

Så har pandemin påverkat cancervården

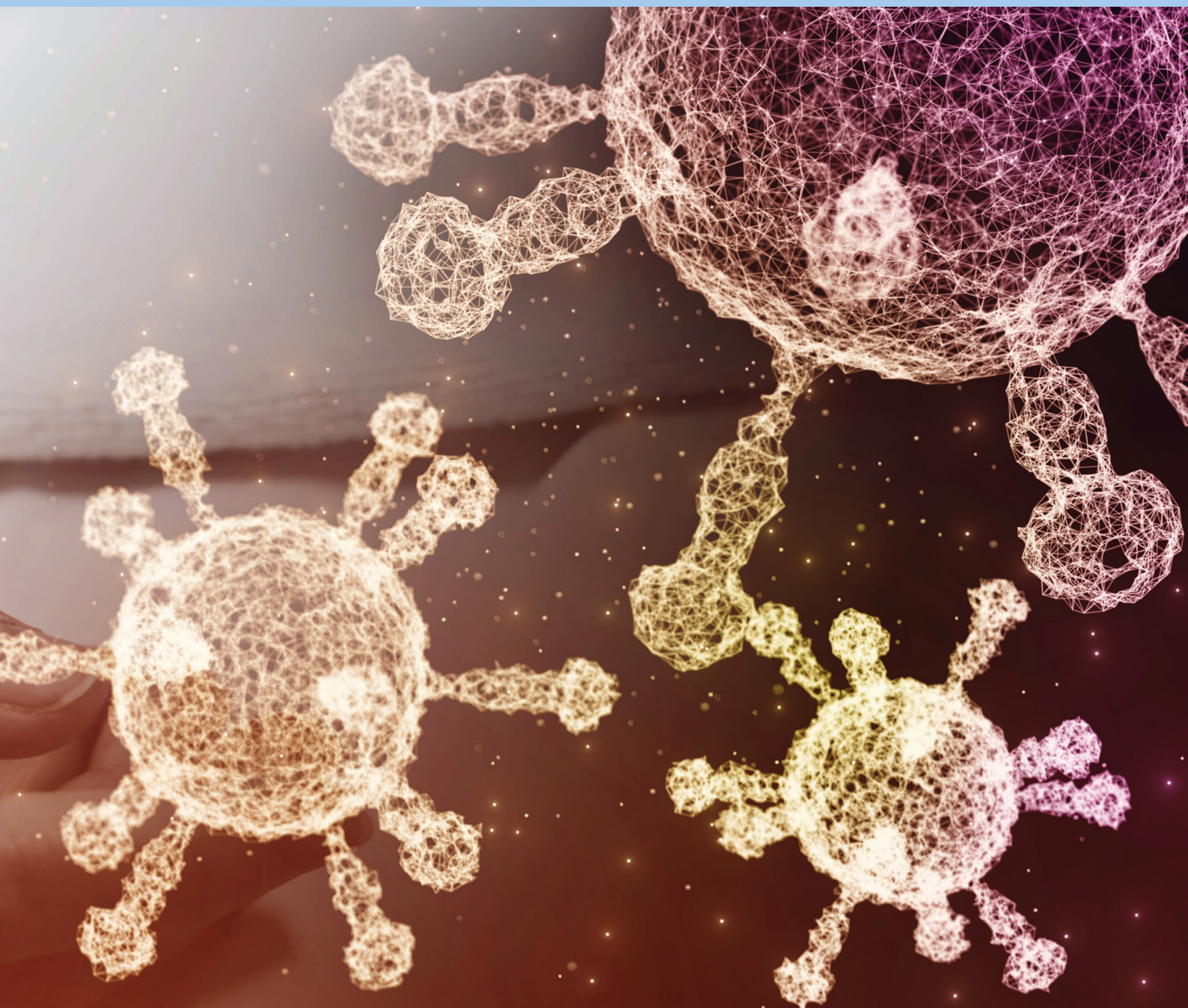
”Sverige bör klara den reella vårdskulden”



Det dröjde en bit in i mars 2020 innan vi i Sverige insåg att vi var på väg in i en pandemi som skulle bli den värsta landet upplevt sedan spanska sjukans dagar 1918–1920. Nu drygt ett år senare har vi delvis vant oss vid att tillvaron är påtagligt förändrad. Här sammanfattar docent **Johan Ahlgren**, verksamhetschef vid RCC Mellansverige, sina egna intryck och tillgängliga uppgifter om pandemins påverkan på cancervården.

