



Sociodemografiska skillnader i deltagande i en riktad lungcancerscreening

En uppföljning från Region Stockholm



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins 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.

Referera till rapporten enligt: Delilovic S, Yacaman Mendez D, Richter A. Sociodemografiska skillnader i deltagande i en riktad lungcancerscreening. En uppföljning från Region Stockholm. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2025. Rapport 2025:2.




Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin


Box 45436, 104 31 Stockholm




ces.slso@regionstockholm.se



Rapport 2025:2



ISBN 978-91-988022-5-2



Författare: Sara Delilovic, Diego Yacaman Mendez, Anne Richter

Språkgranskning: Charlotta Kjellberg

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm maj 2025

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Lungcancer är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. Tidig upptäckt möjliggör behandling i ett tidigare skede, vilket kan minska dödligheten och förbättra livskvaliteten för de drabbade. Internationella studier visar att riktad screening av högriskgrupper, såsom rökare och före detta rökare, kan minska dödligheten i lungcancer. Samtidigt finns stora utmaningar i att säkerställa att alla grupper i samhället har lika möjlighet att delta i screening. Socioekonomiska faktorer, geografiska skillnader, kulturella hinder och låg hälsolitteracitet kan begränsa deltagandet, särskilt bland grupper som redan löper högre risk för sjukdomen.

År 2024 fick Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i uppdrag av Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland (RCC SG) att undersöka sociodemografiska skillnader i deltagandet i ett pilotprojekt med en riktad screening för lungcancer. Denna rapport belyser ojämlikheter i deltagandet ur ett sociodemografiskt perspektiv. Genom att förstå och adressera dessa skillnader kan screeningprocessen anpassas för att bättre uppnå jämlikhet och inkludering.

Vi hoppas att denna rapport bidrar till en fördjupad förståelse för de systematiska skillnader som identifierats i pilotprojektet och att våra resultat kan ligga till grund för fortsatta diskussioner och beslut inom lungcancerscreening. Vår förhoppning är att vi tillsammans kan skapa förutsättningar för en jämlik vård och förbättrad folkhälsa.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Screening och tidiga insatser för lungcancer	6
Syfte	9
Metod	10
Urval och procedur	10
Datainsamling	11
Beskrivning av variabler i analysen	11
Analys	12
Resultat	14
Urval i de olika steg av en riktad lungcancerscreening	14
Ojämnt deltagande i lungcancerscreening	16
Regressionsanalys	19
Diskussion och slutsatser	21
Vägen framåt	22
Referenser	23
Bilaga	25
Bilaga 1. Sannolikheten att delta (angett i %) för tre olika utfall	25

Sammanfattning

Lungcancer är en av de mest allvarliga cancerformerna och utgör en betydande utmaning för hälso- och sjukvården i Sverige. Tidig upptäckt genom screening kan vara avgörande för att förbättra prognosen och minska dödligheten. Varje år drabbas omkring 2500 kvinnor i Sverige av lungcancer, och sjukdomen har en hög dödlighet. Trots behovet av tidig upptäckt saknas ett nationellt screeningprogram för lungcancer.

På uppdrag av Region Stockholm har Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland (RCC SG) i samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset genomfört en pilotstudie för att undersöka genomförbarheten att införa riktad lungcancerscreening för rökande och tidigare rökande kvinnor. Studien omfattade kvinnor i åldrarna 55–74 år med förhöjd risk för lungcancer definierat som att man har rökt 15 cigaretter om dagen i minst 25 år, eller minst 10 cigaretter om dagen i minst 30 år, och som var dagliga rökare eller tidigare dagliga rökare som slutat röka inom de 10 senaste åren. Målet var att pilottesta ett screeningflöde och identifiera högriskindivider med hjälp av en enkät som kvinnorna fick svara på. De som uppfyllde kriterierna för förhöjd risk fick ett erbjudande om en röntgenundersökning i form av lågdosdatortomografi vilket har visats bidra till en minskad dödlighet genom tidig upptäckt och behandling.

År 2024 fick Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i uppdrag av Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland (RCC SG) att analysera och utvärdera socioekonomiska skillnader i deltagandet i pilotprojektet. Våra resultat visar att det finns sociodemografiska skillnader i deltagandet, särskilt i det inledande steget där individer erbjuds att besvara en enkät. Kvinnor boende i områden med sårbara livsvillkor hade en lägre sannolikhet att svara på enkäten. Vi fann även att faktorer som lägre inkomst, kort utbildning och utländsk bakgrund var kopplade till minskat deltagande i den initiala screeningfasen.

Samtidigt visar resultaten att bland de kvinnor som svarade på enkäten var sårbara livsvillkor kopplat till en högre sannolikhet att tillhöra den definierade riskgruppen och därmed erbjudas vidare utredning med lågdos-DT. Vi fann dock inga större skillnader mellan de som deltog och inte deltog i vidare utredning, vilket kan tyda på att personer som uppfyller kriterierna för screening i hög grad genomgår undersökning med lågdos-DT, oavsett socioekonomi.

Sociodemografiska skillnader i screeningdeltagande är en välkänd företeelse och liknande mönster har observerats i andra screeningprogram. Denna ojämlikhet riskerar att förstärka redan existerande hälsoklyftor. I syfte att förebygga ojämlikheter i deltagande i screeningprogram krävs riktade insatser mot grupper med lägre deltagandegrad men även för att ytterligare öka deltagande ytterligare för samtliga grupper.

Bakgrund

Den globala påverkan av lungcancer är fortsatt betydande. År 2022 var lungcancer den mest diagnostiserade cancerformen och den främsta orsaken till cancerrelaterade dödsfall globalt, med cirka 2,48 miljoner nya fall och 1,8 miljoner dödsfall (1). Det finns skillnader i både incidens (insjuknande) och dödlighet i lungcancer mellan olika sociodemografiska grupper, där vissa populationer löper högre risk att insjukna och har sämre prognos(2–5). Siffror från Socialstyrelsen visar att dödligheten i lungcancer är närmare dubbelt så hög för individer boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med de med goda socioekonomiska förutsättningar (5).

I Sverige är lungcancer den fjärde vanligaste cancerformen bland kvinnor och den sjätte vanligaste bland män. Antalet nya fall av sjukdomen har minskat bland män sedan 1980-talet men samtidigt ökat bland kvinnor (6). Majoriteten av all lungcancer kan kopplas till tobaksrökning och studier visar att förekomsten av lungcancer varierar beroende på socioekonomisk status (5,7). Denna ojämlikhet är dock inte direkt kopplad till socioekonomisk status i sig, utan snarare till beteendemönster och levnadsvanor, framför allt rökning, som är betydligt vanligare bland personer med lägre socioekonomisk status. Man har kunnat se att personer med kort utbildning, låg inkomst och utlandsfödda röker i högre utsträckning än de med lång utbildning, högre inkomst samt inrikes födda. Men även psykosociala faktorer som ekonomisk osäkerhet och påfrestningar som ökar benägenheten att röka. Exempelvis är rökning vanligare bland personer som får sjukpenning, är arbetssökande eller erhåller annan social ersättning (4,7,8).

Screening och tidiga insatser för lungcancer

Randomiserade kontrollerade studier har visat att en riktad screening med lågdos-DT av rökare och före detta rökare leder till att sjukdomen upptäcks i ett tidigt stadium vilket minskar dödlighet (9,10). Redan år 2011 publicerades resultaten från The National Lung Screening Trial (NLST), en studie från USA där 53 454 personer deltog. Deltagarna randomiserades till antingen screening med konventionell lungröntgen eller lågdos-DT. Studien inkluderade personer i åldern 55–74 år med en rökanamnes på minst 30 packår, vilket motsvarar exempelvis ett paket cigaretter om dagen under 30 år, eller två paket om dagen under 15 år. Detta var den första studien som visade att lungcancerscreening med lågdos-DT kan leda till en minskad dödlighet i lungcancer (11).

