

***Uppföljning av Plan för
Cancervården
2008 - 2010***

**UPPFÖLJNINGEN
GÄLLER ÅR 2008**

INLEDNING	3
SAMVERKAN I UPPFÖLJNINGSSARBETET	3
BAKGRUND	
Tidigare Cancerplan	3
Behovsanalyser	3
Omvärldsbevakning	4
UPPFÖLJNINGSSOMRÅDEN	
1. Ersättning för ökade kostnader för cancerläkemedel	4
2. Ersättning för utökade besök/vtf i samband med läkemedelsbehandling	4
3. Månatlig uppföljning av förbrukning av cancerläkemedel	4
4. Kontrollerat införande av nya cancerläkemedel	5
5. Utökad palliativ vård	5
6. Förbättrad uppföljning av cancersjukdomarna	5
7. Utveckling av Kontaktsjuksköterskefunktionen	9
8. Utbildning i psykosocialt arbetssätt	10
9. Utökade vårdplatser för Lungcancerpatienter vid Lungmedicinska kliniken Karolinska universitetssjukhuset	10
10. Utökad patologkapacitet genom fler biomedicinska analytiker, Karolinska universitetssjukhuset	11
11. Översyn av flödet av palliativa patienter mellan akutsjukhusen och palliativa enheter	11
12. Att i samråd med Socialstyrelsen definiera ledtider för bröst- prostata- och kolorektalcancer	11
13. Kapacitet av strålterapi	12
SAMMANFATTNING	12
DISKUSSION	12

INLEDNING

I den senaste uppföljningen av cancersjukvården som genomfördes 2007 togs en plan fram som är en vidareutveckling av den tidigare planen från 2006-2007. I "Plan för utvecklingen av cancervården för år 2008-2010" beskrevs de fortsatta behoven av förändringar inom cancersjukvården och förslag på hur dessa behov på bästa sätt kommer befolkningen tillgodo. Cancervården är en utpräglad multiprofessionell verksamhet där behandling och omvårdnad är både individuell och variationsrik.

Uppföljningen nedan är direkt relaterad till besluten och förslagen från denna plan.

SAMVERKAN I UPPFÖLJNING SAR BETET

Följande personer har deltagit i uppföljningen av cancerplanen för år 2008:

Från HSN-förvaltningen:

Britt Fälth, handläggare ASIH, HSN-f

Ulla-Britt Thorslund, handläggare, MLS, HSN-f

Lena Sundberg, avtalsansvarig, SSV, HSN-f

Per CM Larsson, medicinsk sakkunnig, SSV, HSN-f

Ann-Charlotte Eklöf, handläggare, SSV, HSN-f

Från verksamheterna:

Jan Adolfsson, avdelningschef, Onkologiskt Centrum
SPESAK för tumörsjukdomar.

BAKGRUND

A) Tidigare Cancerplan: HSN 2007-12-18 p 4

B) Behovsanalyser:

Enligt Nationell cancerstrategi för framtiden¹ diagnostiserades och rapporterades under år 2007, cirka 50 000 maligna (elakartade) tumörer till cancerregistret. Fördelningen var 52 procent män och 48 procent kvinnor. Bröstcancer var den vanligaste tumörformen hos kvinnor (29 %) och hos män prostatacancer (34 %). Bröst- och prostatacancer stod tillsammans med lung-, tjock-, och ändtarmscancer för drygt 50 procent av alla nya cancerdiagnoser i Sverige.² Antalet cancerfall har årligen ökat under de två senaste decennierna med i genomsnitt 1,7 procent för män och 1,1 procent för kvinnor. Orsaker till fler diagnostiserade fall anses vara:

1. Fler personer över 65 år
2. Förbättrade diagnosmetoder
3. Ökad medvetenhet hos befolkningen
4. Införande av screening

För fortsatt uppföljning visar det sig att de cancerformer som ökar mest är hud- och lungcancer.

För hudcancer ökar såväl malignt melanom såsom övriga typer av hudcancer och ökningstakten är högre för kvinnor än för män.

