

Motion till riksdagen 2018/19:2881

av **Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M)**

En ny uppdaterad nationell cancerstrategi

Sammanfattning

Vi föreslår att det tas fram en ny uppdaterad nationell cancerstrategi. Den bör bland annat innehålla följande:

- Resurser inom ramen för kömiljarder ska användas till att korta köerna inom cancervården kopplat till de standardiserade vårdförloppen.
- Avsätt varje år till cancervården specifika resurser under åren 2019–2021, varav en del riktat direkt till barncancervården.
- Ökad nationell samordning gällande cancervården inom ramen för den nationella cancerstrategin.
- Se över möjligheten att införa en nationell samordning och strategi av långsiktig planering för att säkerställa kompetens- och personalförsörjning.
- Säkerställ att de idag existerande standardiserade vårdförloppen inom cancervården är implementerade och efterföljs.
- Fortsätt koncentrationen av den avancerade högspecialiserade cancervården.
- Patientlagen ska utvecklas för att stärka patientens möjlighet att få rätt vård i rätt tid i hela landet, och att fritt kunna välja slutenvård.
- Öka incitamenten för klinisk forskning inom cancervården och stärk samarbetet mellan cancervården och universiteten.
- Det allmänna vaccinationsprogrammet bör inkludera både flickor och pojkar gällande vaccination mot HPV-infektion.
- Skapa bättre förutsättningar för sammanhängande vårdkedjor.
- Se över möjligheten att ta fram en strategi för att kvalitetssäkra den palliativa cancervården.
- Öka incitamenten för kliniska studier med fokus på barncancersjukdomar.
- Se över möjligheten att ta fram en specialistutbildning inom barncancervård.
- Se över tillgången till psykologer och kuratorer inom de idag verksamma barncancercentrumen.
- Se över möjligheten att ta fram strategier för att cancerpatienter som fyller 18 år under behandling inte ska riskera att fara illa när de övergår till den reguljära vården.
- Se över hur kunskap och kompetens gällande barn och cancersjukdom kan komma fler instanser i samhället till del.

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en ny och uppdaterad nationell cancerstrategi och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Var tionde minut får någon runt om i vårt land beskedet att de har cancer. Ungefär ett barn om dagen insjuknar i någon form av barncancer. En av tre svenskar kommer någon gång att drabbas.¹ Detta är en av vår tids vanligaste folksjukdomar. Därför behöver vi skyndsamt, för alla cancerpatienters skull, ta fram en ny uppdaterad nationell cancerstrategi.

Sverige är ett land där hälso- och sjukvården länge har varit, och fortfarande är, av mycket hög kvalitet internationellt sett. Läkare, sjuksköterskor och andra medarbetare gör ovärderliga insatser under dygnets alla timmar. Moderaterna vill att det även fortsättningsvis ska vara så. Då behövs nya reformer som utgår från den tid som är nu. En digital era där medicinsk och teknisk utveckling avseende nya behandlingsformer och läkemedel ger stora möjligheter att utveckla vårdens kvalitet.

Cancervården ska vara tillgänglig. Den ska vara jämlik och komma alla till del. Därför behövs även reformer som stärker vårdens medarbetare. Det behövs reformer som hjälper vårdens medarbetare i deras dagliga arbete. Reformerna ska underlättar, förenklar och förbättrar. Det är grunden för en jämlik och tillgänglig cancervård som kommer alla till del.

Sverige har nu goda förutsättningar att ta nästa steg när det gäller att utveckla cancervården och forskningen. En ny nationell cancerstrategi har möjligheter att foga samman en tydlig agenda som binder ihop cancervården och attraktiva forskningsmiljöer, och förutsättningar att utnyttja alla nya möjligheter med biobanker och mer avancerad medicinteknik.

Med tydliga jämförbara data som uppdateras regelbundet gällande alla kvalitetsregister skapas möjligheter att ge befolkningen i Sverige tillgång till de mest avancerade behandlingarna av olika cancersjukdomar. Dessutom i kombination med att förutsättningarna för såväl klinisk forskning som grundforskning förbättras. Strävan ska vara forskning som sker multiprofessionellt med ökad grad av delaktighet från patienterna.

Sverige är ett fantastiskt land med alla möjligheter att ha en världsledande cancersjukvård utan långa vårdköer. Dessa möjligheter måste tas tillvara.

Bakgrund

Alliansregeringen tillsatte år 2007 en utredning om en nationell cancerstrategi som skulle ha fokus på framtida behov och utmaningar. Utredningens förslag lades fram i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Utredningen

¹ Cancerfundsrapporten 2016.

delade in strategin i tre delar: cancer ur ett medborgarperspektiv, cancer ur ett patientperspektiv samt kunskaps- och kompetensförsörjning.²

Mot bakgrund av utredningens förslag vidtog alliansregeringen en rad åtgärder. Den kanske allra mest långsiktiga och strategiska åtgärden handlar om att etablera sex regionala cancercentrum (RCC) – ett i varje sjukvårdsregion. Inriktningen på deras arbete definierades med hjälp av tio kriterier. Nationell samverkan mellan de olika RCC slogs fast som en av förutsättningarna för att nå en likvärdig vård i hela landet.

Den nationella cancerstrategin har sedan år 2009 utgjort grunden för arbetet med att utveckla cancervården i Sverige. Regeringen har framfört att den inriktning som anges i strategin ska bibehållas och vara vägledande även för det fortsatta arbetet. Samtidigt behöver innehållet i strategin vidareutvecklas och anpassas för att möta de utmaningar som den svenska cancervården står inför just nu och i framtiden.

