män och 71 kvinnor skulle leva ett år efter diagnosen. Figur 2.5.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Tabell 2.5.2 Överdödlighet bland lungcancerpatienter (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	3114	95,4	(77,2- 117)	2560	93,2	(75,2- 114)	509	12,6	(6,6-21,7)
Mellan	2420	89,8	(72,2- 110)	1979	89,1	(71,6- 110)	368	8,5	(3,8-16,4)
Hög	895	76,8	(60,6-96,0)	754	84,6	(67,6- 105)	157	12,3	(6,4-21,3)

Tabell 2.5.3 Överdödlighet bland lungcancerpatienter (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

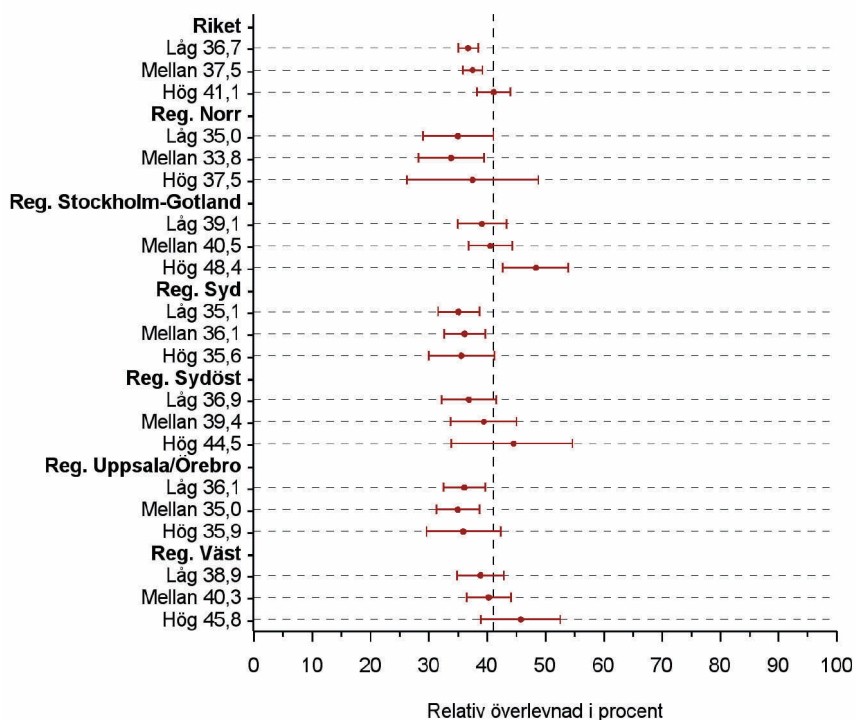
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	2762	82,9	(66,1- 103)	2305	76,1	(60,0-95,3)	499	12,3	(6,4-21,3)
Mellan	2607	76,7	(60,5-95,9)	2188	72,5	(56,8-91,2)	530	11,7	(6,0-20,6)
Hög	937	75,4	(59,4-94,5)	789	68,4	(53,2-86,7)	209	11,5	(5,9-20,4)

Tabell 2.5.4 Överdödlighet bland lungcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

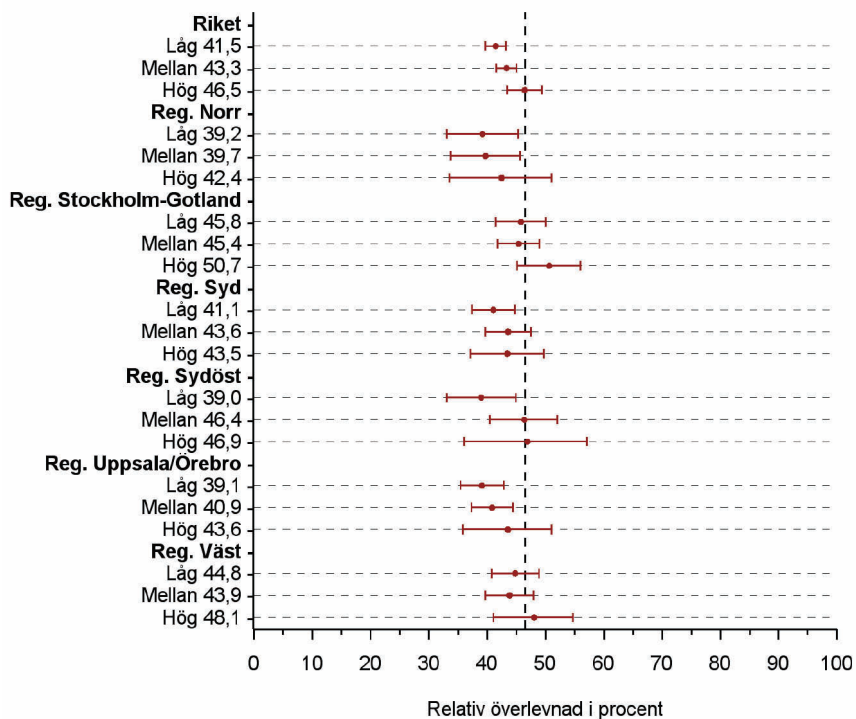
	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	681	1 031	1 420	567	861	1 232
Hypotetisk	612	946	1 290	501	791	1 123
Skillnad	69	85	130	66	71	110
---- Nedre konfidensgräns	54	68	109	51	55	90
---- Övre konfidensgräns	87	105	155	84	89	133

Figur 2.5.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid lungcancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp för riket och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska grupp med högst överlevnad.

Män

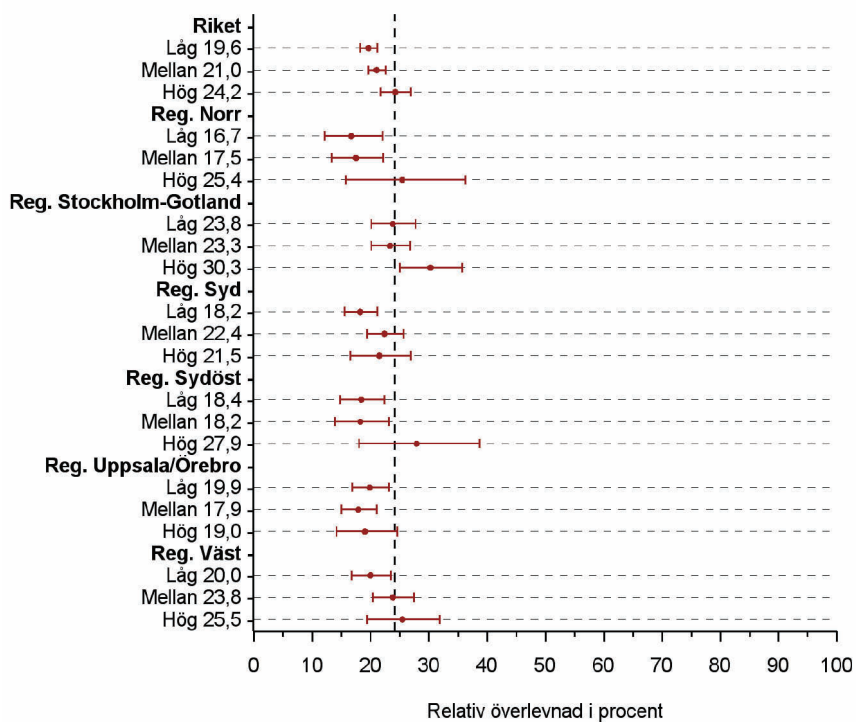


Kvinnor

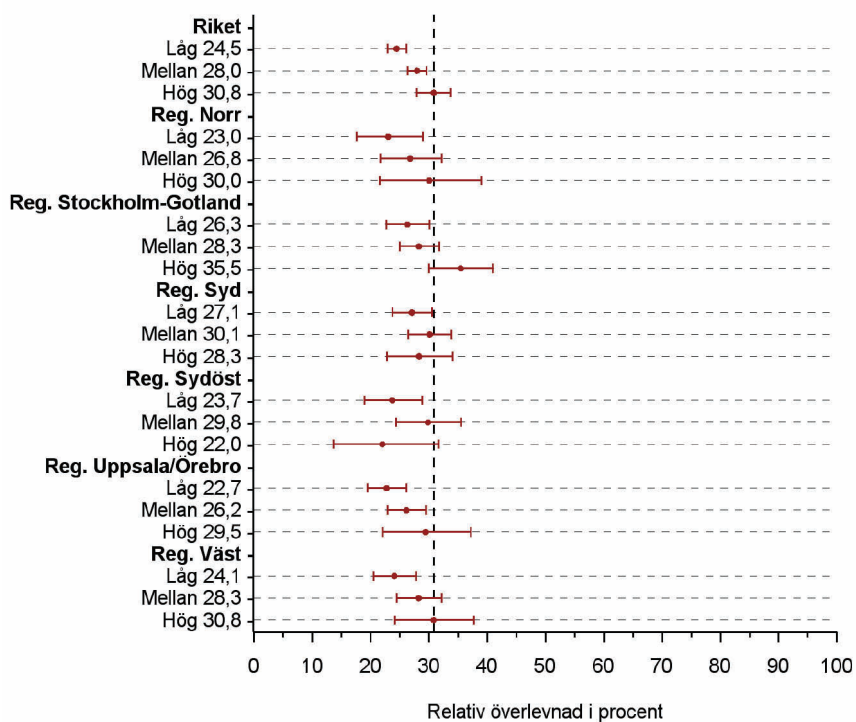


Figur 2.5.3b Relativ 2-årsöverlevnad vid lungcancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp för riket respektive region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

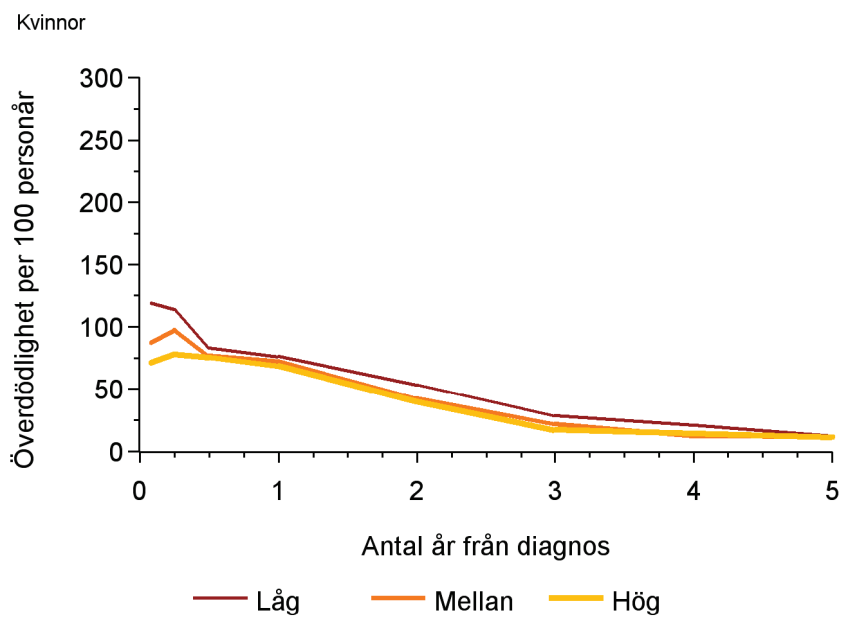
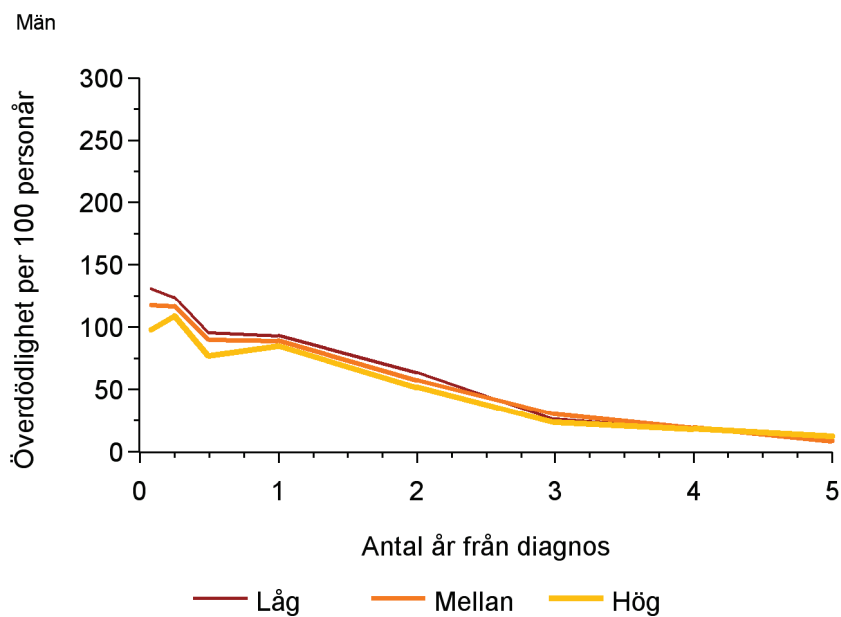
Män



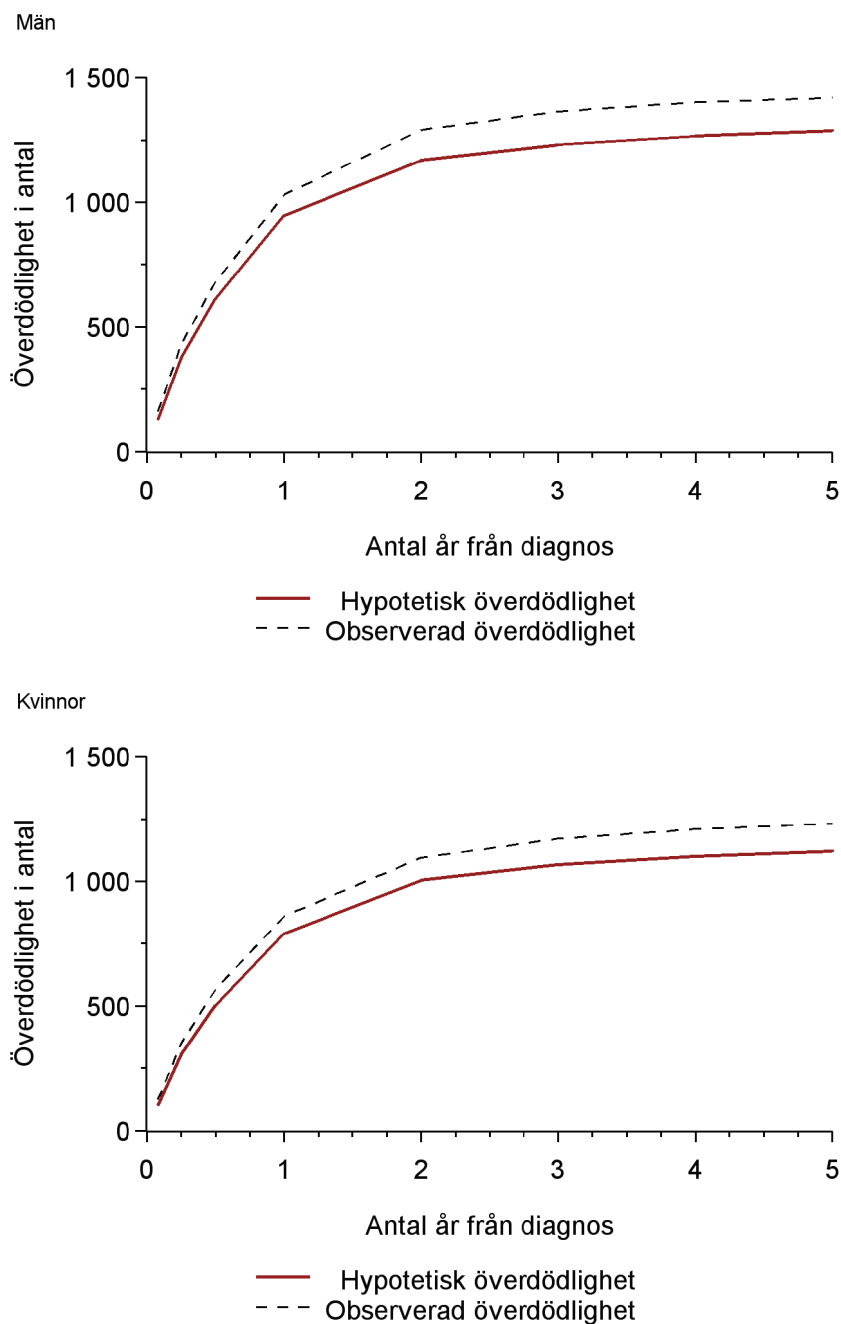
Kvinnor



Figur 2.5.4 Överdödlighet bland lungcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Figur 2.5.5 Överdödlighet bland lungcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socio-ekonomiska grupperna.



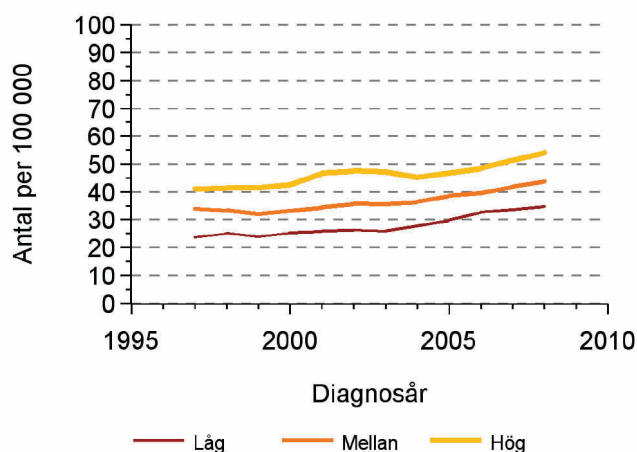
2.6 Malignt melanom

Incidens

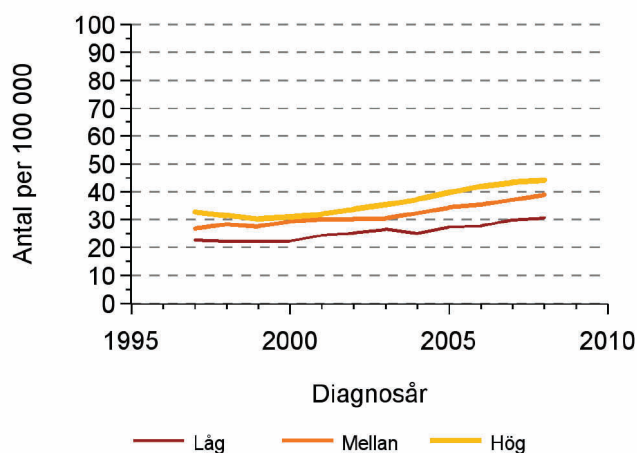
Förekomsten av malignt melanom har ökat sedan mitten på 1990-talet för både män och kvinnor i samtliga socioekonomiska grupper. För män har ökningen varit likartad i samtliga socioekonomiska grupper. Malignt melanom var lika vanligt bland kvinnor i mellanhög och hög socioekonomisk grupp runt år 2000, men efter det har ökningen varit större bland kvinnor i hög socioekonomisk grupp (figur 2.6.1). Under perioden 2007–2009 var incidensen högre bland män än bland kvinnor i samtliga socioekonomiska grupper och skillnaden mellan grupperna är stor (tabell 2.6.1). Bland män varierar incidensen mellan 36,6 och 57,5 fall per 100 000 invånare och för kvinnor är incidensen något lägre, mellan 31,8 och 45,2 fall per 100 000 invånare.

Figur 2.6.1 Incidenstrend för malignt melanom per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 2.6.1 Incidens av malignt melanom per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30–89 år vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	36,6	(32,5 - 41,2)	31,8	(27,5 - 36,6)
Mellan	46,3	(42,1 - 50,8)	40,3	(36,7 - 44,2)
Hög	57,5	(51,0 - 64,5)	45,2	(40,0 - 50,7)

Förekomsten av malignt melanom ökar med stigande ålder i samtliga socioekonomiska grupper. I åldersgruppen 30–49 år är incidensen 13–14 fall per 100 000 bland män och kvinnor i låg socioekonomisk grupp men högre och på samma nivå för män (17–18 fall per 100 000) respektive för kvinnor (25–27 fall per 100 000 invånare) i mellanhög och hög socioekonomisk grupp (tabell 2.6.1.1 och tabell 2.6.1.2 i Tabellbilaga). Skillnaden i incidens mellan de socioekonomiska grupperna ökar med stigande ålder. Bland män 75–89 år i hög socioekonomisk grupp är incidensen 154 per 100 000, och 93 per 100 000 för männen i låg socioekonomisk grupp. Motsvarande för kvinnor är 68 fall per 100 000 (låg socioekonomisk grupp) respektive 82 fall per 100 000 invånare (hög socioekonomisk grupp). Incidensen av malignt melanom i åldern 75–89 år är betydligt högre bland män än bland kvinnor, oavsett socioekonomisk grupp.

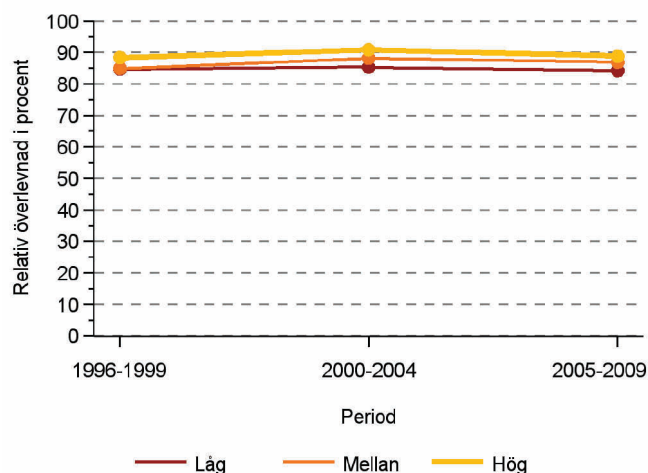
Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa överlevnaden bland patienter med malignt melanom ligger på en hög nivå i samtliga socioekonomiska grupper för hela den studerade perioden. Det finns dock en liten skillnad mellan grupperna. Skillnaden är relativt konstant över tid för män men har ökat något bland kvinnor beroende på att överlevnaden i den låga socioekonomiska gruppen försämrades något mellan perioderna 2000–2004 och 2005–2009 (figur 2.6.2).