¹ SOU 2009:11

² Cancer Incidence in Sweden 2007, Socialstyrelsen, 2008.

Ökningen av lungcancer har i genomsnitt varit 3,9 procent per år de senaste 10 åren³. Detta kan jämföras med den årliga ökningen av bröstcancer som var 1,2 procent under de senaste 20 åren⁴.

Överlevnadssiffrorna för cancer har sammantaget förbättrats markant under de senaste åren. Cancerprevalensen (personer med cancerdiagnos) för män beräknas öka med cirka 130 procent till år 2030. Motsvarande ökning för kvinnor beräknas bli cirka 70 procent. Lungcancer orsakar flest dödsfall bland kvinnor och mortaliteten visar en 75 procentig ökning mellan 1987 och 2006. Hos män är prostatacancer den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall.

C) Omvärldsbevakning

Cancerpanoramata i Europa påminner i stora drag om det vi ser i Sverige. Den vanligaste cancerdiagnosen i Europa år 2006 var bröstcancer. Den relativa femårsöverlevnaden för alla cancersjukdomar har ökat och skillnaderna mellan länderna har minskat (¹sid 15). Överlevnaden för de fyra vanligaste cancersjukdomarna, bröst-, prostata-, lung-, tjock- och ändtarmscancer var högst i de nordiska länderna (undantag för Danmark) samt i Centraleuropa.

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDEN

1. Ersättning för ökade kostnader avseende cancerläkemedel

I Cancerplan 2006-2007 avsattes 78,5 Mkr för ökade kostnader avseende cancerläkemedel. Alltjämt är kirurgi och strålning de främsta botande behandlingsmetoderna för cancer (¹sid16). Läkemedel (f.f.a. cytostatika) botar cirka 8 % av alla cancerpatienter. Det viktigaste användningsområdet för cancerläkemedel är som tilläggsbehandling i kombination med annan terapi. Noteras kan att den faktiska läkemedelskostnadsökningen⁵ för 2008 inte motsvarade det prognostiserade behovet.

2. Ersättning för utökade besök/vårdtillfällen i samband med läkemedelsbehandling

Ersättningen för utökade vårdtillfällen och besök i samband med läkemedelsbehandling höjdes i cancerplanen med 8 Mkr. Dessa pengar tillskötts vårdgivarna som en resurshöjande insats och besöken kan ej följas upp specifikt.

3. Månatlig uppföljning för förbrukning av Cancerläkemedel

Årsförbrukningen för cancerläkemedel uppgick 2008 till cirka 345 Mkr. I diagrammet nedan visas statistik under perioden kv 1 2007 – kv3 2008 för läkemedel tillhörande ATC-grupp L01.⁶

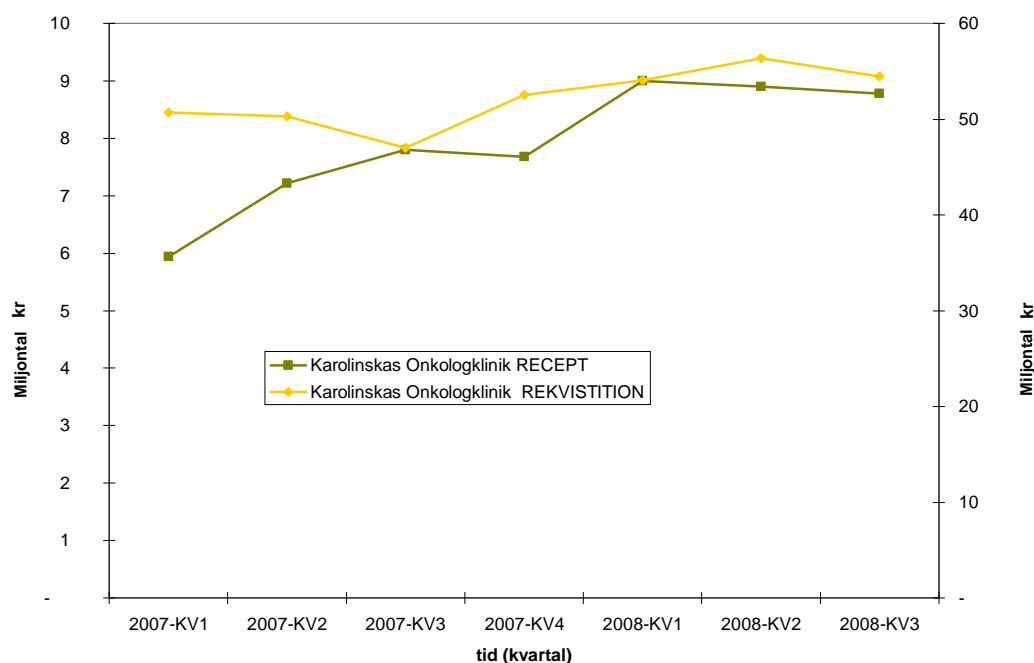
³ SOU 2009:11, sid 43.