Cancer är samlingsnamnet på de ungefär 200 sjukdomar som kännetecknas av en okontrollerad celltillväxt. Cancer är den absolut vanligaste allvarliga sjukdomen i Sverige. Över en halv miljon svenskar är just nu drabbade av cancer. Det är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige. Lungcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, bukspottkörtelcancer och bröstcancer är de former av cancer som tar flest liv i Sverige.³

Var tionde minut får en människa i Sverige ett besked om att man drabbats av cancer. De allra vanligaste cancersjukdomarna är prostatacancer, bröstcancer, hudcancer, tjocktarmscancer, lungcancer, malignt melanom i huden samt cancer i urinblåsan. De sju mest förekommande cancersjukdomarna drabbar över sex av tio personer som får cancer.⁴

Behov av en ny utredning för nationell cancerstrategi

Syftet med ett nytt utredningsuppdrag är att ta fram en ny uppdaterad nationell cancerstrategi som väger in erfarenheter av nuvarande cancerstrategi och samtidigt tar ett samlat grepp över allt som kommit av till exempel ny medicinteknik och kraftfullare läkemedel under åren sedan den första nationella cancerstrategin utvecklades. Den nationella cancerstrategin behöver förnyas, utvecklas och uppdateras i takt med den snabba utveckling som ägt rum det senaste årtiondet.

Den nationella cancerstrategin ska ha såväl ett verksamhets- som patientperspektiv och avse frågor där utredningen bedömer att framtida utveckling av behov, kunskapsbildning, demografi och andra förändringar ställer särskilt stora krav på framförhållning. De ytterligare eventuella mål som utredaren föreslår ska vara möjliga att följa upp. Utredaren ska tydligt klarlägga om de föreslagna målen är rimliga, med hänsyn till kunskapsläge och evidensbas, demografi, tillgängliga resurser och andra förutsättningar.

År 2040 beräknas över 600 000 personer i Sverige leva med cancer. Antalet människor som lever med kronisk cancer ökar därmed stadigt och det beror på förbättrade medicinska möjligheter att hjälpa fler patienter att överleva cancersjukdomar.⁵ Nya prognoser visar på en utveckling där antalet människor som

² En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11.

³ Cancerfondsrapporten 2016.

⁴ Cancerfondsrapporten 2016.

⁵ Cancerfondsrapporten 2016.

lever med en cancerdiagnos kommer att ha fördubblats inom 25 år.⁶ Väntetiden för behandling av exempelvis lungcancer är i dag emellertid dubbelt så lång jämfört med vad det har utlovats att den ska vara.

Detta ställer krav på att den nationella cancerstrategin uppgraderas. Om inte det sker riskerar det förändringsarbete som påbörjats att tappa kraft och på sikt gå förlorat. En uppdaterad nationell strategi behöver utvecklas för att kunna stödja och ta vara på bland annat framväxten av ny forskning, medicinteknik och läkemedel.

En nationell cancerstrategi ska således präglas av en långsiktig inriktning som är mer mottaglig för ständigt ny forskning, medicinteknik, medicinska resultat och erfarenheter. Den långsiktiga inriktningen gällande arbetet med en nationell cancerstrategi ska därmed fortsatt vara att ta ett nationellt helhetsgrepp avseende cancervården. Den långsiktiga inriktningen ska omfatta hela vårdkedjan, från förebyggande preventiva insatser och strävan efter tidig upptäckt av cancer till rehabilitering, uppföljning, palliativ vård och vård i livets slutskede.

Övergripande mål för den nationella cancerstrategin är att

- minska antalet som insjuknar i cancer,
- minska dödligheten i cancer,
- förlänga överlevnadstiden efter en cancerdiagnos och
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer utifrån ett tydligt patientperspektiv.

Vårdköer

Under de senaste fyra åren har vårdköerna i Sverige fördubblats, och köernas längd skiljer sig stort beroende på vilket landsting eller vilken region du befinner dig i. Enligt Regionala cancercentrum i samverkan får i dag endast en av tio patienter med livmoderhalscancer operation inom den maximala tidsgräns som Socialstyrelsen satt upp. Många prostatacancerpatienter får även de vänta alldeles för länge. Regionala cancercentrum i samverkans mål ligger på 61 dagar, men enligt deras siffror kan den som väntar längst gå i upp till 200 dagar från besked till kirurgiskt ingrepp.⁷

Ett exempel när det gäller orimligt långa väntetider inom svensk cancervård är rörande urinblåscancer. Antalet patienter år 2017 som genomgick operation i tid gällande urinblåscancer var noll. Noll. Det uppsatta målet är att patienten ska genomgå så kallad cystektomi inom 37 dagar. Medianväntetiden var istället över 100 dagar i riket.⁸

Patienter ska inte behöva vänta på vård mer än absolut nödvändigt – dels för att minska lidandet, dels för att förhindra att patientens tillstånd förvärras och i värsta fall leder till döden. Ingen i Sverige ska behöva dö av cancer i en vårdkö, och hur länge en patient får vänta ska inte avgöras av var patienten bor. Cancervårdens tillgänglighet måste bli bättre och cancervården måste bli mer jämlik.