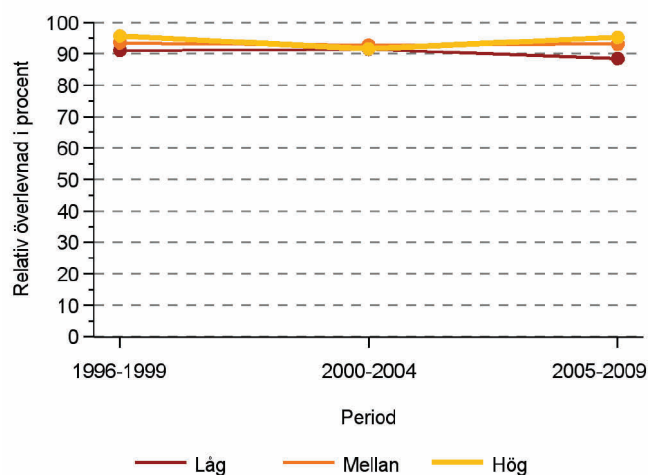
Den relativa ettårsöverlevnaden vid malignt melanom är mycket hög för både män och kvinnor och varierar mellan 96,8 och 99,8 procent (tabell 2.6.2.1 och 2.6.2.2 i Tabellbilaga). Överlevnaden ökar med stigande socioekonomisk grupp, men utan någon statistiskt säkerställd skillnad mellan regionerna. Detta mönster observeras i samtliga åldersgrupper och skillnaden i överlevnad mellan den lägsta och den högsta socioekonomiska gruppen ökar med stigande ålder; i åldern 30–49 år är skillnaden cirka 3 procentenheter och motsvarande skillnad i åldern 75–89 år är cirka 13 procentenheter (tabell 2.6.2.3 och tabell 2.6.2.5 i Tabellbilaga).

Figur 2.6.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt melanom per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



Kvinnor, Uppföljning 5 år



Variationen i femårsöverlevnad mellan grupperna är dock något större och varierar mellan 83,3 procent och 88,8 procent för män (figur 2.6.3). Kvinnor med malignt melanom har en bättre prognos än män, men även bland kvinnor finns en socioekonomisk gradient med högre relativ överlevnad i högre socioekonomiska grupper. Efter fem års uppföljning har kvinnor i låg socioekonomisk grupp en relativ överlevnad på 88,5 procent, vilket kan jämföras med 93,0 och 94,7 procent i den mellanhöga och den höga socioekonomiska gruppen. Sambandet att högre socioekonomisk grupp har bättre femårsöverlevnad kan observeras för kvinnor i åldersgrupperna 30–49 år (90–97 procent) samt 50–74 år (89–95 procent), men för kvinnor som var 75–89 år vid diagnosen är femårsöverlevnaden cirka 87 procent oavsett socioekonomisk grupp (tabell 2.6.2.6 i Tabellbilaga).

Överdödligheten, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är låg i samtliga grupper. Det finns dock en viss socioekonomisk gradient beträffande överdödligheten bland män (figur 2.6.4) där

män i låg socioekonomisk grupp har en högre överdödlighet än de i mellan-
hög eller hög socioekonomisk grupp. Efter ett års uppföljning varierar över-
dödligheten bland män med malignt melanom mellan 1,5 dödsfall (låg so-
cioekonomisk grupp) till 5,7 dödsfall (hög socioekonomisk grupp) per 100
personår (tabell 2.6.2). Överdödligheten bland kvinnor med malignt mela-
nom är lägre och skillnaden är mindre mellan de socioekonomiska grupper-
na; efter ett år är överdödligheten 0,1–2,1 dödsfall per 100 personår (tabell
2.6.3).

Den observerade överdödligheten ökar kontinuerligt men svagt efter dia-
gnosen (figur 2.6.5). Efter fem års uppföljning uppgår den observerade
överdödligheten till 140 män och 71 kvinnor (tabell 2.6.4). Det hypotetiska
antalet döda efter fem år är 102 män och 56 kvinnor, och det förutsätter att
samtliga grupper har samma könsspecifika överdödlighet som den bästa
socioekonomiska gruppen. Skillnaden mellan dessa värden representerar ett
antal förtida dödsfall som potentiellt skulle gå att åtgärda. För malignt me-
lanom kunde 39 förtida dödsfall hos män och 15 hos kvinnor ha undvikits
fem år efter diagnosen. Figur 2.6.5 visar den observerade och den hypotetis-
ka överdödligheten över tid.

*Tabell 2.6.2 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom (män) per socio-
ekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt
under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensinter-
vall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter
30-89 år vid diagnos.*

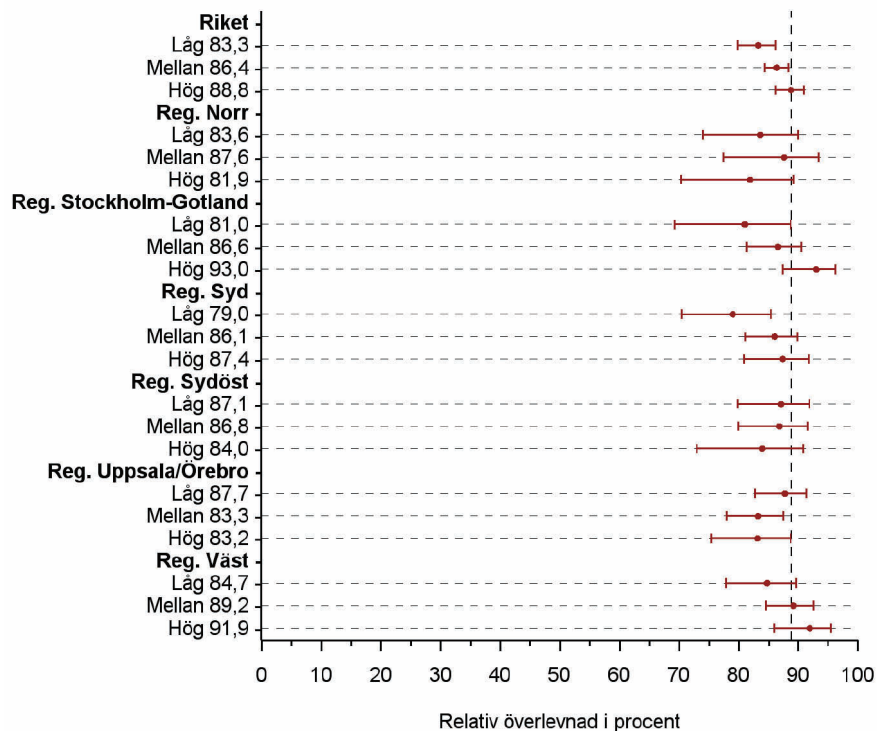
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1646	1,5	(0,1- 6,4)	1673	5,7	(2,0-12,7)	1126	3,3	(0,7- 9,2)
Mellan	2269	1,6	(0,1- 6,6)	2320	3,9	(1,0-10,1)	1613	2,0	(0,2- 7,2)
Hög	1555	1,2	(0,1- 5,9)	1581	1,5	(0,1- 6,4)	1164	2,4	(0,4- 7,9)

*Tabell 2.6.3 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom (kvinnor) per
socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genom-
snitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensin-
tervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patien-
ter 30-89 år vid diagnos.*

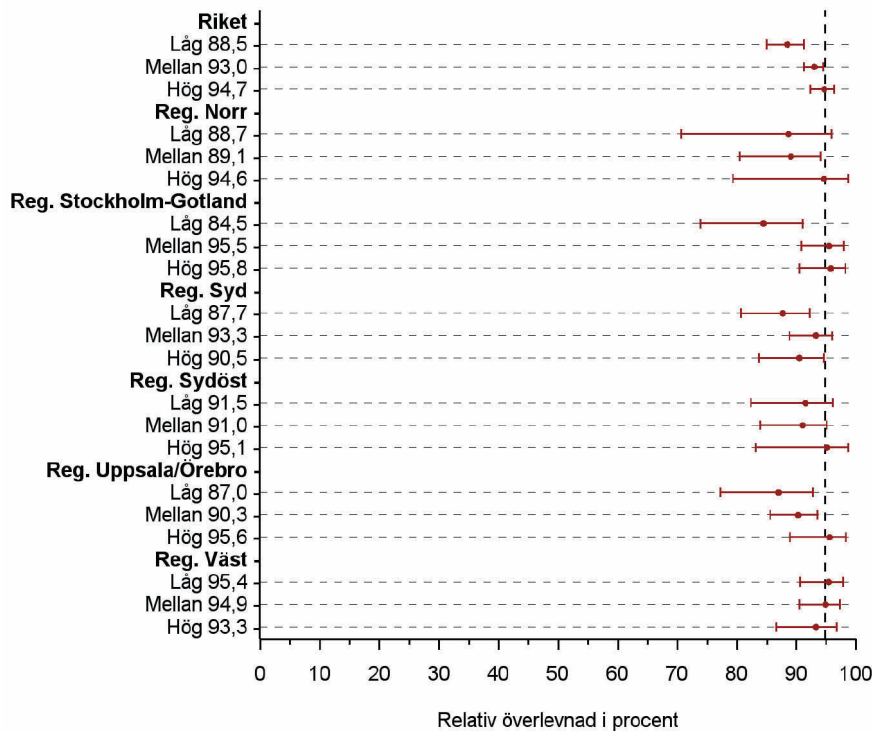
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1532	0,5	(0,0- 4,6)	1590	2,1	(0,3- 7,4)	1275	1,3	(0,1- 6,0)
Mellan	2291	0,8	(0,0- 5,2)	2351	2,7	(0,5- 8,4)	1829	0,3	(0,0- 4,3)
Hög	1638	-0,2	.	1667	0,1	(0,0- 4,0)	1208	1,6	(0,1- 6,6)

Figur 2.6.3 Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt melanom, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

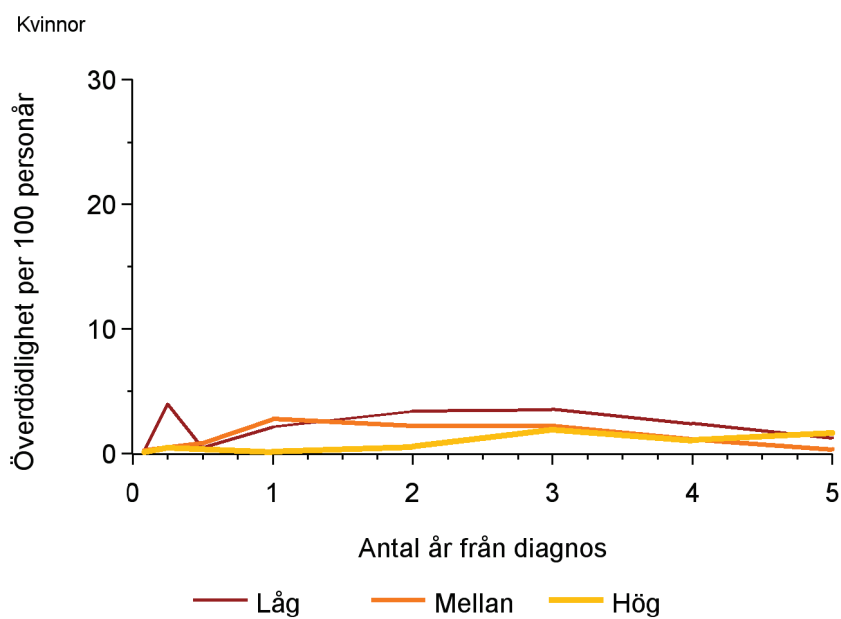
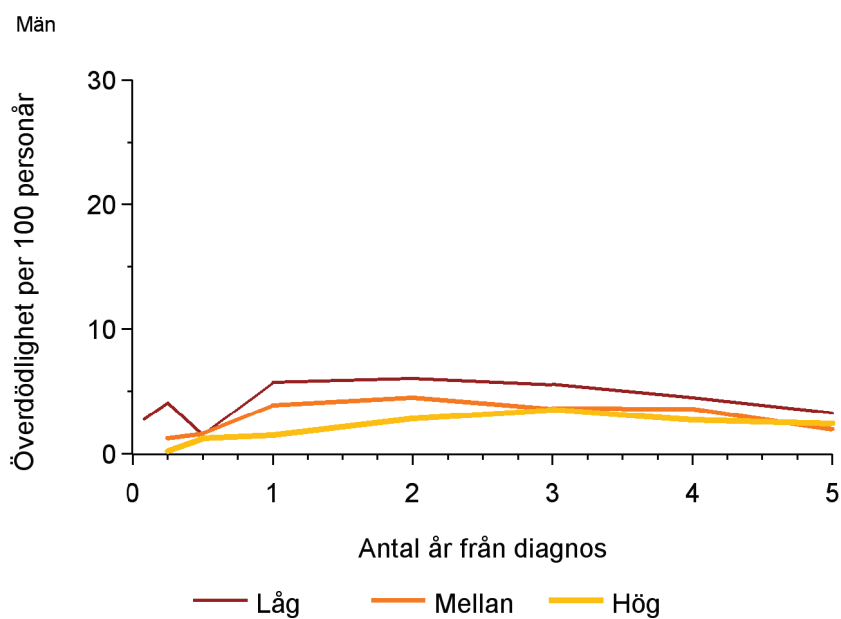
Män



Kvinnor

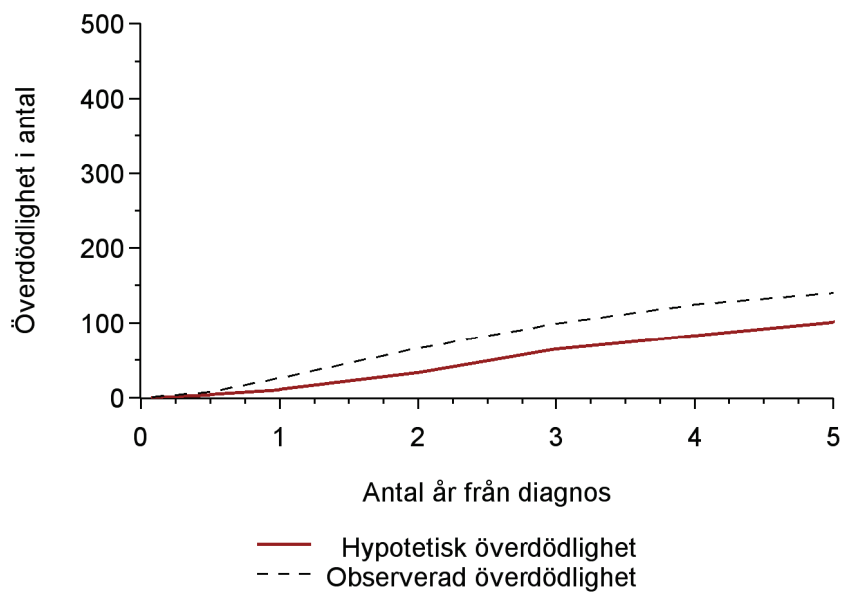


Figur 2.6.4 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

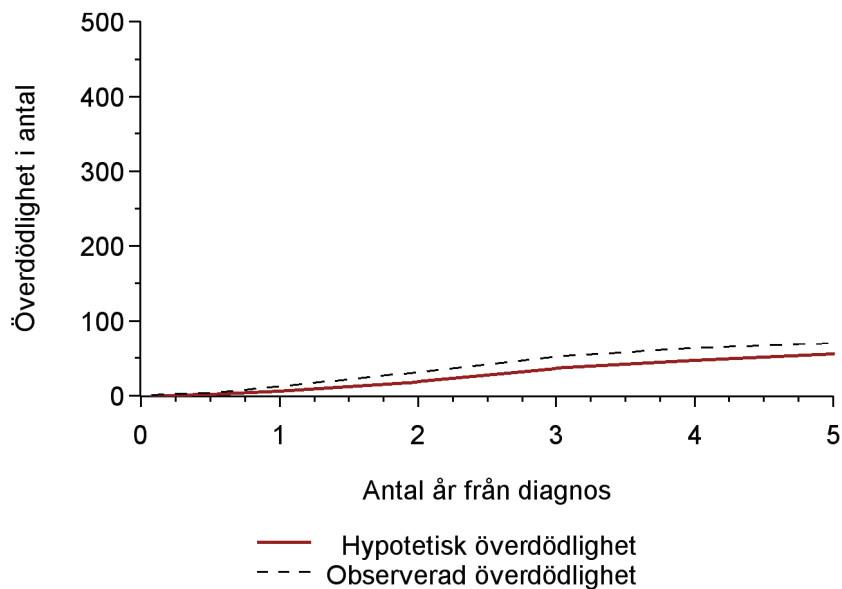


Figur 2.6.5 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.

Män



Kvinnor



Tabell 2.6.4 Överdödlighet bland patienter med malignt melanom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	8	26	140	4	13	71
Hypotetisk	4	11	102	2	6	56
Skillnad	4	16	39	2	7	15
---- Nedre konfidensgräns	1	9	28	1	3	9
---- Övre konfidensgräns	10	26	53	7	14	25

2.7 Njurcancer

Incidens

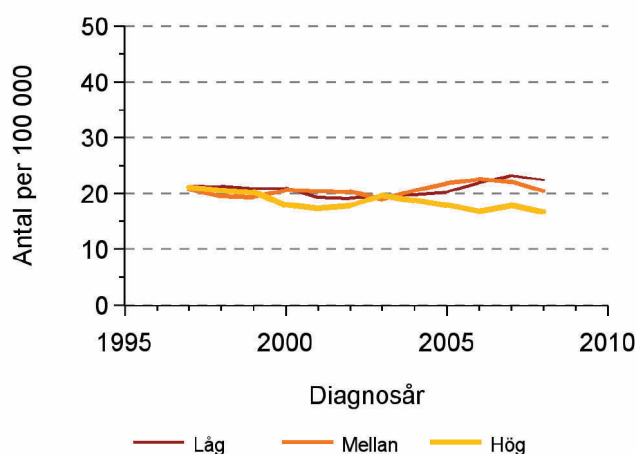
Den åldersstandardiserade incidensen av njurcancer bland män i olika socioekonomiska grupper låg på ungefär samma nivå till och med 2003, varpå incidensen ökade bland män i låg och mellanhög socioekonomisk grupp (figur 2.7.1). Under perioden 2007–2009 var incidensen 16,8 fall per 100 000 invånare bland män i hög socioekonomisk grupp och 20,7 respektive 22,4 fall i mellanhög respektive låg socioekonomisk grupp (tabell 2.7.1). Incidensen av njurcancer är lägre bland kvinnor än bland män, och har varit lägre under hela den observerade perioden (figur 2.7.1). Den socioekonomiska gradienten är tydlig bland kvinnor under perioden 2007–2009 då den åldersstandardiserade incidensen var 14,3 fall, 11,4 fall respektive 8,3 fall per 100 000 invånare i låg, mellanhög respektive hög socioekonomisk grupp (tabell 2.7.1). Förekomsten av njurcancer ökar med stigande ålder och är högre i låg och mellanhög socioekonomisk grupp jämfört med hög socioekonomisk grupp, oavsett patienternas kön och åldersgrupp (tabell 2.7.1.1 och tabell 2.7.1.2 i Tabellbilaga).

Tabell 2.7.1 Incidens av njurcancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

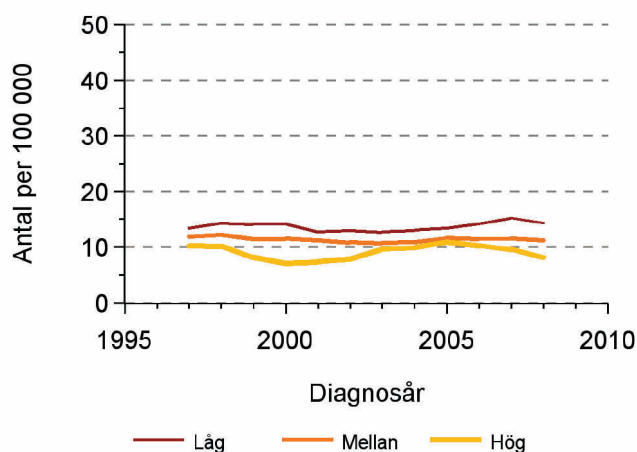
Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	22,4	(19,3 - 25,8)	14,3	(11,8 - 17,2)
Mellan	20,7	(17,9 - 23,8)	11,4	(9,5 - 13,5)
Hög	16,8	(13,5 - 20,7)	8,3	(6,1 - 10,9)

Figur 2.7.1 Incidenstrend för njurcancer per socioekonomisk grupp, 1996-2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa femårsöverlevnaden vid njurcancer har ökat för både män och kvinnor sedan slutet på 1990-talet, men den socioekonomiska skillnaden är större bland män än bland kvinnor (figur 2.7.2).

Den högsta ettårsöverlevnaden vid njurcancer finns bland män i hög socioekonomisk grupp (figur 2.7.3a). För män är den relativa ettårsöverlevnaden 77,8–90,6 procent, och för kvinnor är den 80,6–86,1 procent. För båda könen finns en skillnad mellan de lägsta och högsta socioekonomiska grupperna, och den kan inte enbart förklaras med slumpvariationer.

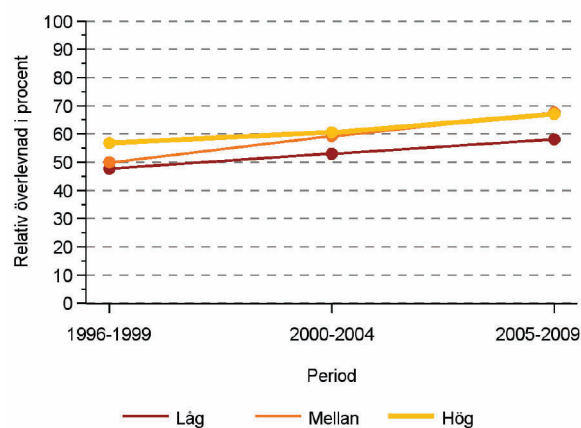
Männen i den mellanhöga socioekonomiska gruppen hade en relativ femårsöverlevnad i nivå med männen i den låga socioekonomiska gruppen under perioden 1996–1999. Under den senaste observerade perioden, 2005–2009, låg dock gruppen på samma höga nivå som män i hög socioekonomisk grupp.

misk grupp (figur 2.7.2). Kvinnor i hög socioekonomisk grupp har bättre relativ femårsöverlevnad än de i mellan hög och låg socioekonomisk grupp: 71,6 procent jämfört med 66,4 och 64,2 procent (figur 2.7.3b). Män har en lägre relativ femårsöverlevnad än kvinnor, mellan 60,5 och 66,2 procent. Femårsöverlevnaden är alltså olika mellan låg och hög socioekonomisk grupp för båda könen, och den skillnaden kan inte enbart förklaras med slumpvariationer.