En annan banbrytande studie inom lungcancerscreening, Nelson-studien, utvärderade effektiviteten av screening med lågdos-DT för att minska dödligheten i lungcancer hos högriskindivider. Studien genomfördes i Nederländerna och Belgien och rekryterade över 15 000 deltagare i åldrarna 50–75 år, främst nuvarande eller tidigare rökare. Deltagarna randomiserades till att genomgå lågdos-DT-screening, eller att inte screenas alls. Resultaten visade en signifikant minskning av dödligheten i lungcancer hos individer som genomgick screening med lågdos-DT jämfört med de som inte gjorde det. Studien betonade även vikten av riskbaserade screeningmetoder, där screening riktas till högriskindivider.

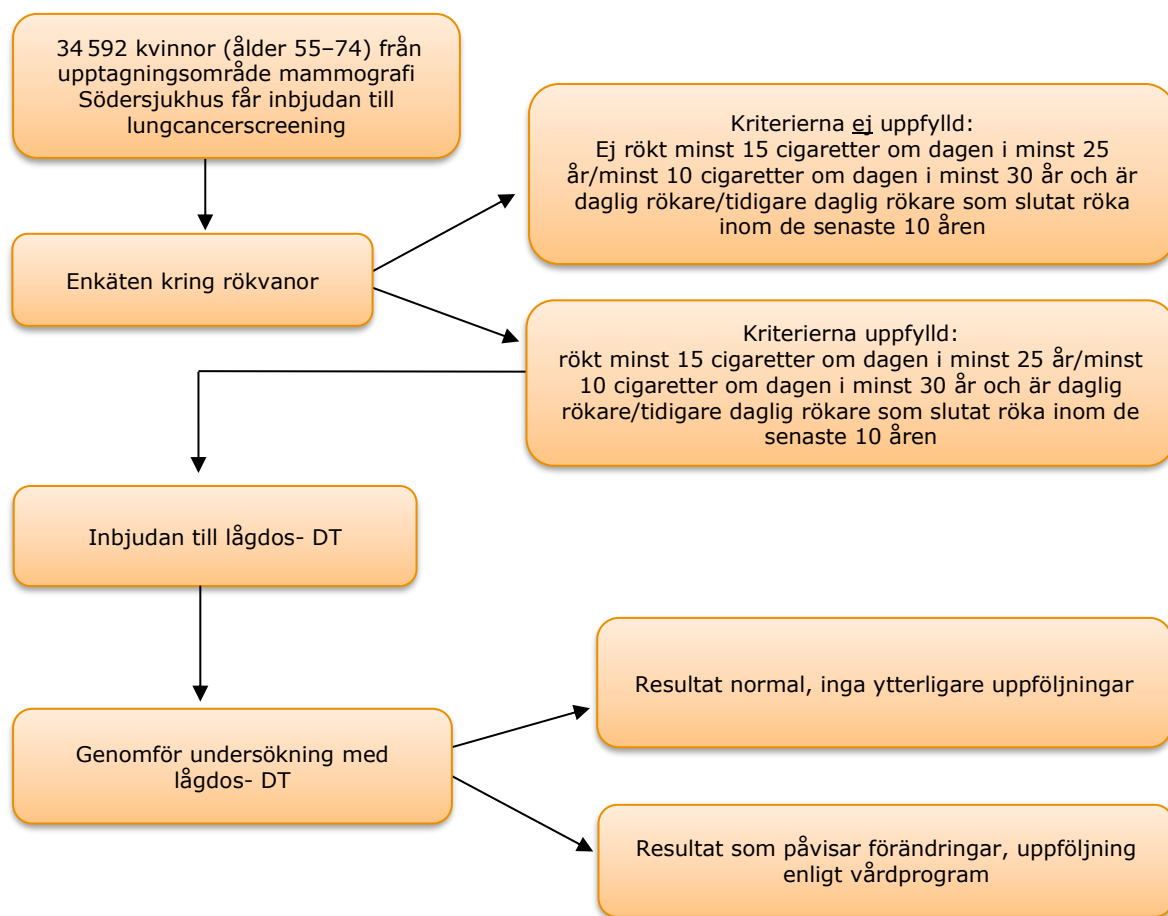
Lungcancerscreening i Sverige

Det finns för närvarande inget nationellt screeningprogram för lungcancer i Sverige. Våren 2018 beslutade Regeringen om ett långsiktigt fokus på nationella insatser inom cancervården, där tidig upptäckt av cancer genom screening lyftes fram som ett prioriterat område. Socialstyrelsen fick i uppdrag att stödja de nationella insatserna, och identifierade två screeningprogram som kunde övervägas för implementering inom en

snar framtid, däribland screening för lungcancer (12). Även Europeiska unionens råd föreslår att screeningprogrammen utökas till att omfatta ytterligare målgrupper samt fler cancerformer, med beaktande av ny vetenskaplig evidens och teknologiska framsteg (13).

Det finns en växande medvetenhet om vikten av lungcancerscreening inom det svenska sjukvårdssystemet. Idag pågår flera projekt i olika regioner (Stockholm, Västra Götaland, Norrbotten) för att undersöka genomförbarheten av screeningprogram med lågdos-DT riktade till högriskindivider, med fokus på att optimera screeningprotokoll, säkerställa kvalitetskontroll och integrera screeningtjänster i den befintliga vårdstrukturen (14).

I Region Stockholm har en pilotstudie genomförts av Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland (RCC SG) i samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset. Syftet var att undersöka om riktad screening för rökande kvinnor är effektivt för att upptäcka lungcancer i ett tidigt stadium. Studien inkluderade kvinnor i åldrarna 55–74 år med en ökad risk för lungcancer. Kvinnor som inkluderades tillhörde Södersjukhuset upptagningsområde för mammografi. Dessa kvinnor tillfrågades om att svara på en enkät om rökvanor (se figur 1). Kvinnor med hög risk valdes ut för vidare undersökning av lungcancer. Inklusionskriterier för vidare utredning baserades på Nelson-studien och innefattade individer som rapporterade att de hade rökt minst 15 cigaretter om dagen i minst 25 år, eller minst 10 cigaretter om dagen i minst 30 år, och som var dagliga rökare eller tidigare dagliga rökare som slutat röka inom de 10 senaste åren. En hälsoekonomisk analys av pilotprojektet visade att riktad screening för lungcancer hos högriskindivider är kostnadseffektiv jämfört med den nuvarande situationen utan screening, utifrån antagandet att 60 procent av de inbjudna till screening skulle delta (15). En del av den riktade screeninginsatsen omfattar även primärprevention genom att erbjuda rökavvänjningsstöd via Sluta-röka-linjen.



Figur 1. Flödesschema för rekrytering och uppföljning i lungcancerscreening baserat på Nelson-kriterierna.

Syfte

Syftet med utvärderingen är att ta reda på om det finns systematiska sociodemografiska skillnader i deltagandet i en riktad lungcancerscreening.

I denna rapport undersöker vi både socioekonomiska och sociodemografiska skillnader. För att förenkla terminologin kommer vi härnäst att använda begreppet *sociodemografiska skillnader* för att omfatta båda aspekterna.

Eventuella skillnader undersöks utifrån följande tre frågeställningar

1. Finns sociodemografiska skillnader mellan kvinnor som deltar respektive inte deltar i den initiala enkäten om rökvanor?
2. Finns det sociodemografiska skillnader mellan de kvinnor som uppfyller respektive inte uppfyller kriterierna för erbjudande om en lågdos-DT?
3. Finns det sociodemografiska skillnader mellan de kvinnor som genomför respektive inte genomför screening med en lågdos-DT?