För att hantera de vårdköer som under de senaste åren växt sig allt längre bör den tidigare reformen med en kömiljard återinföras. Den bör dock utökas till tre miljarder och uppdateras. Till exempel ska de nya kömiljarderna omfatta återbesök och

⁶ Cancerfondsrapporten 2016.

⁷ Cancercentrum, uppföljning av standardiserade vårdförlopp.

⁸ Dagens Medicin, nr 47, 21 november 2018.

rehabilitering för att bättre möta behoven hos kroniskt och långvarigt sjuka. Kömiljarden är en reform som tidigare inte specifikt riktat sig till cancervården, men underlättat för sjukvården i stort och därmed indirekt också cancervården.

En stor utmaning för att effektivisera dagens cancervård och öka tillgängligheten handlar om att möjliggöra ett mer metodiskt, samordnat och strukturerat användande av journal- och registersystem. Därtill bör dagens befintliga arbetsuppgifter och arbetsprocesser ses över. Tanken är att finna situationer där ett utbyte kan ske mellan olika yrkeskategorier och deras arbetsuppgifter för att bättre ta vara på all vårdpersonal och deras tid.

Stärkt vårdgaranti för cancerpatienter

För att utveckla kömiljarden till kömiljarder och rikta dessa specifikt mot köerna i cancervården kommer vi öronmärka särskilda resurser som ska fördelas baserat på landstingens eller regionernas väntetider till cancerbehandling. Målsättningen är att alla cancerpatienter ska få vård inom maximal ledtid för respektive vårdförlopp. Det kommer ta tid – men vi är fast beslutna om att nå hela vägen fram. Den exakta utformningen ska förhandlas med SKL.

Genom satsningen kommer vi för första gången ha en nationell vårdgaranti för den som drabbas av cancer. Förslaget innebär att 20 procent av resurserna inom ramen för kömiljarderna som går till den somatiska slutenvården riktas mot cancervården. Cancervårdens kostnader utgör idag cirka 10 procent av totalkostnaden för somatisk slutenvård. Det innebär också att kömiljarderna inte kommer snedvrída incitamenten för landstingen och regionerna att prioritera bort cancersjuka till förmån för mindre allvarliga diagnoser som dock har längre vårdköer.

Långsiktigt hållbar personal- och kompetensförsörjning

Antalet cancerfall ökar stadigt och om 25 år kommer över 100 000 svenskar drabbas av cancer varje år, enligt en prognos som Folkhälsomyndigheten tagit fram tillsammans med Cancerfonden. Det innebär att den personalbrist Sverige redan i dag har gällande specialister inom cancervården kommer förvärras om vi inte agerar. Statistiska centralbyrån visar i sina analyser att det riskerar att uppstå en tilltagande brist på specialistsjuksköterskor.

Kontaktsjuksköterskor i cancervården har en viktig roll då de har det övergripande ansvaret för patienten. Indikationerna på att det i dag finns för få kontaktsjuksköterskor i cancervården är dock många. Det är tydligt att bristen på framför allt sjuksköterskor påverkar den vård som kan ges till patienterna. Vårdplatser måste stängas eftersom man inte har tillräckligt med medarbetare.

Ungefär en tredjedel av all cancer beror på orsaker som är kända och som går att förebygga, en tredjedel är botbar medan det är okänt hur den sista tredjedelen uppstår och botas.⁹ Med för få patologer riskerar cancerdiagnoser att försenas. Patologer, specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker, radiologer och kontaktsjuksköterskor är basen i cancervården och det krävs därför en långsiktig personalförsörjningsstrategi.

⁹ Cancerfondsrapporten 2016.

För att vända utvecklingen med tilltagande personalbrist inom vården krävs det bland annat att vården blir mer attraktiv som arbetsplats. Det måste löna sig bättre att både utbilda sig och vidareutbilda sig, och det måste till möjligheter för vårdens anställda att göra karriär och utöka sina befogenheter.

Diagnos- och behandlingsmetoder inom cancervården utvecklas och förbättras, vilket ställer krav på andra, nya kunskaper och kompetenser för personalen. Därför behövs även reformer för att säkra personalens kompetensutveckling. Det bör bland annat införas en obligatorisk fortbildning för vårdens personal. Dels för att kontinuerligt stödja, stärka och utveckla vårdpersonalens kunnande och kompetens, dels för att utgöra ett strukturerat redskap för att kvalitetssäkra vården. Därtill bör även en ledarskapsutbildning för specialister inom cancervården utvecklas. Ett kompetent ledarskap kan skapa bättre och mer välfungerande arbetsgrupper vilket kan ge stärkt patientsäkerhet.

En nationell strategi för kvalitet och samordning av kompetensförsörjning

Moderaterna ser fem områden där behovet av nationell samordning är extra stort: kortare väntetider och ökad tillgänglighet, kompetens- och personalförsörjning, vårdkvalitet och medicinsk utveckling, psykosocialt stöd till barn som fått cancer och deras anhöriga samt cancerscreening.

Kvalitetssäkring av cancervården

Kvaliteten på dagens cancervård bör förbättras för att säkra patientsäkerheten. Det handlar om såväl tillgängligheten som själva vården, resultat, uppföljning och informationshantering.

I dag arbetar cancervården med standardiserade vårdförlopp. Tanken är att förkorta tiden mellan misstanke om cancer till start av behandling. Olika cancersjukdomar har olika standardiserade vårdförlopp, och i dag finns det för totalt 31 diagnoser.¹⁰ För att stärka patientsäkerheten ytterligare bör de standardiserade vårdförloppen utökas så att de inbegriper fler diagnoser, och det är även centralt att de standardiserade vårdförloppen som finns i dag verkligen är implementerade och efterföljs.