⁴ Cancer Incidence in Sweden 2007, Socialstyrelsen, 2008.

⁵ Med "läkemedelskostnad" avses hela beloppet för alla apotekslevererade varor mot recept eller rekvisition.

⁶ L01 innebär att läkemedlen är ett cancerläkemedel.

Översikt över kostnad (kr) för rekvisition resp recept (förmånskostnad) över tid per kvartal för
ATC-grupp L01



4. Kontrollerat införande av nya cancerläkemedel

Rutiner för kontrollerat införande av cancerläkemedel ingår i SLL:s ”
Specialläkemedelsprojekt ” där förvaltningen har representanter från medicinska
ledningsstaben. Arbeta med att ta fram riktlinjer pågår.

5. Utökad palliativ vård

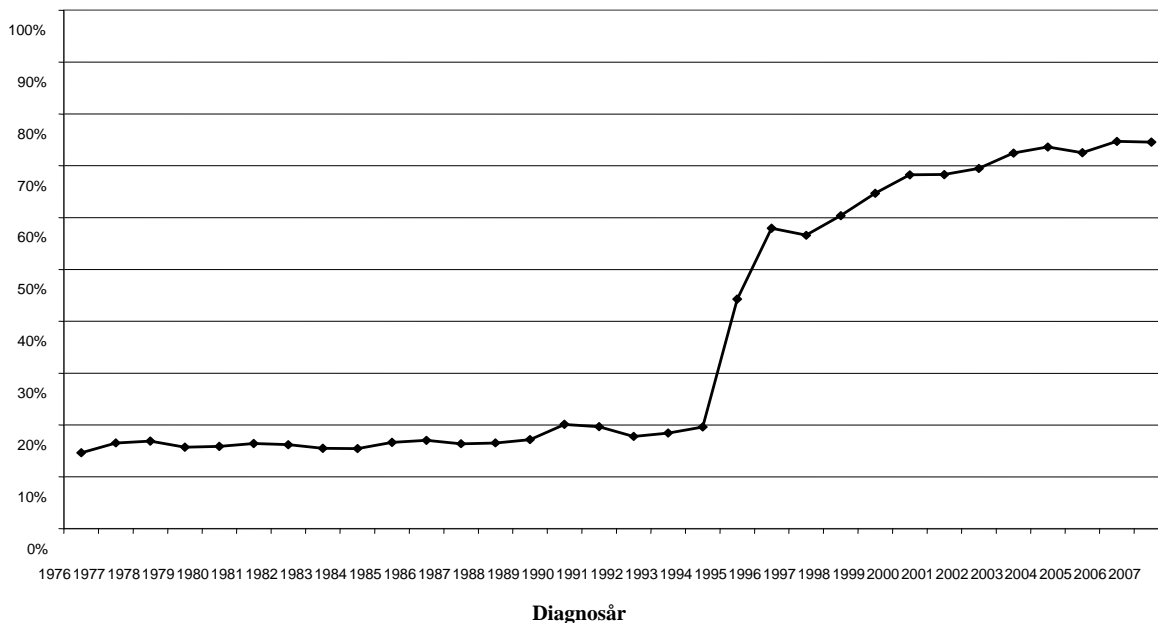
För att säkerställa kompetensen inom den specialiserade palliativa vården har en
sammanslagning av uppdraget för den öppna och slutna vården skett. Flertalet av länets 15
vårdgivare antog under 2008 uppdraget och det finns idag fem enheter som enbart utför
öppenvård, en vårdgivare utför endast slutenvård. Under 2008 har en förstärkning skett av
specialiserad palliativ slutenvård med totalt ca 11 platser inom hela länet. Även inom den
öppna vården (ASIH) har en utbyggnad skett med motsvarande ca 26 vårdplatser. För att
finansiera de delar av förstärkningen som inte täcks av de i cancerplanen avsatta resurser,
har en viss omfördelning skett från andra uppdrag inom vårdgivarnas verksamheter.
I gällande uppföljningsplan 2009 hämtas kvalitetsindikatorer från svenska palliativregistret
och förvaltningen kommer att följa rapporteringen till registret.