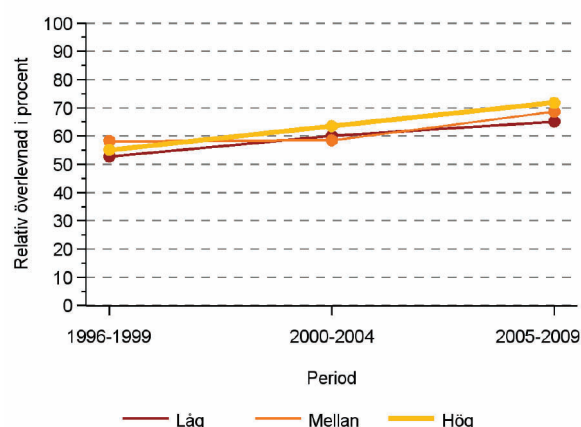
Överlevnaden bland njurcancerpatienter sjunker med stigande ålder i samtliga socioekonomiska grupper, oavsett kön (tabell 2.7.2.3–tabell 2.7.2.6 i Tabellbilaga). Den relativa femårsöverlevnaden är 71–81 procent för män som var 30–49 år vid diagnostillfället och 56–60 procent för män som var 75–89 år. Motsvarande överlevnad för kvinnor 30–49 år är 79–91 procent och 68–67 procent för kvinnor som var 75–89 år vid diagnosen.

Figur 2.7.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid njurcancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996–2009. Patienter i åldern 30–79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år

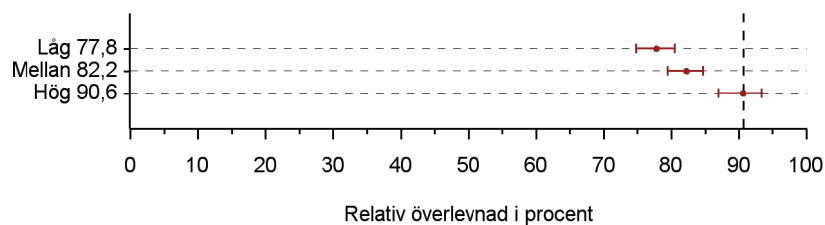


Kvinnor, Uppföljning 5 år

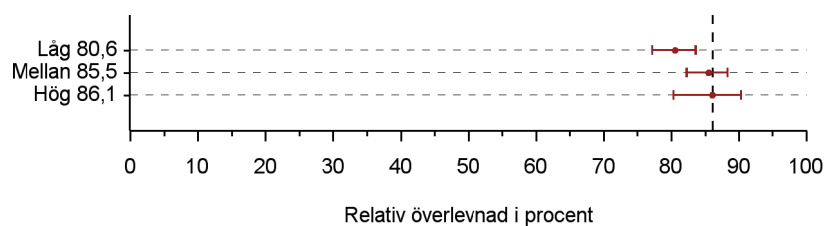


Figur 2.7.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid njurcancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män

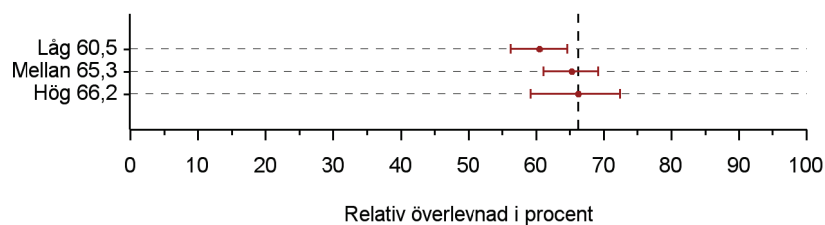


Kvinnor

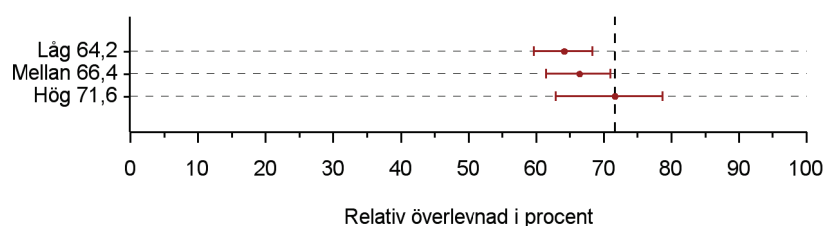


Figur 2.7.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid njurcancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män



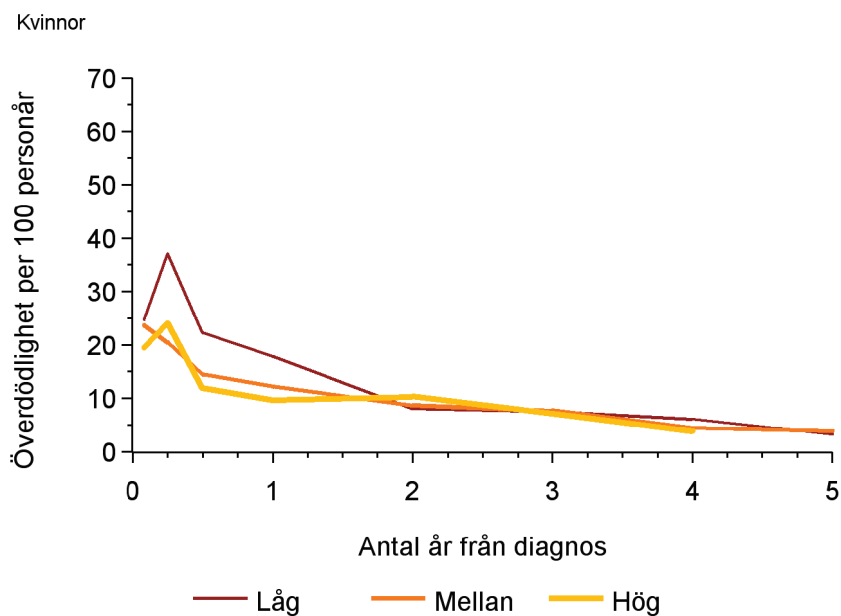
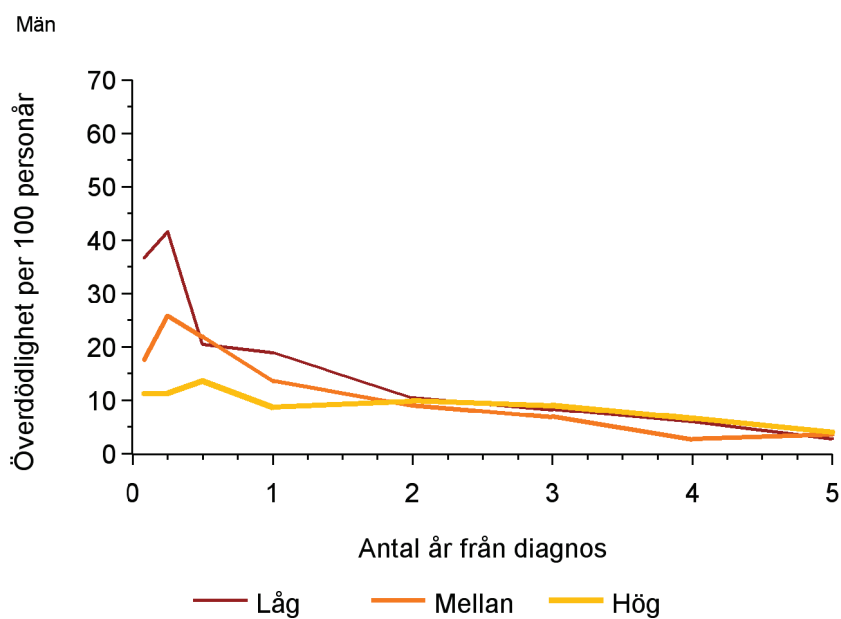
Kvinnor



Överdödligheten bland patienter med njurcancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, skiljer sig åt mellan de socioekonomiska grupperna under de första två åren efter diagnosen (figur 2.7.4). Både män och kvinnor i låg socioekonomisk grupp har högre överdödlighet under de första tre månaderna innan de närmar sig de övriga grupperna. Efter sex månader ligger överdödligheten bland män i låg socioekonomisk grupp på samma nivå som bland de i mellanhög socioekonomisk grupp: 20–22 dödsfall per 100 personår jämfört med 13,6 per 100 personår i hög socioekonomisk grupp (tabell 2.7.2). Kvinnor i mellanhög och hög socioekonomisk grupp ligger på samma nivå beträffande överdödligheten under hela uppföljningsperioden, men kvinnorna i låg socioekonomisk grupp ligger något högre under de första två åren (figur 2.7.4 och tabell 2.7.3).

Efter fem års uppföljning är den observerade överdödligheten 172 dödsfall bland män och 110 bland kvinnor, och det gäller alltså dödsfallen i patientgruppen som överstiger det förväntade antalet i befolkningen (tabell 2.7.4). Den hypotetiska överdödligheten är 143 för män och 98 för kvinnor efter fem års uppföljning. Det antalet förutsätter att samtliga grupper har samma könsspecifika dödlighet som den högsta socioekonomiska gruppen. Skillnaden mellan dessa värden representerar ett antal förtida dödsfall bland njurcancerpatienter som potentiellt kan åtgärdas, och det antalet är 29 män och 12 kvinnor efter fem år. Figur 2.7.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 2.7.4 Överdödlighet bland njurcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Tabell 2.7.2 Överdödlighet bland njurcancerpatienter (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	956	20,4	(12,5-31,4)	943	18,9	(11,4-29,6)	549	2,8	(0,5- 8,4)
Mellan	1073	21,8	(13,7-33,1)	1055	13,7	(7,4-23,1)	617	3,6	(0,9- 9,6)
Hög	484	13,6	(7,4-23,0)	488	8,8	(4,0-16,8)	283	4,0	(1,1-10,2)

Tabell 2.7.3 Överdödlighet bland njurcancerpatienter (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

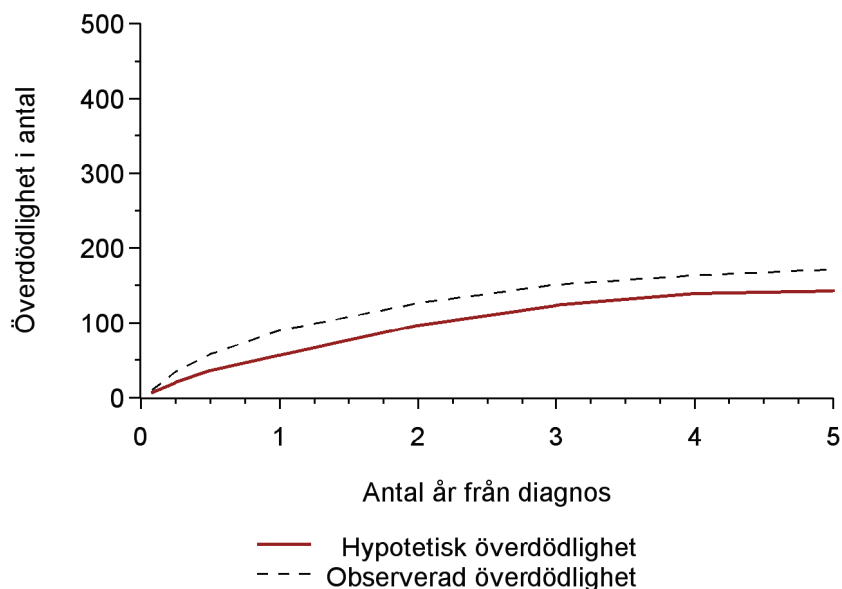
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	757	22,3	(14,0-33,6)	744	17,8	(10,5-28,3)	493	3,3	(0,7- 9,2)
Mellan	612	14,5	(8,0-24,1)	612	12,2	(6,3-21,2)	373	3,9	(1,0-10,0)
Hög	294	11,9	(6,1-20,8)	297	9,7	(4,6-18,0)	172	-1,1	.

Tabell 2.7.4 Överdödlighet bland njurcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

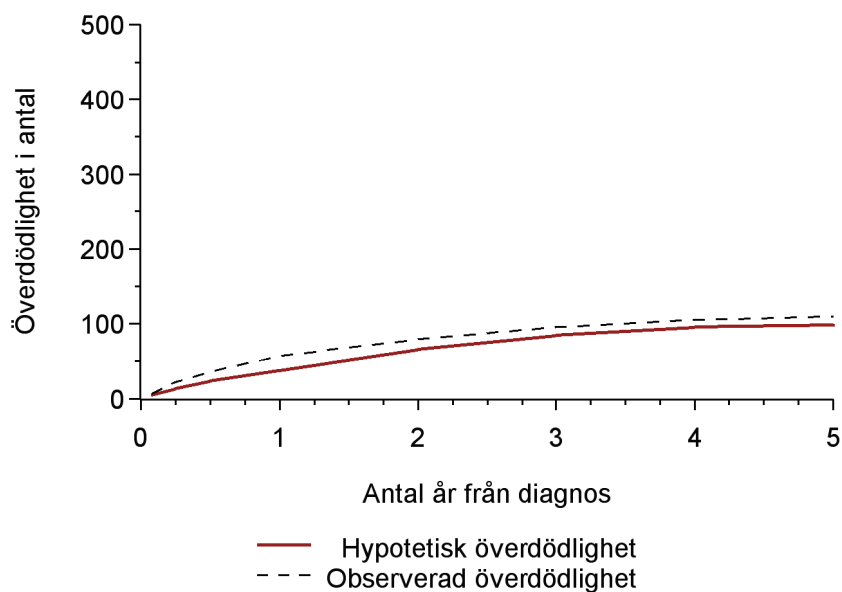
	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	58	90	172	36	57	110
Hypotetisk	36	57	143	24	38	98
Skillnad	22	34	29	13	20	12
---- Nedre konfidensgräns	14	23	19	7	12	6
---- Övre konfidensgräns	34	47	41	22	30	21

Figur 2.7.5 Överdödlighet bland njurcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socio-ekonomiska grupperna.

Män



Kvinnor



2.8 Non-Hodgkin-lymfom

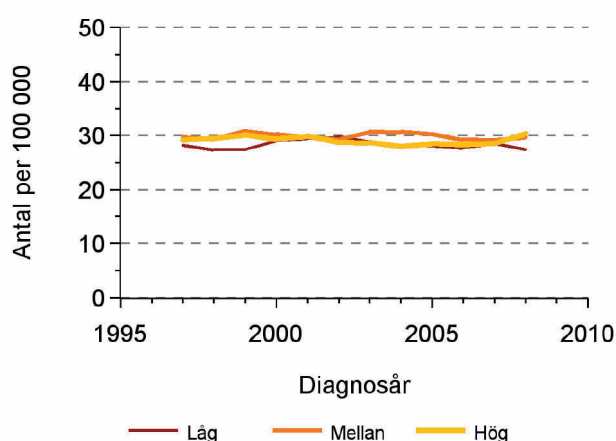
Incidens

Incidenstrenden för non-Hodgkin-lymfom är konstant sedan mitten på 1990-talet och ligger på samma nivå i samtliga socioekonomiska grupper (figur 2.8.1). Den åldersstandardiserade incidensen är emellertid högre bland män än bland kvinnor; under perioden 2007–2009 var incidensen bland män 29,3–32,0 fall per 100 000 invånare och bland kvinnor var den 21,2–23,8 fall per 100 000 (tabell 2.8.1).

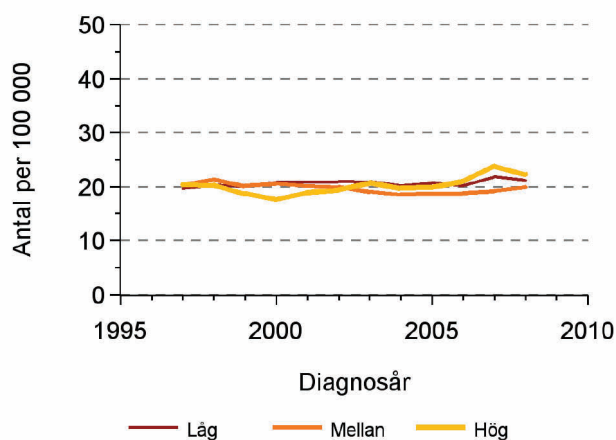
Förekomsten av non-Hodgkin-lymfom ökar med stigande ålder och i åldersgruppen 30–49 år är incidensen låg bland både män och kvinnor och oavsett socioekonomisk grupp: 4–7 fall per 100 000 invånare (tabell 2.8.1.1 och tabell 2.8.1.2 i Tabellbilaga). Skillnaden mellan könen ökar dock i de högre åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år. Däremot finns det inga tydliga socioekonomiska skillnader i insjuknandet mellan olika åldersgrupper.

Figur 2.8.1 Incidenstrend för non-Hodgkin-lymfom per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 2.8.1 Incidens av non-Hodgkin-lymfom per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	29,3	(25,9 - 33,0)	22,0	(18,8 - 25,6)
Mellan	32,0	(28,5 - 35,9)	21,2	(18,6 - 24,2)
Hög	31,5	(26,7 - 36,9)	23,8	(19,6 - 28,5)

Relativ överlevnad och överdödlighet

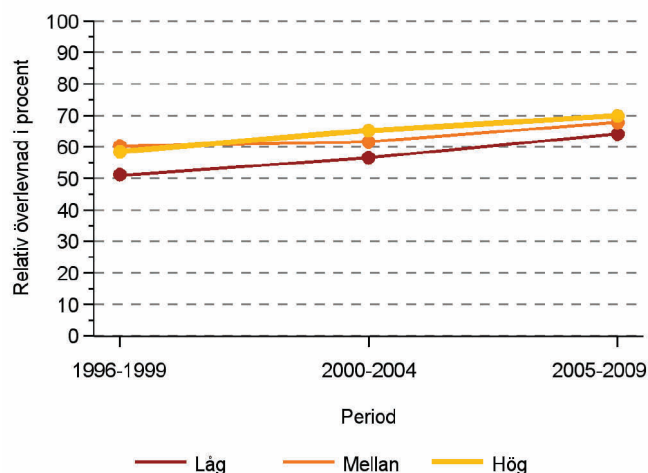
Prognosen för patienter med non-Hodgkin-lymfom har kontinuerligt förbättrats i samtliga socioekonomiska grupper sedan mitten på 1990-talet (figur 2.8.2). Den relativa ettårs- och femårsöverlevnaden bland både män och kvinnor med non-Hodgkin-lymfom ökar med högre socioekonomisk grupp, men skillnaden mellan grupperna har minskat över tid. Skillnaden i överlevnad mellan män och kvinnor är konstant över de socioekonomiska grupperna men ökar med uppföljningstiden; kvinnorna har 2–3 procentenheter högre relativ ettårsöverlevnad än männen och efter fem år är skillnaden 4–5 procentenheter (figur 2.8.3a och figur 2.8.3b). Den relativa femårsöverlevnaden är 60,6 procent bland män och 65,3 procent bland kvinnor i låg socioekonomisk grupp medan motsvarande överlevnad är 66,0 respektive 71,1 procent i den högsta socioekonomiska gruppen. Skillnaderna kan inte enbart förklaras med slumpvariationen.

Prognosen är bättre för yngre patienter än för äldre i samtliga socioekonomiska grupper, och en gradvis försämring av överlevnaden kan ses med stigande ålder (tabell 2.8.2.3–tabell 2.8.2.6 i Tabellbilaga). Den relativa femårsöverlevnaden för män i åldern 30–49 år är 80,0–85,9 procent och motsvarande för män i åldern 50–74 år respektive 75–89 år är en överlevnad på 64,7–71,9 procent respektive 41,5–49,5 procent. Samma mönster gäller för kvinnor. Skillnaden mellan de socioekonomiska grupperna ökar med stigande ålder för både män och kvinnor.

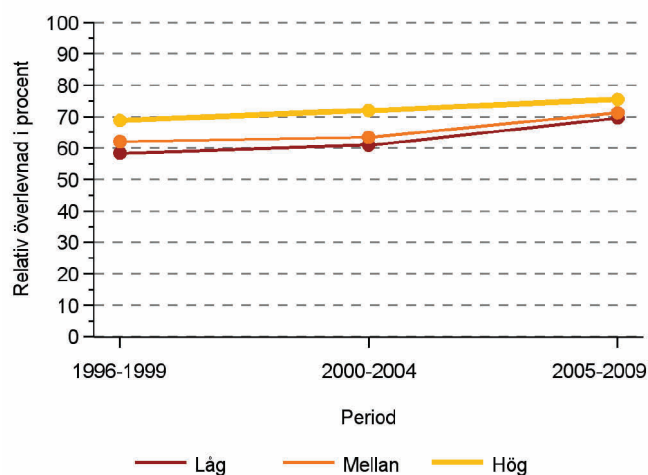
Patienter med non-Hodgkin-lymfom har en hög överdödlighet under de första månaderna efter diagnos, och då menar man den dödlighet som överstiger den förväntade dödligheten i befolkningen. Det finns dock en viss skillnad mellan socioekonomiska grupper (figur 2.8.4). En månad efter diagnosen är överdödligheten cirka 30 dödsfall per 100 personår för kvinnor i den höga socioekonomiska gruppen medan den är cirka 40 respektive 65 per 100 personår för kvinnor i mellanhög respektive låg socioekonomisk grupp. Mönstret ser likadant ut för männen i olika socioekonomiska grupper. Överdödligheten minskar dock snabbt och efter ett år är den 11,6–15,6 dödsfall per 100 personår bland män och 11,6–19,3 bland kvinnor (tabell 2.8.2). Efter det sjunker den i långsammare takt. För kvinnor är överdödligheten lika i de två högsta socioekonomiska grupperna efter cirka ett år (figur 2.8.4). Överdödligheten för patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med befolkningen är på samma nivå i samtliga socioekonomiska grupper efter ett år för män och två år för kvinnor.