De nationella kvalitetsregister som många delar av vården arbetar med i dag är en viktig åtgärd som syftar till att få fram tydligare samlade data och på så vis kunna skapa bättre resultat. Registren underlättar uppföljning och utvärdering av vårdinsatser och processer, behandlingar och medicinering. Problematiken med dagens register är att de inte alltid uppdateras i realtid. På grund av det kommer inte alltid ny kunskap vården till del så snabbt som den skulle kunna. Därtill finns det inget övergripande system för dessa register.

Det bör därför tas fram en nationell standardisering. Dels för att registren skall kunna kopplas till varandra och data enkelt ska kunna jämföras mellan olika register, dels för att ingen kunskap skall gå förlorad om något register inte blivit uppdaterat kontinuerligt. All information och därtill kunskap ska tas tillvara.

Därtill handlar det om att genom nationell styrning koncentrera den mest komplexa och specialiserade cancervården ytterligare för att säkerställa patientsäkerheten och

¹⁰ Cancercentrum, uppföljning av standardiserade vårdförlopp.

kvaliteten. Dels för vikten av kunskapsutveckling, dels för ett effektivt användande av vårdens resurser.

Patientlagen som infördes i januari 2015 med främsta syfte att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet har enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys hittills inte fått avsett genomslag i vården.¹¹ Vi anser att den bör utvecklas för att ytterligare stärka patienternas möjlighet att få rätt vård i rätt tid i hela landet samt stärka patienternas inflytande över att fritt få välja slutenvård.

Det behövs dessutom en större öppenhet och mer tillgänglighet för patienter och anhöriga så att det enkelt går att hitta säkra uppgifter kring väntetider, resultat och kvalitet inom cancervården. Vi föreslår att det tas fram och utvecklas en nationell kvalitetslista för att möjliggöra för alla patienter och anhöriga att jämföra såväl väntetider som kvalitet i cancervården.

Medicinteknik och läkemedel

De snabba framstegen gällande mer kraftfulla läkemedel och medicinteknik är något av det mest hoppfulla inom dagens och framtidens vård. Utvecklingen av nya cancerläkemedel går snabbt. I dag har vi tillgång till mer effektiva läkemedel än vad vi hade för bara några år sedan. Det är därför av vikt att det skapas förutsättningar för att både nya behandlingar och nya läkemedel på ett jämlikt sätt kommer fler cancerpatienter till del.

I dag varierar tillgången till nya läkemedel mellan både landsting och olika patientgrupper. Många patienter får vänta alldeles för länge på att ta del av nya behandlingar, detta trots den modell för ordnat läkemedelsinförande som arbetats fram och som alla landsting och regioner ingår i. En central utmaning är att kunna hitta en lämplig balans och avvägning mellan kostnadskontroll för staten och rimliga läkemedelskostnader för den enskilde.

En annan utmaning är att det tar lång tid att utveckla nya läkemedel. I genomsnitt tar det cirka tolv år att utveckla ett nytt läkemedel. När företaget har genomfört egna studier ansöker de hos Läkemedelsverket och en etikprövningsnämnd om att få testa preparatet på människor i tre faser.¹²

I fas ett testas läkemedlet på en liten grupp friska försökspersoner för att bedöma biverkningar. Man studerar även hur läkemedlet omsätts i kroppen och vilka doser som är lämpliga. I fas två testas läkemedlet på ett par hundra sjuka patienter för att studera sambandet mellan dos och effektivitet samt undersöka säkerheten ytterligare.

I fas tre testas läkemedlet på ett par tusen patienter för att slutgiltigt bedöma dess värde i behandlingen och om det är säkert nog att börja användas. Användningen av nya kraftfullare läkemedel ska inte behöva fördröjas av administrativt krångel och långsamma budgetprocesser. När expertis enats om att ett läkemedel är värdefullt bör det introduceras snabbt och jämlikt inom svensk hälso- och sjukvård.

Begrepp som skraddarsydd sjukvård, molekylär medicin och precisionsbehandling är på väg att förändra vårdssystemet i grunden. Detta kräver både kunskapsuppbyggnad och utvecklad, individualiserad diagnostik. Dessutom behöver läkemedlens kostnad ses i ett längre och större perspektiv.

¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Lag utan genomslag, rapport 2017:2.

¹² Cancerfondersrapporten 2015.

Cancerfonden har föreslagit ett införande av en nationell finansieringsfond då Sveriges landsting och regioner är pressade av höga kostnader för läkemedel.¹³ Fonden ska resultera i rättvisare tillgång till nya cancerläkemedel. En statlig satsning på vissa läkemedel har tidigare prövats för nya hepatit C-läkemedel. Utvärderingen av satsningen visar goda resultat och att det gemensamma samarbetet var effektivt.¹⁴

För att se över vilka möjligheter som finns för att nya cancerläkemedel ska kunna komma fler till del på ett mer jämlikt vis kan därför möjligen en särskild utredning tillsättas utöver den redan tillsatta läkemedelsutredningen. Genom en sådan utredning specifikt inriktad mot nya cancerläkemedel kan den kortsiktiga kostnaden för läkemedlet ställas mot ett mer långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv.