6. Förbättrad uppföljning av cancersjukdomarna

Kvalitetsregistrens omfattning

De kvalitetsregister som förs vid Onkologiskt Centrum (OC) omfattar idag drygt 70 % av alla
nya fall av cancer i regionen (se figur nedan). Utvecklingen har gått mycket fort under de
senaste 10 åren och med de register som är under uppstart respektive planeras kommer i
stort sett alla diagnoser att vara inkluderade inom 2 till 3 år.

Andel som omfattas av kvalitetsregistrering.



Andel av alla cancerfall i Stockholm-Gotlandregionen som omfattas av kvalitetsregister

Även omfattningen av registreringen i vårdkedjan för respektive tumörform ökar och kommer att ytterligare utvidgas under de närmaste åren. I tabell 1 visas de nu aktiva nationella kvalitetsregistren inom cancerområdet och dessas omfattning respektive vilket onkologiskt centrum som har det nationella ansvaret. Under 2008 har helt nya nationella kvalitetsregister för bröstcancer och myeloproliferativa sjukdomar (MPD) startats av OC i Stockholm/Gotland i samarbete med representanter för alla regioner.

Nya nationella register har under 2008 startats för :

- MPD,
- koloncancer,
- huvud- och halscancer,
- tumörer i lever, gallblåsa och gallgångar
- ovarialcancer

Dessa samt de redan etablerade registren för :

- Akut lymfatisk leukemi (ALL)
- Akut myeloisk leukemi (AML)
- kronisk myeloisk leukemi (KML)
- kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
- lymfom,
- myelom,
- CNS-tumörer,
- rektalcancer,
- lungcancer,
- malignt melanom
- urinblåsecancer

har implementerats i den nationella dataplattformen gemensam för landets alla OC (INCA-plattformen) och regionala användare för respektive register har utbildats. Uppföljningsdata registreras idag för ALL (+transplantation), AML (+ transplantation), KML, Huvud-, hals-, ovarial-, bröst-, prostata-, lever- och lungcancer.

Livskvalitet registreras i det nationella kvalitetsregistret för esofagus- och ventrikelcancer samt i anslutning till det nationella registret för prostatacancer.