Metod

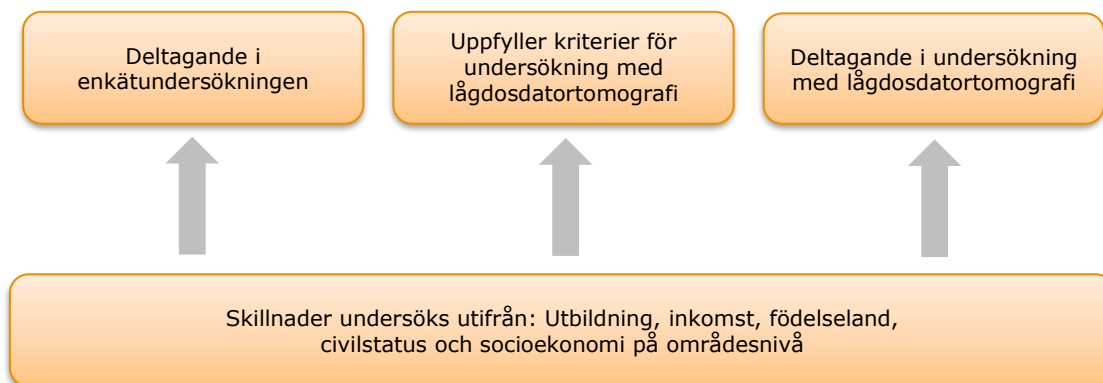
Studien använde kvantitativ ansats för att besvara frågeställningarna.

Urval och procedur

Totalt inkluderas 34 592 kvinnor, i åldrarna 55–74, som tillhörde Södersjukhusets (SÖS) upptagningsområde för bröstcancerscreening i analysen. Samtliga kvinnor i urvalet blev inbjudna att besvara en enkät om rökvanor. Inbjudan till enkäten skickades med post.

Inom ramen för projektet undersöktes sociodemografiska skillnader i tre olika steg (se figur 2). De tre stegen beskrivs nedan och innefattar följande händelser: **1. Deltagande i enkätundersökningen** **2. Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT** samt **3. Deltagande i undersökning med lågdos-DT**.

- 1. Deltagande i enkätundersökningen:** undersöker om det finns sociodemografiska skillnader mellan de kvinnor som besvarat respektive inte besvarat enkäten. Jämförelsen gjordes för hela urvalet, det vill säga alla kvinnor som erbjöds att medverka i enkätundersökningen.
- 2. Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT:** undersöker om det finns sociodemografiska skillnader mellan de kvinnor som uppfyllde kriterierna för screening och de som inte uppfyllde kriterierna. Jämförelsen gjordes för den grupp av kvinnor som besvarat den initiala enkäten.
- 3. Deltagande i undersökning med lågdos-DT:** undersöker om det finns sociodemografiska skillnader i deltagande mellan de kvinnor som har kallats till en lågdos-DT, dvs de som uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT. Jämförelsen gjordes för den grupp av kvinnor som erhöll en kallelse till undersökningen.



Figur 2. Processkarta för sociodemografiska skillnader i deltagande enligt; Deltagande i enkätundersökningen; Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT samt; Deltagande i undersökning med lågdos-DT.

Datainsamling

Nedan beskrivs de datakällor som har användes för att besvara frågeställningarna: Regionalt Hälsokontrollsystem, SCB:s Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) och regionens VAL-databas.

Regionalt Hälsokontrollsystem

Inom ramen för ett pågående pilotprojekt har data dokumenterats i systemet Regionalt Hälsokontrollsystem (RHKS). I databasen finns 34 592 kvinnor, i åldrarna 55–74, som tillhör Södersjukhusets (SÖS) upptagningsområde för bröstcancerscreening, vilka utgör studiepopulationen i denna utvärdering.

RHKS innehåller personnummer samt information om deltagande i de tre olika steg som denna rapport bygger på

- information om deltagande i enkätundersökningen
- information om personens rökvanor kvalificerade dem för vidare utredning
- utredning av lungcancer med lågdos-DT.

VAL

VAL är regionens datalager för uppföljning av vårdhändelser. I VAL-databaserna finns samlad information om bland annat regionfinansierad öppen-och slutenvård och läkemedelsregister. Från VAL har vi hämtat uppgifter om diagnoser (ICD-10 koder) för att mäta samsjuklighet enligt CCI, som beskrivs mer nedan.

Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (hädanefter kallat LISA)

LISA är ett svenskt register som innehåller omfattande information om individers arbetsmarknadsstatus och sjukförsäkringsrelaterade händelser. Från LISA hämtades följande uppgifter: information om inkomst, utbildning, civilstatus och födelseland.

Beskrivning av variabler i analysen

Flera mått på både områdes- och individnivå användes för att analysera om socioekonomi (SES) påverkade deltagande i screeningens olika steg.

Socioekonomisk status på områdesnivå

Vi har använt ett livsvillkorsindex för att belysa skillnader mellan bostadsområden utifrån sociala och ekonomiska förhållanden som påverkar invånarnas livsvillkor (15). Detta index mäter livsvillkoren inom Statistiska centralbyråns demografiska statistikområden (DeSO). För varje DeSO har vi inkluderat sju indikatorer som speglar livsvillkoren (se figur 3). Livsvillkorsindex ger en tydlig och jämförbar bild av sociala och ekonomiska förutsättningar som präglar olika bostadsområden och delas in i tre kategorier (sårbar/låg, god/medelhög och mycket god/hög). I rapporten använder vi sårbara livsvillkor, goda livsvillkor och mycket goda livsvillkor vid beskrivning av socioekonomi på områdesnivå.

- Andelen personer som varit arbetslösa det senaste året
- Andelen som fått ekonomiskt bistånd det senaste året
- Andelen med förgymnasial utbildning
- Andelen ensamstående föräldrar
- Andelen utrikesfödda
- Medianinkomst
- Genomsnittlig boyta

Figur 3. Sju indikatorer som ingår i livsvillkorsindex för definition av socioekonomi på områdesnivå.

Socioekonomiska och sociodemografiska variabler på individnivå

På individnivå användes både socioekonomiska och demografiska variabler:

Socioekonomiska variabler

- *Disponibel inkomst*, som är summan av alla inkomster efter skatt, inklusive barnbidrag, sjukpenning och andra transfereringar, uppdelat enligt tertiler (låg, medel och hög).
- *Utbildningsnivå*, vilket är individens högsta uppnådda utbildning, uppdelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning.

Demografiska variabler

- Civilstatus, uppdelades i kategorierna gift/sambo, singel eller skild/änka.
- Ålder
- Födelseland, kategoriserades som inrikesfödda eller utrikesfödd.

Samsjuklighet mätt enligt Charlson Comorbidity Index (CCI)

För att undersöka hur andra sjukdomar påverkade deltagandet kontrollerade vi för samsjuklighet med hjälp av ett samsjuklighetsindex, Charlson Comorbidity Index (CCI). CCI är ett internationellt etablerat mått på samsjuklighet inom forskning. Ett högt CCI, det vill säga hög samsjuklighet har en tydlig koppling till dödlighet och för tidig död (8). Indexet bygger på ett antal diagnosgrupper, där varje grupp har en specifik vikt baserat på påverkan på patientens hälsa. Varje diagnosgrupp inkluderar flera enskilda diagnoser, men indexet är begränsat till ett urval av diagnoser, vilket innebär att vissa sjukdomstillstånd inte omfattas. Till exempel ingår hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och leversjukdom, olika typer av maligna tumörer (maligna tumörer i bröstet, urinvägar, könsorgan med mera) medan psykiska sjukdomar inte ingår (se appendix 1 för beskrivning av inkluderade diagnoser). För varje individ beräknades ett indexvärde baserat på antalet och typerna av diagnoser personen haft. Värdet speglar graden av samsjuklighet: ju fler och allvarigare diagnoser, desto högre värde. Individerna delades in i tre grupper baserat på deras indexvärden, där:

- 0: ingen samsjuklighet,
- 1–2: måttlig samsjuklighet, och
- 3: hög samsjuklighet.

Analys

Analysen för att utreda skillnader i deltagande genomfördes separat för varje urval enligt stegen: (1) Deltagande i enkätundersökningen (2) Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT samt (3) Deltagande i undersökning med lågdos-DT.