Forskning och utveckling

Enligt en ny internationell jämförelse av sjukvården i tolv EU-länder är Sverige i topp när det gäller medicinska resultat och effektivitet. För att vi ska kunna fortsätta vara i topp måste vi bland annat långsiktigt stärka den kliniska forskningen inom cancervården. Kliniska forskningar och läkemedelsprövningar är avgörande för att Sveriges befolkning ska kunna ta del av en än mer avancerad vård.

Det bör införas ett system för ökad inklusion i kliniska studier, för utan patienter kan inga studier ske. Därtill måste samarbetet mellan cancervården och universiteten stärkas genom en bättre nationell samordning. Vi måste klara av att systematiskt tillvarata viktiga delar av forskningen som rör såväl nuvarande som framtidens cancervård – biomarkörer och fler målstyrda läkemedel.

En biomarkör avser i vården ofta ett enskilt protein eller en enstaka förändring i arvsmassan. Snart kommer emellertid ny teknik ge helt andra möjligheter. Metoder som förmår omfatta och analysera en hel uppsättning med proteiner eller gener där man kan se mönster och därmed snabbare kan upptäcka sjukdomar och skraddarsy effektiv behandling. Detta gäller till exempel målstyrda läkemedel.¹⁵

De målstyrda läkemedlen kompletterar de mer traditionella behandlingarna och bidrar främst genom att hejda tillväxt och spridning av cancertumörer. Mestadels botar inte målstyrda läkemedel cancer, men förhindrar återfall och förlänger tiden som en patient kan leva med sin cancer och ha en god livskvalitet.¹⁶ Detta är en faktor bakom att fler kommer kunna leva längre liv, men med kronisk cancer.

Emellertid saknas för närvarande en gemensam strategi och ett gemensamt förhållningssätt om hur biomarkörer kan utveckla och förbättra cancervården. I framtiden för att biomarkörer och målstyrda läkemedel ska bli riktigt kraftfulla hjälpmedel i vården krävs en ny uppdaterad nationell strategi för att skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan hälso- och sjukvården och akademien. Detta krävs för att den kliniska forskningen ska kunna ta fram nya biomarkörer att använda i klinisk praktik.

Vi anser att det är centralt att långsiktigt stärka och säkra den patientnära kliniska forskningen inom cancervården. Detta genom dels en mer samlad avancerad cancervård, dels en förstärkning av de nationella kvalitetsregistren. För att fortsätta vara i topp gällande medicinska resultat och effektivitet måste vi även satsa på innovationskraft och

¹³ Cancerfondsrapporten 2015.

¹⁴ LIF, Förslag för en modern cancervård.

¹⁵ Cancerfondsrapporten 2015.

¹⁶ Cancerfondsrapporten 2015.

digital utveckling. Digitaliseringen skapar helt nya möjligheter för cancervården. Det handlar om allt från det förebyggande arbetet med applikationer för att sola rätt eller sluta röka, till möjligheter att enklare ta bilder av misstänkta hudförändringar och skicka dem digitalt utan att besöka sjukhuset eller att ta ett blodtest hemma. Bland annat utvecklas nu snabbt digital patologi för att öka både tillgängligheten och kvaliteten i de patologiska provsvaren.

Det handlar även om att nyttja artificiell intelligens (AI) för att enklare och snabbare ställa cancerdiagnoser. Utveckling och innovation är centralt för utvecklingen av cancervården. För att vi ska kunna skapa den bästa cancervården krävs det förutsättningar för innovativa arbetsmiljöer och en vård som präglas av ständig utveckling, men för detta behövs även en översyn av dagens lagstiftning. Det krävs en lagstiftning som möjliggör utveckling och innovation inom det digitala området.

Det är även av stor vikt att det finns möjlighet för samarbeten mellan hälso- och sjukvården, akademien, näringslivet och patienterna. Patienten är och kommer att vara en stor och viktig resurs i all vård. Därför måste samverkan med patienter och patientföreningar vara central i utvecklingen av ny teknik och nya metoder. Möjligheterna inom hälso- och sjukvården är enorma och stora genombrott görs nu särskilt inom cancerområdet. Därför är det extra viktigt att den innovativa miljön och utvecklingskraften tas tillvara.

Förebyggande arbete

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan upp till 30 procent av all cancer förebyggas genom livsstilsförändringar. Livsstilsförändringar gällande exempelvis rökning, alkoholkonsumtion, ohälsosam kost, låg fysisk aktivitet och solvanor. Vem som helst kan drabbas av cancer, även de människor som har en sund livsstil. Dock finns det faktorer som kan spela in, och som är påverkbara. Fysisk aktivitet är en.

Cancerfonden rapporterade 2016 om en stor studie som visade på att motion kan minska risken för 13 olika cancerformer, och enligt Cancerfondens senaste rapport orsakar övervikt 2 000 fall av cancer varje år.¹⁷ Därför behövs det redan från tidig skolålder uppmuntran till fysisk aktivitet och att alla elever ges möjlighet att röra på sig under skoltid, men även att alla elever får kunskap om hur viktigt det är med fysisk aktivitet och även bra kost för att vi ska må bra.