Figur 2.8.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid non-Hodgkin-lymfom per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



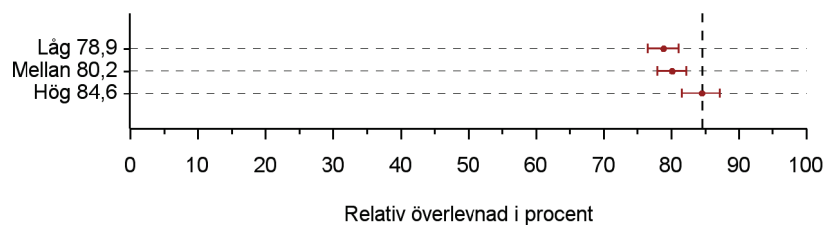
Kvinnor, Uppföljning 5 år



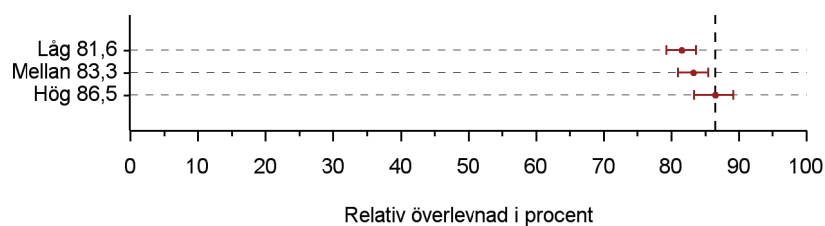
Den observerade överdödligheten bland patienter med non-Hodgkin-lymfom är 268 män och 206 kvinnor efter fem år (tabell 2.8.4). Den hypotetiska överdödligheten är 229 män och 165 kvinnor, och det gäller alltså överdödligheten under förutsättningen att samtliga grupper har samma könsspecifika överdödlighet som den höga socioekonomiska gruppen,. Skillnaden mellan dessa värden är 39 för män och 41 för kvinnor. Antalet är de förtida dödsfall bland patienter med non-Hodgkin-lymfom som potentiellt hade kunnat åtgärdas. Figur 2.8.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 2.8.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid non-Hodgkin-lymfom, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män

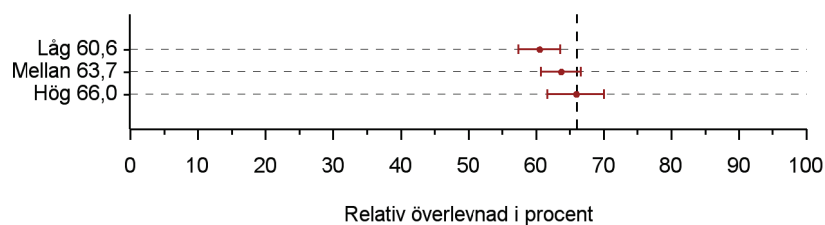


Kvinnor

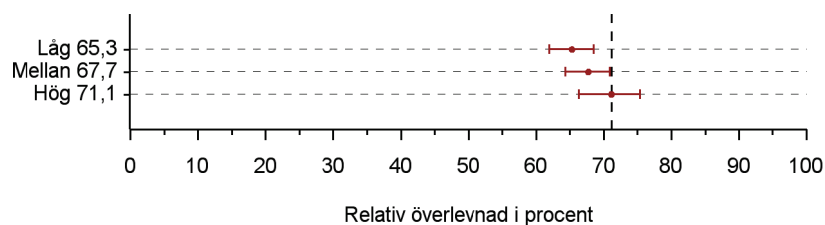


Figur 2.8.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid non-Hodgkin-lymfom, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

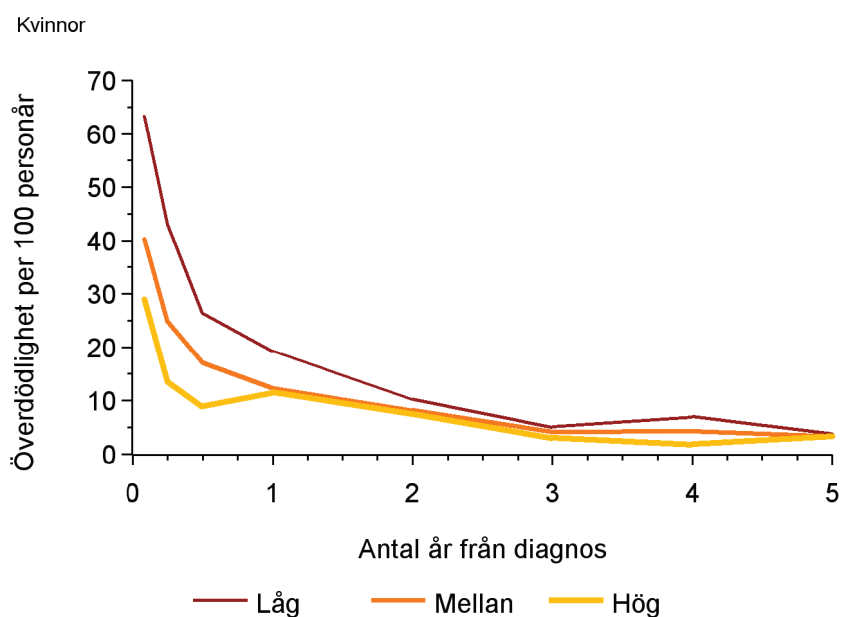
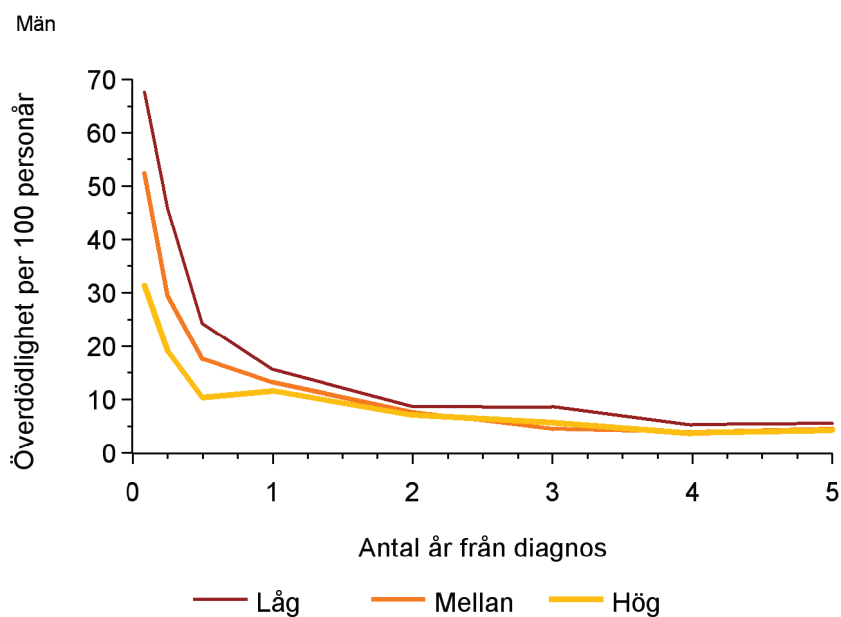
Män



Kvinnor



Figur 2.8.4 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Tabell 2.8.2 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1360	24,2	(15,6-36,0)	1336	15,6	(8,9-25,5)	906	5,6	(2,0-12,5)
Mellan	1515	17,6	(10,3-27,9)	1497	13,2	(7,1-22,5)	1023	4,6	(1,4-11,1)
Hög	856	10,3	(5,0-18,8)	843	11,6	(5,9-20,5)	558	4,4	(1,3-10,8)

Tabell 2.8.3 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

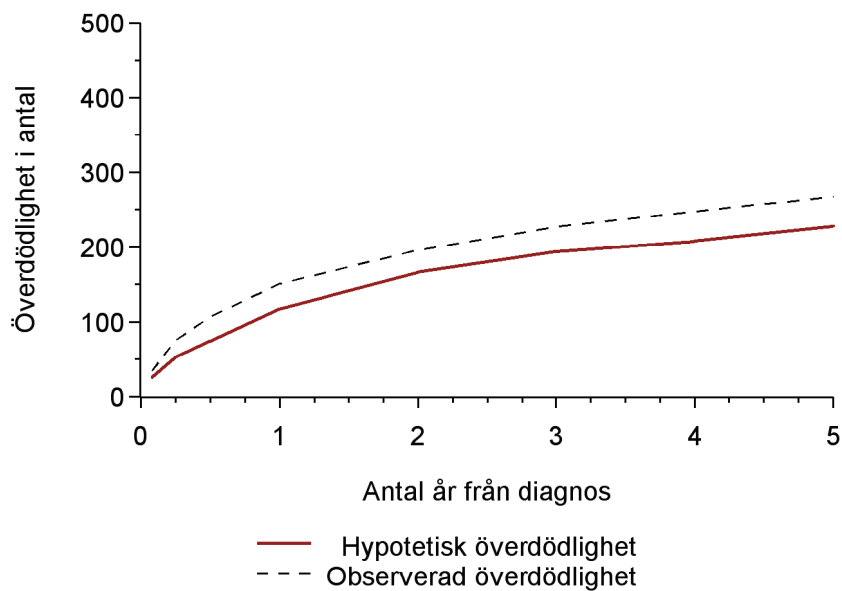
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1225	26,4	(17,3-38,5)	1215	19,3	(11,6-30,0)	839	3,8	(1,0-10,0)
Mellan	1091	17,1	(10,0-27,3)	1087	12,3	(6,4-21,4)	766	3,3	(0,8-9,2)
Hög	678	8,9	(4,1-17,0)	671	11,6	(5,9-20,4)	460	3,4	(0,8-9,3)

Tabell 2.8.4 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

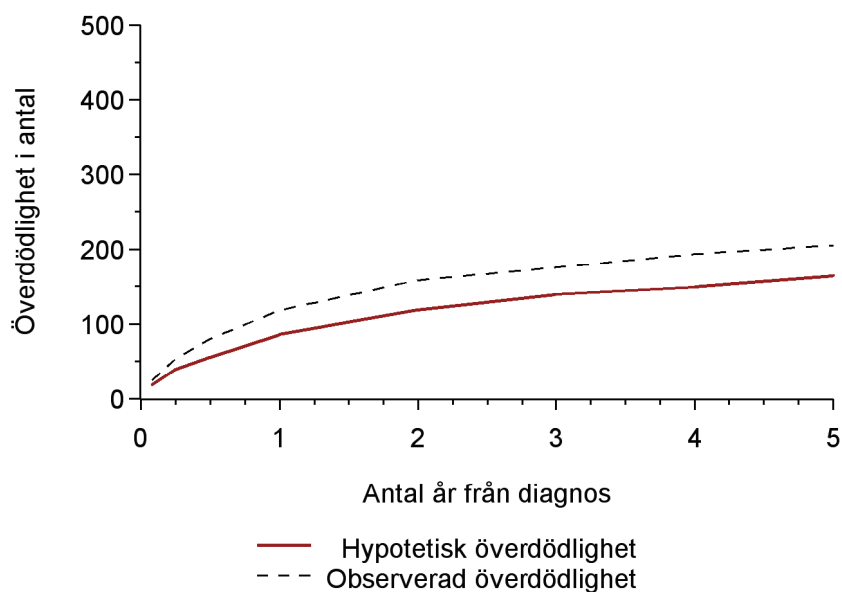
	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	107	151	268	80	119	206
Hypotetisk	75	118	229	56	86	165
Skillnad	33	34	39	25	33	41
---- Nedre konfidensgräns	23	24	28	16	23	30
---- Övre konfidensgräns	46	47	54	37	46	56

Figur 2.8.5 Överdödlighet bland patienter med non-Hodgkin-lymfom jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.

Män



Kvinnor



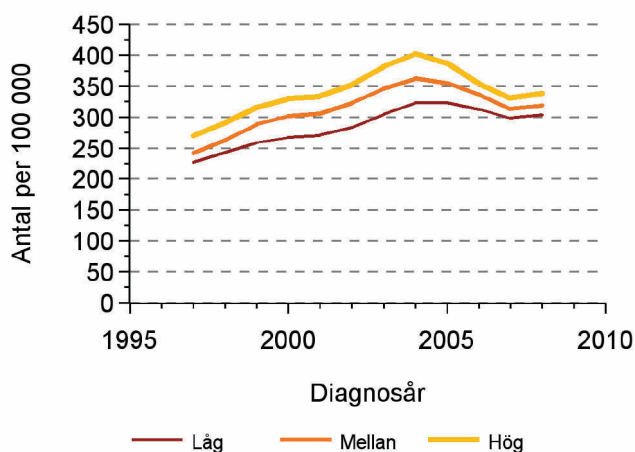
2.9 Prostatacancer

Incidens

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män och incidenstrenden steg kraftigt från mitten på 1990-talet fram till och med 2004 då den vände nedåt igen. Trenden var densamma för samtliga socioekonomiska grupper men på olika incidensnivåer (figur 2.9.1). Den åldersstandardiserade incidensen under perioden 2007–2009 var betydligt högre bland män i hög socioekonomisk grupp jämfört med de i mellanhög och låg socioekonomisk grupp: 350,3 fall jämfört med 332,0 respektive 316,6 fall per 100 000 män (tabell 2.9.1). Skillnaden i prostatacancerförekomst mellan socioekonomiska grupper var större i början på 2000-talet än under den senaste perioden.

Figur 2.9.1 Incidenstrend för prostatacancer per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Förekomsten av prostatacancer har ett tydligt åldersberoende eftersom risken ökar med stigande ålder (tabell 2.9.1.1 i Tabellbilaga), och incidensen är på ungefär samma nivå oberoende av socioekonomisk grupp i åldersgrupperna 30–49 år samt 75–89 år: 6,0–7,3 fall respektive 925–945 fall per 100 000 män. De socioekonomiska skillnaderna prostatacancerförekomst gäller alltså åldergruppen 50–74 år där incidensen är 448,5 för låg socioekonomisk grupp, 476,9 för medelhög socioekonomisk grupp och 525,2 fall per 100 000 män för hög socioekonomisk grupp.

Tabell 2.9.1 Incidens av prostatacancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

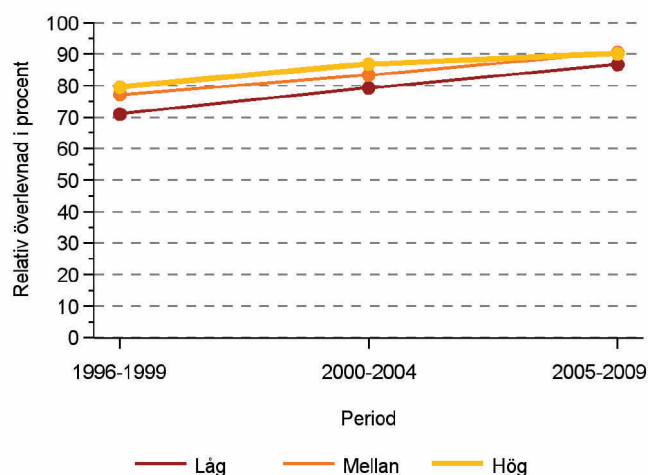
Socioekonomi	Män	
	Inc	(95% KI)
Låg	316,6	(305,8 - 327,6)
Mellan	332,0	(320,3 - 344,0)
Hög	350,3	(333,8 - 367,3)

Relativ överlevnad och överdödlighet

I samtliga socioekonomiska grupper finns en väsentlig ökning av den relativa överlevnaden sedan mitten på 1990-talet, och skillnaden mellan den låga gruppen och de två högre har minskat över tid (figur 2.9.2). Den åldersstandardiserade relativa ettårsöverlevnaden bland män med prostatacancer är hög: 97,5 procent för män i den lägsta socioekonomiska gruppen och 98,9 procent för män i den högsta socioekonomiska gruppen (tabell 2.9.2.1 i Tabellbilaga). Skillnaden ökar med längre uppföljningstid och efter fem år är den relativa överlevnaden 85,5 procent i för män i den lägsta socioekonomiska gruppen och cirka 4 procentenheter högre i de högre socioekonomiska grupperna (figur 2.9.3). Den relativa femårsöverlevnaden i olika socioekonomiska grupper varierar också med regionerna, och variationen mellan den lägsta och de högre socialgrupperna i regionerna kan inte enbart förklaras med slumpen.

Figur 2.9.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid prostatacancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



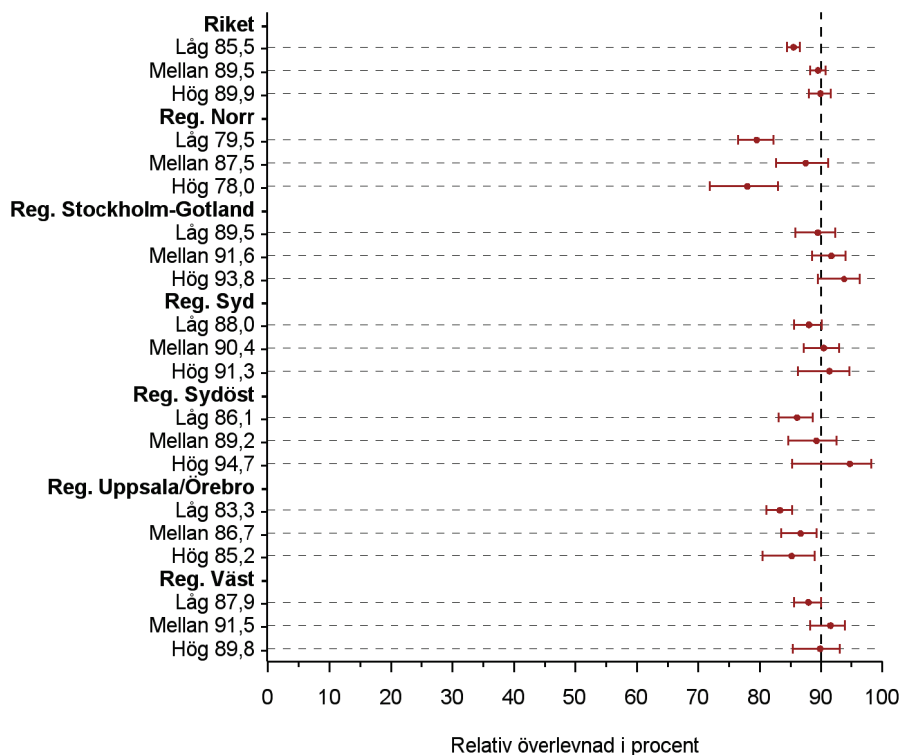
Den relativa överlevnaden varierar beroende på patientens ålder vid diagnosen. Den relativa femårsöverlevnaden är högst bland män i åldern 50-74 år i samtliga socioekonomiska grupper, 90,7-94,6 procent (tabell 2.9.2.3 i Tabellbilaga). Läst överlevnad observeras i den äldsta åldersgruppen, 75-89 år.

Den observerade överdödligheten, det vill säga dödligheten bland män med prostatacancer utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är i princip konstant över tid efter diagnosen och den ligger på en låg nivå i samtliga socioekonomiska grupper (figur 2.9.4). Överdödligheten något högre bland män i den lägsta socioekonomiska gruppen, men samtliga grupper har en överdödlighet som understiger 4 dödsfall per 100 personår när det gäller uppföljningsperioden fem år (tabell 2.9.2). Överdödligheten ökar kontinuerligt bland prostatacancerpatienter ju längre tid som går efter diagnosen (figur 2.9.5).

Med tiden ökar även skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten, det vill säga överdödligheten förutsatt att samtliga grupper har samma låga dödlighet som männen i den högsta socioekonomiska gruppen. Efter fem års uppföljning är den observerade överdödligheten 813 fall (tabell 2.9.3). Det hypotetiska antalet under motsvarande period är 623 dödsfall, förutsatt alla grupper har samma dödlighet som den bästa socioekonomiska gruppen. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten blir 190 personer efter fem års uppföljning, vilket kan tolkas som ett antal förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas om alla grupper hade samma överlevnad som den bästa gruppen.

Figur 2.9.3 Relativ 5-årsöverlevnad vid prostatacancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt regional indelning. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

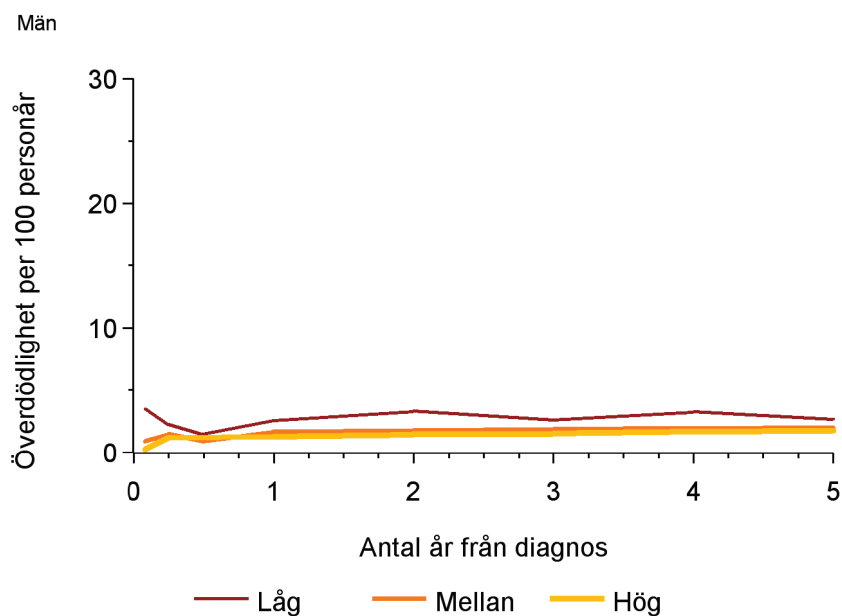
Män



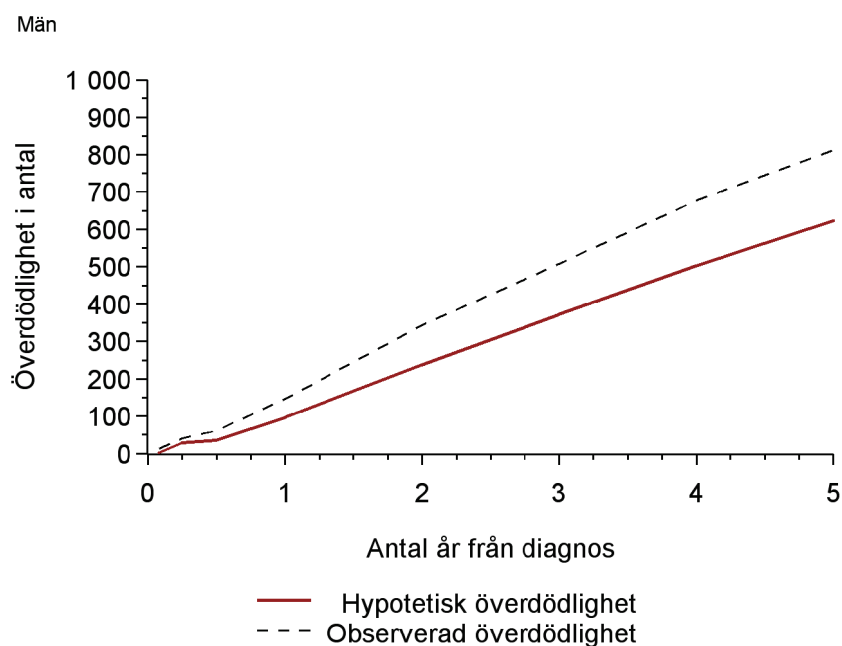
Tabell 2.9.2 Överdödlighet bland prostatacancerpatienter (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	19003	1,4	(0,1- 6,3)	20038	2,6	(0,4- 8,1)	15615	2,7	(0,5- 8,3)
Mellan	17920	0,9	(0,0- 5,4)	18772	1,7	(0,2- 6,7)	13986	2,0	(0,2- 7,2)
Hög	10686	-0,0	.	11196	1,3	(0,1- 6,0)	8260	1,8	(0,2- 6,8)

Figur 2.9.4 Överdödlighet bland prostatacancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Figur 2.9.5 Överdödlighet bland prostatacancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.