- Först jämfördes de som deltog i enkätundersökningen med de som inte deltog.
- Därefter jämfördes de som uppfyllde kriterierna för undersökning med lågdos-DT med de som inte gjorde det, bland enkättagarna.

Slutligen analyserades deltagande i undersökningen med lågdos-DT, där de som deltog jämfördes med de som inte deltog.

Chi-två-test användes för att utvärdera den statistiska signifikansen av observerade skillnader i de kategoriska variablerna. Vi presenterar först frekvenser och procent eller medelvärde och standardavvikelse för samtliga variabler mellan grupperna i de tre stegen. Därefter användes logistisk regressionsanalys för att undersöka sambandet mellan sociodemografiska variabler och deltagande i de olika stegen, med justering för de andra socioekonomiska- och demografiska variablerna samt samsjuklighet, mätt enligt CCI.

Resultaten från regressionsanalyserna presenteras som absoluta skillnader och oddskvoter med 95 procent konfidensintervall. Statistisk signifikans fastställdes vid p-värde $<0,05$. Absoluta skillnader beskriver den faktiska skillnaden i sannolikhet för ett utfall mellan två grupper och används för att beskriva gruppjämförelser i procentenheter. Oddskvoter ger i stället en relativ jämförelse mellan sannolikheten för ett utfall i två grupper och uttrycker styrkan i sambandet mellan exponeringar och utfall.

Resultat

Urval i de olika steg av en riktad lungcancerscreening

Totalt 34 592 kvinnor fick en inbjudan att delta i den riktade lungcancerscreening. Av dessa svarade cirka en tredjedel (11,509) på enkäten om rökvanor (steg 1). Totalt 1 104 (9,5 %) av kvinnorna som besvarade enkäten uppfyllde kriterierna för inbjudan till screening med lågdos-DT (steg 2). Av dessa var det 980 (89 %) som genomförde screening med lågdos-DT. 124 kvinnor (11 %) deltog inte i undersökningen trots att de uppfyllde kriterierna för undersökning med lågdos-DT. **Tabell 1** visar hur deltagarnas sociodemografiska egenskaper är fördelade i de tre olika stegen.

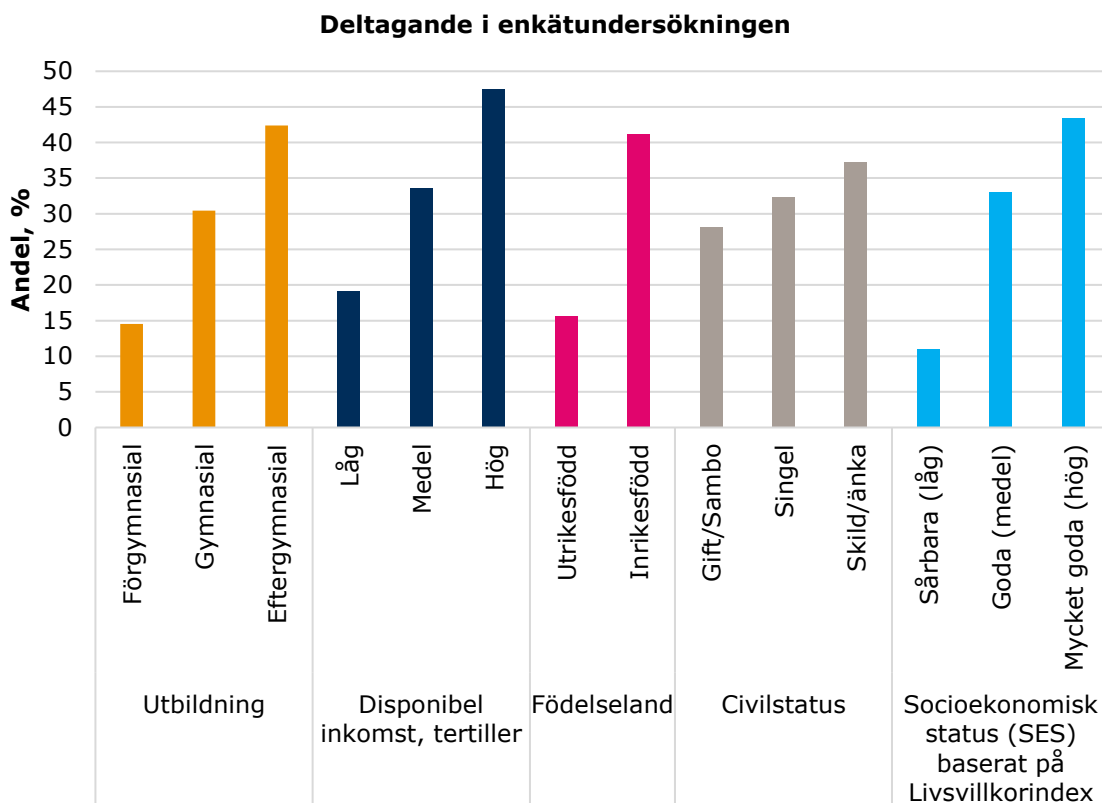
Tabell 1. Antal och procentuell fördelning (%) av deltagande och ej deltagande för tre olika utfall; Deltagande i enkätundersökningen, Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT samt Deltagande i undersökning med lågdos-DT fördelat enligt sociodemografiska variabler

	Deltagande i enkätundersökningen (N=34,592)		Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT (N=11,509)		Deltagande i undersökning med lågdos-DT (N=1,104)	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
N	23,083	11,509	10,405	1,104	124	980
Ålder (medelvärde)	63,1	63,3	63,3	62,7	62,4	62,7
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Utbildning						
Förgymnasial	3,924 (17,3)	668 (5,8)	507 (4,9)	161 (14,6)	21 (17,1)	140 (14,3)
Gymnasial	10,021 (44,2)	4,387 (38,2)	3,850 (37,1)	537 (48,8)	67 (54,5)	470 (48,1)
Eftergymnasial	8,717 (38,5)	6,416 (55,9)	6,013 (58,0)	403 (36,6)	35 (28,5)	368 (37,6)
Disponibel inkomst						
Låg	9,259 (40,5)	2,188 (19,1)	1,902 (18,4)	286 (26,0)	43 (35,2)	243 (24,8)
Medel	7,599 (33,2)	3,836 (33,5)	3,406 (32,9)	430 (39,1)	46 (37,7)	384 (39,3)
Hög	5,999 (26,2)	5,437 (47,4)	5,053 (48,8)	384 (34,9)	33 (27,0)	351 (35,9)
Födelseland						
Utrikesfödd	8,957 (39,1)	1,661 (14,5)	1,459 (14,1)	202 (18,3)	17 (13,9)	185 (18,9)
Inrikesfödd	13,973 (60,9)	9,811 (85,5)	8,912 (85,9)	899 (81,7)	105 (86,1)	794 (81,1)
Civilstatus						
Gift/Sambo	7,676 (33,4)	2,998 (26,1)	2,608 (25,1)	390 (35,4)	55 (44,7)	335 (34,2)
Singel	5,381 (23,4)	2,566 (22,3)	2,203 (21,2)	363 (32,9)	41 (33,3)	322 (32,9)
Skild/änka	9,945 (43,2)	5,919 (51,5)	5,570 (53,7)	349 (31,7)	27 (22,0)	322 (32,9)
Socioekonomisk status enligt Livsvillkorindex						
Sårbara (låg)	3,461 (15,1)	431 (3,8)	342 (3,3)	89 (8,1)	11 (8,9)	78 (8,0)
Goda (medel)	14,363 (62,5)	7,085 (61,8)	6,332 (61,0)	753 (68,5)	91 (74,0)	662 (67,8)
Mycket goda (hög)	5,148 (22,4)	3,957 (34,5)	3,699 (35,7)	258 (23,5)	21 (17,1)	237 (24,3)