Varje år får cirka 6 800 personer cancersjukdomar som är relaterade till rökning och cirka 5 200 personer avlider i cancersjukdom på grund av rökning. Rökning anses ligga bakom 90 procent av alla lungcancerfall. Även bruk av alkohol kan bidra till cancersjukdomar. Totalt beräknas alkohol stå för 3 800 cancerfall per år i Sverige.¹⁸

Hudcancer är en av de vanligaste cancersjukdomarna i Sverige. Någon form av de två hudcancerformerna malignt melanom och skivepitelcancer drabbar cirka 10 000 personer varje år, varav närmare 600 personer avlider.¹⁹ Det är av vikt dels att primärvården kompetensmässigt kan utföra undersökningar för att upptäcka hudcancer, dels att primärvården är tillgänglig för sådana undersökningar.

I Sverige har insjuknandet i livmoderhalscancer minskat med hela 60 procent sedan 1960-talet, vilket har ett samband med att ett sådant stort antal kvinnor deltar i

¹⁷ Cancerfondsrapporten 2018.

¹⁸ Cancerfonden.

¹⁹ Cancerfondsrapporten 2016.

screeningprogrammet.²⁰ Det är dock omkring fem procent av alla kvinnor i Sverige som inte deltar i screeningen, och omkring 15–20 procent deltar endast sporadiskt. Runt 450 kvinnor drabbas varje år av livmoderhalscancer och omkring 150 kvinnor mister livet. Forskning visar att två av tre av dessa kvinnor aldrig har deltagit i screening eller endast någon gång.

Skälen till att inte delta kan vara flera. Nätverket mot gynekologisk cancer nämner bland annat brist på tider som passar, obehag inför besöket eller bristande kännedom om livmoderhalscancer och screening. En presenterad studie från Uppsala universitet visar att genom att skicka ut ett självtest som utförs i hemmet skulle mer än dubbelt så många kvinnor med risk för livmoderhalscancer kunna identifieras och erbjudas behandling i förebyggande syfte.²¹

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda screening för livmoderhalscancer till kvinnor upp till 64 år. I Sverige fortsätter medellivslängden att öka stadigt. Den demografiska verkligheten pekar på allt fler äldre som lever längre med högre livskvalitet allt längre upp i ålder, och antalet människor som blir 85 år och äldre förväntas öka med 130 procent mellan åren 2015 och 2050.²²

En studie från Sahlgrenska akademien i Göteborg, som SVT rapporterade om 2013, visade på att vi har sex allt längre upp i åldrarna och betydligt oftare som äldre jämfört med på 70-talet. Ökningen var bland kvinnorna så stor som från 12 till 34 procent och bland männen 47 till 66 procent. I stort sett all livmoderhalscancer orsakas av humant papillomvirus, HPV, som är den vanligaste sexuellt överförbara sjukdomen i Sverige.²³ Då allt fler äldre har ett aktivt sexliv torde det möjligen även innebära en ökad risk att även senare i livet drabbas av en HPV-infektion. I det fall vi i framtiden eventuellt ser en ökning av HPV-infektion och livmoderhalscancer bland kvinnor över 64 år bör landstingen överväga att erbjuda screening även för den åldersgruppen.

I Sverige blir kvinnor mellan 40 och 74 år kallade till regelbunden bröstcancer-screening med mammografi. Dock inträffade 1 846 fall hos kvinnor som var 75 år eller äldre under 2016. Om 40–50 år beräknas livslängden ligga på 89 år för kvinnor, och i och med att medellivslängden ökar hinner allt fler få ett cancerbesked under sin livstid.

Då kvinnor över 74 år själva behöver boka tid för screening skulle det möjligen kunna innebära en ökad risk för att eventuella tumörer upptäcks i ett senare skede än om de blivit kallade. Därför bör landstingen även här överväga att erbjuda screening till en utökad åldersgrupp i det fall det går att se en framtida ökning.

Cancer i tjock- och ändtarmen är den tredje vanligaste typen av cancer, och chansen att bli botad ökar om cancerformen upptäcks tidigt. Sedan 2014 rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården inför ett allmänt screeningprogram för tidig upptäckt av tjock och ändtarmscancer i åldern 60–74 år. Dock är det bara Stockholms län och Region Gotland som hittills infört allmän screening. Där blir alla mellan 60 och 69 år automatiskt erbjudna screening.

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Varje år drabbas runt 10 000 män av prostatacancer som står för drygt 30 procent av all cancersjukdom hos män.²⁴ Prostatacancer är dessutom i dag den cancerform som orsakar flest dödsfall

²⁰ Cancercentrum.

²¹ Uppsala universitet.

²² Effektiv vård, SOU 2016:2.

²³ Folkhälsomyndigheten.

²⁴ Cancerfondersrapporten 2016.

bland män i Sverige. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda screening för prostatacancer då det skulle leda till överdiagnostisering.

Socialstyrelsen har dock med i sin motivering att mycket talar för att det under de närmaste åren kan finnas förutsättningar för en ny bedömning. I det fall Socialstyrelsen vid en sådan bedömning rekommenderar screening, eller om det sker framsteg inom forskningen så att fördelarna med screening överväger nackdelarna, bör ett sådant nationellt screeningprogram införas skyndsamt.

Vaccination

Humant papillomvirus, HPV, är den vanligaste sexuellt överförda infektionen i Sverige. Hela 80 procent av Sveriges befolkning kommer att utsättas för HPV-viruset någon gång under livet. Viruset ligger bakom cancer och kondylom/könsvårtor i exempelvis livmoderhals, anus, penis och svalg. Enligt Folkhälsomyndigheten drabbas varje år över 300 män och över 700 kvinnor i Sverige av HPV-relaterad cancer.²⁵

Sedan 2010 ingår HPV-vaccination i det allmänna vaccinationsprogrammet för flickor, vilket innebär att de erbjuds att vaccinera sig kostnadsfritt i skolan när de går i femte eller sjätte klass. Folkhälsomyndigheten bedömer att vaccination av pojkar mot HPV uppfyller smittskyddslagens kriterier för att inkluderas i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Förslaget och beslutsunderlaget skickades på remiss och majoriteten av remissvaren som kom in var positiva.