Tabell 2.9.3 Överdödlighet bland prostatacancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Män		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	61	147	813
Hypotetisk	36	97	623
Skillnad	26	51	190
--- Nedre konfidensgräns	17	38	164
--- Övre konfidensgräns	38	67	219

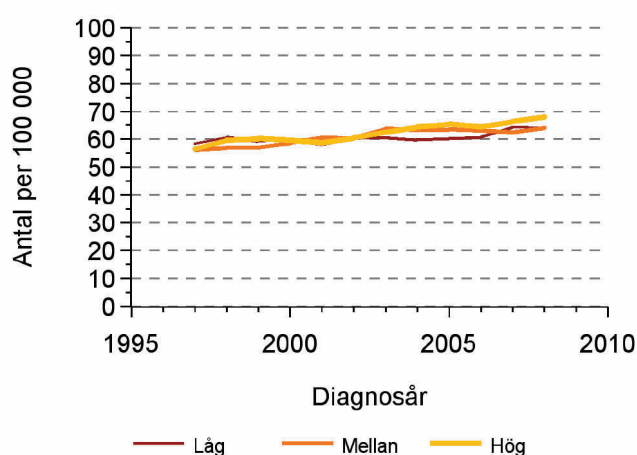
2.10 Tjocktarmscancer

Incidens

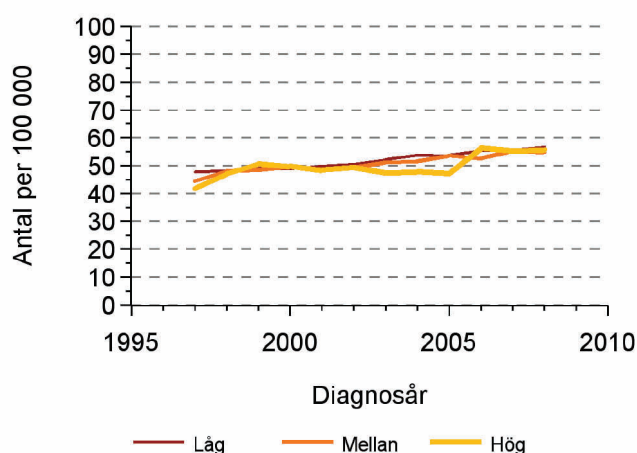
Förekomsten av tjocktarmscancer ökar över tid i samtliga socioekonomiska grupper, och sjukdomen är vanligare bland män än bland kvinnor (figur 2.10.1). Den åldersstandardiserade incidensen är ungefär lika hög oavsett socioekonomisk grupp; under perioden 2007–2009 var incidensen för män 69,0–73,1 fall per 100 000 invånare och för kvinnor var den 58,9–61,9 fall (tabell 2.10.1).

Figur 2.10.1 Incidenstrend för tjocktarmscancer per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



I åldersgruppen 30–49 år var incidensen låg och ligger på ungefär samma nivå bland män och kvinnor i samtliga socioekonomiska grupper: cirka 5,5–6,8 fall per 100 000 invånare (tabell 2.10.1.1 och tabell 2.10.1.2 i Tabellbilaga). I högre åldrar, 50–74 år och 75–89 år, är tjocktarmscancer betydligt vanligare och blir också vanligare bland män än bland kvinnor. Incidensen

skiljer sig åt mellan socioekonomiska grupper för män 75–89 år: I den högsta socioekonomiska gruppen är incidensen 301 fall per 100 000 jämfört med cirka 261 fall per 100 000 invånare bland män i de två lägsta socioekonomiska grupperna.

Tabell 2.10.1 Incidens av tjocktarmscancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30-89 år vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	69,0	(64,0 - 74,4)	60,4	(55,6 - 65,4)
Mellan	70,0	(64,5 - 75,9)	58,9	(54,3 - 63,7)
Hög	73,1	(65,1 - 81,7)	61,9	(54,7 - 69,6)

Relativ överlevnad och överdödlighet

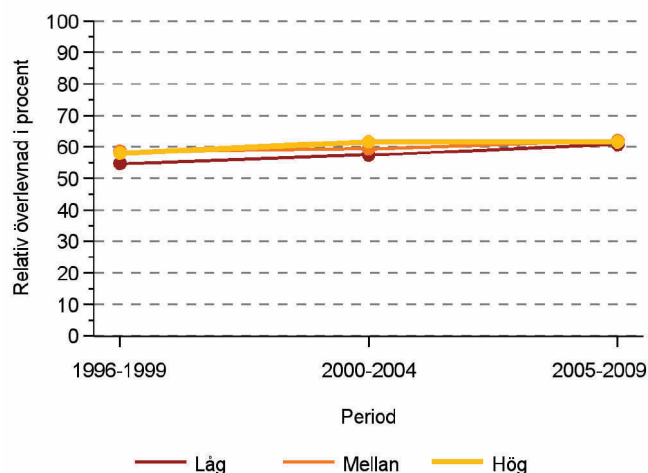
Kvinnors relativa femårsöverlevnad vid tjocktarmscancer har förbättrats över tid, framför allt mellan perioderna 2000–2004 och 2005–2009. Under hela den observerade perioden finns också skillnader mellan socioekonomiska grupper (figur 2.10.2). Även bland män finns vissa skillnader i överlevnad mellan olika grupper, men skillnaderna har minskat över tid.

Den relativa ettårsöverlevnaden för män med tjocktarmscancer är mellan 83,0 och 85,8 procent, och den ökar lite med högre socioekonomisk grupp (figur 2.10.3a). Den socioekonomiska gradienten är större för kvinnor än för män; kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen har en relativ ettårsöverlevnad på 82,2 procent och motsvarande är 87,0 procent för kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen. Överlevnaden i olika socioekonomiska grupper varierar också mellan regionerna, för både män och kvinnor, men det går inte att se något enhetligt mönster i regionerna. Skillnaderna som finns kan emellertid inte enbart förklaras av slumpen.

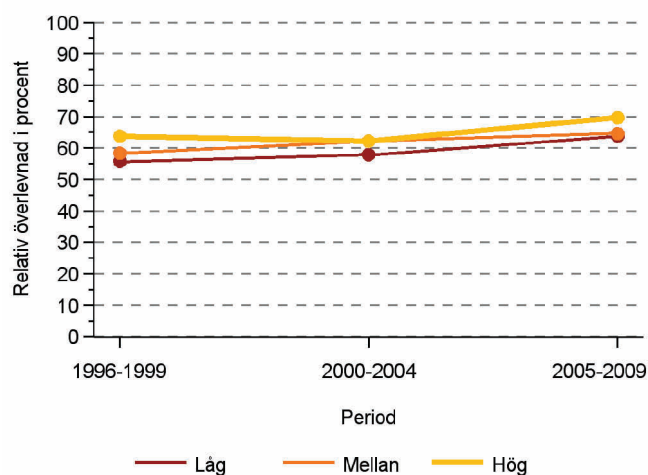
Kvinnor har generellt en högre överlevnad vid tjocktarmscancer än män, vilket tydligast framträder i den högsta socioekonomiska gruppen där den relativa femårsöverlevnaden är 69,7 procent för kvinnor och 63,1 procent för män (figur 2.10.3b). Den lägsta socioekonomiska gruppen har lägst överlevnad bland kvinnor (64,3 procent), och överlevnaden i den är högre än den högsta överlevnaden bland män (högsta socioekonomiska gruppen med 63,1 procent). Den relativa femårsöverlevnaden bland män är ungefär lika stor i alla socioekonomiska grupper (61,0–63,1 procent), med en icke statistiskt säkerställd skillnad i regionerna när det gäller socioekonomiska grupper. Även för kvinnor finns regionala socioekonomiska skillnader i den relativa femårsöverlevnaden som inte enbart kan förklaras av slumpen.

Figur 2.10.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



Kvinnor, Uppföljning 5 år



Det finns ingen tydlig skillnad i överlevnad mellan åldersgrupper i de olika socioekonomiska grupperna. Till skillnad från många andra cancerformer är den relativa femårsöverlevnaden snarast högre bland patienter som var 75-89 år vid diagnosen jämfört med yngre patienter för de två högsta socioekonomiska grupperna (tabell 2.10.2.3–tabell 2.10.2.6 i Tabellbilaga).

Den observerade överdödligheten bland patienter med tjocktarmscancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är hög under de första sex månaderna efter diagnosen men minskar sedan snabbt (figur 2.10.4). Det finns vissa socioekonomiska skillnader i överdödlighet under det första året efter diagnosen, för både män och kvinnor (tabell 2.10.2 och 2.10.3). Efter cirka ett år för män och två år för kvinnor har skillnaden i överdödlighet jämnats ut mellan socioekonomiska grupper och de ligger på samma nivå, drygt 10 dödsfall per 100 personår.

Överdödligheten bland patienter med tjocktarmscancer uppgår till 559 dödsfall bland män och 532 bland kvinnor efter fem års uppföljning (tabell 2.10.4). Den hypotetiska överdödligheten är 519 respektive 460 bland män och kvinnor, och då gäller det överdödligheten under förutsättning att det inte fanns någon skillnad i överlevnad mellan de socioekonomiska grupperna (det vill säga att samtliga hade samma könsspecifika överdödlighet som den bästa gruppen). Skillnaden mellan dessa värden är 41 män och 73 kvinnor efter fem år, vilket är de förtida dödsfall som potentiellt hade kunnat åtgärdas. Figur 2.10.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Tabell 2.10.2 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

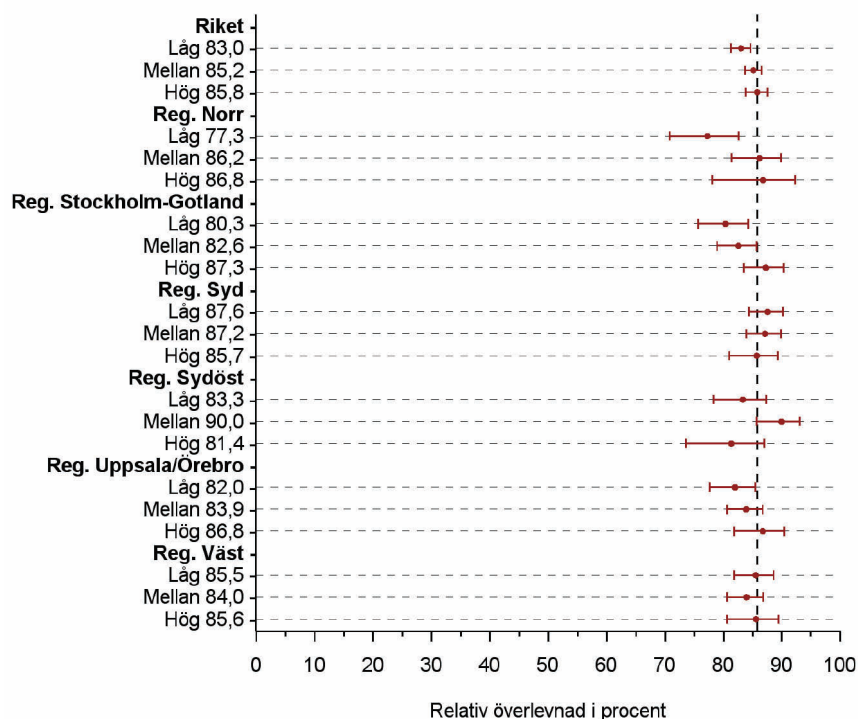
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	3318	16,7	(9,7-26,9)	3287	11,9	(6,1-20,8)	1965	5,4	(1,8-12,2)
Mellan	2932	10,1	(4,9-18,5)	2923	12,5	(6,5-21,6)	1638	4,4	(1,3-10,8)
Hög	1580	14,6	(8,1-24,3)	1563	11,6	(5,9-20,5)	858	3,8	(1,0- 9,9)

Tabell 2.10.3 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

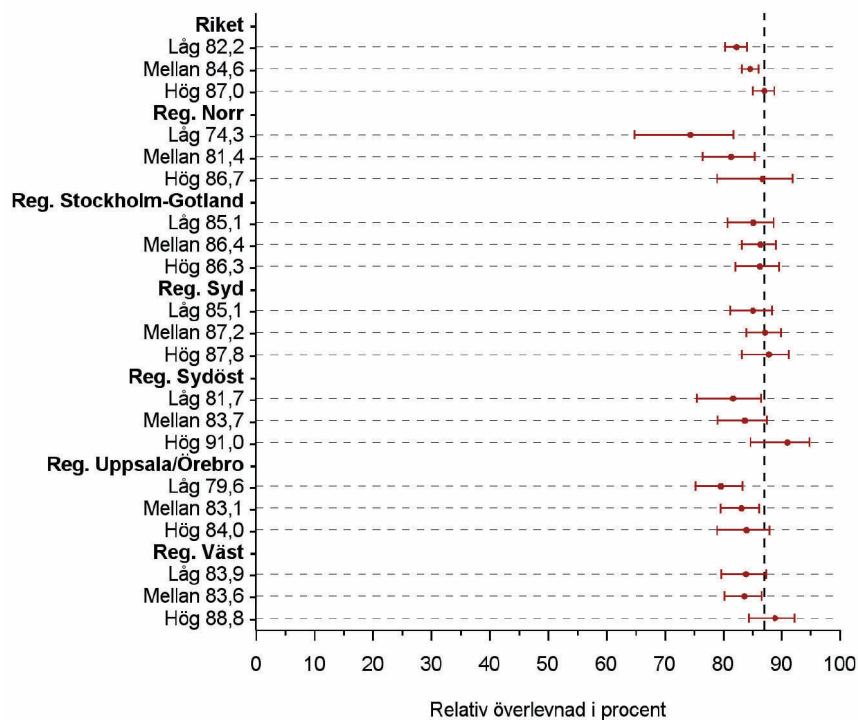
Socioek. Grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	3812	19,8	(12,1-30,6)	3790	14,3	(7,9-23,8)	2660	3,4	(0,8- 9,4)
Mellan	2873	15,4	(8,7-25,2)	2833	12,0	(6,2-20,9)	1702	2,4	(0,4- 7,8)
Hög	1484	11,7	(6,0-20,5)	1455	11,1	(5,6-19,9)	806	2,3	(0,3- 7,6)

Figur 2.10.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt regional indelning. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män

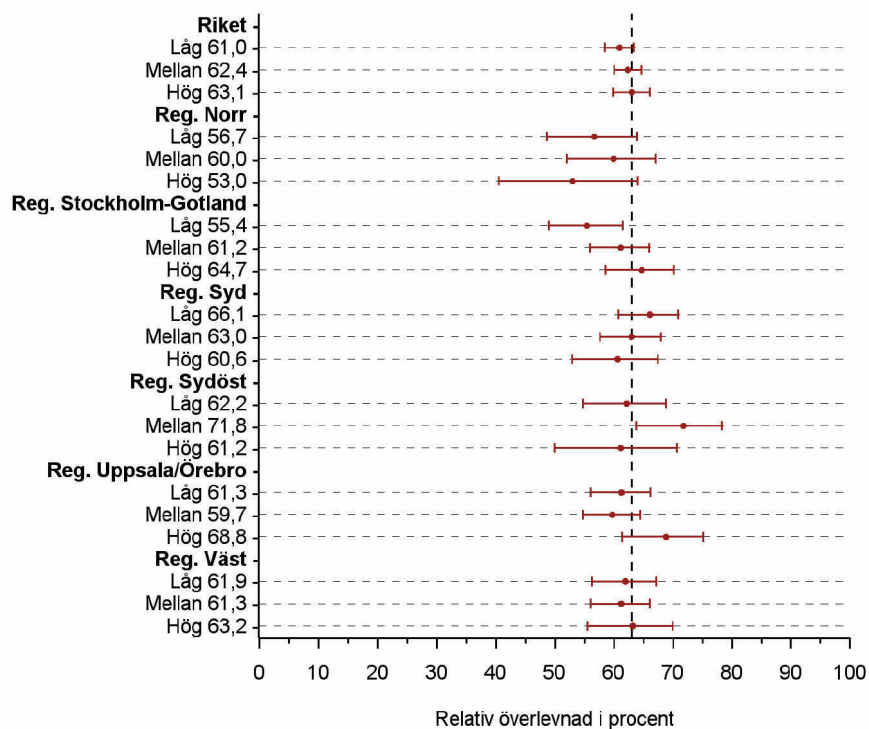


Kvinnor

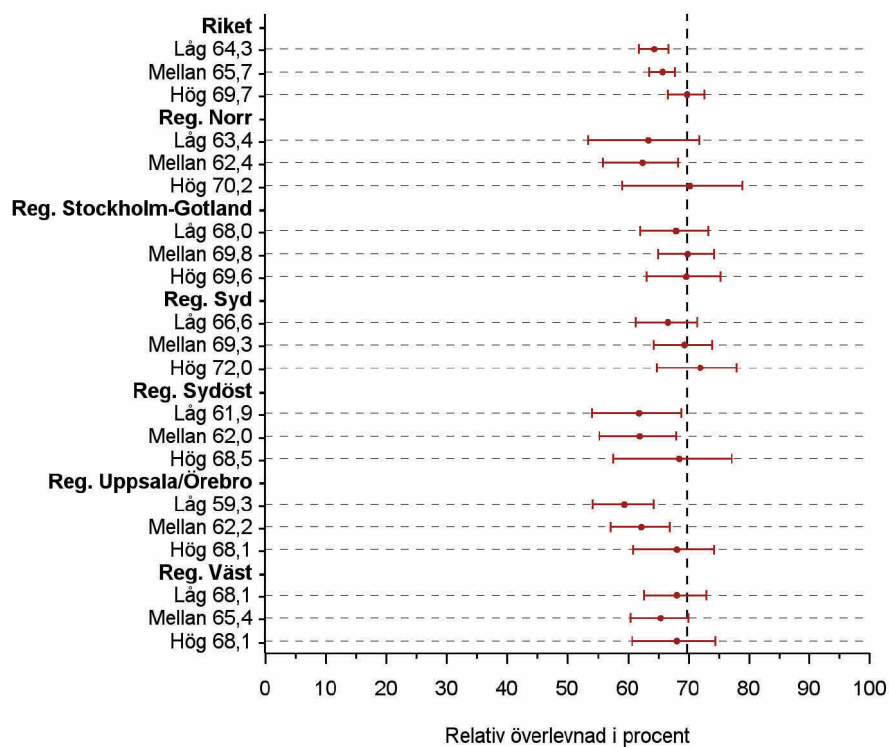


Figur 2.10.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt regional indelning. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

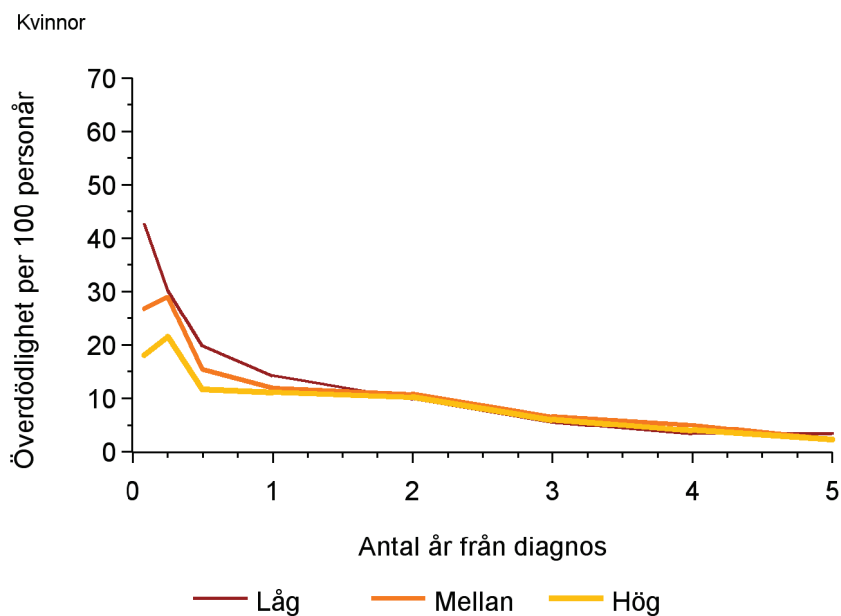
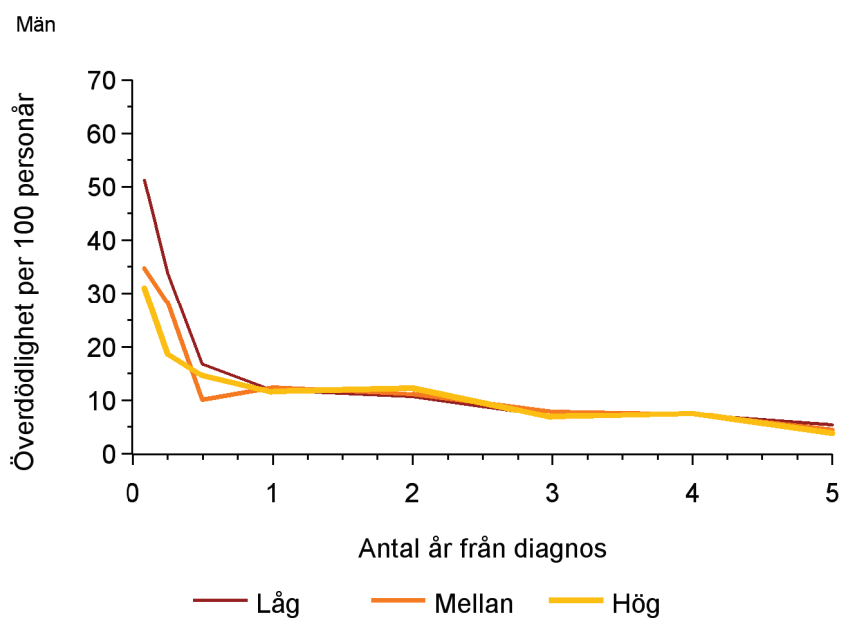
Män



Kvinnor

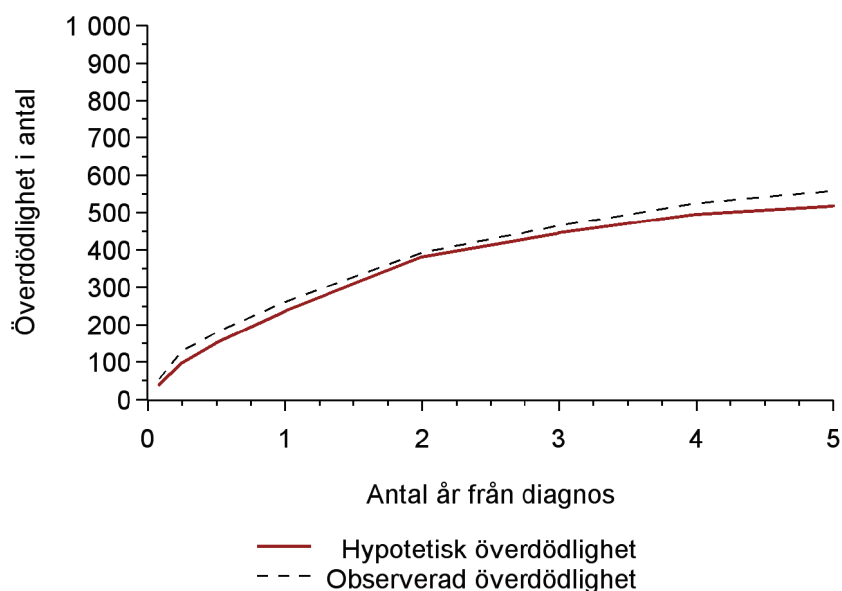


Figur 2.10.4 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

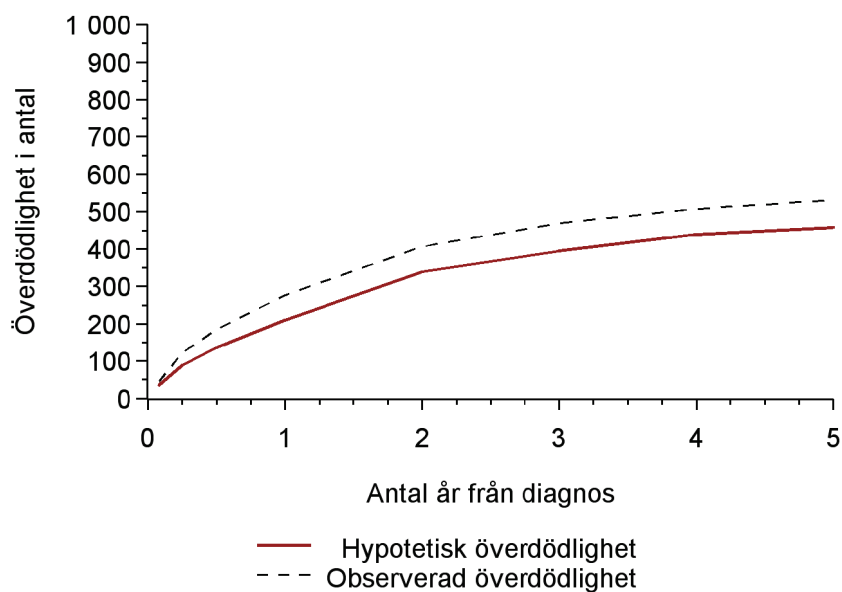


Figur 2.10.5 Överdödlighet bland tjocktarmscancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.