Källa: Regionalt Hälsokontrollsystem, VAL-databasen

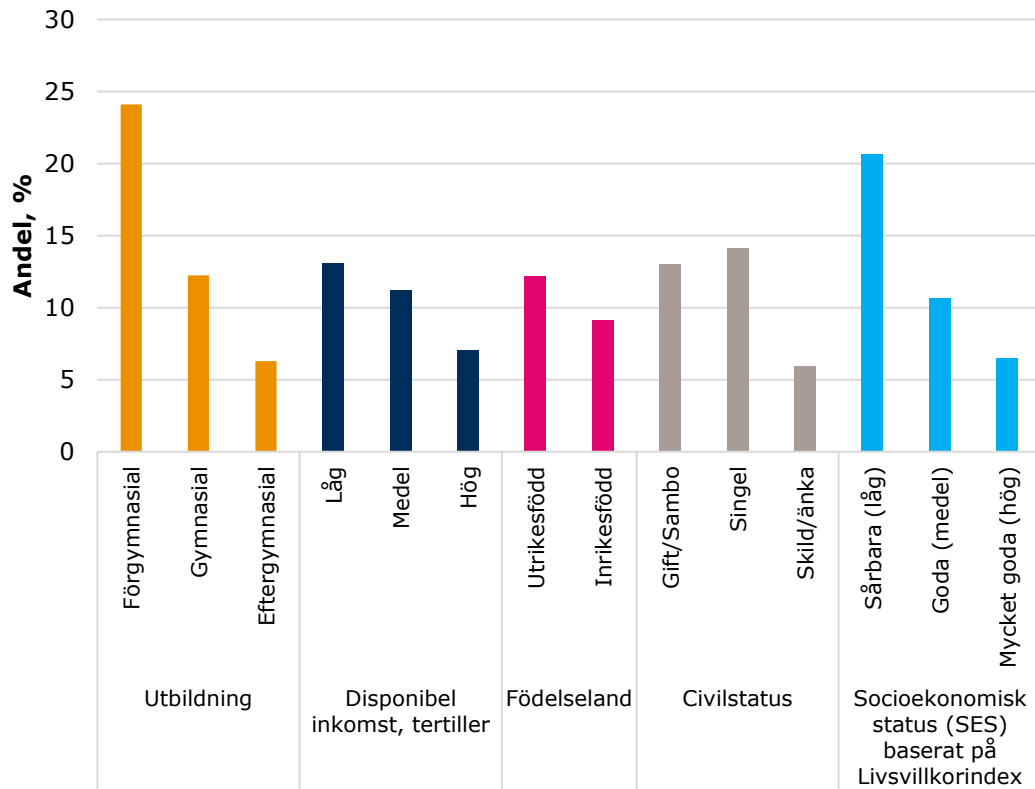
Ojämnt deltagande i lungcancerscreening

Sannolikheten att delta i den initiala enkätundersökningen, och därmed det första steget i den riktade lungcancerscreeningen, var lägre bland kvinnor med kort utbildning, låg inkomst, födda utanför Sverige, och de bosatta i områden kännetecknade av sårbara livsvillkor) (figur 3). Samtidigt visar resultatet att samma grupp hade en högre uppskattad risk för lungcancer och därmed mer sannolika att uppfylla kriterierna för en undersökning med lågdos-DT (figur 4). Det fanns dock inga större skillnader i sannolikheten att delta i lågdos-DT efter att ha fått en inbjudan (figur 5) (se bilaga 1 för tabeller kopplade till beräkningarna för sannolikheten att delta i respektive steg)

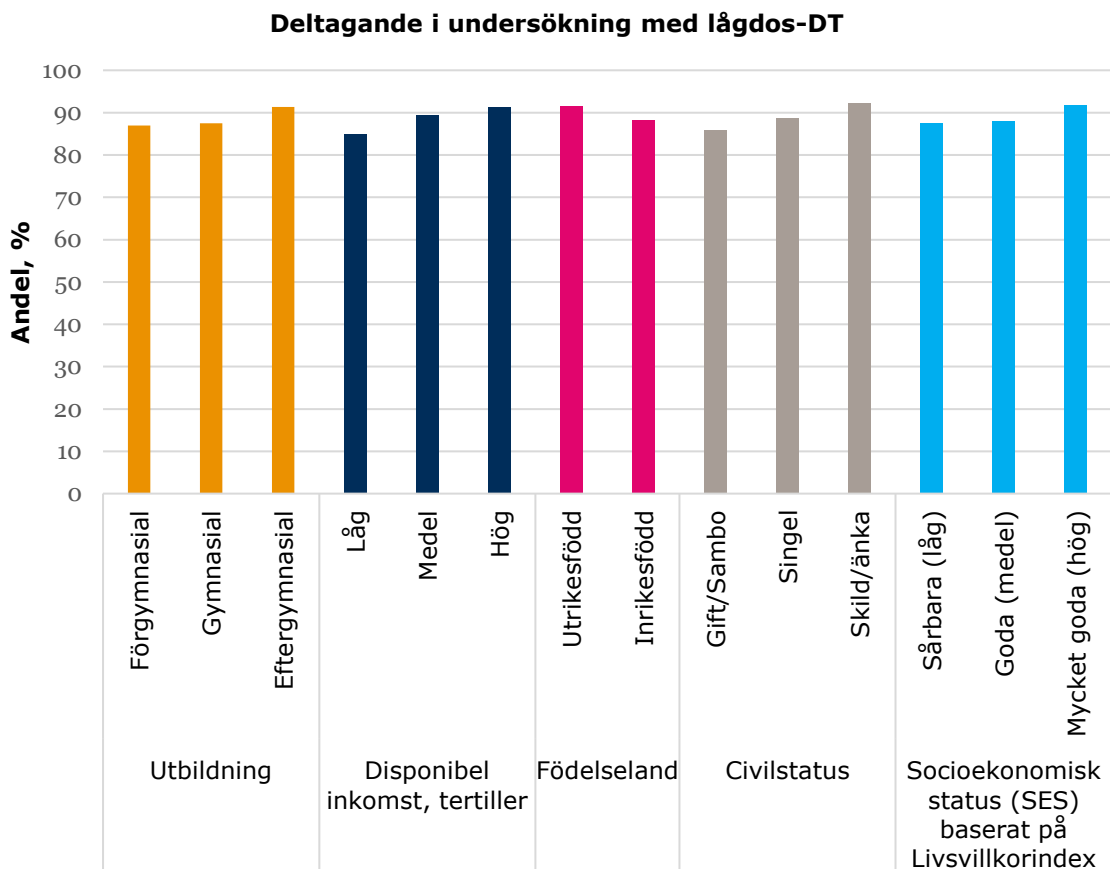


Figur 3. Sannolikheten för deltagande i enkätundersökningen (angett i procent, %) enligt demografiska variablerna; utbildning, inkomst, födelseland, civilstatus och socioekonomiskstatus (SES) enligt livsvillkorindex.

Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT



Figur 4. Sannolikheten för att uppfylla kriterier för undersökning med lågdos-DT (angett i procent, %) enligt demografiska variablerna; utbildning, inkomst, födelseland, civilstatus och socioekonomiskstatus (SES) enligt livsvillkorindex.



Figur 5. Sannolikheten för deltagande i undersökning med lågdos-DT (angett i procent, %) enligt demografiska variablerna; utbildning, inkomst, födelseland, civilstatus och socioekonomiskstatus (SES) enligt livsvillkorsindex.

Regressionsanalys

Tabell 2 illustrerar absoluta skillnader och oddskvoter för deltagande i de tre stegen av den riktade lungcancerscreeningen: att delta i enkätundersökningen, uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT samt deltagande i undersökning med lågdos-DT.

Tabell 2. Justerade absoluta skillnader (angett i procentenheter, %) och oddskvoter (OR) för deltagande i enkätundersökningen, uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT samt, deltagande i undersökning med lågdos-DT fördelat enligt demografiska variabler.