Tabell 1. Nationella kvalitetsregister och vårdprogram i cancervården

<u>Tumörgrupp</u>	<u>Kvalitetsregister omfattning</u>	<u>Vårdprogram</u>	<u>Förankring</u>	<u>Samordnande OC</u>
Grovtarmscancer	Diagnostik, patologi och primär behandling Onkologiskbeh 2009	Ja	Professionell styrgrupp	Norra
Ändtarmscancer	Diagnostik Primärbehandling Patologi 2009 Onkologiskbeh 2009	Ja	Professionell styrgrupp	Norra
Bröstcancer	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning Tilläggsbeh 2009	Ja	Sv Förening för Bröstkirurgi, Sv Bröstcancergruppen	Stockholm/Gotland
Prostatacancer	Diagnostik Primärbehandling Strålbehandling Biverkningar 5-års uppföljning	Nej	Professionell styrgrupp	Uppsala/Örebro
Urinblåsecancer	Diagnostik Primärbehandling	Nej	Professionell styrgrupp	Södra
Njurcancer	Diagnostik Primärbehandling Kirurgisk behandling 2009	Ja	Professionell styrgrupp	Stockholm/Gotland
Peniscancer	Diagnostik Primärbehandling 5-årsuppföljning 2009	Nej	Professionell styrgrupp	Uppsala/Örebro
Ovarialcancer	Diagnostik Primärbehandling Onkologisk beh Uppföljning	Nej	Svensk Onkologisk Förening Onkol.	Västra
Endometriecancer	Under uppbyggnad	Nej	Svensk Onkologisk Förening	Västra
Cervix-, vulva- o vaginalcancer	Under uppbyggnad		Svensk Onkologisk Förening	Västra
Esofagus/ventrikelcancer	Diagnostik Primärbehandling Komplikationer Livskvalitet	Ja	Sv För. för Övre GI Kirurgi	Norra
Levertumörer	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Nej	Sv För. för Övre GI Kirurgi	Västra

Pankreascancer	Under uppbyggnad	Nej	Sv För. för Övre GI Kirurgi	Sydöstra
Kronisk myeloisk leukemi	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Ja	Sv Förening för Hematologi	Uppsala/Örebro
Kronisk lymfatisk leukemi	Under uppbyggnad	Ja	Sv Förening för Hematologi	Stockholm/Gotland
Akut lymfatisk leukemi	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning Benmärgs- transplantation	Ja	Sv Förening för Hematologi	Södra
Akut myeloisk leukemi inkl akut oklassificerad leukemi	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning Benmärgs- transplantation	Ja	Sv Förening för Hematologi	Södra
Myeloproliferativa sjukdomar	Diagnostik Primärbehandling	Nej	Sv Förening för Hematologi	Stockholm/Gotland
Myelodysplastiskt syndrom	Under uppbyggnad	Nej	Sv Förening för Hematologi	Uppsala/Örebro
Lymfom	Diagnostik Primärbehandling	Ja	Sv Förening för Hematologi	Södra
Myelom	Diagnostik Primärbehandling	Nej	Sv Förening för Hematologi	Västra
Malignt melanom	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Ja	SMSG (Sv Melanomstudiegruppen)	Sydöstra
Huvud-halscancer	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Nej	Sv Sällskap för Huvud-halskirurgi, Sv Otorinolaryngologisk Förening	Västra
CNS-tumörer	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Gliom gr 2 hos vuxna	Planeringsgrupp för CNS-tumörer	Norra
Lungcancer	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Ja	Planeringsgrupp för lungcancer	Uppsala/Örebro
Tyreoideacancer	Under diskussion	Nej	Sv För. för Endokrinkirurgi	Ej bestämt
Testikelcancer Start 2009	Diagnostik Primärbehandling Uppföljning	Ja	SWENOTECA (Sv/Norge)	Stockholm/Gotland Södra
Tunntarmscancer				
Hud/skivepitelcancer			Diskuterat på RB 081015	
Övriga endokrina tumörer			Kontakt med Linköping 081114	

7. Utveckling av Kontaktsjuksköterskefunktionen

Under hösten 2006 och våren 2007 anställdes kontaktsjuksköterskor i cancervården. Målet var att förbättra omhändertagandet, kontinuiteten och skapa ökad trygghet och tillit i vården för patienter och närstående. Samtidigt startades ett nätverk för kontaktsjuksköterskorna som samordnas av förvaltningen. Under 2008 har nätverksträffar med aktuella teman och utbyte av erfarenheter genomförts.