Män



Kvinnor



Tabell 2.10.4 Överdödlighet bland patienter med tjocktarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
<i>Observerad</i>	180	262	559	186	277	532
<i>Hypotetisk</i>	153	237	519	137	211	460
<i>Skillnad</i>	28	25	41	49	67	73
---- <i>Nedre konfidensgräns</i>	19	17	29	36	52	57
---- <i>Övre konfidensgräns</i>	40	37	55	65	85	92

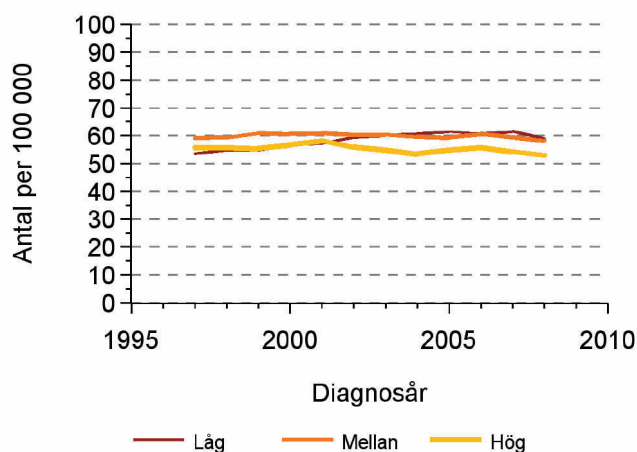
2.11 Urinblåscancer

Incidens

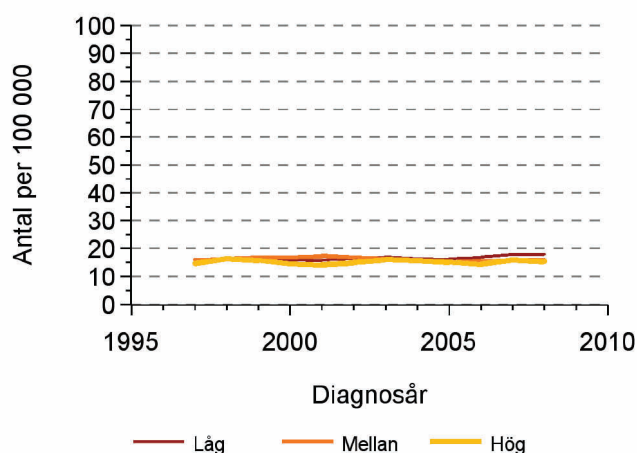
Urinblåscancer är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor och incidensen har legat på en konstant nivå sedan mitten på 1990-talet (figur 2.11.1). Incidensen av urinblåscancer är 3–4 gånger högre bland män än bland kvinnor och det finns en viss socioekonomisk variation. Under perioden 2007–2009 varierade incidensen bland kvinnor mellan 16,5 fall (låg socioekonomisk grupp) och 19,4 fall (hög socioekonomisk grupp) per 100 000 invånare (tabell 2.11.1). Bland män var incidensen under samma period cirka 64 fall per 100 000 i de två lägsta socioekonomiska grupperna och något lägre bland män i den högsta socioekonomiska gruppen: 59,2 fall per 100 000 invånare.

Figur 2.11.1 Incidenstrend för urinblåscancer per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Tabell 2.11.1 Incidens av urinblåscancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30–89 år vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	64,5	(59,6 - 69,6)	19,4	(16,6 - 22,5)
Mellan	63,7	(58,4 - 69,3)	17,2	(14,8 - 19,9)
Hög	59,2	(52,0 - 67,0)	16,5	(13,0 - 20,6)

Förekomsten av cancer i urinblåsan är ovanligt i åldern 30–49 år i samtliga socioekonomiska grupper, men den ökar kraftigt med stigande ålder (tabell 2.11.1.1 och tabell 2.11.1.2 i Tabellbilaga). Den socioekonomiska skillnaden, med högre incidens hos männen i de två lägsta socioekonomiska grupperna, kan ses i båda åldersgrupperna 50–74 år och 75–89 år.

Relativ överlevnad och överdödlighet

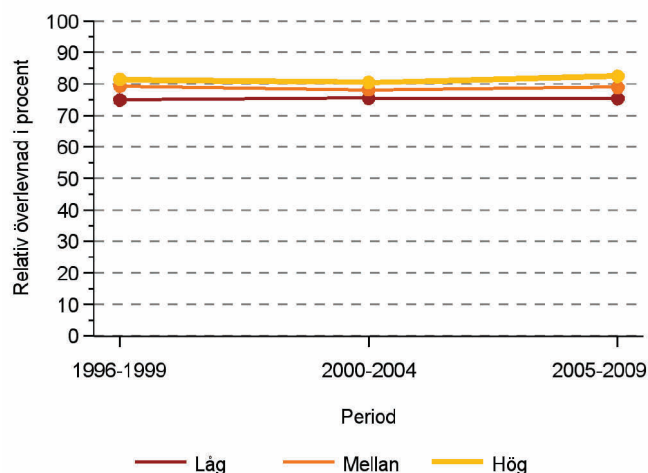
Vid urinblåscancer var den relativa överlevnaden och de socioekonomiska skillnaderna i princip konstanta under tre observerade perioder (figur 2.11.2). Det finns en tydlig socioekonomisk gradient för relativ ettårsöverlevnad i den lägre socioekonomiska gruppen bland både män och kvinnor, vilket inte kan förklaras med slumpen (figur 2.11.3a). Skillnaden kvarstår också för båda könen efter fem års uppföljning (figur 2.11.3a).

Bland män observeras en tydlig nedåtgående trend med lägre överlevnad ju äldre patienten var vid diagnosen, och den gäller för både ett- och femårsöverlevnaden i samtliga socioekonomiska grupper; den relativa femårsöverlevnaden varierar mellan 85,8 och 94,1 procent i åldergruppen 30–49 år och mellan 67,1 och 73,5 procent i åldern 75–89 år (tabell 2.11.2.3 och tabell 2.11.2.5 i Tabellbilaga). Urinblåscancer är mindre vanligt bland kvinnor och osäkerheten i resultaten är således större, men resultaten antyder att den äldsta gruppen, kvinnor 75–89 år, har en lägre överlevnad än yngre kvinnor oavsett socioekonomisk grupp.

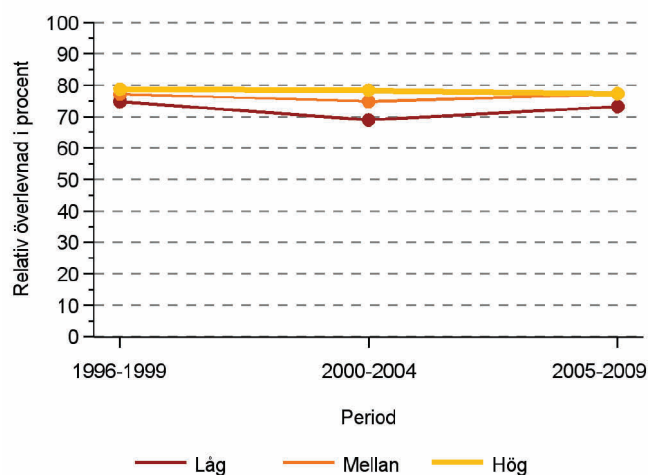
Överdödligheten bland kvinnor med cancer i urinblåsan, det vill säga dödligheten bland patienterna utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, är ungefär densamma för de två högsta socioekonomiska grupperna under det första året efter diagnosen. Kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen har dock en högre överdödlighet (figur 2.11.4). Efter sex månader är överdödligheten mellan 14,3 och 17,4 dödsfall per 100 personår för kvinnor i de två högsta socioekonomiska grupperna och 28,3 fall per 100 personår för kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen (tabell 2.11.3). Kvinnor med urinblåscancer i samtliga socioekonomiska grupper har dock samma överdödlighet i jämförelse med övriga befolkningen efter cirka två år. Samma mönster gäller för män med urinblåscancer, men en viss skillnad kvarstår i upp till tre år efter diagnosen.

Figur 2.11.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid urinblåscancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



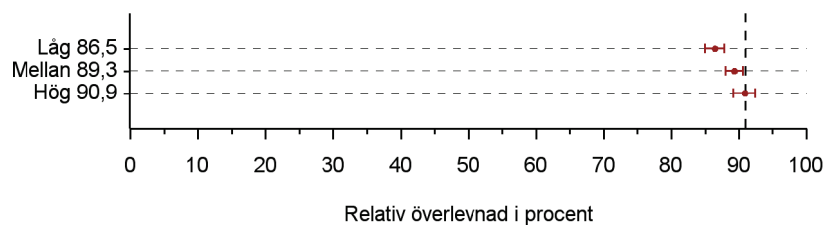
Kvinnor, Uppföljning 5 år



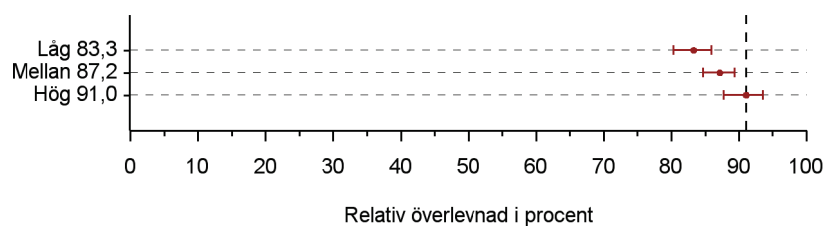
Figur 2.11.5 visar den observerade överdödligheten, det vill säga dödligheten bland patienter med urinblåscancer utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, samt den hypotetiska överdödligheten över tid. Med hypotetisk överdödlighet menas den överdödlighet som skulle ha observerats om det inte fanns någon könsspecifik skillnad i dödlighet mellan socioekonomiska grupper. Bland män med urinblåscancer uppgår den observerade överdödligheten till 387 dödsfall efter fem års uppföljning och bland kvinnor gäller det 149 dödsfall (tabell 2.11.4). Det hypotetiska antalet, det vill säga om samtliga grupper hade haft samma dödlighet som den bästa gruppen, är 318 män respektive 116 kvinnor efter fem år. Skillnaden mellan dessa värden kan ses som det antal förtida dödsfall som potentiellt skulle kunna åtgärdas, och efter fem år gäller det 70 fler överlevande män och 33 fler överlevande kvinnor. Figur 2.11.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Figur 2.11.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid urinblåscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män

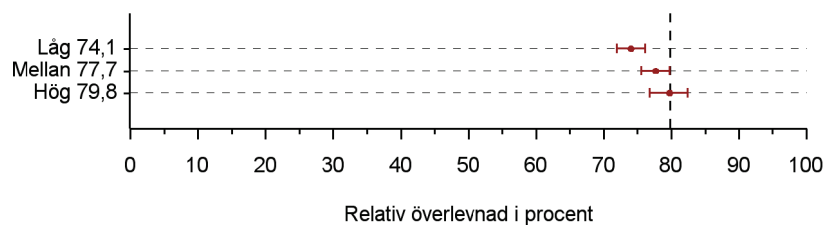


Kvinnor

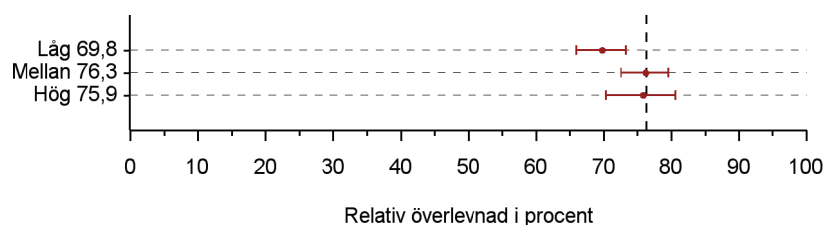


Figur 2.11.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid urinblåscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män



Kvinnor



Tabell 2.11.2 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	3614	18,2	(10,8-28,7)	3590	16,2	(9,3-26,3)	2529	2,4	(0,4- 7,8)
Mellan	2958	11,2	(5,6-19,9)	2967	13,5	(7,3-22,9)	2081	0,8	(0,0- 5,2)
Hög	1438	9,5	(4,4-17,7)	1454	11,3	(5,7-20,1)	1031	2,6	(0,5- 8,2)

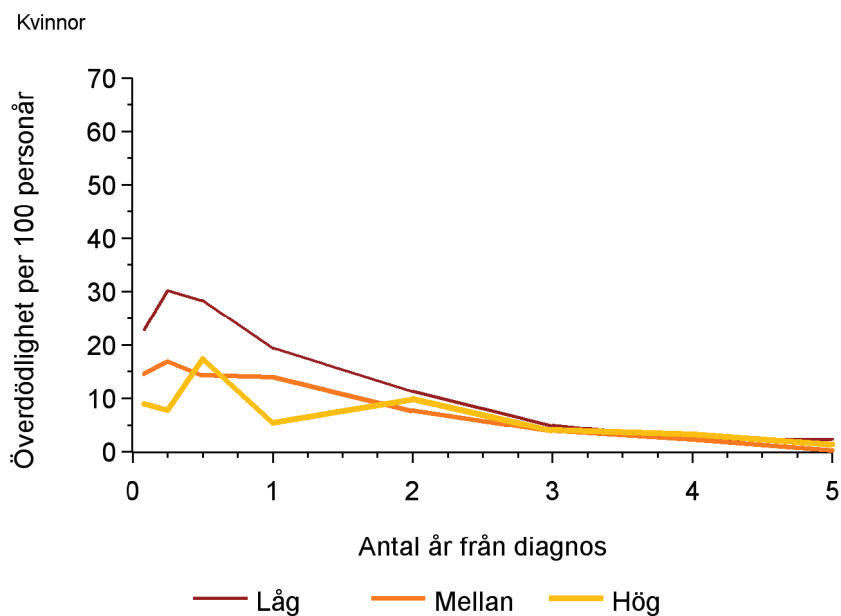
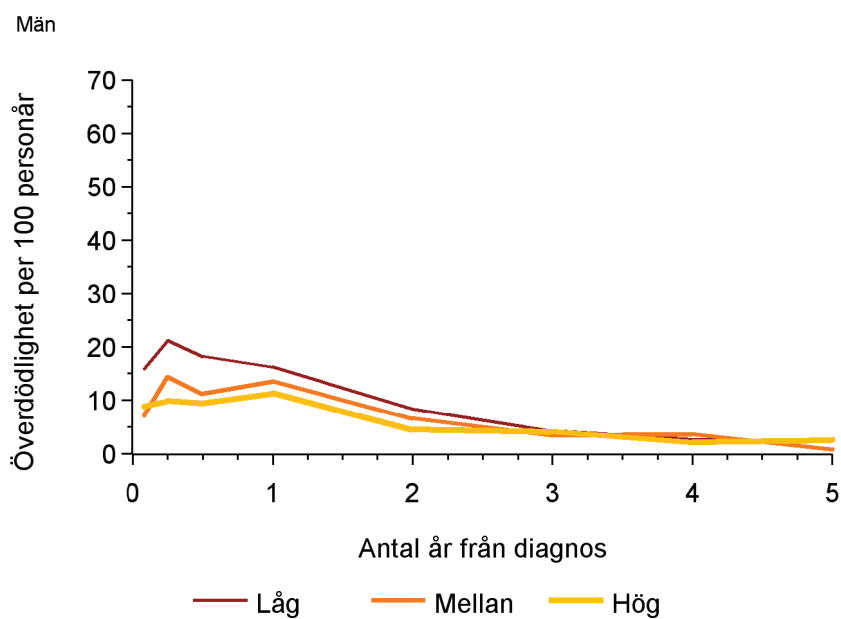
Tabell 2.11.3 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1209	28,3	(18,9-40,8)	1179	19,4	(11,7-30,1)	862	2,3	(0,3- 7,7)
Mellan	916	14,3	(7,9-23,8)	902	14,0	(7,6-23,5)	679	0,2	(0,0- 4,1)
Hög	456	17,4	(10,2-27,7)	447	5,5	(1,9-12,3)	305	1,3	(0,1- 6,2)

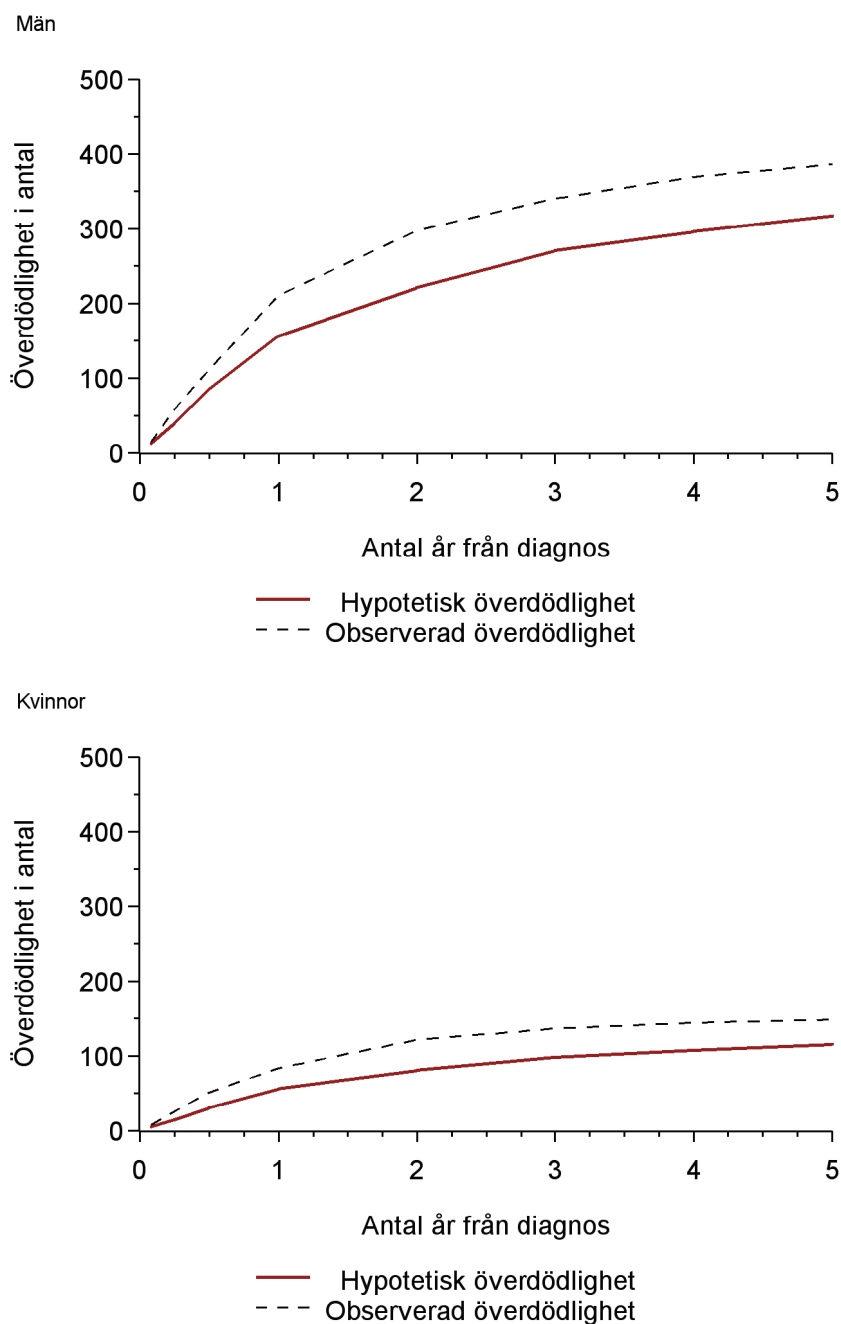
Tabell 2.11.4 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	112	212	387	52	84	149
Hypotetisk	85	157	318	31	57	116
Skillnad	27	55	70	21	28	33
---- Nedre konfidensgräns	18	41	54	13	19	23
---- Övre konfidensgräns	39	71	88	32	41	46

Figur 2.11.4 Överdödlighet bland urinblåscancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Figur 2.11.5 Överdödlighet bland patienter med urinblåscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.