	Deltagande i enkätundersökningen		Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT		Deltagande i undersökning med lågdos-DT	
	Absoluta skillnader	Oddskvoter	Absoluta skillnader	Oddskvoter	Absoluta skillnader	Oddskvoter
Utbildning	% (KI)	OR (KI)	% (KI)	OR (KI)	% (K)	OR (KI)
Förgymnasial	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Gymnasial	8.5 (6.9,10.2)	1.60 (1.45, 1.76)*	-9.0 (-12.1, -6.0)	0.49 (0.40, 0.60)*	-0.3 (-5.8, 5.2)	0.97 (0.57, 1.66)
Eftergymnasial	15.3 (13.7,10.2)	2.23 (2.02, 2.45)*	-13.9 (-16.9, 10.8)	0.27 (0.21, 0.32)*	2.6 (-3.1, 8.3)	1.32 (0.73, 2.40)
Disponibel inkomst						
Låg	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Medel	9.1 (7.9, 10.3)	1.61 (1.51, 1.72)*	-0.4 (-1.9, 1.10)	0.96 (0.80, 1.13)	4.4 (-0.7, 9.5)	1.50 (0.95, 2.37)
Hög	16.2 (14.9, 17.5)	2.24 (2.10, 2.39)*	-2.3 (-3.8, -0.8)	0.76 (0.63, 0.90)*	6.15 (0.9, 11.4)	1.84 (1.01, 3.08)*
Födelseland				T		
Utrikesfödd	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Inrikesfödd	18.2 (17.1, 19.3)	2.61 (2.45, 2.79)*	-1.1 (-2.6, 0.4)	0.87 (0.73, 1.04)	-3.7 (-8.1, 0.7)	0.65 (0.37, 1.14)
Civilstatus						
Gift/Sambo	1.6 (0.3, 2.9)	1.09 (1.02, 1.16)*	-1.6 (-3.3, 0.2)	0.87 (0.74, 1.01)	-3.0 (-7.8, 1.8)	0.76 (0.49, 1.18)
Singel	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Skild/änka	6.3 (5.1, 7.5)	1.38 (1.30, 1.46)*	-7.50 (-8.9, -6.1)	0.40 (0.35, 0.47)*	3.2 (-1.1, 7.5)	1.47 (0.87, 2.47)
Socioekonomisk status enligt Livsvillkorsindex						
Sårbara (låg)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Goda (medel)	11.4 (9.5, 13.2)	1.87 (1.67, 2.09)*	-4.26 (-7.3, -1.3)	0.65 (0.50, 0.85)*	-1.3 (-7.9, 5.4)	0.88 (0.43, 1.78)
Mycket goda (hög)	14.1 (12.1, 16.1)	2.13 (1.89, 2.39)*	-6.48 (-9.6, -3.4)	0.49 (0.37, 0.65)*	2.0 (-5.3, 9.2)	1.26 (0.56, 2.84)

*p värde < 0.05

Källa: Regionalt Hälsokontrollsystem, VAL databasen.

Deltagande i enkätundersökningen

Efter justering för inkomst, utbildning, födelseland, civilstatus samt ålder och samsjuklighet enligt CCI, var sannolikheten att delta i den initiala enkäten högre bland kvinnor bosatta i områden med goda livsvillkor. Kvinnor som bodde i områden med mycket goda livsvillkor hade 14 procentenheters högre sannolikhet att delta, och oddskvoten var 2,13 jämfört med kvinnor boende i områden med sårbara livsvillkor.

För personer med goda livsvillkor var andelen 11,4 procentenheter i absoluta skillnader, med en oddskvot på 1,87. Utbildningsnivå visade ett gradvist ökande samband där individer med eftergymnasial utbildning deltog 15 procentenheter mer och hade 2,2 gånger högre oddskvot att delta jämfört med individer med lägst utbildning.

Motsvarande siffra för de med gymnasial utbildning var 8,5 procentenheter och 1.61 uttryckt i oddskvoter. Även inkomstnivå visade likadan gradient, där sannolikheten att delta för de med högst inkomst var 16 procentenheter och 2,2 (OR) gånger högre i jämförelse med gruppen med lägst inkomst. Kvinnor födda i Sverige deltog 18,2 procentenheter mer, med en oddskvot på 2,6 för deltagande i enkätundersökningen i jämförelse med utrikesfödda kvinnor. Ser man till civilstatus hade gifta/sambo samt skilda/änklingar en marginellt högre sannolikhet att delta jämfört med singlar (1,6 procentenheter respektive 6,3 procentenheter i absoluta skillnader, samt 1,09 och 1,38 uttryckt i oddskvoter).

Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT

Bland kvinnorna som deltog i enkätundersökningen hade de som bor i områden med mycket goda livsvillkor en lägre sannolikhet att uppfylla kriterierna för vidare screening med lågdos-DT. Sannolikheten var 6,48 procentenheter lägre och oddskvoten hälften så stor (OR 0.49) bland kvinnorna bosatta i områden med mycket goda livsvillkor i jämförelse med kvinnor bosatta i sårbara områden. Motsvarande siffra för de kvinnorna bosatta i områden med goda livsvillkor var 4,26 procentenheter lägre med en oddskvot på 0.65. Bland kvinnorna med eftergymnasial utbildning var sannolikheten 14 procentenheter lägre, och oddsen var 73 procent lägre (OR = 0.27) jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning. Även bland kvinnor med gymnasial utbildning var sannolikheter att uppfylla kriterierna för en lågdos-DT hälften i jämförelse med kvinnor med förgymnasial utbildning (OR 0.49). Bland deltagare med högst inkomst var sannolikheten 2,3 procentenheter lägre, och oddsen för utfallet var 30 procent lägre (OR = 0.7) jämfört med kvinnor i den lägsta inkomsttertilen. Resultaten visade att skilda och änklingar hade en lägre sannolikhet att uppfylla kriterierna för en lågdos-DT jämfört med singlar, med en skillnad på 7,5 procentenheter. Oddsen för att uppfylla kriterier för undersökningen med lågdos-DT var också betydligt lägre, närmare bestämt 0,4 gånger så stora som för singlar. Det fanns dock inga signifikanta skillnader mellan inrikesfödda och utrikesfödda kvinnor avseende sannolikheten att uppfylla kriterier för vidare screening med lågdos-DT.

Deltagande i undersökning med lågdos-DT

Bland kvinnorna som uppfyllt kriterierna för screening med lågdos-DT fanns inga signifikanta sociodemografiska skillnader i sannolikheten att delta i undersökningen. Endast för inkomst fann vi en skillnad där kvinnor med högst inkomst hade 6,15 procentenheters högre sannolikhet att delta i undersökning med lågdos-DT, och oddskvoten var 1,8 jämfört med kvinnor med lägst inkomst.

Diskussion och slutsatser

Våra resultat visar att socioekonomiska och demografiska faktorer påverkade deltagandet i en riktad lungcancerscreening. Dessa skillnader var särskilt påtagliga vid deltagandet i den initiala enkätundersökningen om rökvanor, vars syfte var att identifiera vilka kvinnor som uppfyllde kriterierna för en undersökning med lågdos-DT. Vi fann att som kvinnor bor i områden med sårbara livsvillkor, hade en lägre sannolikhet att medverka. Dessutom var faktorer som att vara född utanför Sverige, ha en lägre inkomst och kort utbildning kopplade till lägre deltagande i enkätundersökningen.

Samtidigt observerade vi att på individ- och områdesnivå var sannolikheten att uppfylla kriterier för en undersökning med lågdos-DT högre bland kvinnor boende i områden med sårbara livsvillkor, kort utbildning, låg inkomst. Vi fann dock inga betydande skillnader mellan grupperna som deltog respektive inte deltog i den efterföljande undersökningen med lågdos-DT, vilket tyder på att personer som uppfyller kriterier för screening, deltar i hög grad oavsett socioekonomi.