Platser för direktinläggning⁷ har införts på kirurg- och urologkliniken Danderyds sjukhus för patienter med avancerad cancersjukdom under året. På Södertälje sjukhus har man så kallade klinikanslutna patienter, vilket betyder att patienten har ett direktnummer till sin hemavdelning. På de flesta kliniker kan patienter läggas in under dagtid antingen på en dagvårdsavdelning eller på en vårdavdelning, för blodtransfusioner och provtagningar. I samband med att patienten får en namngiven kontaktsjuksköterska får patienten även ett direktnummer för att nå vederbörande under dagtid. På flera enheter får patienten även ett direktnummer för kontakt under jourtid. Arbete med flödesförbättringar pågår för närvarande på ett flertal kliniker. Ett problem i dag är de långa väntetiderna till olika röntgenundersökningar och långa svarstider från patologerna. Skriftliga vårdplaner saknas fortfarande hos vissa verksamheter och inläggande vård på annan klinik än den behandlande kliniken s.k. satellitpatienter förekommer ännu.

Behovet av ytterligare kontaktsjuksköterskor är alla eniga om, då patienterna har ett ökat behov av information, utbildning och uppföljning. Ett område som kontaktsjuksköterskorna tar upp är bristen på rehabiliteringsmöjligheter för färdigbehandlade cancerpatienter. Enheten för psykosocial onkologi och rehabilitering (EPOR) tar bara emot klinikbundna patienter och de övriga patienterna är hänvisade till den externa rehabiliteringen på Mösseberg i Västra Götalandsregionen.

Förvaltningen har under hösten genomfört fokusgrupper med patientföreningarna Pro-Liv, Bröstcancerföreningen Amazonas, Gyncancerföreningen, Gynsam och de Blodsjukas förening. Syftet var att få ta del av patienternas erfarenheter och synpunkter på cancervården sedan införandet av kontaktsjuksköterskor.

Nedanstående noteringar är direkta citat och sammanfattar punkter som patientföreningarna anser utgöra förbättringsområden för kontaktsjuksköterskefunktionen.

Tillgänglighet:

- Brister i läkarkontinuiteten (tillgång på erfarna gyn onkologer saknas)
- Utökat psykosocialt stöd för patient och anhöriga
- Slippa "satellitplatser" (Direktintag för alla klinikanslutna patienter)
- Kontaktsjuksköterska till alla patienter inom onkologin
- Dygnet runt öppet på cancerupplysningen
- Avsaknad av flexibilitet inom vissa enheter
- Kortare väntetider till CT och övrig diagnostik

Bemötande:

- När man väl är inne i systemet är alla mycket professionella
- Saknas ödmjukhet, trots hög kvalitet på den medicinska behandlingen
- Lyhördhet samt förmåga att lyssna in
- Många patienter upplever att personalen är jäktad och jagad, då mest läkarna

⁷ Direktinläggning innebär att patienten är accepterad för inläggning direkt på sin hemavdelning utan att bli inskriven via akutmottagningen, om behov av slutenvård skulle föreligga.

- Nonchalant bemötande och bristen på empati.
- Skriftlig information om praktiska saker.
- Klargörande av läkarinformationen från kontaktsjuksköterskan.

Ledtider:

- För långa ledtider från diagnos till behandling
- Bevaka ledtider
- För lång väntan på diverse provsvar
- Bevaka remisser

Av Patientnämndens årsrapport 2008 framgår att det patientföreningarna tar upp stämmer väl överens med vad som skrivs i rapporten.

8. Utbildning i psykosocialt arbetssätt

Under våren 2008 träffades Enheten för psykosocial onkologi och rehabilitering (EPOR) och HSN-förvaltningen för att gemensamt planera en uppdragsutbildning för kontaktsjuksköterskor i psykosocialt arbetssätt. Innan kursstart intervjuades alla kontaktsjuksköterskor för att inventera vilka behov som utbildningen skulle tillfredsställa. Målet var att öka kontaktsjuksköterskans kunskaper i det psykosociala omhändertagandet av både cancerpatienter och deras närstående. Förmedla ökade kunskaper i kommunikation och bemötande, samt ge förståelse för gruppprocesser och konflikthantering. I cancerplanen avsattes 2 mkr år 2008 som anslag till EPOR för att genomföra uppdragsutbildningen i psykosocialt arbetssätt till personal inom cancervården. För år 2009 och år 2010 beräknas kostnaden till 1,5 mkr per år.