Primärvården

Socialstyrelsen visar i sina beräkningar att vart femte dödsfall till följd av cancer i åldern 1 till och med 79 år skulle kunna förhindras genom bland annat insatser som leder till tidig upptäckt, effektivast möjliga behandling samt proaktiva insatser. Primärvården har därför ett stort ansvar när det gäller tidig upptäckt av symptom på olika cancersjukdomar.

Bemanningsituationen i primärvården är dock kritisk, och det behövs både fler sjuksköterskor och fler allmänläkare. Primärvården behöver bli både bättre och snabbare än i dag så att patienter får eventuell diagnos fastställd i så tidigt skede som möjligt. I dag kan en diagnos, inom såväl primärvården som specialistvården, dröja på grund av brist på vårdpersonal.

Sverige har idag en alltför sjukhustung vård, och en nationell primärvårdsreform bör genomföras skyndsamt. I Sverige står primärvården vid en internationell jämförelse för en liten andel av den totala hälso- och sjukvården. Sverige använder ungefär 17 procent av de samlade resurserna inom vården till primärvård. Motsvarande resursfördelning i Norge är 25 procent och i Nederländerna uppemot 39 procent.²⁶ En kvalitetssäkrad och tillgänglig primärvård bör kunna ansvara för diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta patienters vårdbehov. En utvecklad primärvård är en av grunderna för en välfungerande cancervård.

²⁵ Folkhälsomyndigheten.

²⁶ Effektiv vård, SOU 2016:2, Göran Stiernstedts presentation.

Kronisk cancer

Då cancerforskningen resulterar i nya mediciner och behandlingar så att cancerbehandlingarna blir bättre, lever allt fler vidare i dag trots en cancerdiagnos. Många som lever med kronisk cancer får behandling med mediciner som inte botar cancer men som förlänger överlevnaden, vilket ger sjukvården nya utmaningar då allt fler cancerpatienter är i behov av vård och/eller rehabilitering under en längre tid. Därför bör primärvården få ett uttalat uppdrag att kvalitetssäkra vården för kroniskt sjuka cancerpatienter.

Då allt fler människor lever med kronisk cancer behövs en samlande fast vårdkontakt. De med kronisk cancer behöver bli sedda och hjälpta på ett helt annat sätt än vad dagens cancervård förmår. Bestämmelser om fast vårdkontakt infördes år 2010 i hälso- och sjukvårdslagen men vid uppföljningar av reformen har det visat sig att ytterst få patienter har erbjudits en fast vårdkontakt.²⁷ En fast vårdkontakt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.²⁸

För att stärka patientsäkerheten, och för att öka tryggheten och stärka patientens förtroende för vården, behövs regelbunden kontakt med samma person. Därför behöver det tas fram konkreta strategier så att patienter med kronisk cancer även i praktiken får en fast vårdkontakt.

Utifrån hur vården ser ut i dag med primärvård, specialistvård och system som inte talar med varandra är det svårt att få till sammanhängande vårdkedjor. Den samlade vårdkedjan, inkluderande eftervård och rehabilitering i cancervården, består av länkar som riskerar att brista.

En cancerpatient kan passera mellan 20 och 30 övergångar inom vården, och dessa övergångar mellan olika vårdenheter och vårdpersonal är inte samordnade. Samtidigt. Människor som fått tillgång till bättre och effektivare behandling och som kan leva med sin cancer måste få den hjälp de behöver och inte hamna fel eller tappas bort i vårdkedjan. Vården måste kunna ta ett helhetsansvar gällande patienter med cancer.

Rehabilitering

Två av tre patienter med cancer överlever i dag tio år eller mer, och om mindre än 25 år beräknas 100 000 personer i Sverige insjukna i cancer varje år.²⁹ Behovet av cancerrehabilitering kommer att öka.³⁰ Alla patienter som genomgått behandlingar måste få stöd att komma tillbaka. Det handlar inte bara om att överleva, utan även om att få hjälp att återgå till det som var ens tidigare liv.

Rehabilitering både stöttar och underlättar för patienterna, och det är centralt att resurser sätts in redan vid första symptom på cancersjukdom. Nordic Cancer Unions (NCU) definition av cancerrehabilitering lyder: ”Cancerrehabilitering är en tidsbegränsad process med syfte att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdomen och dess behandling.”

Behovet av rehabilitering kan se olika ut för olika patienter, och behovet kan också variera från diagnos till det att en behandling avslutas eller tar ny form. Rehabiliteringen

²⁷ Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning, Socialstyrelsen.

²⁸ Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och patientlagen (2014:821).

²⁹ Cancerfondsrapporten 2016.

³⁰ Nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården, 2015, Regionala cancercentrum i samverkan.

bör därför vara en del av hela vårdförloppet och även följas upp kontinuerligt. Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering, vilket utvecklades 2014 och uppdaterades 2017, har som målsättning att få en gemensam kunskapsbas för att alla patienter ska kunna erbjudas en jämlik och god rehabilitering.