Förändringen har påverkat vardagslivet för de flesta, över en miljon bekräftade fall i Sverige medan tiotusentals har behandlats inom intensivvården. Tusentals personer har avlidit i förtid, något som lett till sorg och saknad bland ännu fler efterlevande. De förödande effekterna inom Sveriges äldreomsorg, som var helt oförberedd på pan-

demin, är det kanske mest bestående intrycket. Under året som gått har dock media successivt fått ett ökat intresse för pandemins sidoeffekter som ännu inte är helt överblickbara. Det handlar om negativa psykosociala effekter av isolering, försämringar inom skola och utbildning, företag som gått omkull, ökad arbetslöshet och sist men inte minst; covid-



19-pandemins påverkan på sjukvården. Coronapandemin har också påverkat arbetssituationen för många av oss; när jag tittar i mappen ”Corona” i min jobbdator är den äldsta filen från 1 april 2020, totalt har jag drygt 200 filer i mappen.

Inom RCC insåg vi tidigt att vi måste dra vårt strå till stacken för att öka kunskapen om vad det var som höll på att hända. Redan i mitten av april skrev tidningarna om att antalet patienter med hjärtsymtom som sökte akut hade minskat märkbart.

Cancervården påverkades dock inte riktigt lika plötsligt eftersom tumörutredningar oftast tar ett antal veckor. På RCC Stockholm-Gotland kunde man i början av maj 2020 se en dramatisk nedgång av antalet diagnostiserade cancer-

fall och i en rapport från VAL-databasen konstaterades en nedgång under april på 26 procent. På den nationella nivån finns ingen motsvarande databas som samlar alla vårdtillfällen från primär- och specialistvård, det är istället Cancerregistret (CR) som är den bästa källan. CR har mycket säkra data bland annat därför att alla registrerade fall bygger på rapportering både från kliniker (A-anmälningar) och från patologilabben (B-anmälningar).

FÖRDRÖJD REGISTRERING

Nackdelen med CR är att det är drygt ett års fördröjning innan data blir tillgängliga via Socialstyrelsens statistiktjänst. Däremot registreras data om alla diagnostiserade tumörer fortlöpande i de regionala tumörregistren, ett för

Klinisk patologi/cytologi, Blekingesjukhuset, Karlskrona
Klinisk patologi/cytologi, Centralsjukhuset, Kristianstad
Klinisk patologi/cytologi, Danderyds sjukhus
Klinisk patologi/cytologi, Falu lasarett
Klinisk patologi/cytologi, Helsingborgs lasarett
Klinisk patologi/cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Klinisk patologi/cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Klinisk patologi/cytologi, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
Klinisk patologi/cytologi, Norra Älvsborgs länssjukhus, Trollhättan
Klinisk patologi/cytologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Klinisk patologi/cytologi, Skånes Universitetssjukhus, Lund
Klinisk patologi/cytologi, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
Klinisk patologi/cytologi, Södersjukhuset
Klinisk patologi/cytologi, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Tabell 1.

varje sjukvårdsregion och med respektive RCC ansvarigt. Dessa regionala uppgifter exporteras till Socialstyrelsen och CR sista oktober varje år, det betyder att diagnoserna ställdes minst 10–22 månader tidigare. Därför är det fördelaktigt att kunna använda sig av de data som finns i de sex regionala tumörregistren. Det krävs dock drygt tre månaders uppföljning innan de regionala tumörregistren kan anses vara tillförlitliga vilket beror på att A-anmälningarna kan dröja medan B-anmälningarna från patologin oftast går fortare. Det gäller särskilt den andel av laboratorier som rapporterar digitalt. Nackdelen med en rapport som bygger enbart på elektroniska B-anmälningar är att de motsvarar bara cirka 55 procent av landets cancerdiagnoser. I våra rapporter använder RCC företrädesvis antal diagnostiserade tumörer. Det betyder att antalet personer med tumördiagnos är något färre eftersom fler än en tumör per person förekommer. Att vi inte använder begreppet cancer beror på att en andel av tumörerna är premaligna förändringar med potential att utvecklas till cancer. Dessa förändringar handläggs i de allra flesta fall på samma sätt som en invasiv cancer vilket gör det rimligt att ta med dem i beräkningen.