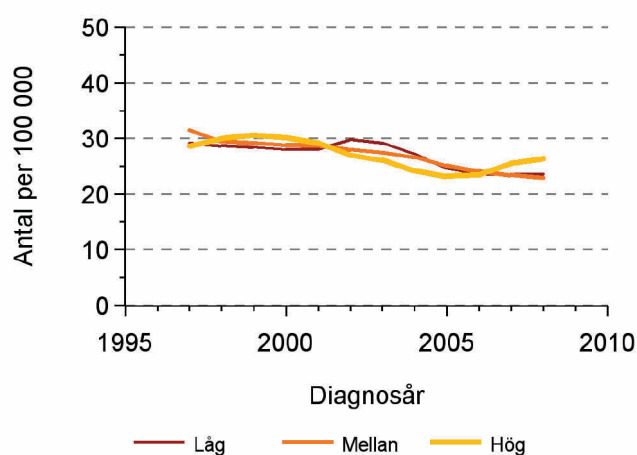
2.12 Äggstockscancer

Incidens

Trenden för incidens av äggstockscancer var konstant under slutet av 1990-talet och har därefter gått nedåt i samtliga socioekonomiska grupper (figur 2.12.1). Under perioden 2007–2009 varierade incidensen mellan 23,3 och 26,4 fall per 100 000 invånare i de socioekonomiska grupperna, och med andra ord finns det ingen markant skillnad mellan dem (tabell 2.12.1).

Figur 2.12.1 Incidensrend för äggstockscancer per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Kvinnor



Äggstockscancer är ovanligt i åldersgruppen 30–49 år i samtliga socioekonomiska grupper, 6,2–7,1 fall per 100 000 kvinnor, men ökar med stigande ålder (tabell 2.12.1.1 i Tabellbilaga). Bland kvinnor 50–74 år varierar incidensen mellan 33,9 och 38,0 fall per 100 000. Gruppen 75–89 år har störst variation mellan socioekonomiska grupper där incidensen är 42,3 fall per 100 000 bland kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen och 53,1 fall per 100 000 kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen.

Tabell 2.12.1 Incidens av äggstockscancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30–89 år vid diagnos.

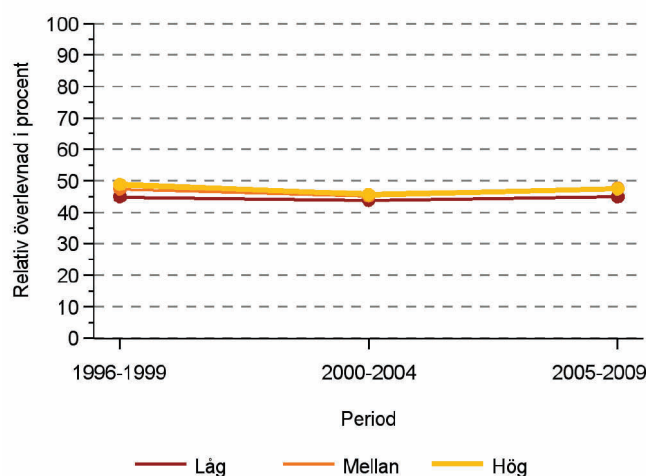
Socioekonomi	Kvinnor	
	Inc	(95% KI)
Låg	23,9	(20,3 - 27,8)
Mellan	23,3	(20,6 - 26,3)
Hög	26,4	(22,4 - 30,8)

Relativ överlevnad och överdödlighet

Den åldersstandardiserade relativa femårsöverlevnaden för äggstockscancer ligger på en konstant nivå sedan mitten på 1990-talet (figur 2.12.2). Efter både ett och fem års uppföljning finns en skillnad mellan den lägsta socioekonomiska gruppen och de två andra grupperna; den relativa ettårsöverlevnaden är 84,1 respektive 85,1 procent i grupperna med mellan hög och hög socioekonomisk nivå, och 78,2 procent för kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen (figur 2.12.3a). Efter fem års uppföljning är den relativa överlevnaden 41,6 procent bland kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen och 46,1 procent för kvinnor i de två högsta socioekonomiska grupperna (figur 2.12.3b). Dessa skillnader kan inte enbart förklaras av slumpvariationer.

Figur 2.12.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Kvinnor, Uppföljning 5 år



Prognosen för kvinnor med äggstockscancer försämras ju äldre de är vid diagnosen (tabell 2.12.2.2 och tabell 2.12.2.3 i Tabellbilaga). Efter ett års uppföljning är skillnaden i relativ överlevnad cirka 20 procentenheter mellan den äldsta och den yngsta åldersgruppen (30-49 år och 75-89 år) i samtliga socioekonomiska grupper.

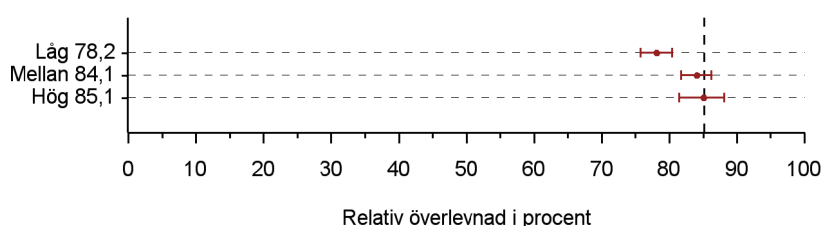
Överdödligheten bland kvinnor med äggstockscancer, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten bland samtliga kvinnor i befolkningen, är högre bland kvinnor i den lägsta socioekonomiska gruppen än bland de båda andra under de första två åren efter diagnos (figur 2.12.4). Efter sex månaders uppföljning uppgår överdödligheten till 23,7 dödsfall per 100 personår i den lägsta socioekonomiska gruppen, vilket kan jämföras med 10,1 respektive 6,1 fall i de två högsta socioekonomiska grupperna (tabell 2.12.2). Efter cirka två år har skillnaden mellan grupperna dock jämnats ut och samtliga har en observerad överdödlighet på cirka 20 dödsfall per 100 personår i jämförelse med befolkningen.

Efter fem års uppföljning är överdödligheten 390 dödsfall bland kvinnor med äggstockscancer, jämfört med det förväntade antalet i befolkningen

(tabell 2.12.3). Det hypotetiska antalet är 365, det vill säga den överdödlighet som skulle kunna observeras om samtliga grupper hade samma dödlighet som kvinnorna i den bästa socioekonomiska gruppen. Skillnaden dem emellan kan tolkas som ett antal förtida dödsfall som potentiellt skulle ha kunnat åtgärdas, och efter fem års uppföljning gäller det 25 färre dödsfall. Figur 2.12.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

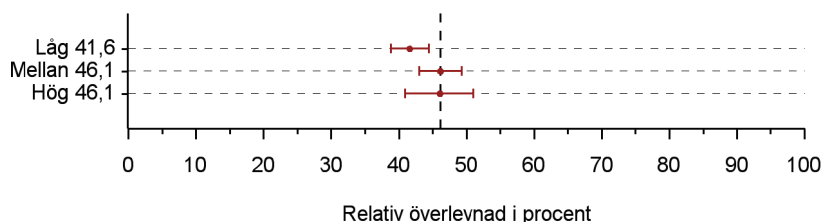
Figur 2.12.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid äggstockscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Kvinnor



Figur 2.12.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

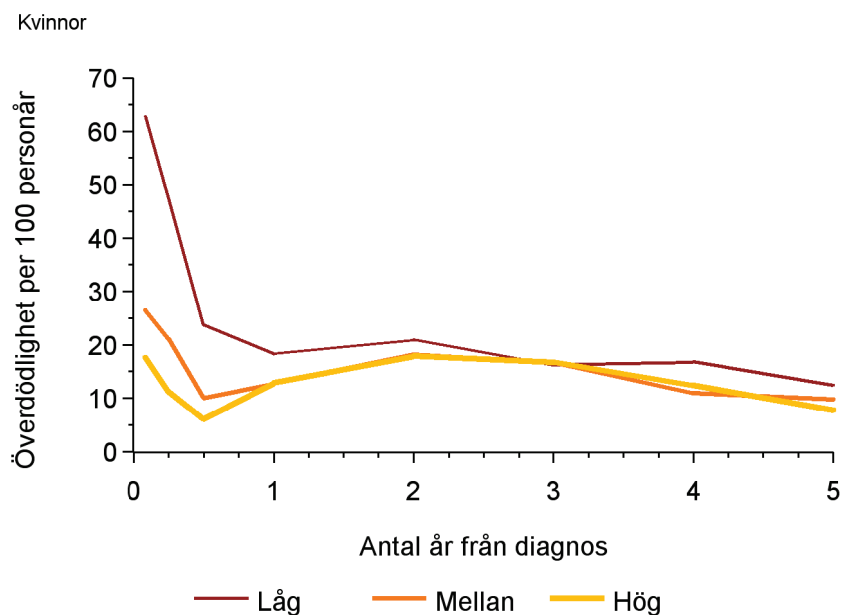
Kvinnor



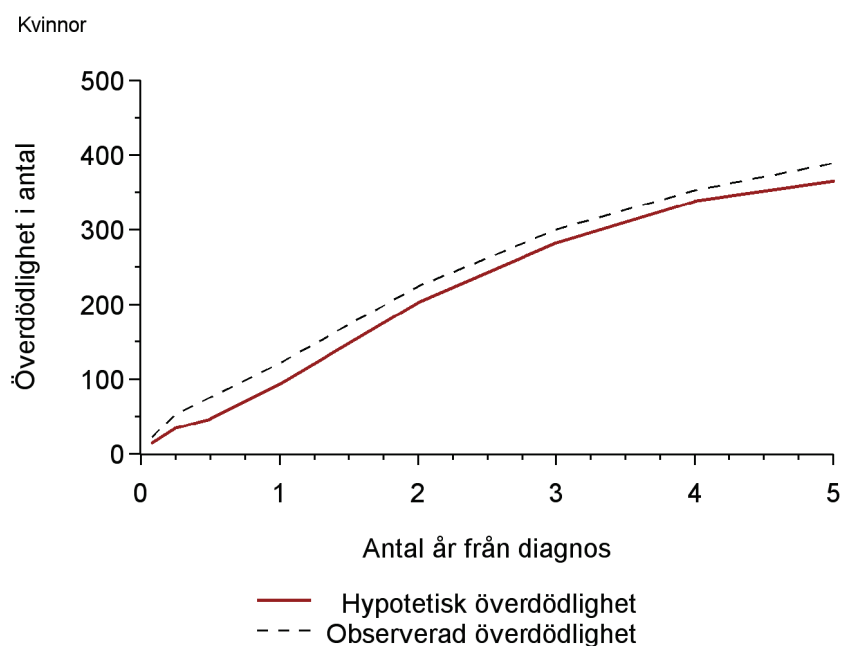
Tabell 2.12.2 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1161	23,7	(15,1-35,3)	1171	18,3	(10,9-28,9)	744	12,5	(6,6-21,7)
Mellan	1423	10,1	(4,8-18,5)	1462	12,8	(6,8-21,9)	950	9,8	(4,7-18,1)
Hög	929	6,1	(2,3-13,2)	929	12,9	(6,9-22,1)	515	7,8	(3,3-15,5)

Figur 2.12.4 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.



Figur 2.12.5 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.



Tabell 2.12.3 Överdödlighet bland patienter med äggstockscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år
Observerad	76	121	390
Hypotetisk	47	93	365
Skillnad	29	29	25
---- Nedre konfidensgräns	20	19	16
---- Övre konfidensgräns	42	41	36

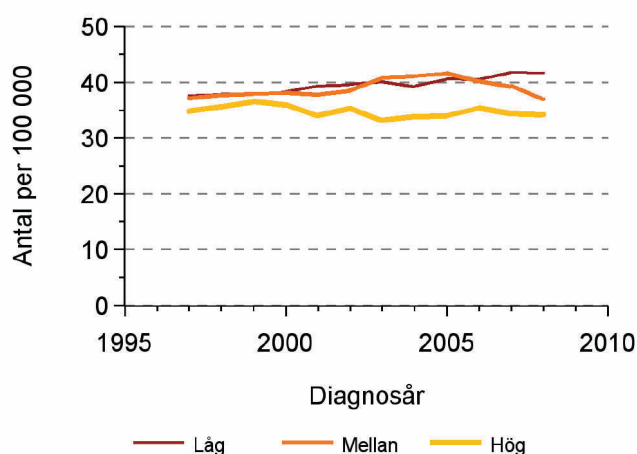
2.13 Ändtarmscancer

Incidens

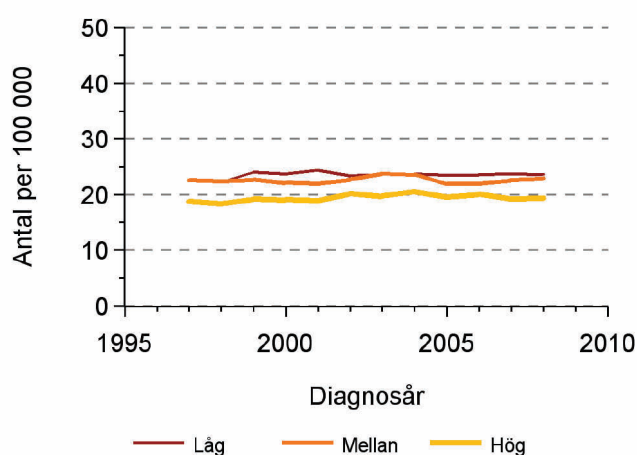
Incidenstrenden för ändtarmscancer visar sedan mitten på 1990-talet en ökning bland män i den lägsta socioekonomiska gruppen, en ökning som har följts av en minskning bland män i den mellersta socioekonomiska gruppen och en konstant nivå bland männen i den högsta socioekonomiska gruppen (figur 2.13.1). Bland kvinnor ligger incidensen på en konstant nivå i alla socioekonomiska grupper. Under perioden 2007–2009 var incidensen bland män 36,9–44,2 fall per 100 000 invånare beroende på socioekonomisk grupp (tabell 2.13.1). Variationen var mindre för förekomsten av ändtarmscancer bland kvinnor, mellan 20,3 och 24,9 fall per 100 000.

Figur 2.13.1 Incidenstrend för ändtarmscancer per socioekonomisk grupp, 1996–2008. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30–84 år vid diagnos.

Män



Kvinnor



Förekomsten av ändtarmscancer ökar kraftigt med stigande ålder. I åldersgruppen 30–49 år är incidensen låg för både kvinnor och män, 3–4 fall per 100 000 invånare oavsett socioekonomisk grupp (tabell 2.13.1.1 och tabell 2.13.1.2 i Tabellbilaga). Med stigande ålder ökar dock även skillnaden i incidens mellan olika socioekonomiska grupper; bland män i åldersgruppen 75–89 år är incidensen 137 per 100 000 invånare i den lägsta socioekonomiska gruppen, att jämföra med 121 respektive 125 fall bland män i de två högsta socioekonomiska grupperna. Incidensen av ändtarmscancer i gruppen kvinnor 75–89 år är ungefär densamma i den mellersta och lägsta socioekonomiska gruppen (70,5 respektive 72,7 fall per 100 000) medan kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen i den åldern har en incidens på 50,2 fall per 100 000 invånare.

Tabell 2.13.1 Incidens av ändtarmscancer per socioekonomisk grupp. Antal fall per 100 000 invånare med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2000. Patienter i åldern 30–89 år vid diagnos.

Socioekonomi	Män		Kvinnor	
	Inc	(95% KI)	Inc	(95% KI)
Låg	44,2	(40,2 - 48,6)	24,9	(21,7 - 28,4)
Mellan	39,0	(35,0 - 43,3)	23,8	(20,9 - 26,8)
Hög	36,9	(31,5 - 42,9)	20,3	(16,7 - 24,4)

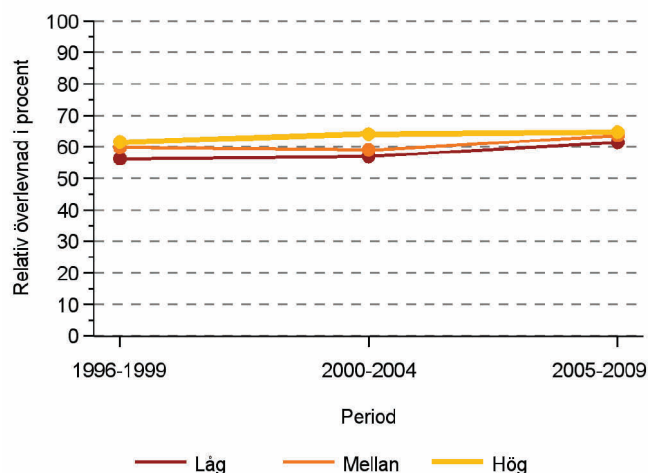
Relativ överlevnad och överdödlighet

Den relativa femårsöverlevnaden för män med ändtarmscancer ligger på en tämligen konstant nivå över tid, även om man kan se en viss utveckling för män i de två lägsta socioekonomiska grupperna (figur 2.13.2). Kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen har en viss ökning av femårsöverlevnaden över tid medan överlevnaden i de övriga socioekonomiska grupperna ligger på en konstant nivå.

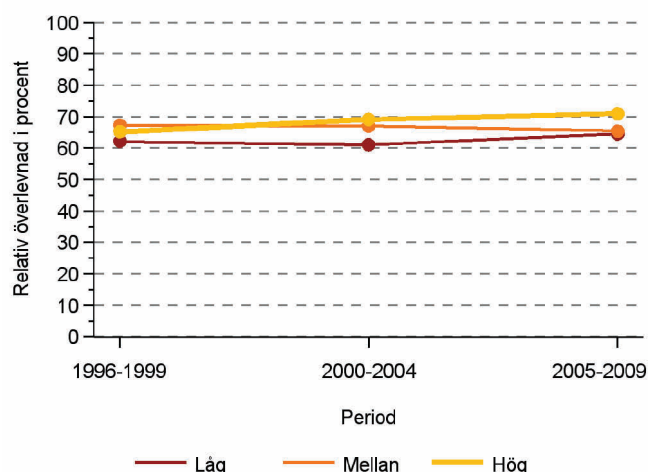
Efter ett års uppföljning finns det en socioekonomisk gradient för överlevnaden bland män: 84,0 procent i den låga, 85,8 procent i den mellanhöga och 88,2 procent i den höga socioekonomiska gruppen (figur 2.13.3a). Detta mönster kan även till viss del ses på regional nivå. Efter fem år har skillnaden mellan grupperna minskat och överlevnaden är 60,3–62,3 procent (figur 2.13.3b). För kvinnor med ändtarmscancer är ettårsöverlevnaden ungefär densamma oavsett socioekonomisk grupp, 86,0–88,2 procent, men efter fem års uppföljning har kvinnor i den högsta socioekonomiska gruppen högre överlevnad än kvinnor i de två lägsta grupperna (figur 2.13.3a och 2.13.3b). Det finns därmed en socioekonomisk gradient på så sätt att överlevnaden är högre ju högre socioekonomisk grupp patienten tillhör. Den kan noteras både i riket och i flera regioner, för både män och kvinnor, men skillnaderna kan sannolikt förklaras med slumpvariationer.

Figur 2.13.2 Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer per socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

Män, Uppföljning 5 år



Kvinnor, Uppföljning 5 år



Det finns inget entydigt mönster beträffande den åldersspecifika överlevnaden vid tjocktarmscancer. När det gäller den lägsta socioekonomiska gruppen har patienter i åldersgruppen 50–74 år cirka 7–10 procentenheters högre överlevnad än patienter 30–49 år och 75–89 år (tabell 2.13.2.3–2.13.2.6 i Tabellbilaga). För de två högsta socioekonomiska grupperna avtar överlevnaden med stigande ålder, och skillnaden är särskilt stor mellan åldersgruppen 75–89 och de lägre åldersgrupperna (30–54 och 50–74 år).

Överdödligheten bland ändtarmscancerpatienter, det vill säga dödligheten utöver den förväntade dödligheten i befolkningen, ökar bland både män och kvinnor i den lägre socioekonomiska gruppen. Efter ett år har skillnaden i överdödlighet för män dock jämnats ut mellan grupperna och sjunker långsamt med tiden sedan diagnosen (figur 2.13.4). Överdödligheten bland männen efter ett år är 9,5–13,0 dödsfall per 100 personår (tabell 2.13.2). Samma mönster observeras bland kvinnor med ändtarmscancer, men skillnaden i överdödlighet finns kvar längre mellan olika socioekonomiska

grupper (figur 2.13.4). Fem år efter en ändtarmscancerdiagnos är dödligheten 3,5–4,9 respektive 5,6–6,5 dödsfall per 100 personår bland kvinnor respektive män, utöver den förväntade i befolkningen.

Överdödligheten, räknat i ett absolut antal dödsfall, ökar i en snabbare takt bland män än bland kvinnor med ändtarmscancer (figur 2.13.5). Den observerade överdödligheten uppgår till 378 fall bland män och 254 bland kvinnor fem år efter diagnosen (tabell 2.13.4). Den hypotetiska överdödligheten gäller överdödligheten bland patienter med ändtarmscancer under förutsättning att det inte fanns någon könsspecifik skillnad i överlevnad mellan de socioekonomiska grupperna. Efter fem år är den hypotetiska överdödligheten 363 dödsfall bland män och 223 bland kvinnor. Skillnaden mellan den observerade och den hypotetiska överdödligheten motsvarar ett antal förtida dödsfall bland patienter med ändtarmscancer som potentiellt skulle kunna åtgärdas. Efter fem års uppföljning uppgår den skillnaden till 16 förtida dödsfall hos män och 32 hos kvinnor. Figur 2.13.5 visar den observerade och den hypotetiska överdödligheten över tid.

Tabell 2.13.2 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer (män) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005–2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30–89 år vid diagnos.