Hösten 2008 startade den första utbildningen med 18 deltagare.

Utbildningen pågår under en termin på deltid under 15 veckor med 10 tim/vecka.

Undervisningen delas upp mellan, teoretisk inläring såsom litteraturstudier, föreläsningar men också genom seminarier och handledning. Kursen avslutas med redovisning av ett eget utvecklingsarbete.

9. Utökade vårdplatser för Lungcancerpatienter vid Lungmedicinska kliniken Karolinska Universitetssjukhuset

I cancerplanen 2008 – 2010 gjordes en riktad kvalitetssatsning motsvarande 3 mkr årligen till utökade vårdplatser vid lungmedicinska kliniken. Syftet med detta resurstillskott var att förbättra omhändertagandet av lungcancerpatienter och medverka till att dessa patienter vårdas vid en specialistklinik och inte bli kvar vid intagningsavdelningar mer än högst ett dygn. Karolinska universitetssjukhuset har under 2008 öppnat 6 nya vårdplatser vid lungmedicinska kliniken, fyra platser lokaliserade till Solna och två platser till Huddinge. Under 2008 ökade slutenvårdsproduktionen vid lungmedicinska kliniken på Karolinska med 67 vårdtillfällen avseende patienter med cancerdiagnoser jämfört med 2007. Av den totala ökningen av vårdtillfällen vid kliniken stod cancerdiagnoser för ungefär hälften. Totalt på sjukhuset kvarstår problemet med lungcancerpatienter som vårdas vid medicinsk akutvårdsavdelning eller som satellitpatienter. Trots tillskottet av extra vårdplatser vid lungmedicinska kliniken har inte situationen förbättrats för lungcancerpatienterna. HSN-f uppfattning är att fördelningen av vårdplatser är en organisatorisk fråga för sjukhuset att lösa och att vården av cancerpatienter bör ske efter cancerplanens intentioner. Som en följd av detta planerar HSN-f att under 2009 genomföra en beställarrevision avseende lungcancerpatienter som vårdas utanför lungmedicinska kliniken. Resultatet av denna revision förväntas bli klar under senare delen av hösten 2009.

10. Utökad patologkapacitet, genom att fler biomedicinska analytiker anställs, vid Karolinska Universitetssjukhuset

Inom ramen för cancerplanen tilldelades Karolinska universitetssjukhuset 3 mkr årligen för utökad patologkapacitet till kliniken för patologi och cytologi. Syftet med satsningen var att kunna utbilda biomedicinska analytiker till att överta vissa av patologernas arbetsuppgifter för att på så sätt förbättra svarstider avseende provresultat.

Sjukhuset har nu genomfört en utbildningsinsats av biomedicinska analytiker och effekten på svarstider ska följas upp och redovisas under 2010.

11. Översyn av flödet av palliativa patienter mellan akutsjukhusen och palliativa enheter

I översynen av den öppna och slutna specialiserad palliativ vården uppmärksammas behovet av att tydliggöra och eventuellt utvidga den palliativa vårdens roll i cancervårdkedjan. I en vidare utredning kommer uppmärksamhet ägnas åt att säkerställa överföringen i vårdkedjan från onkologi, lungmedicin och kirurgi. Det pågår ett arbete med att utveckla den palliativa vårdgivarens ansvar för tillgängligheten. Idag har inte vårdgivarna inom den slutna palliativa vården områdesansvar och därför råder en otydlighet om vem som ansvarar för att patientomhändertagandet. Av denna anledning så kommer tillgänglighetsansvaret att ses över och förtydligas i uppdraget.

12. Att i samråd med Socialstyrelsen definiera ledtider för bröst-, prostata-, och kolorektalcancer

Ledtider enligt nationella riktlinjer registreras sedan flera år för lung- och blåscancer.

Utfallet redovisas årligen i nationella rapporter.

Under 2008 har ledtidsregistrering införts i det nationella kvalitetsregistret för bröstcancer.