Under 2020 publicerade RCC i samverkan (www.cancercentrum.se) två rapporter med analys av hur stor nedgången av cancerdiagnoser hade blivit. I den första rapporten kunde vi redovisa antalet nya cancerfall under perioden mars–augusti 2020 jämfört med samma period 2019. De 14 laboratorier (Tabell 1.) redovisade en nedgång av antalet diagnostiserade tumörer med –12 procent. Vilket kunde översättas till att ungefär var åttonde cancer inte blivit diag-

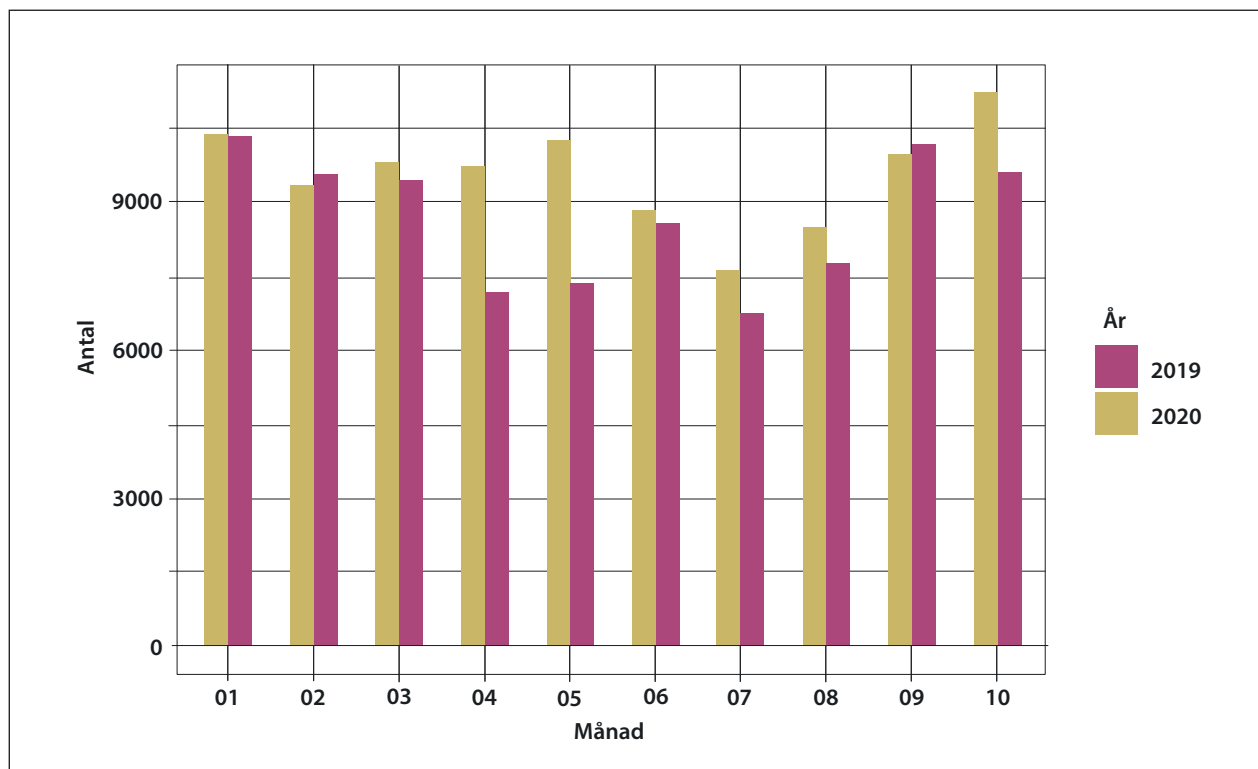
nostiserad. Utifrån att nedgången låg på cirka –12 procent och att antalet nya fall av cancer åren före 2020 legat upp emot 70 000 per år kunde man räkna ut att bortfallet under det halvår som Rapport 1 omfattade rörde sig om drygt 4 000 personer med cancerdiagnos som saknades. När den första rapporten publicerades i slutet på september hade vi en situation där de flesta trodde att pandemin var på väg att klinga av och därför trodde vi inte att underskottet av diagnostiserade cancerfall skulle byggas på nämnvärt under de sista månaderna av 2020. Vår rapport väckte givetvis stor uppmärksamhet i riksmidia. Uttalanden med budskapet ”tusentals patienter går hemma med missade cancer” förekom. I de uttalanden vi gjorde från RCC såg vi det som viktigt att påpeka att dessa tumörer inte gärna kunde vara missade om ingen försökt sig på att hitta dem. I våra uttalanden poängterade vi istället att det var viktigt att screeningverksamheten hölls igång samt att befolkningen informerades om att cancervården var prioriterad trots pandemin och att man därför uppmanades söka vård om man hade ihållande symtom. Regionernas olika strategi avseende screeningens öppethållande skulle längre fram visa sig påverka antalet odiagnostiserade fall samt fördelningen mellan olika diagnoser.