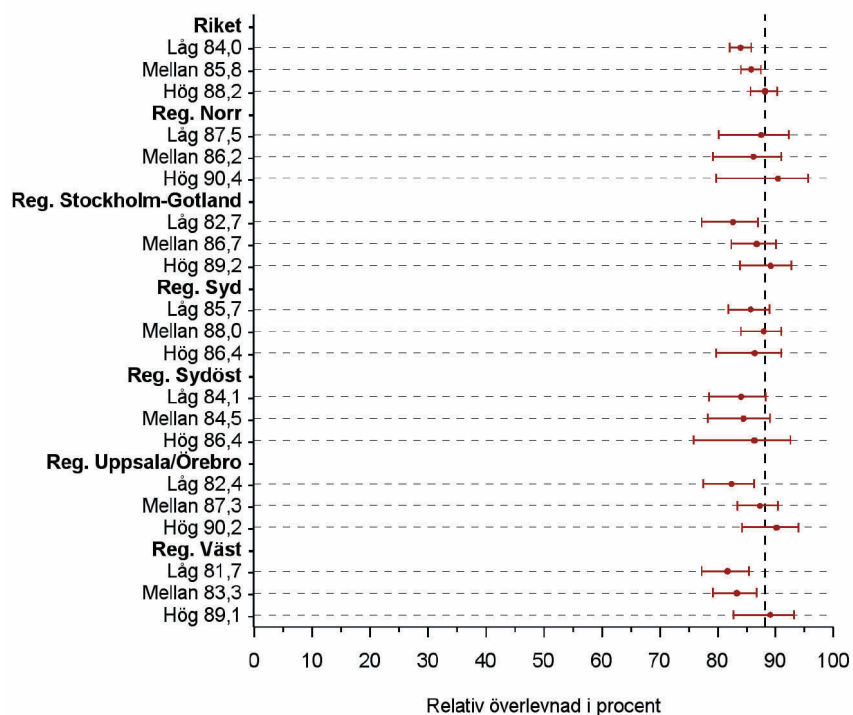
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	2311	18,7	(11,2–29,3)	2277	12,6	(6,6–21,7)	1372	6,5	(2,5–13,7)
Mellan	1960	12,3	(6,4–21,4)	2008	13,0	(6,9–22,2)	1157	5,6	(2,0–12,5)
Hög	960	9,9	(4,7–18,2)	955	9,5	(4,5–17,8)	546	6,2	(2,4–13,4)

Tabell 2.13.3 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer (kvinnor) per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005–2009. Antal fall per 100 personår med 95% konfidensintervall. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30–89 år vid diagnos.

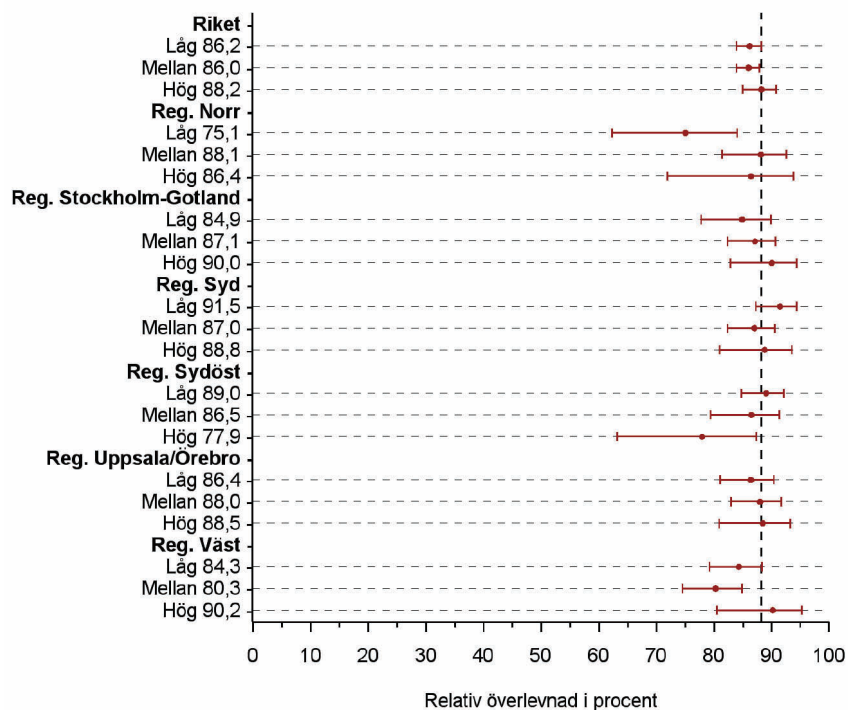
Socioek. grupp	6 mån			1 år			5 år		
	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)	N	ÖD	(95% KI)
Låg	1634	17,9	(10,6–28,4)	1624	15,0	(8,4–24,7)	1183	4,9	(1,6–11,6)
Mellan	1303	16,3	(9,3–26,3)	1323	13,6	(7,4–23,0)	879	4,3	(1,3–10,7)
Hög	661	10,5	(5,1–19,0)	650	10,4	(5,1–19,0)	404	3,5	(0,9–9,6)

Figur 2.13.3a Relativ 1-årsöverlevnad vid ändtarmscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt riket och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

Män

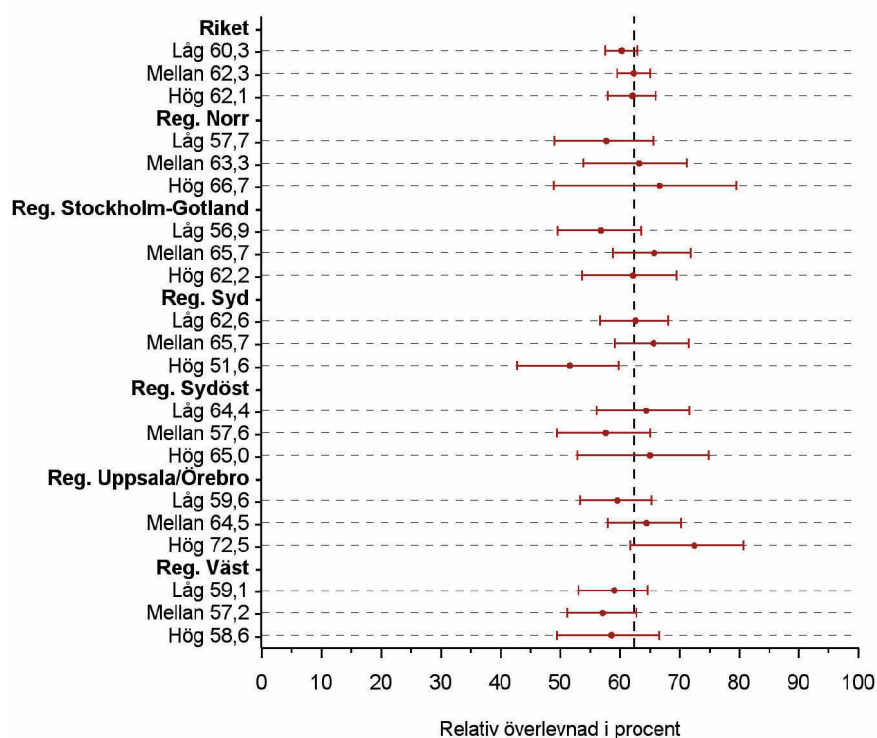


Kvinnor

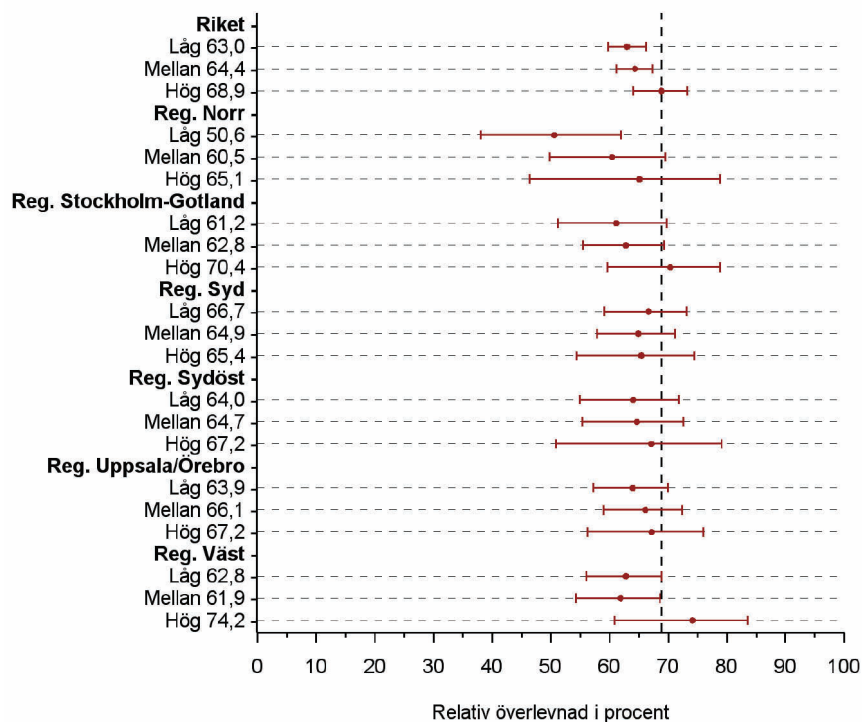


Figur 2.13.3b Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer, med 95% konfidensintervall, per socioekonomisk grupp samt riket och region. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Period 2005-2009. Referensnivå: den socioekonomiska gruppen med högst överlevnad.

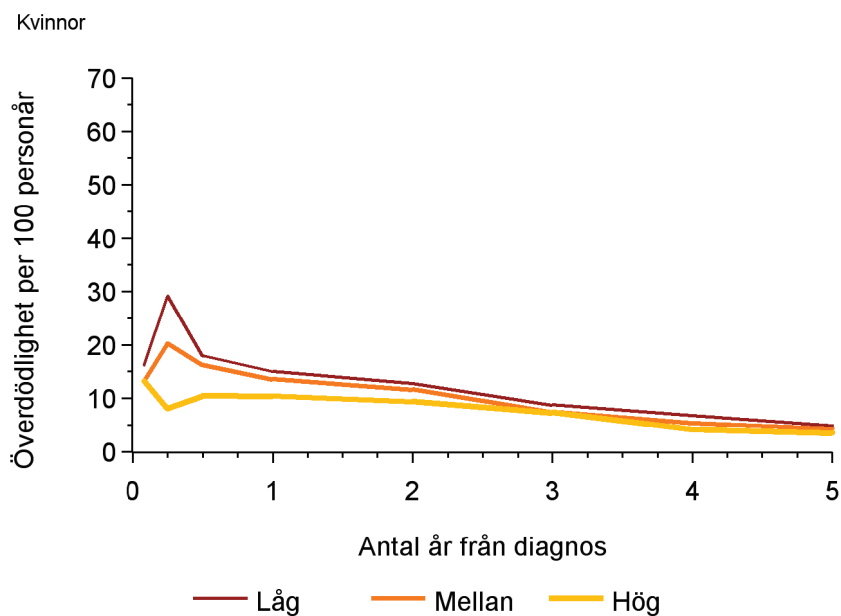
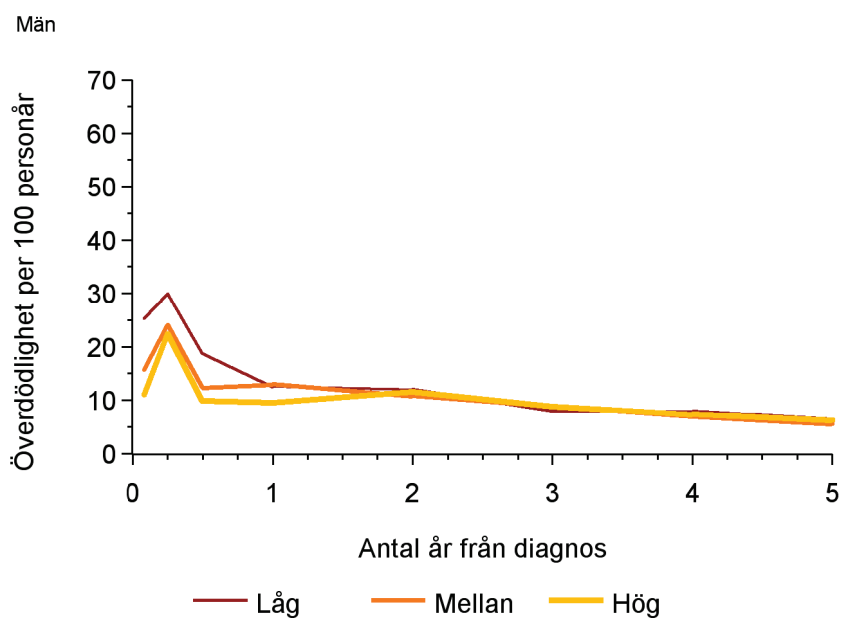
Män



Kvinnor

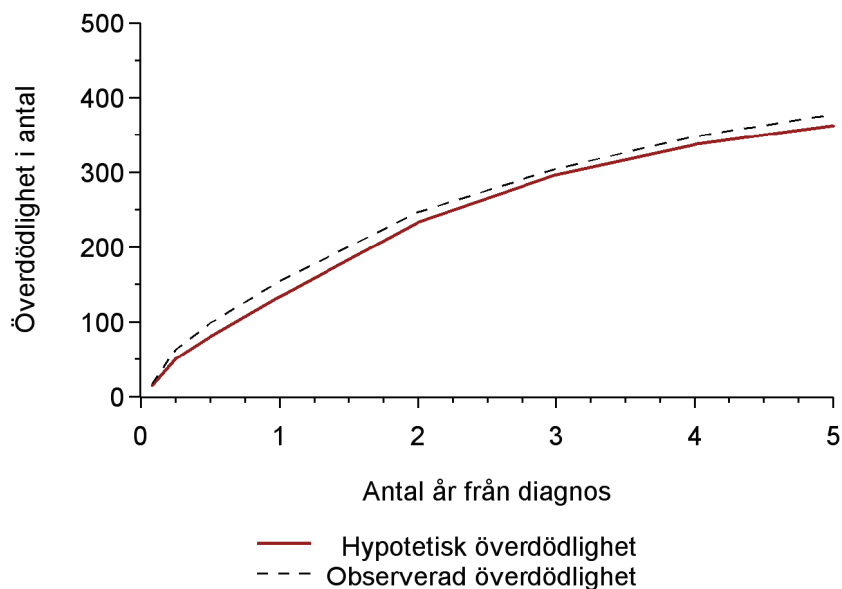


Figur 2.13.4 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen per socioekonomisk grupp och över tid sedan diagnos. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Antal fall per 100 personår. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos.

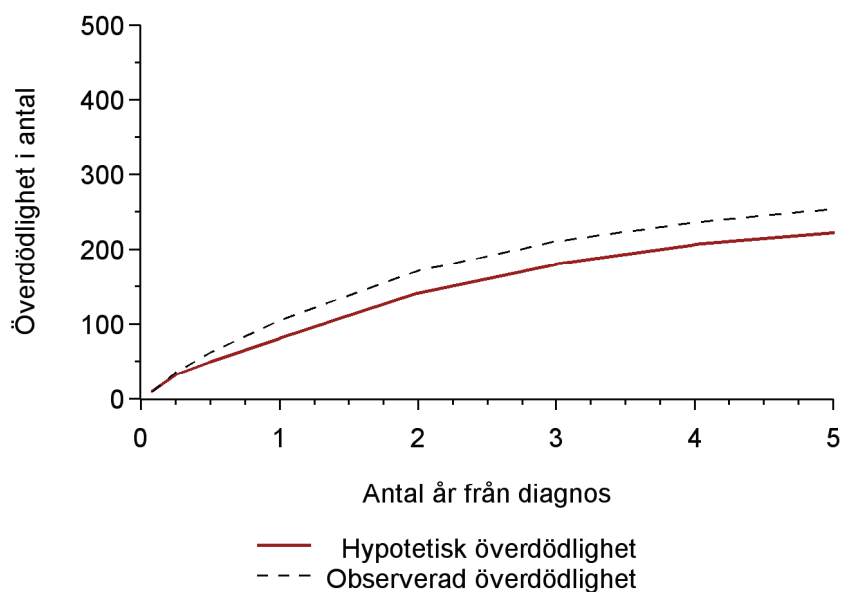


Figur 2.13.5 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna.

Män



Kvinnor



Tabell 2.13.4 Överdödlighet bland patienter med ändtarmscancer jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Beräknat som ett årligt genomsnitt under perioden 2005-2009. Kumulativt antal över tid sedan diagnos. Med hypotetisk överdödlighet avses den förväntade överdödligheten om det inte var skillnad mellan de socioekonomiska grupperna. Skillnad (observerad – hypotetisk) med 95% konfidensintervall.

	Män			Kvinnor		
	6 mån	1 år	5 år	6 mån	1 år	5 år
Observerad	99	155	378	62	105	254
Hypotetisk	80	134	363	50	81	223
Skillnad	19	21	16	13	25	32
---- Nedre konfidensgräns	12	13	9	7	16	22
---- Övre konfidensgräns	30	32	26	22	36	45

Kommentar till resultat på socioekonomisk indelning

När alla cancerformer studeras tillsammans finns det inga uppenbara skillnader i antalet insjuknade mellan olika socioekonomiska grupper. Om man i stället analyserar de tolv utvalda tumörformerna separat finns det skillnader i insjuknande för lungcancer, malignt melanom, bröstcancer och prostatacancer. Dessa skillnader är kända sedan tidigare och beror på att rökning, solexponering samt att mammografiscreening och PSA-provtagning inte är lika vanligt i de tre grupperna. Samtliga dessa bakomliggande faktorer är åtgärdbara.

Resultaten av överlevnadsanalysen visar en tydlig gradient med bättre överlevnad i den högsta socioekonomiska gruppen, och det gäller för all cancer och även genomgående för var och en av de studerade tumörformerna. Den lägsta socioekonomiska gruppen har med något enstaka undantag klart sämre överlevnad, medan resultaten för mellangruppen varierar mer. De två huvudmönstren som framträder är att mellangruppen antingen har en mellanställning i överlevnad eller ligger mer i nivå med den högsta socioekonomiska gruppen.

Under 1996–2009 förbättrades överlevnadstalen för varje socioekonomisk grupp, men skillnaderna dem emellan är i stort konstanta när perioden 2005–2009 jämförs med 1996–1999. Det betyder att alla grupper får ta del av nya landvinningar i omhändertagandet av cancerpatienter, men det antyder samtidigt att det finns orsaker till den socioekonomiska gradienten i överlevnad som mer specifikt måste utredas och åtgärdas.

Skillnaderna i överlevnad mellan de socioekonomiska grupperna är störst under den första tiden efter diagnosen, vilket också gäller jämförelser av canceröverlevnad mellan geografiska områden och administrativa eller sjukvårdande enheter. En vanlig och rimlig tolkning är att skillnaderna framför allt bestäms av hur avancerad canceren var vid diagnosen samt av om patienterna samtidigt har några andra allvarliga sjukdomar. I denna analys ingår inte stadium vid diagnos eller förekomst av en annan allvarlig sjuklighet, vilket starkt begränsar möjligheten att till exempel dra några direkta slutsatser om resultatet av behandlingsinsatserna. Skillnaderna visar dock en övergripande olikhet som behöver analyseras och angripas från många olika håll. Sannolikt behövs bättre rådgivning och tillgång till diagnostik, bättre behandling och förstärkta stödåtgärder under och efter behandlingen.

Precis som i överlevnadsanalyserna per region och län har de socioekonomiska analyserna tagit hänsyn till den skillnad i överlevnad som finns mellan män och kvinnor. I stora studier är det välkänt att kvinnor överlever många former av cancer bättre än män, och därigenom har man delvis accepterat att det finns en tumörbiologisk grundläggande skillnad mellan män och kvinnor. Emellertid finns ingen gyllene standard för hur stor en sådan skillnad normalt ska vara i varje enskild tumörform. Därmed finns det också en risk för att man bortförklarar en differens i överlevnad mellan män och kvinnor med biologiska faktorer, när det i själva verket finns en icke medicinskt motiverad skillnad som måste åtgärdas.

Skillnaderna i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper är mycket konsistenta för de studerade tumörgrupperna, och utifrån denna rapports resultat är det svårt att urskilja en diagnos eller en region där mönstret bryts. Den lägsta socioekonomiska gruppen har tydligt sämre överlevnad, även om skillnaden möjligen är mindre uttalad i Region Syd samt för ändtarmscancer. Vid närmare studier kan det vara värt att undersöka om det omfattande kvalitetsarbetet med omhändertagandet av ändtarmscancer har minskat de socioekonomiska skillnaderna. Socialstyrelsen ser behov av en skyndsam analys av orsakerna för att se om det finns några snabbt genomförbara förbättringar som kan få relativt stor betydelse.

Bilaga 1

Vikter för åldersstandardisering av antal insjuknande per 100 000 och år

Vikterna är beräknade utifrån Sveriges befolkning den 1 januari år 2000.

Ålder	30-84	30-89	30-49	50-74	75-84	75-89
30-34	119	116	264			
35-39	113	110	252			
40-44	109	106	242			
45-49	109	106	242			
50-54	121	118		274		
55-59	103	100		233		
60-64	80	78		181		
65-69	71	69		160		
70-74	68	66		153		
75-79	65	63			598	483
80-84	43	42			402	325
85-89		25				192
Summa	1 001	999	1 000	1 001	1 000	1 000

Vikter för åldersstandardisering av relativ överlevnad

Standard 1 har använts till flertalet diagnoser i rapporten utom till malignt melanom i huden

och prostatacancer. Standard 2 har använts till malignt melanom. Vikterna är anpassade

utifrån tabell 4 och 5 i International Cancer Survival Standard (ICSS)[1]

Period 2005-2009		Analys av utvecklingen över tid	
Ålder	Standard 1	Ålder	Standard 1
30-59	290	30-59	341
60-69	270	60-69	318
70-79	290	70-79	341
80-89	150		
Summa	1 000	Summa	1 000
Ålder	Standard 2	Ålder	Standard 2
30-44	280	30-44	244
45-54	170	45-54	198
55-64	210	55-64	244
65-74	200	65-74	233
75-89	140	75-79	81
Summa	1 000	Summa	1 000

Alder	Prostata	Alder	Prostata
30-54	20	30-54	22
55-64	130	55-64	141
65-74	370	65-74	402
75-84	400	75-79	435
85-89	80		
Summa	1 000	Summa	1 000

1. Corazziari, I., M. Quinn, and R. Capocaccia, *Standard cancer patient population for age standardising survival ratios*. Eur J Cancer, 2004. **40**(15): p. 2307-16.