Utfallet kommer att redovisas i nationella rapporter när fullständiga data för 2008 finns tillgängliga. Under 2009 införs registrering av ledtider för prostatacancer. Ledtider för kolorektalcancer kommer att mätas i ett särskilt projekt. För övriga tumörformer kan tid från diagnos till behandling vanligen bedömas.

Koppling mot journalsystem

Under 2008 har en förstudie rörande direkt koppling mellan Take Care och INCA-plattformen gjorts i samarbete med Bröstcentrum, Onkologiska kliniken Karolinska universitetssjukhuset och Onkologiskt Centrum. Förstudien utmynnade i en rapport som är under utvärdering. Under 2009 kommer ett liknande projekt att bedrivas mellan Hematologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset och Onkologiskt Centrum.

Läkemedelsregistrering

Under 2009 startas registrering av läkemedelsbehandling av kolorektal- och bröstcancer (tilläggsbehandling behandling). Utveckling av moduler för esofagus - och ventrikeltumörer samt CNS-tumörer pågår.

13. Kapacitet av strålterapi

Under 2008 installerades en ny accelerator på Karolinska universitetssjukhuset och under 2009 ska ytterligare två accelerators installeraras. Karolinska universitetssjukhuset har genom tvåskiftsbemanning samt nytt bokningssystem ökat sin kapacitet och förbättrat sitt omhändertagande av patienterna, vid strålterapiavdelningen. Behovet av utökad strålverksamhet i landet är ej klarlagt, men i nuläget anses strålkapaciteten inom Karolinska universitetssjukhuset motsvara länets behov. Förvaltningen följer nogsamt eventuella remitteringar utomlans på grund av resursbrist. Eftersom strålverksamheten är en användbar och kostnadseffektiv behandlingsmetod är det av stort intresse att resursbrist ej uppkommer och att kapaciteten planeras noga i framtiden⁸.

SAMMANFATTNING

Två, av HSN beslutade, cancerplaner har resulterat i ett resurstillskott till den onkologiska vården på 189 mkr under åren 2006-2008. Pengarna har framför allt "öronmärkts" för ökade kostnader för cancerläkemedel. Övriga satsningar har fokuserat på utvecklingen av kontaktsjuksköterskefunktionen, en utökad palliativ vård samt fler vårdplatser. De tillskjutna medlen är nivåhöjande vilket innebär att de inte försvunnit 2009 och framåt. Vi fortsätter att följa upp cancerplanen under 2009 och under 2010 kommer en ny rapport.

DISKUSSION

HSN-f konstaterar att arbete med cancerplanen ligger i linje med intentionerna i betänkandet avseende en nationell cancerstrategi för framtiden⁹.

Prevention:

Vi anser att primärpreventiva åtgärder måste vara högprioriterat.

Minst en tredjedel av all cancer kan anses vara livsstilsbetingad, så det är avgörande att en samlad ansats tas för att minska det framtida cancerinsjuknandet. Det är i detta sammanhang viktigt att poängtera att den mest kostnadseffektiva åtgärden för framtiden är att genom promotion och prevention undvika att medborgarna insjuknar i cancer.¹⁰

Den framtida utvecklingen kommer även att ställa stora krav på tydliga prioriteringar samt en öppenhet för utveckling av såväl organisations- såsom finansieringsformer.

Tillgänglighet:

För att utveckla cancervårdens förtroendekapital är det avgörande att vården kan tillhandahållas jämnt såväl geografiskt som socioekonomiskt.

Det är en självklarhet att framtida upphandlad cancervård måste tillhandahålla en sammanhållen vårdkedja med god omvårdnad, tillgänglighet och korta ledtider.

⁸ Ernst & Youngs utredning avseende strålbehandling vid Karolinska Universitetssjukhuset.

⁹ SOU 2009:11

¹⁰ Promotion = Innebär att stärka människors möjligheter att själva styra över de faktorer som påverkar deras hälsa. Hälsopromotivt arbete kan därför både handla om att motivera människor till hälsosammare val i vardagen och om att skapa livsmiljöer som är stödjande för hälsa. Prevention = Förebygga att redan uppkommen ohälsa/sjukdomar försämras.