VISADE VISS ÅTERHÄMTNING

En andra rapport med samma metod, grundad på digitala B-anmälningar från 14 patologilabb till de regionala tumörregistren, publicerades i början på december 2020. Denna Rapport 2 omfattade tiden från januari–oktober 2020. Den visade viss återhämtning i flera sjukvårdsregioner under september och oktober vilket gjorde att minskningen av antalet tumördiagnoser jämfört med 2019 var något mindre uttalad (–10 procent) jämfört med den första rapporten. Samtidigt som RCC publicerade rapporten som ändå visade ett minskat underskott av cancerdiagnoser gick Sverige in i den tuffaste av pandemins faser. Under senare delen av december och början av januari 2021 kulminerade antalet dödsfall och antalet sjukhusvårdade. Runt jultid nådde antalet sjukhusvårdade patienter med covid-19 upp till 3 000 och antalet dödsfall låg under ett antal dagar runt årskiftet på över 100 per dygn.

I slutet av februari kunde RCC äntligen komma med sin tredje rapport som omfattade hela landet. Den togs fram från de regionala tumörregistren baserat på både A- och B-anmälningar och gällde perioden januari–oktober 2020 jämfört med samma period 2019. För första gången beskrev vi inte bara procentuell skillnad utan även antal tumörer angavs. Dessutom kunde vi leverera data fördelat på olika cancerdiagnoser. Huvudfyndet var att när hela landet togs med, låg bortfallet av diagnostiserade tumörer på –9,3 procent (Figur A). Skillnaden mellan de sex sjukvårdsregionerna var från sydöstra på –7,6 procent upp till norra regionens –12,4 procent med övriga däremellan.

RAPPORTERADE TUMÖRPOSTER: ANTAL (ALLA CANCERFORMER) PER 2020 JÄMFÖRT MED 2019. AVSER ANTALET TUMÖRDIAGNOSER PER MÅNAD I RIKET.



Figur A.

Bland de olika diagnoserna var nedgången störst inom prostatacancer med en nedgång på –20 procent. För bröstcancer var nedgången 10,7 procent medan både lungcancer och grov- och ändtarmscancer låg på knappt –12 procent. Det fanns skillnader mellan sjukvårdsregionerna. Till exempel var nedgången av antalet bröstcancrar –19 procent i Region Stockholm-Gotland medan Region väst låg på –0,8 procent. I Stockholm valde man att under en period under april–maj stänga sin screeningverksamhet helt (även cervixcancer- och tarmcancerscreeningen). Denna skillnad är inte överraskande eftersom region Stockholm var betydligt hårdare drabbad av pandemin under den inledande fasen än vad fallet var i Syd- och Västsverige.

Man ser också en skillnad mellan prostatacancer och bröstcancer; medan antalet prostatacancrar 2020 jämfört med 2019 sjunker kontinuerligt under hela perioden kan man se en ganska tydlig inbromsning av tappet för bröstcancer under september/oktober (Figur B). För maligna hudmelanom var förändringarna påfallande olika mellan sjukvårdsregionerna där Sydöstra regionen hade en ökning av antalet melanom på 21,6 procent. Samtal med ansvariga i Sydöstra regionen gav vid handen att ökningen till stor del drevs av situationen i Östergötland och att ökningen sannolikt kunde tillskrivas införandet av teledermatoskopi vilket kan leda till en ökning av antalet diagnostiserade fall.

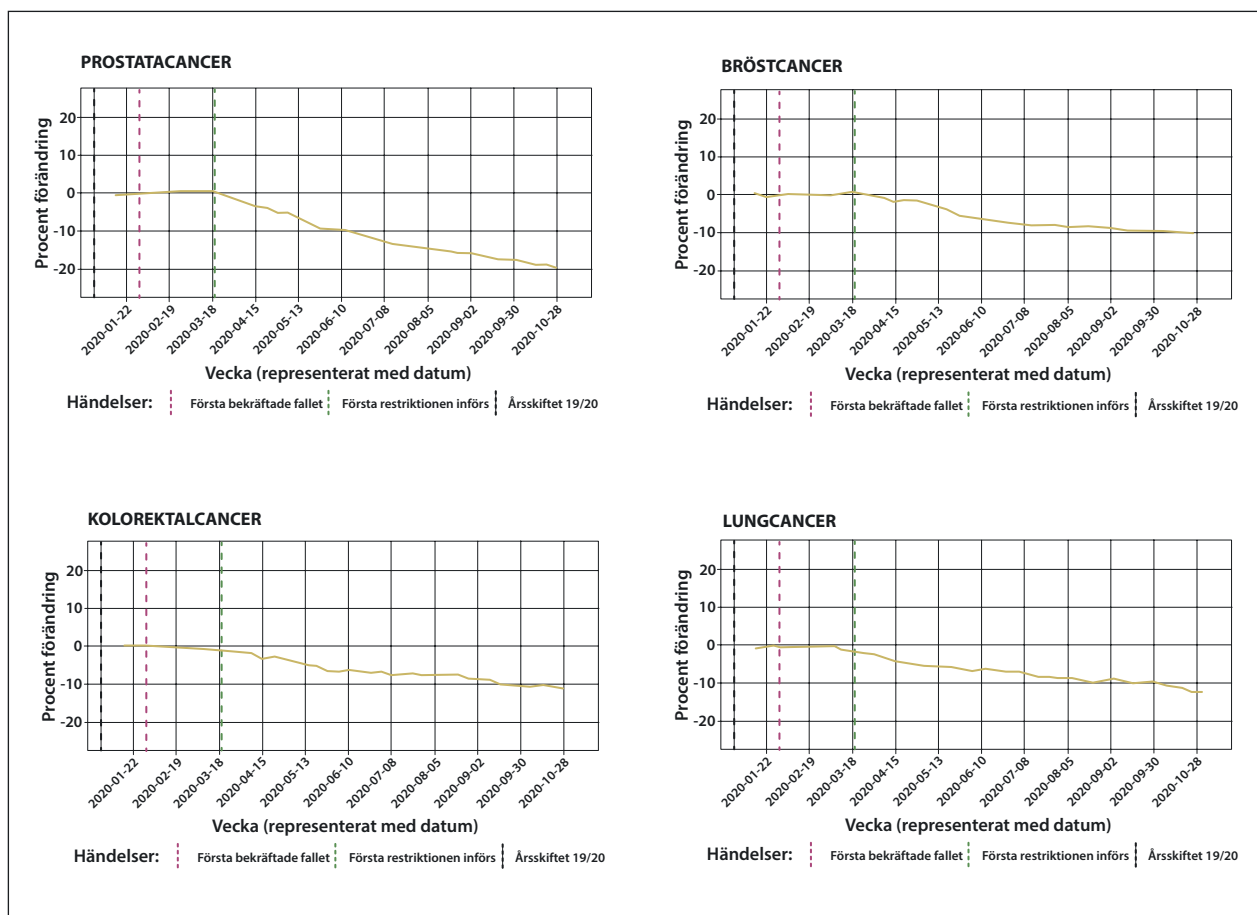
Den första rapporten som beskrev antalet cancerdiagnoser helåret 2020 jämfört med 2019 publicerades 28 april. Den byggde på samma metodik som Rapport 1 och 2, det vill säga de 15 av landets cirka 30 patologienheter som har digitaliserad rapportering till de regionala tumörregistren, stod för underlaget. Jämfört med de tidigare rapporterna tillkom patologin vid sjukhuset i Skövde.

STORA SKILLNADER

En nyhet i denna rapport var att vi tagit ut data per individ, eftersom en individ kan ha flera diagnoser. Det övergripande resultatet visade att antalet provsvar med tumördiagnos hade minskat under perioden mars–december 2020 jämfört med samma period 2019 med –7,2 procent, motsvarande minskning räknat på antalet patienter var –7,1 procent. Precis som i tidigare rapporter är skillnaderna mellan olika laboratorier stora med en nedgång på minus 15–20 procent på Falu lasarett, Danderyds sjukhus och KS i Huddinge. Kristianstad, Skövde och Ryhov i Jönköping påverkades minst med förändringar på +0,5 till –1,1 procent. Man kan också notera att om beräkningarna hade gjorts på helåret 2020 jämfört med 2021 hade nedgången blivit något lägre.

Den tydliga minskningen av antalet cancerpatienter under 2020 har säkert bidragit till att väntetiderna till cancer-

RAPPORTERADE TUMÖRPOSTER: PROCENTUELL SKILLNAD, KUMULATIVT UNDER UNDERSÖKT PERIOD, 2020 JÄMFÖRT MED 2019 (ÅR 2019 REFERENS I FORM AV NOLL-LINJE).



Figur B.

kirurgi inte ökade under 2020 jämfört med 2019. Tvärtom, och lite överraskande sågs en viss minskning av väntetiderna (figur C). Denna information kommer från regionernas rapportering av standardiserade vårdflöpp (SVF).

Den förbättrade tillgängligheten gäller även patienter som inom SVF inleder sin behandling med strålning eller cancerläkemedel. För alla diagnoser och alla behandlingsalternativ handlades 51 procent av cancerpatienterna inom rekommenderad tidsgräns 2020 jämfört med 44 procent 2019. När man ser att antalet patienter som ligger till grund för statistiken var 44 577 och 45 952 för 2020 respektive 2019 (en nedgång med beskedliga tre procent) bör nog slutsatsen vara att nedgången i antal knappast kan vara den dominerande orsaken till kortare väntetider. Sannolikt handlar det mer om att sjukvården har blivit mer konsekvent i sina prioriteringar.

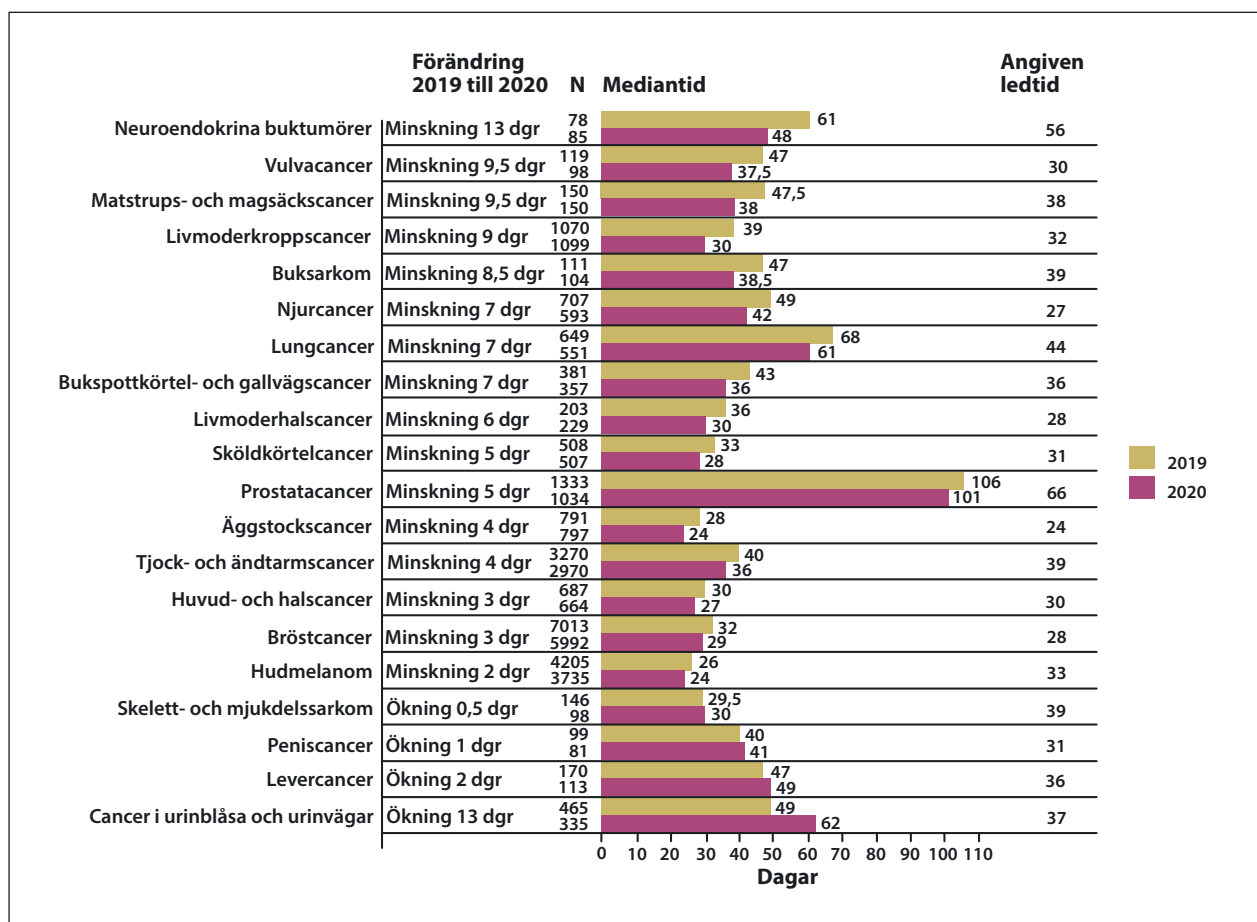
Det leder vidare till hur man ska förstå mekanismerna som gjorde att pandemin ledde till nedgång av antalet diagnostiserade cancrar. En pusselbit får man genom att beakta det minskade antalet cancrar i Norge under pandemiåret. Vårt västra grannland har överlag klarat pande-

min betydligt bättre än Sverige. Exempelvis är antalet dödsfall per miljon invånare 140 i Sverige och 15 i Norge (DN:s coronagrafik, 2021-05-21), något som delvis speglar belastningen på sjukhusvården. Trots denna skillnad låg nedgången av antalet tumördiagnoser under mars–september på -13 procent, en siffra som ligger på samma nivå som i Sverige vid den tidpunkten. Detta, tillsammans med SVF-data refererade ovan, indikerar att nedgången beror på att restriktioner i samhället samt människors rädsla för att smittas är den viktigaste mekanismen bakom nedgången. Det gäller även screeningen, trots att aktiviteten på flera håll varit tämligen normal har antalet screenade personer ändå gått ner eftersom människor har varit mer benägna att utebli.

AVSTÅTT FRÅN VÅRDBESÖK

Givetvis har neddragning av cancerscreening också spelat en roll men totalt sett är det uppenbart att nedgången till största delen berott på att befolkningen avstått från att besöka vården för screening eller symtom. För de flesta cancerdiagnoser bedrivs ingen screening alls. Det är trots

STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP, TID I DAGAR UNDER ÅR 2020 FRÅN VÄLGRUNDAD MISSTANKE TILL START AV BEHANDLING (OPERATION) JÄMFÖRT MED 2019 FÖR 20 OLIKA DIAGNOSER. KÄLLA: (SVF-STATISTIK - RCC (CANCERCENTRUM.SE))



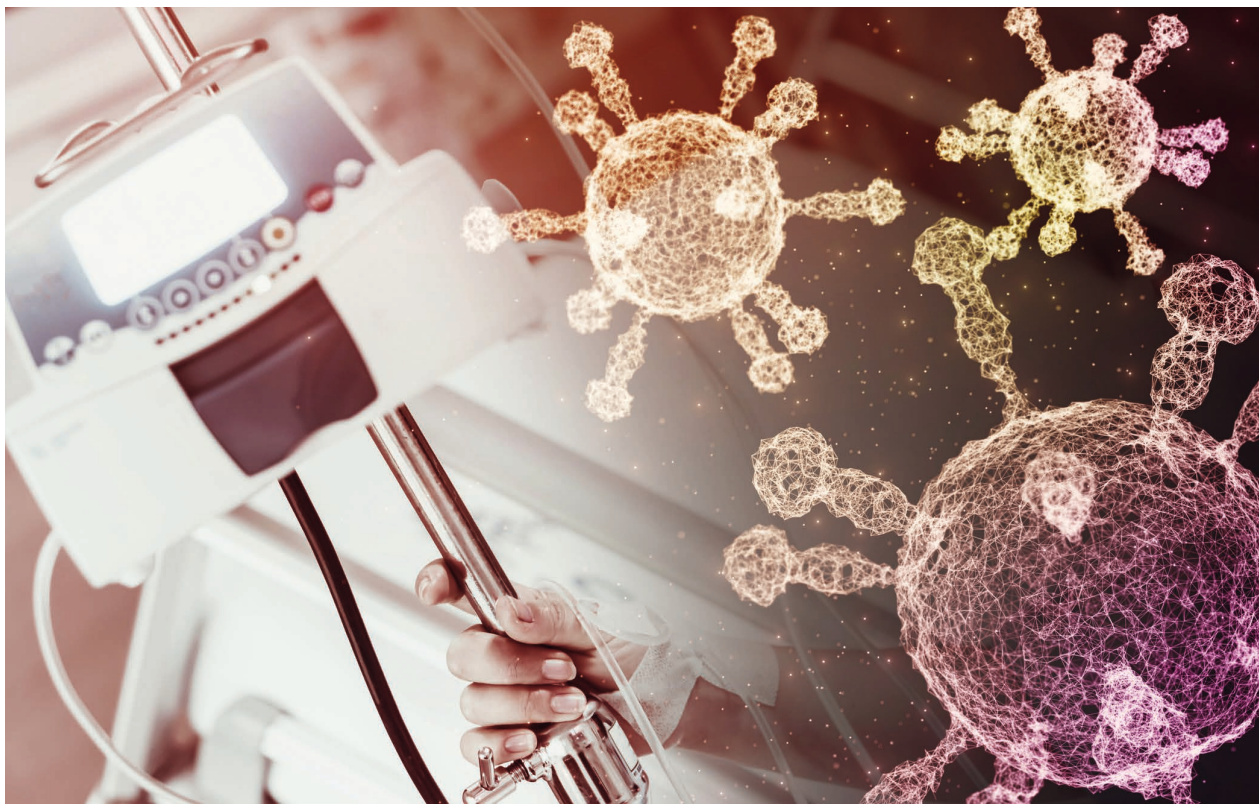
Figur C.

allt helt begripligt att symtomfria personer över 70 år, kanske med riskfaktorer för svår covid-19, väljer att hoppa över ett screeningtillfälle. För individen kan ett sådant beslut vara rationellt.

Även om pandemin är långt ifrån över så har samhällets samlade förmåga att upprätthålla viktiga funktioner förbättrats betydligt våren 2021 jämfört med situationen för ett år sedan. Väntetider och fysiska patientflöden har smittsäkrats, användandet av skyddsutrustning har blivit legio och kanske viktigast för cancerdiagnostiken, företrädare för vårdgivare och myndigheter har vid upprepade tillfällen gått ut till allmänheten och informerat om att man ska söka vård om man har symtom, precis som vanligt. Information om att det är viktigt att gå på screeningundersökningar när man blir kallad har också gått ut. Vaccineringen som tagit fart under mars–april 2021 har också på ett tydligt sätt ökat förutsättningarna för att befolkningen ska söka vård på ett mer normalt sätt.

Vad kan då konsekvenserna av försenade cancerdiagnoser innebära för sjukvården och de patienter det handlar

om? För det första kommer inte alla de individer (under 2020 cirka 5 000 personer) som beräknas bära på en cancer som inte blev diagnostiserad under 2020 att dyka upp som nyinsjuknade cancerfall de närmaste åren. Bland personer med icke symtomgivande prostatacancer, där diagnostiken genomförts på grund av ett förhöjt PSA, och som normalt handläggs med aktiv monitorering kommer rimligen inte alla att få en prostatacancerdiagnos. Detta gäller också en andel av de bröstcancerar som ett normalt år skulle ha hittats hos symtomfria kvinnor via hälsoundersökning med mammografi. Den symtomfria fasen kan bestå i flera år. Risken för att de fördröjda cancerdiagnoserna ska leda till en ökad dödlighet är i högsta grad reell. Men omfattningen av den befarade överskotts dödligheten är oklar. En bröstcancer med screeningbaserad diagnos kan ha mer än ett decennium fram till en manifest spridning av sjukdomen och överlevnaden för hormonresponsiv bröstcancer med fjärrmetastaser är ofta flera år. Motsvarande gäller även i stort sett för prostatacancer. För diagnoser som lungcancer, kolorektalcancer, urinblåsecancer och ovarialcancer är förloppen



snabbare. För dessa diagnoser är risken större för en ökning av mortaliteten inom de närmsta åren.

FÖRSÄMRAD LIVSKVALITET

En annan undergrupp patienter kommer att få sin cancerdiagnos fastställd med fördröjning, i många fall i ett mer framskridet stadium, men även patienter med symtomgivande prostatacancer, eller tarm- och bröstcancer med spridning till lymfknutorna botas i ganska stor omfattning. Det kan delvis ske till kostnaden av en mer omfattande behandling, exempelvis med cytostatika. Det betyder att även de som i slutändan överlever sin cancer kan få betala med en försämrad livskvalitet.

En tredje undergrupp har redan från början en så dålig prognos att en fördröjning inte påverkar förloppet i stort. En person med begynnande ryggvärk på grund av en pankreastumör som får sin diagnos fördröjd med några månader löper mycket stor risk att avlida av cancer oavsett fördröjningen.

Det är också viktigt att förstå, mot bakgrund av cancersjukdomarnas skiftande biologi, att den överskottsmortalitet som kommer att följa på pandemin kommer att spridas ut över ett stort antal år. Det är naturligtvis en sorglig vetenskap men för sjukvårdens del är det bättre att det kommer lite i taget än som en tydlig anhopning. För den enskilde patienten innebär också ett långsamt förlopp i stort sett alltid en fördel och vem vet vilka behandlingar som kommer

att finnas till hands om det pandemiorsakade återfallet inträffar om åtskilliga år.

Slutligen, hur ska vi då se på vårdskulden? Det uppstod en mycket stor oro kring cancervårdskulden under sommaren och hösten 2020. Det byggde bland annat på de rapporter som inledningsvis kom från Region Stockholm med en mycket kraftig nedgång under pandemins första fas, med en minskning av cancerdiagnoserna på 25–40 procent, motsvarande siffror sågs från Nederländerna, England och Irland. Med den ökande erfarenhet som vuxit fram tycks den reella vårdskulden hamna väsentligt lägre och om det handlar om en ”ryggsäck” som motsvarar fem–sju procent av ett års cancerdiagnoser så bör svensk cancervård klara detta. Även under så kallade normala år kan antalet nya cancerpatienter inom en region fluktuera med åtskilliga procentenheter. Med god samverkan mellan regionerna kan man ytterligare dämpa effekten. Dessutom, med en fortsatt klok och genomtänkt kommunikation med befolkningen så att man söker vård vid symtom, samt går på sina screeningundersökningar, så kan de svängningar som uppstår inom cancervården hållas i någorlunda i schack. Viktigast av är dock troligen att de nya covid-19-vaccinerna håller vad de tycks lova.

JOHAN AHLGREN, DOCENT I ONKOLOGI,
VERKSAMHETSCHEF VID RCC MELLANSVERIGE
JOHAN.AHLGREN@RCCMELLAN.SE