I Cancerfondens årliga rapport från 2018 går det dock att läsa att vårdprogrammet ännu inte implementerats av alla landsting. Dessutom är det kontaktsjuksköterskorna som är ansvariga för att ta fram vårdplanerna, och indikationerna är många på att det i dag finns för få kontaktsjuksköterskor i cancervården.

Palliativ cancervård

Palliativ cancervård handlar om att ge svårt sjuka cancerpatienter möjligheter till förbättrad livskvalitet. Den palliativa vården bör inledas skyndsamt när behov finns, dels för att lindra fysiska symptom, dels för att stödja patienterna vid oro och ångest samt erbjuda stöd för anhöriga.

I dag finns det brister och skillnader gällande tillgänglighet men även kvalitet när det gäller denna typ av vård. Data och underlag från det svenska palliativregistret från 2016 visade att över ett tusen patienter i den palliativa vården inte fått relevant lindring av symptom som smärta, ångest och andnöd.

Barncancervård

I Sverige insjuknar runt 300 barn och ungdomar under 18 år varje år i någon form av cancer. Bland barn är leukemi den vanligaste cancerformen och utgör 30 procent av all barncancer. Överlevnaden för barn som insjuknar i cancer har ökat stort sedan 1980-talet och i dag överlever närmare 80 procent av dessa barn och ungdomar.³¹

Behandling av cancer skiljer sig till viss del åt mellan vuxna och barn.³² Därför är det av stor vikt att det avsätts resurser specifikt för barncancervården. Forskningen har ännu inte alla svar på varför barn drabbas av cancer, och därför behövs mer forskning som är inriktad på just barncancersjukdomar.³³

Det behövs fler barnonkologer och specialistsjuksköterskor. Barncancerfonden gjorde en granskning hösten 2017 och barncancercentrumen rapporterade då att det saknades totalt 35 sjuksköterskor och 11 barnonkologer för en välfungerande vård, samtidigt som fyra av sex barncancercentrum upplevde att de hade svårt med rekrytering.³⁴

I dag finns ingen specifik utbildning för den vårdpersonal som arbetar med barncancervård annat än de utbildningar som Barncancerfonden erbjuder. Att arbeta med svårt sjuka barn är ofta psykosocialt påfrestande och kan många gånger skilja sig från att vårda vuxna individer. En specifik utbildning som förbereder vårdpersonalen med både kunskap och stöd skulle därför möjligtvis kunna förebygga viss personalomsättning, och som en konsekvens av det personalbrist.

För att barn som insjuknar i cancer ska få fortsätta att leva sitt liv som vanligt, i så stor grad som möjligt, måste alla instanser verka för det. Vi vill att barn som insjuknar i

³¹ Barncancerfonden.

³² Barncancerrapporten 2018.

³³ Barncancerfonden.

³⁴ Barncancerfonden.

cancer ska få vara barn och få leva sina vanliga liv, i den mån det går, såväl under sjukdomen som efter. I dag erbjuds till viss del eftervård och rehabilitering till barn som haft cancer, men alla barn bör få en rehabiliteringsplan redan vid väntan på diagnos.

Rehabiliteringsinsatser för barn bör även omfatta närstående. När ett barn drabbas av cancer innebär det ofta stora förändringar som alla måste anpassa sig till, inte bara barnet utan hela familjen. En viktig resurs i rehabiliteringsarbetet är psykolog och kurator. I dag finns dock ingen av dessa professioner anställd på de sex barncancercentren utan de får kopplas in när de anses behövas, med långa väntetider som konsekvens. Detta bör ses över för att korta väntetiderna, antingen via utökade vårdteam eller utökat samarbete.

När ett barn har varit drabbat av cancer och efter avslutad behandling är det inte alltid livet ser ut som det en gång gjorde. Därför är det centralt att rehabiliteringsinsatserna även fokuserar på livet efter sjukdomen. Trots tidigare sjukdom måste barn få fortsätta vara barn, vilket bör vara ett av målen med rehabiliteringen.

Eftervården för barn som haft cancer har i dag stora brister, och uppföljning och rehabilitering har omfattande regionala skillnader. Det finns i dag ett nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer men det finns indikationer på att detta inte implementerats i alla landsting och regioner.

Barncancervården i Sverige håller väldigt hög kvalitet och så även cancervården i stort. Problemet är dock den dagen en patient fyller 18 år, blir myndig och till stor del själv måste ta ansvar. Det finns ett glapp som gör att dessa unga vuxna riskerar att falla mellan stolarna. Det kan handla om problem vid journalöverföring, bristande kunskap hos patienten själv eller till och med att patienter avslutar sin behandling för att de inte längre orkar. Denna problematik måste ses över.

Det är runt 11 000 personer i Sverige i dag som har eller har haft cancer som barn, och 60 till 80 procent av de barn som överlevt cancer drabbas av sena komplikationer. Det ställer krav på sjukvården. Kunskapen om sena komplikationer är i dag begränsad, och i större delen av landet saknas möjlighet till specialiserad hjälp.³⁵ Det finns även ett utökat kunskapsbehov i andra delar av samhället såsom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, universitet och högskolor.³⁶

Camilla Waltersson Grönvall (M)

Johan Hultberg (M)

Ulrika Jörgensen (M)

Mattias Karlsson i Luleå (M)

Ulrika Heindorff (M)

John Weinerhall (M)

Kristina Axén Olin (M)

³⁵ Barncancerfonden.

³⁶ Nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer, 2016, Regionala cancercentrum i samverkan.