Den mest påtagliga skillnaden återfinns i själva inbjudningen till screeningen, det vill säga att besvara enkäten, där tydliga skillnader mellan olika grupper kan observeras.

Generellt sett har deltagande i enkätundersökningar minskat under de senaste årtiondena och en låg svarsfrekvens är vanligt. Forskning har dessutom visat att icke-deltagare skiljer sig från deltagare vad gäller sociodemografiska faktorer. De som inte deltar är oftare yngre, ogifta, utlandsfödda och har kortare utbildning. Bortfallsbias, det vill säga lågt deltagande och svarsfrekvens bland vissa grupper, kan leda till begränsningar i generaliserbarheten av resultaten, eftersom bortfallet inte är slumpmässigt utan systematiskt (16–19). Det är dock viktigt att notera att även bland personer boende i områden med goda och mycket goda livsvillkor är det en majoritet som inte svarar på enkäten.

En möjlig delförklaring till att fler personer från sårbara områden uppfyller screeningkriterierna är, utöver skillnader i rökvanor, att personer med goda livsvillkor tenderar att besvara enkäter oavsett rökstatus, eftersom de generellt är mer benägna att delta i myndighetsundersökningar. I kontrast kan individer boende i områden med sårbara villkor välja att inte svara om de inte uppfattar att enkäten gäller dem, exempelvis om de inte röker. Detta skulle kunna leda till en ”utspädningseffekt” där en större andel icke-rökare inkluderas, vilket i sin tur resulterar i en lägre andel som uppfyller urvalskriterierna jämfört med gruppen med sårbara livsvillkor. I vår uppföljning utgjorde kvinnor boende i områden med sårbara livsvillkor 11,3 procent av hela urvalet, men endast 3,8 procent av dem som deltog i enkätundersökningen. Motsvarande siffror för gruppen med medel respektive hög socioekonomisk status var 62,3 och 26,4 procent, där deltagandet för respektive grupp uppgick till 61,8 procent och 34,5 procent.

Denna ojämlikhet i deltagande i enkätundersökningar behöver beaktas vid ett eventuellt breddinförande av en riktad lungcancerscreening, där deltagarna selekteras genom svaren på ett frågeformulär. Annars finns en risk att socioekonomiskt missgynnade personer i lägre utsträckning erbjuds screening, eftersom de mindre sannolikt deltar i den inledande enkätundersökning som ligger till grund för erbjudandet. Detta är särskilt angeläget eftersom samma grupper som är underrepresenterade i enkätundersökningar också kan ha en ökad risk för ohälsosamma levnadsvanor som rökning (8).

Personer med högre socioekonomisk status har ofta bättre förutsättningar att navigera i sjukvårdssystemet, vilket kan påverka beslut om deltagande. Däremot kan socioekonomisk missgynnade grupper ha sämre förutsättningar att förvärva och

använda information om hälsa och sjukdom, vilket kan leda till en bristande förståelse för screeningens fördelar. (20–22). Likt många andra screeningprogram fann vi skillnader i deltagande mellan grupper i samhället där kvinnor med längre utbildning och högre inkomstnivåer tenderade att delta i större utsträckning än de med lägre socioekonomisk status (20–22). Dessa skillnader riskerar att förstärka redan existerande hälsoklyftor, särskilt eftersom lungcancer är starkt kopplat till sociala ojämlikheter genom faktorer som rökvanor. Ser man till deltagandegraden i andra screeningprogram i Region Stockholm, har andelen deltagare legat på cirka 70 procent för tjock-och ändtarmscancer, 80 procent för bröstcancer och 78.8 procent för livmoderhalscancer (23,24). En tidigare rapport som analyserade kostnadseffektiviteten av en riktad lungcancerscreening antog att 60 procent av de inbjudna skulle delta (15,23). Våra resultat visar 88 procent av de inbjudna kvinnorna deltog.

Ett steg i det fortsatta arbetet kan vara att tillgängliggöra enkäten på flera språk. Slutligen kan det vara värdefullt att utreda gruppens upplevda behov genom en målgruppsanalys, där mottagarna får ge synpunkter på utförandet.

Vägen framåt

Sammanfattningsvis visar våra resultat att socioekonomiska faktorer på individ och områdesnivå har en betydande påverkan på deltagandet i den riktade lungcancerscreeningen. Detta visar på behovet av åtgärder för att säkerställa jämlik tillgång till tidig diagnos och behandling. I dagsläget avser Socialstyrelsen att se över förutsättningar för att implementera ett nationellt screeningprogram för lungcancer. Ett sådant screeningprogram behöver identifiera barriärer för deltagande och utarbeta metoder för att nå alla grupper och minska ojämlikheter i deltagande, samt öka deltagande oberoende av socioekonomisk situation.

Viktigt i sammanhanget är att screening för lungcancer skiljer sig från flera andra cancerformer genom att endast en mindre andel av befolkningen bedöms ha en sådan risknivå att de kan förväntas ha nytta av undersökning med lågdos-DT. Av det skälet krävs en initial selektion för att identifiera individer som uppfyller kriterier för fortsatt screening. Riktad screening är således en nödvändig förutsättning för att uppnå kostnadseffektivitet och minska risken för överdiagnostik.

Samtidigt är det av stor vikt att det första selektionssteget utformas på ett sätt som främjar jämlik tillgång. För att undvika att redan existerande socioekonomiska skillnader i hälsa på grund av rökvanor förstärks, bör processen för identifiering av högriskindivider förbättras med särskilt fokus på att nå grupper med låg svarsfrekvens.

Begränsningar

Våra resultat bör tolkas med viss försiktighet. Region Stockholm har tre bröstcentra, vilka vardera betjänar ungefär en tredjedel av regionens befolkning. Södersjukhusets upptagningsområde bedöms vara mer representativt för den socioekonomiska och demografiska variationen i länet jämfört med de två andra. Dock kan vi inte med säkerhet säga att resultaten är generaliserbara till samtliga kvinnor i Stockholms län. Att utvärderingen endast inkluderade kvinnor innebär att resultaten inte heller är generaliserbar till män, eftersom forskning har visat att det finns skillnader mellan mäns och kvinnors deltagande i screeningprogram (25). Pilotprojektet avser att inkludera män framöver.

Referenser

1. Zhou J, Xu Y, Liu J, Feng L, Yu J, Chen D. Global burden of lung cancer in 2022 and projections to 2050: Incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Cancer Epidemiol.* 2024 Dec;93:102693.
2. Kocarnik JM, Compton K, Dean FE, Fu W, Gaw BL, Harvey JD, et al. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019 A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncol.* 2022;8(3):420–44.
3. Lung Cancer Policy Network. Lung cancer screening: learning from implementation. London: The Health Policy Partnership. 2022.
4. Rankin NM, McWilliams A, Marshall HM. Lung cancer screening implementation: Complexities and priorities. *Respirology.* 2020;25(S2):5–23.
5. Socialstyrelsen. Statistik om nyupptäckta cancerfall. 2024; Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-10-9299.pdf>
6. Socialstyrelsen. Cancer i siffror. Populärvetenskapliga fakta om cancer. 2023; Tillgänglig från: https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/cancer-i-siffror?gclid=EAIaIQobChMI1YLQvobThgMV52aRBR2j2gaMEAAYASAAEgIpf_D_BwE
7. Zetterqvist M. Tobaks- och nikotinutvecklingen i Sverige 2023. 2023.
8. Zetterqvist M, Ramstedt M, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Tobaksvanor i Sverige 2003-2020. 2020.
9. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med.* 2020;382(6):503–13.
10. Wait S, Alvarez-Rosete A, Osama T, Bancroft D, Cornelissen R, Marušić A, et al. Implementing Lung Cancer Screening in Europe: Taking a Systems Approach. *JTO Clin Res Reports.* 2022;3(5).
11. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening - The National Lung Screening Trial Research Team. *N Engl J Med.* 2011;365(5):395–409.
12. Socialstyrelsen. Framtidens cancerscreening Redovisning av regeringsuppdraget Framtidsinriktad omvärldsanalys om förändringar och utvecklingstendenser inom cancerscreening. 2019;
13. European Commission. European Commission-Press release European Health Union: Commission welcomes adoption of new EU cancer screening recommendations. 2022;(December 2022):9–10.
14. Socialstyrelsen. Analys av utvecklingen vid regionala cancercentrum. 2023.
15. Fridhammar, A Steen Carlsson K. Hälsoekonomisk analys av riktad screening för lungcancer av rökande och före detta rökande kvinnor i Region Stockholm. Lund; 2020.
16. Jezek AH, Ekholm O, Thygesen LC, Christensen AI. The impact of reminders on representativeness and survey estimates among web-mode invited in the Danish National Health Survey. *Eur J Public Health.* 2024 Nov;
17. Carlsson F, Merlo J, Lindström M, Ostergren PO, Lithman T. Representativity of a postal public health questionnaire survey in Sweden, with special reference to ethnic differences in participation. *Scand J Public Health.* 2006;34(2):132–9.
18. Vo CQ, Samuelsen PJ, Sommerseth HL, Wisløff T, Wilsgaard T, Eggen AE.

- Comparing the sociodemographic characteristics of participants and non-participants in the population-based Tromsø Study. *BMC Public Health*. 2023 May;23(1):994.
19. Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol*. 2014 Mar;14:42.
 20. Vårdanalys. Omotiverat olika Socioekonomiska och regionala. 2019.
 21. Cancerfonden. Nationell styrning för ökad jämlikhet inom cancerscreeningen [Internet]. Tillgänglig från: <https://static-files.cancerfonden.se/Nationell-styrning-for-okad-jamlikhet.pdf>
 22. Cancerfonden. Cancer och ojämlikhet, En rapport om hur grupptillhörighet påverkar risken att insjukna och avlida i cancer.
 23. Cancerfonden. Guide Rädsla liv – öka deltagandet.pdf [Internet]. 2024. Tillgänglig från: <https://www.cancerfonden.se/politik/guide-till-regioner>
 24. Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. Täckningsgrad i Region Stockholm [Internet]. Available from: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention_Analys
 25. Regionala cancercentrum i samverkan. Tjock- och ändtarmscancer screening Nationellt vårdprogram [Internet]. 2022. Available from: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/tjock-och-andtarmscancer/vardprogram/>

Bilaga

Bilaga 1. Sannolikheten att delta (angett i %) för tre olika utfall

Tabell a. Sannolikheten för deltagande i enkätundersökningen fördelat enligt sociodemografiska variabler.

Deltagande i enkätundersökningen				
	Total	Nej	Ja	<i>p-värde</i>
	N=34,592	N=23,083	N=11,509	
Utbildning				
Förgymnasial	4,592 (13,5%)	3,924 (17,3%)	668 (5,8%)	<0,001
Gymnasial	14,408 (42,2%)	10,021 (44,2%)	4,387 (38,2%)	
Eftergymnasial	15,133 (44,3%)	8,717 (38,5%)	6,416 (55,9%)	
Disponibel inkomst				
Låg	11,447 (33,4%)	9,259 (40,5%)	2,188 (19,1%)	<0,001
Medel	11,435 (33,3%)	7,599 (33,2%)	3,836 (33,5%)	
Hög	11,436 (33,3%)	5,999 (26,2%)	5,437 (47,4%)	
Födelseland				
Inrikesfödd	23,784 (69,1%)	13,973 (60,9%)	9,811 (85,5%)	<0,001
Utrikesfödd	10,618 (30,9%)	8,957 (39,1%)	1,661 (14,5%)	
Civilstatus				
Gift/Sambo	10,674 (31,0%)	7,676 (33,4%)	2,998 (26,1%)	<0,001
Singel	7,947 (23,0%)	5,381 (23,4%)	2,566 (22,3%)	
Skild/änka	15,864 (46,0%)	9,945 (43,2%)	5,919 (51,5%)	
Livsvillkorindex				
Sårbara (låg)	3,892 (11,3%)	3,461 (15,1%)	431 (3,8%)	<0,001
Goda (medel)	21,448 (62,3%)	14,363 (62,5%)	7,085 (61,8%)	
Mycket goda (hög)	9,105 (26,4%)	5,148 (22,4%)	3,957 (34,5%)	

Tabell b. Sannolikheten att uppfylla kriterier för undersökning med lågdos-DT fördelat enligt sociodemografiska variabler.

Uppfyller kriterier för undersökning med lågdos-DT				
	Total	Nej	Ja	<i>p-värde</i>
	N=11,509	N=10,405	N=1,104	
Utbildning				
Förgymnasial	668 (5,8%)	507 (4,9%)	161 (14,6%)	<0,001
Gymnasial	4,387 (38,2%)	3,850 (37,1%)	537 (48,8%)	
Eftergymnasial	6,416 (55,9%)	6,013 (58,0%)	403 (36,6%)	
Disponibel inkomst				
Låg	2,188 (19,1%)	1,902 (18,4%)	286 (26,0%)	<0,001
Medel	3,836 (33,5%)	3,406 (32,9%)	430 (39,1%)	
Hög	5,437 (47,4%)	5,053 (48,8%)	384 (34,9%)	
Födelseland				
Inrikesfödd	9,811 (85,5%)	8,912 (85,9%)	899 (81,7%)	<0,001
Utrikesfödd	1,661 (14,5%)	1,459 (14,1%)	202 (18,3%)	
Civilstatus				
Gift/sambo	2,998 (26,1%)	2,608 (25,1%)	390 (35,4%)	<0,001
Singel	2,566 (22,3%)	2,203 (21,2%)	363 (32,9%)	
Skild/änka	5,919 (51,5%)	5,570 (53,7%)	349 (31,7%)	
Livsvillkorindex				
Sårbara (Låg)	431 (3,8%)	342 (3,3%)	89 (8,1%)	<0,001
Goda (Medel)	7,085 (61,8%)	6,332 (61,0%)	753 (68,5%)	
Mycket goda (Hög)	3,957 (34,5%)	3,699 (35,7%)	258 (23,5%)	

Tabell c. Sannolikheten att delta i undersökning med lågdos-DT fördelat enligt sociodemografiska variabler.

Deltagande i undersökning med lågdos-DT				
	Total	Nej	Ja	<i>p-värde</i>
	N=1,104	N=124	N=980	
Utbildning				
Förgymnasial	161 (14,6%)	21 (17,1%)	140 (14,3%)	0,14
Gymnasial	537 (48,8%)	67 (54,5%)	470 (48,1%)	
Eftergymnasial	403 (36,6%)	35 (28,5%)	368 (37,6%)	
Disponibel inkomst				
Låg	286 (26,0%)	43 (35,2%)	243 (24,8%)	0,03
Medel	430 (39,1%)	46 (37,7%)	384 (39,3%)	
Hög	384 (34,9%)	33 (27,0%)	351 (35,9%)	
Sverige	899 (81,7%)	105 (86,1%)	794 (81,1%)	
Födelseland				
Inrikesfödd	899 (81,7%)	105 (86,1%)	794 (81,1%)	
Utrikesfödd	202 (18,3%)	17 (13,9%)	185 (18,9%)	
Civilstatus				
Gift/Sambo	390 (35,4%)	55 (44,7%)	335 (34,2%)	0,02
Singel	363 (32,9%)	41 (33,3%)	322 (32,9%)	
Skild/änka	349 (31,7%)	27 (22,0%)	322 (32,9%)	
Livsvillkorindex				
Sårbara (låg)	89 (8,1%)	11 (8,9%)	78 (8,0%)	0,21
Goda (medel)	753 (68,5%)	91 (74,0%)	662 (67,8%)	
Mycket goda (hög)	258 (23,5%)	21 (17,1%)	237 (24,3%)	

ISBN 978-91-988022-5-2



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM