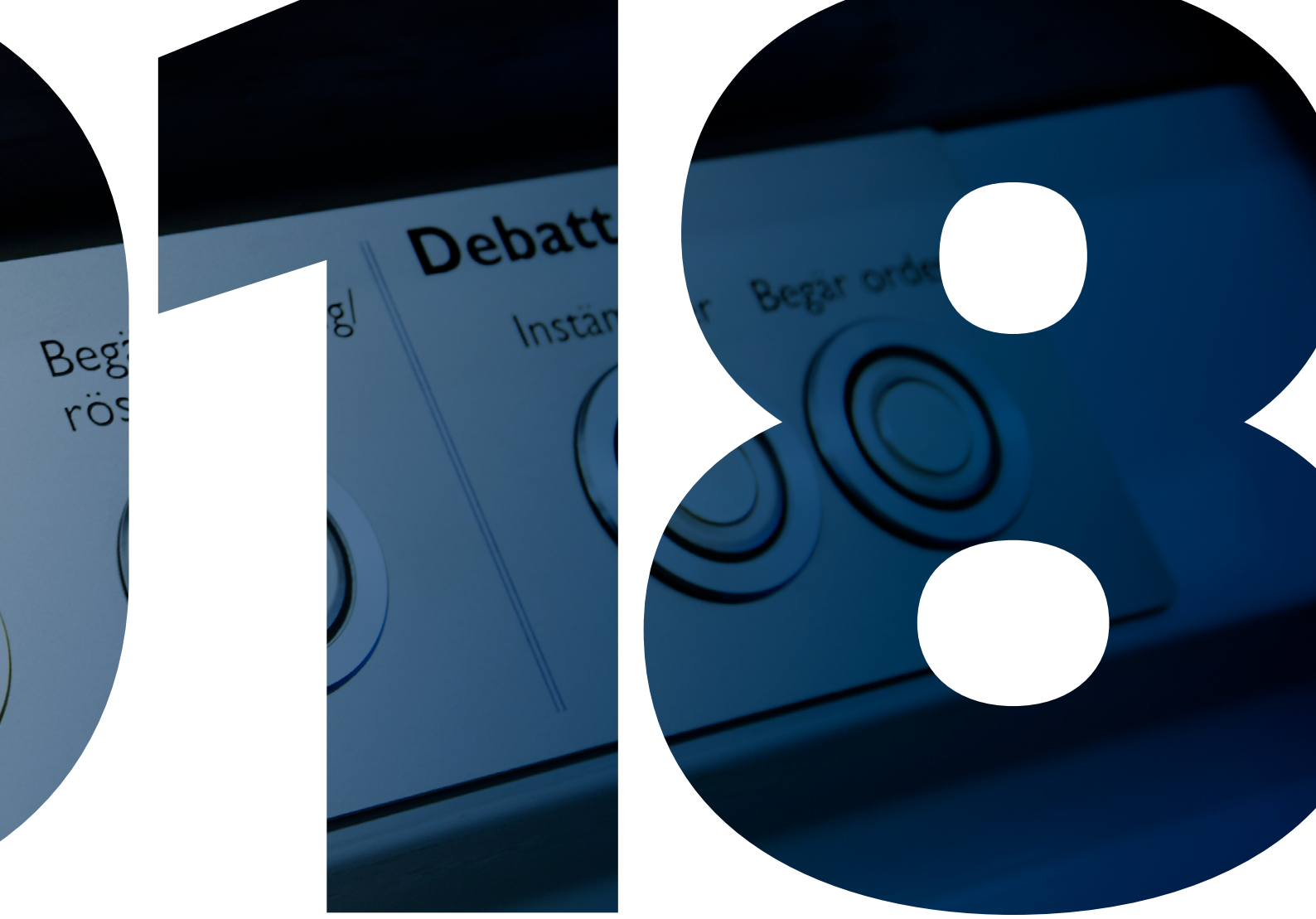


Valspecial

Cancerfondsrapporten 2018

Cancerfonden

Det här är Cancerfonden

Cancerfondens vision är att besegra cancer. Målet är att färre ska drabbas och fler överleva. För att nå dit arbetar vi med forskningsfinansiering, kunskapsspridning och påverkansarbete. Cancerfonden får inget statligt stöd utan är helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoneroch företag.

Forskningsfinansiering
Sedan Cancerfonden grundades 1951 har vi delat ut drygt 10 miljarder kronor till svensk cancerforskning. Under samma period har antalet som överlever cancer mer än fördubblats. Många av de förbättringar vi ser i dag, såsom effektivare diagnostik- och behandlingsmetoder, är resultat av forskning som inleddes för flera decennier sedan. För att våra barn och barnbarn ska få ta del av ytterligare framsteg måste vi som lever i dag se till att forskningen har de resurser som krävs.

Kunskapsspridning
En tredjedel av all cancer skulle kunna förebyggas. En viktig uppgift är därför att informera om hur var och en, genom goda levnadsvanor, kan minska risken att drabbas. Genom kunskapsspridning vill vi också stärka patienter och närstående. De flesta mår bättre, känner sig tryggare och kan lättare navigera inom sjukvården om de har kunskap om cancer och hur den behandlas.

Påverkansarbete
Varje år får över 60 000 personer i Sverige cancer. För att ge dem bättre villkor – och öka deras chanser att överleva – arbetar vi med påverkans arbete genom lobbying, opinionsbildning och nätverkande. Vi pekar ut brister och behov samt visar på möjliga lösningar, i syfte att bidra till förbättringar inom cancerprevention, cancervård och cancerforskning.

Tillsammans kan vi besegra cancer

Innehåll

Socioekonomiska skillnader

Sverige är inte ett jämlikt land. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är stor och ökande.

4
HÄLSOKLYFTORNA ÖKAR

10
SOCIOEKONOMI PÅVERKAR DELTAGANDE I SCREENING

12
OMOTIVERADE SKILLNADER I VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET

Kompetensförsörjning

För att fortsätta vara i världsklass måste Sveriges cancersjukvård styras av tillgången till nya metoder, inte av begränsningar när det gäller personal och bäddar.

30
CANCERVÅRDEN BÖR ANPASSA FÖR STÄNDIG UTVECKLING

34
BÄTTRE KOMMUNIKATION GER SNABBA FÖRBÄTTRINGAR

Väntetider

Omotiverat långa väntetider inom cancervården har varit en het och omdiskuterad fråga under många år.

14
LÅNG VÄNTAN PÅ SNABBARE RESA GENOM CANCERVÅRDEN

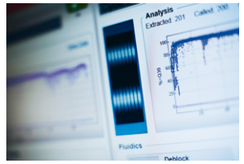
18
VÅRDFÖRLOPPEN KAN LEDA TILL MER JÄMLIK VÅRD I HELA LANDET

20
SATSNINGEN PÅ VÅRDFÖRLOPPEN BEHÖVER RIGGAS OM

Partikartläggning

Hur Sveriges vård och omsorg ska se ut bestäms i hög grad av politiska beslut. Cancerfonden har i en enkät låtit de åtta riksdagspartierna svara på fyra frågor om hur de vill åtgärda kända och akuta problem inom cancervården.

36



Högspecialiserad vård

Debatten går het om den högspecialiserade vården. Välplanerad och effektiv nivåstrukturering är nödvändig om Sveriges cancerpatienter ska få bästa möjliga vård.

22
LOVVÄRD LAG FÖR HÖGSPECIALISERAD VÅRD KÄLLA TILL NYA PROBLEM?

26
NIVÅSTRUKTURERING KRÄVER SVÅRA BESLUT

28
CENTRALISERING ÖKAR ÖVERLEVNADEN

Referenser

44

Ge cancervården rätt förutsättningar

Den övergripande inriktningen på svensk cancervård, liksom all sjukvård, bestäms på olika nivåer av våra folkvalda politiker i riksdag, landsting och kommuner. I år är det val och sjukvården är en av de hetaste valfrågorna.

I snart tio år har ett omfattande förändringsarbete pågått inom cancervården. Basen har varit den nationella cancerstrategi som lades fram i en statlig utredning 2009 och ett år senare konkretiserades genom inrättandet av de regionala cancercentrumen, RCC. Mycket har förändrats till det bättre. Samtidigt har det under de här åren blivit tydligt vilka grundläggande problem som den svenska hälso- och sjukvården dras med och hur mycket arbete som återstår för att kunna erbjuda en jämlik och högkvalitativ cancervård för alla människor i Sverige.

Det är inte så att den medicinska utvecklingen går långsamt. Professionens kunskap, metoder för diagnostik och behandling går stadigt framåt. De tekniska framstegen är i många avseenden häpnadsväckande och inom flera diagnoser ökar överlevnaden tydligt. Ändå upplever både profession och patienter att det skulle kunna vara så mycket bättre.

Ett exempel är de omotiverat långa väntetiderna som drabbar en stor grupp cancerpatienter. RCC har under fyra år utvecklat och introducerat de så kallade standardiserade vårdförloppen som ska minimera onödig väntan och ge patienterna en snabbare resa från välgrundad misstanke om cancer till påbörjad behandling. Modellen tillämpas sedan många år i exempelvis Danmark med goda resultat. Med några få undantag har det tyvärr, inom svensk sjukvård, varit svårt att få full effekt av projektets goda intentioner. Byråkrati, undermåliga it-system, brist på personal och bristande organisation skapar flaskhalsar som bromsar förbättringsarbetet.

Alla dessa faktorer ligger utanför den medicinska kompetensen inom sjukvården, det vill säga att det är problem som inte läkare, sjuksköterskor eller forskare kan åtgärda. Ansvaret för sjukvårdens grundorganisation, dess infrastruktur och överbyggnad ligger på annat håll. Ytterst är det politiken som formar och bestämmer över de förutsättningar sjukvården har att verka utifrån.

Dessvärre har hälso- och sjukvårdspolitiken under en lång rad år präglats av en ovilja att hantera dessa grundläggande brister som påverkar både personal och patienter negativt. De åtgärder som vidtagits har varit kortsiktiga och ofta inneburit att man utfört konstgjord andning med hjälp av olika former av statlig finansiering.

I denna Valspecial pekar vi ut fyra områden som under lång tid verkat som ett sänke på den svenska cancervården: Socioekonomiska skillnader i överlevnad för cancerpatienter, omotiverat långa väntetider inom flera stora diagnoser, kompetensförsörjning och organisation av vårdarbetet samt behovet av att koncentrera diagnostik och behandlingen av många cancerdiagnoser till ett färre antal vårdenheter.

Vår förhoppning är att den kommande mandatperioden i riksdag, landsting och kommuner ska präglas av engagemang, politiskt mod, nytänkande och en tydlig ambition att en gång för alla ge svensk cancervård en bra grund att fortsätta utvecklas ifrån.

Foto Andrea Björsell

Ulrika Årehed Kågström

Ulrika Årehed Kågström
Generalsekreterare
Cancerfonden

De åtgärder som vidtagits har varit kortsiktiga och ofta inneburit att man utfört konstgjord andning med hjälp av olika former av statlig finansiering.

Foto Scandinav

Ojämlika levnadsvillkor, exempelvis att det är vanligare med rökning i socioekonomiskt svaga grupper, återspeglas i medellivslängd och dödlighet i cancer.

Hälsoklyftorna ökar – svaga grupper har högre dödlighet i cancer

Sverige är inte ett jämlikt land. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är stor och ökande. Varje år dör närmare 3 000 personer fler av cancer i den lägsta socioekonomiska gruppen jämfört med den högsta. Medellivslängden för personer med hög utbildning och inkomst är fem år längre än för dem med låg inkomst och enbart grundskola som högsta utbildningsnivå.

Det är anmärkningsvärda, faktiskt rent stötande, siffror. I ett land som de senaste 70 åren gjort ett stort nummer av att vara rättvist, jämlikt och har en offentligt finansierad hälso- och sjukvård borde inte dessa djupa klyftor finnas. Men de finns, och de vidgas.

En vanlig reaktion när dessa fakta presenteras offentligt är en blandning av förvåning, förnekelse och indignation. Inte minst bland vårdpersonal som känner sig orättvist utpekade. Så låt oss redan nu slå fast att ingen anklagar personalen inom vården för att medvetet diskriminera patienter på grund av socioekonomisk tillhörighet eller av andra skäl men att det finns strukturella problem i både det förebyggande hälsoarbetet och i själva vårdmötet som återspeglas i den dystra statistiken.

Komplicerad orsaksbild

Kunskapen om de socioekonomiska hälso- och vårdklyftorna är inte ny. Forskare inom exempelvis sociologi och socialmedicin har i decennier påtalat dessa ojämlikheter med stöd av vetenskapliga studier och otvetydig statistik. Trots förbättrad medicinsk teknologi och kompetens och trots ökad insikt om värdet av förebyggande hälsoåtgärder har samhället inte lyckats överbrygga klyftorna mellan de socioekonomiska grupperna. När det talas om att fler och fler överlever cancersjukdom glömmer man att dödligheten faktiskt ökar bland kvinnor med låg utbildning, ett faktum som främst förklaras med ökningen av lungcancer i denna grupp. När vi gläds åt den ökande medellivslängden i befolkningen, totalt sett, är det sällan någon tar upp att det skiljer ett halvt decennium i livslängd mellan de socioekonomiska grupperna. Det är många år, för en stor del av befolkningen. Var finns rättvisan i det?

Hur kommer det sig att risken att i dö i cancer är större för människor med låg socioekonomisk status jämfört med dem som tillhör mer priviligierade grupper? Varför lever personer med hög inkomst och eftergymnasial utbildning längre än andra?

Alla patienter måste få en individuell bedömning. Alltför ofta generaliserar vårdpersonal, medvetet eller omedvetet, utifrån förutfattade meningar om olika grupper.

Det finns inte någon enkel förklaring till de stora skillnaderna i dödlighet mellan de socioekonomiska grupperna. I de studier som gjorts och baserat på dagens kunskap kan man dock se tre huvudsakliga påverkansfaktorer:

- Individuella förutsättningar
- Vårdgivarens agerande
- Styrning av vård och samhälle

Individuella förutsättningar

Det är sedan länge känt att cancerrisken i stor utsträckning påverkas av hur människor lever sina liv. Ett ohälsosamt beteende i form av exempelvis rökning, fysisk inaktivitet, onyttig mat och övervikt, alkoholkonsumtion och oförsiktighet i solen är alla var för sig faktorer som ökar risken för att insjukna i cancer. Det är också väl kartlagt att det individuella beteendet skiljer sig åt mellan socioekonomiska grupper och att förekomsten av cancer till stor del går att koppla till olika levnadsvanor.

Benägenheten att söka vård och delta i screeningprogram skiljer sig mellan olika grupper. Personer med enbart grundskoleutbildning avstår oftare från att söka vård och det finns indikationer på att personer i lägre socioekonomiska grupper deltar i screening i mindre omfattning. Patienter från högre socioekonomiska grupper följer behandlings- och läkemedelsrekommendationer i större utsträckning än personer från lägre socioekonomiska grupper. Det finns även stöd för att vissa grupper kan ha svårare att förstå och använda information om sin egen hälsa och sjukdom, vilket kan få negativa konsekvenser vid en pågående behandling.

Förmågan att ställa krav på vårdgivare skiljer sig också mellan olika grupper. Tidigare forskning har visat att personer med högre utbildning generellt sett får mer tid för frågor och önskemål i mötet med vården. Det kan i sin tur bero på att resurssstarka personer kan ha lättare att orientera sig i vårdsystemet och argumentera för sin sak. En svensk studie har visat hur vårdpersonal uppfattar patienter med högre utbildning som mer pålästa, mer krävande och ibland svåra att resonera med. Samtidigt anger vårdpersonalen att personer med lägre utbildning ställer färre frågor och uppfattas som mer tillbakadragna och medgörliga än övriga.

Alla ovanstående faktorer har förstås betydelse men kan inte ensamma förklara de stora skillnaderna i dödlighet.

Vårdgivarens agerande

Att människor lever sina liv olika är uppenbart. Att vi har olika förutsättningar för att styra våra val och påverka våra levnadsvanor får konsekvenser för hälsan. Men är det rimligt att dessa skillnader följer med oss in på vårdcentraler, läkarmottagningar och kliniker? Man skulle kunna tro att, precis som hälso- och sjukvårdslagen säger, alla människor får en likvärdig behandling i vården, oavsett inkomst, utbildning, eller härkomst. Men så verkar det inte vara.

Tidigare studier har visat på flera ojämlikheter som uppstår i själva vårdkedjan, från diagnostisering till behandling och rehabilitering. Skillnaderna som uppstår kan ibland vara motiverade, utifrån att olika individer kan ha olika behov. Men det finns också omotiverade skillnader, som exempelvis beror på att vårdpersonalen bidrar till ojämlikhet i mötet med patienten.

Sannolikheten att få en korrekt cancerdiagnos i ett tidigt tumörstadium varierar mellan olika grupper. En utvärdering genomförd av Socialstyrelsen har lyft fram att personer med kortare utbildning får sämre tillgång till de åtgärder inom diagnostik som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Till exempel får högutbildade män med prostatacancer genomgå skelettundersökning i större utsträckning än lågutbildade samt att högutbildade med lungcancer har kortare väntetider från remiss till diagnos. De studier som gjorts visar också att olika demografiska och socioekonomiska grupper erbjuds olika behandling. Socialstyrelsen har exempelvis konstaterat att personer med kortare utbildning generellt sett får sämre tillgång till den behandling som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Anpassning efter individ

Förutom skillnader i diagnostisering och behandling har andra studier även uppmärksammat skillnader i rehabilitering mellan olika grupper. Resultaten indikerar att lågutbildade, män och äldre blev remitterade till rehabilitering i mindre utsträckning än övriga.

Den bild som framtonar är med andra ord att personer i grupper med låg social eller socioekonomisk status inte får samma bemötande, utredning och behandling som personer i mer priviligierade grupper.

Det finns inte ett universellt bemötande eller en behandling som passar alla. Varje patient borde bedömas utifrån sina individuella förutsättningar. Problemet är att så inte sker. Istället är risken stor att vårdgivaren generaliserar utifrån förutfattade meningar om olika grupper. I en rapport från Vårdanalys konstateras att personalen inom vården exempelvis använder tidigare erfarenhet om en viss grupp och drar slutsatser som på gruppnivå kan vara legitima men som inte stämmer för den enskilda individen. Detta kan vara en bidragande orsak till att personer i lägre socioekonomiska grupper oftare får en sämre behandling än personer i de högre grupperna.

Ytterligare en faktor är vad som händer när exempelvis en behandling blir uppskjuten, provsvar dröjer eller något annat oförutsett stör den planerade vårdprocessen. Välutbildade personer med ett starkt socialt nätverk utnyttjar sina kontakter för att få hjälp med att orientera sig i hur de kan hitta en lösning på det som hänt. Patienter i de lägre socioekonomiska grupperna har oftast inte tillgång till sådana nätverk och blir därmed i högre utsträckning utelämnade till sig själva och tvingas tyst acceptera den uppkomna situationen.

Styrning av vård och samhälle

Hur vårdgivare agerar i olika situationer beror i hög grad på de riktlinjer och den struktur som organiserar sjukvården. Sveriges decentraliserade modell med 21 självständiga landsting och regioner är på många sätt en drivbänk för egna idéer, lokala lösningar och traditioner som inte alltid bottnar i enbart evidens och vetenskap utan även baseras på andra hänsyn som regionalpolitik, arbetsmarknadsfrågor eller personlig prestige. Landstingens självständighet gör det också svårare att implementera gemensamma riktlinjer och förhållningssätt.

Frågan om ojämlikheter i vården, såväl regionala som demografiska, har varit på tapeten i sjukvårdsdebatten det senaste decenniet. En lång rad rapporter och utredningar har skrivits, kommittéer och kommissioner har tillsatts. Myndigheter, ideella organisationer och privata initiativ har analyserat, pekat på konkreta exempel och föreslagit åtgärder.

I alla de rapporter och betänkanden som skrivits finns en röd tråd som säger att ojämlikheter i hälsa är en spegling av de ojämlikheter som finns i samhället i stort

En utvärdering genomförd av Socialstyrelsen har lyft fram att personer med kortare utbildning får sämre tillgång till de åtgärder inom diagnostik som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

och sättet att skapa en mer likvärdig hälsa i första hand handlar om att långsiktigt förbättra levnadsvillkoren för personer i de lägre socioekonomiska grupperna. Och visst är det så. Att minska rökning, alkoholkonsumtion, skräpmatsätande, övervikt och fetma och stillasittande skulle få stora positiva effekter på folkhälsan.

Avsaknad av idéer

I april i år överlämnade regeringen propositionen ”God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik” till riksdagen. Propositionens beskrivning av verkligheten bygger till stora delar på de analyser och slutsatser som gjorts av Kommissionen för jämlik hälsa som arbetat på regeringens uppdrag sedan 2015. Dessvärre saknas konkreta förslag och idéer om hur trenden med ökande hälsoklyftor ska kunna brytas. De insatser som beskrivs i propositionen är till största delen en uppräkning av vad regeringen redan gjort under mandatperioden. Ironiskt nog kom propositionen om folkhälsopolitiken bara några veckor efter propositionen om en ny tobakslag där regeringen aktivt avstod från att föreslå ett exponeringsförbud av tobak i butiker, en åtgärd som har en bevisat mycket positiv effekt på att begränsa nyrekryteringen av unga rökare.

Men även om man skulle lyckas förbättra de grundläggande förutsättningarna för en bättre hälsa i hela befolkningen är det ett arbete som i bästa fall ger resultat på lång sikt. Det mer akuta problemet med den stora skillnaden i cancerdödlighet mellan de socioekonomiska grupperna kräver andra verktyg och handfast styrning av arbetet inom sjukvården.

Vem tar ansvaret?

Kunskapen om exakt vad i vårdkedjan som bidrar till att socioekonomiskt svaga personer har högre dödlighet i cancer måste öka och fördjupas. Kraven på vårdgivarna måste bli tydligare när det gäller alla patienters rätt till ett bemötande och omhändertagande som leder till likvärdiga behandlingsresultat. Det räcker inte med att bara säga att vården ska vara jämlik, det måste också tas fram och implementeras användbara och effektiva verktyg som vårdpersonalen kan använda sig av för att säkerställa att den ofta omedvetna särbehandlingen av svagare grupper undviks. Enligt hälso- och sjukvårdslagen sträcker sig vårdens ansvar längre än till att ställa diagnos och utföra behandlingar och omfattar även det hälsoförebyggande arbetet. Om inte vårdgivaren har resurser eller kompetens att ta det ansvaret måste någon annan göra det. I strukturen för det preventiva hälsoarbetet är det mycket otydligt var det övergripande och konkreta ansvaret för folkhälsan ligger.

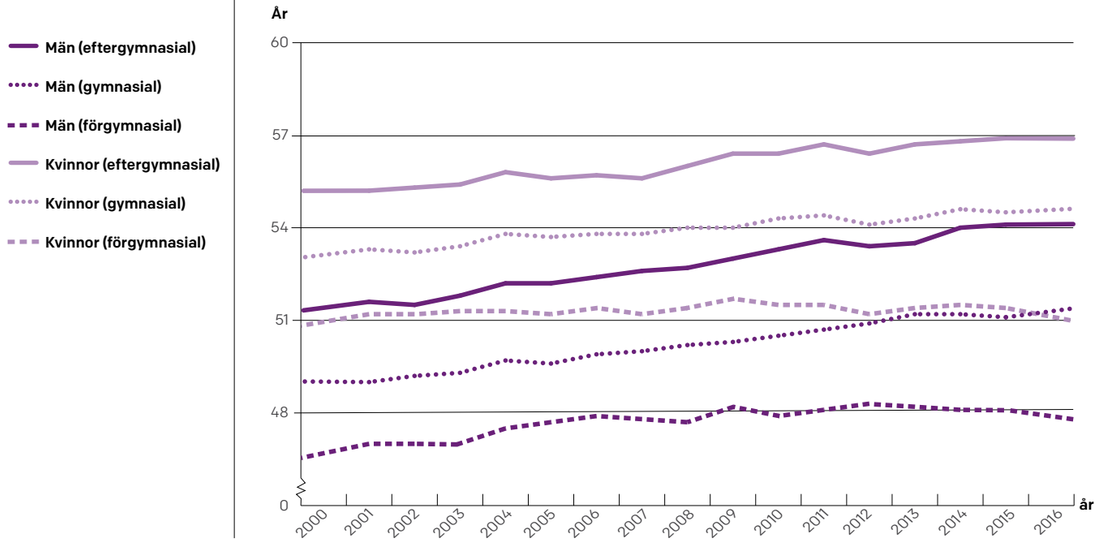
I den senaste överenskommelsen om den svenska cancervården mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, nämns de socioekonomiska ojämlikheterna överhudtaget inte. Den sittande regeringen, som beskriver sig som feministisk, har under mandatperioden inte lagt ett enda konkret förslag för att bryta trenden där lågutbildade kvinnor snabbt halkar efter i den ökande medellivslängden.

Om de som styr och skapar incitamenten för vårdgivarna inte prioriterar denna fråga, vem ska då göra det?

Här har politiken ett stort ansvar. Frågan om skillnad i medellivslängd och socioekonomiskt betingad överdödlighet i cancer kan inte sopas under mattan. Det är helt enkelt en alltför stor skamfläck för den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken.

Medellivslängd 1998–2016

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter kön och utbildningsnivå.
Endast personer födda i Sverige ingår i statistiken.



Dödlighet all cancer 1998–2015

Trend över dödlighet i all cancer uppdelad på kön och utbildningsnivå.
Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2010.

Socioekonomi påverkar deltagande i screening

De socioekonomiska skillnaderna inom vården är tydliga på flera plan. Inte minst inom den förebyggande verksamheten. Viljan och möjligheten att exempelvis gå på mammografi eller screening för livmoderhalscancer skiljer stort mellan kvinnor i de olika socioekonomiska grupperna.

Björn Strander, överläkare

Kopplingen mellan att inte delta i screeningprogram och risken att insjukna är tydlig. Närmare två tredjedelar av de kvinnor som insjuknar i livmoderhalscancer har inte deltagit i screeningprogrammet eller bara sporadiskt lämnat cellprov. I stort sett alla dödsfallen drabbar kvinnor som inte fullt ut deltagit i screeningen.

Enligt den officiella statistiken når screeningprogrammet för livmoderhalscancer under en tioårsperiod cirka 96 procent av samtliga kvinnor mellan 23 och 60 år. I den siffran ingår dock kvinnor som gått på kontroll bara en eller två gånger under perioden, vilket inte är tillräckligt för att ge ett säkert skydd mot sjukdomen.

Delar man upp deltagandet i de faktiska kontrollintervallerna, tre och fem år beroende på ålder, ser verkligheten annorlunda ut. Enligt den senaste statistiken från 2016 var deltagandet då 82 procent. Det är internationell sett en hög siffra och en ökning med 3 procentenheter sedan 2006. Men samtidigt avslöjar den att var femte kvinna i Sverige fortfarande inte deltar i screening för livmoderhalscancer med tillräcklig regelbundenhet.

Klasskarta över staden

Björn Strander är överläkare vid Regionalt cancercentrum i Göteborg och ordförande i den nationella gruppen för cervixcancerprevention vid Regionala cancercentrum, RCC. Han har i 25 år arbetat med livmoderhalscancerprevention och sett de tydliga socioekonomiska skillnader som finns.

– Redan 2001 började vi upprätta en databas som bland annat kunde visa hur deltagande i screening skiljde sig åt mellan de olika stadsdelarna i Göteborg. Vi såg att det fanns hisnande skillnader mellan välbärgade och socialt belastade områden. Det blev som en klasskarta över staden, säger han. Det var väldigt tydligt att det krävdes särskilda insatser för att locka fler kvinnor ur de svaga grupperna till provtagningen.

Insikten ledde till ett aktivt förändringsarbete för hur rutinerna i samband med kallelse till screening utformades. Språket i de skriftliga kallelserna anpassades, ambassadörer ur kvinnornas egen kulturella grupp rekryterades för att sprida kunskap om vikten av att testa sig, alla erbjöds till exempel att ta med en vän till provtagningen.

– Effekten lät inte vänta på sig, säger Björn Strander. Vi har sett en bestående ökning av antalet kvinnor som kommer till mottagningarna. Budskapet har nått fram och fått fäste.

Nationell jämförelse

Nyligen genomförde Björn Strander och hans medarbetare ett forskningsprojekt där man på nationell nivå har jämfört socioekonomisk status mellan kvinnor som deltagit i regelbunden screening med kvinnor som inte gjort det. Studien visar tydligt att faktorer som inkomst, utbildning, arbetslöshet, behov av försörjningsstöd och familjeförhållanden alla påverkar i vilken utsträckning kvinnor deltar i screening eller inte.

I studien har forskarna också tittat på i vilken omfattning härkomst påverkar deltagande i screening. Generellt kan man se att för kvinnor som inte är födda i Sverige är överrisken dubbelt så stor för att utebli från screening jämfört med kvinnor födda i Sverige.

– Men studien visar också att den socioekonomiska statusen är en viktigare faktor än härkomst även för utrikes födda kvinnor. Jämför man kvinnor i samma socioekonomiska grupper är skillnaderna i deltagande väldigt små. Kultur, språk och födelseort verkar med andra ord vara underordnat utbildning, ställning på arbetsmarknaden och ekonomi säger Björn Strander.

Förändring är möjlig

Det finns förstås många orsaker till de stora skillnaderna i deltagande i screening mellan de socioekonomiska grupperna. Men en sak som sticker ut i de undersökningar som gjorts är bristen på tillit till de offentliga samhällsinstitutionerna som exempelvis vården.

– För många år sedan gick kvinnor och tog prover utan att egentligen veta varför. Blev man kallad till en undersökning så gick man. Det fanns en grundläggande tillit i den personliga relationen med offentligheten. Den är betydligt svagare i dag, särskilt i de mer utsatta socioekonomiska grupperna, säger Björn Strander.

Samtidigt ökar hälsomedvetandet i de högre socioekonomiska grupperna och det individuella tänkande blir starkare. Det bidrar till de ökande klyftorna mellan grupperna som inte varit så stora sedan efterkrigstiden.

Var femte kvinna i Sverige deltar inte på regelbunden basis i screening för livmoderhalscancer.

– Det är lätt att bli uppgiven i det dagliga arbetet och skylla på samhällsutvecklingen, starka krafter som drar åt fel håll, ökande segregation och så vidare. Men det går inte att bara rycka på axlarna och inte göra något. Det går att förändra saker till det bättre, säger Björn Strander. Man får börja i det lilla och göra så mycket man kan. Med rätt stöd från politiskt håll och från sjukvårdshuvudmännen kan man åstadkomma ganska mycket.

När det gäller ambitionen att locka fler kvinnor ur de svagare socioekonomiska grupperna till livmoderhalscancerscreening handlar det om att skapa kanaler och metoder som verkligen når fram med budskapet.

– Ett jämlikt erbjudande ska inte utformas på samma sätt för alla. Det måste se olika ut beroende på vem man vänder sig till. Det kan handla om olika utbildningsnivåer, kulturella skillnader eller rent logistiska förutsättningar för att komma till en provtagning. Vi har visat att det går att förändra verkligheten genom att bland annat engagera tongivande personer i vissa grupper. Men man måste också bygga de rätta systemen för uppföljning och fördjupad kunskap, säger Björn Strander.

Redan 2001 började vi upprätta en databas som bland annat kunde visa hur deltagande i screening skiljde sig åt mellan de olika stadsdelarna i Göteborg. Vi såg att det fanns hisnande skillnader mellan välbärgade och socialt belastade områden. Det blev som en klasskarta över staden.

Björn Strander, överläkare

Omotiverade skillnader i vårdens tillgänglighet

Välståndet växer. Den medicinska utvecklingen går framåt i snabb takt. Sverige har en offentligt finansierad sjukvård som alla, i teorin, har samma tillgång till. Ändå ökar hälsoklyftorna i samhället. Fenomenet kallas ibland välfärdsparadoxen.

Margareta Kristenson, professor

– Det är utmanande att Sverige, som är ett land med ett välutvecklat välfärdssystem och med offentligt finansierad hälso- och sjukvård, har påtagliga och ökande sociala skillnader i hälsa.

Skillnaderna är substantiella, det skiljer fem år i medellivslängd mellan grupper med högst och lägst utbildning och skillnaderna är systematiska, de återkommer oavsett om man jämför grupper avseende yrke, inkomst eller utbildning, säger Margareta Kristenson, professor och överläkare i socialmedicin vid Linköpings universitet och Region Östergötland.

Margareta Kristenson är en av Sveriges ledande forskare kring sociala aspekter på vård och omsorg och var också ledamot i Kommissionen för jämlik hälsa som utrett de socioekonomiska skillnaderna i vård och hälsa på uppdrag av regeringen.

–Att leva i en utsatt social situation är förenat med fler riskfaktorer, större sårbarhet för sjukdom och högre sjukdomsförekomst. Insatser för en jämlik vård behöver därför innebära en jämlik hälso- och sjukvård och innefatta både jämlik behandling av sjukdom och förebyggande insatser för patienter och för befolkningen, anpassade efter behov, säger hon.

Men så fungerar det inte i dag, enlig Margareta Kristenson.

– Trots lagens mål om vård på lika villkor ser vi återkommande, omotiverade, skillnader i vårdens tillgänglighet, insatser och resultat. Medan regionala skillnader i vården vanligtvis har organisatoriska orsaker, kan skillnader mellan socioekonomiska grupper oftare härledas till vad som sker i vårdmötet och i vilken mån det möter olika patienters behov, säger hon.

Olika behandling

När Cancerfonden tidigare i år presenterade en undersökning som visar på att människor i de lägre socioekonomiska grupperna i högre grad dör i cancer jämfört med mer välbeställda grupper uppstod en debatt om i vilken grad detta kan förklaras med olikheter i patientbemötande och behandling i vården. Vissa debattörer menade att vården inte alls gör skillnad på folk och att orsakerna till de ojämlika behandlingsresultaten beror på andra omständigheter.

– Vi vet genom olika forskningsresultat att patienter blir olika behandlade. Jag tror inte någon vårdpersonal medvetet särbehandlar eller diskriminerar patienter på grund av deras socioekonomiska status men hälso- och sjukvården är, liksom det mesta i vårt i samhälle, anpassad efter hur vi förväntar oss att andra människor fungerar. Problemet är att förväntningarna grundar sig på en norm som många gånger inte stämmer med verkligheten, säger Margareta Kristenson. Tyvärr är detta frågor som det sällan pratas om på klinikerna och på de olika läkarutbildningarna i landet berörs det knappast alls.

Foto Scandinav

Omotiverade skillnader i behandling sker trots sjukvårdslagens mål om en jämlik vård.

Bristande tillit

För patienterna riskerar det att innebära en rad problem.

– Varannan patient lämnar mottagningen utan att de har förstått vad läkaren sagt till dem. Ett konkret exempel är misstolkningen av vad ett ”positivt svar” på ett prov egentligen betyder. Oftast innebär ju ett ”positivt svar” något negativt, det vill säga att man är sjuk eller riskerar att bli det, men patienten uppfattar det som att allt är i sin ordning. En annan sak är tillgängligheten. En av fem patienter söker inte vård fast det anser att de egentligen behöver det. Ett skäl är geografiska omständigheter men det är också klarlagt att det är betydligt vanligare att personer från svaga socioekonomiskt grupper avstår från att söka vård, säger Margareta Kristenson.

Precis som Björn Strander på föregående uppslag varnar Margareta Kristenson för att tilliten till den svenska sjukvården minskar.

– Att anförtro sig till någon kräver att man litar på personen och det system den personen representerar. Det är vårdens kärna. Vi vet att tillit till andra är lägre hos individer med låg socioekonomisk status. Och jag tycker man kan gå så långt som att säga att tilliten till systemet har gått förlorad bland vissa grupper och att det förmodligen är ett av de viktigaste skälen till att hälsoklyftan i Sverige ökar. Vi är helt enkelt inte så bra på att möta patienter utifrån deras olika behov som vi borde vara, säger Margareta Kristenson.

Att anförtro sig till någon kräver att man litar på personen och det system den personen representerar. Det är vårdens kärna.
Margareta Kristenson, professor

Foto Scandinav

Omotiverat långa väntetider på diagnos och behandling kan få allvarliga medicinska konsekvenser och innebär alltid onödig oro för patientet och närstående.

Lång väntan på snabbare resa genom cancervården

Omotiverat långa väntetider inom cancervården har varit en het och omdiskuterad fråga under många år. För vissa diagnoser är tiden mellan diagnos och behandling kritisk för överlevnad och livskvalitet. För alla diagnoser är den psykologiska effekten av onödigt lång väntan förödande för patienter och närstående.

För snart fyra år sedan växte hoppet om att de orimliga väntetiderna i cancervården skulle bli kortare. Regionala cancercentrum (RCC) inledde en satsning på så kallade standardiserade vårdförlopp, efter en modell som i flera år använts framgångsrikt i Danmark och där ledtiderna för diagnos och behandling är tydligt reglerade och målsatta.

För att stimulera landstingen till att förändra sina processer och rutiner har regeringen skjutit till medel, närmare två miljarder kronor under fyra år där 2018 är sista året. För att kunna ta del av de statliga pengarna måste landstingen förbinda sig att genomföra de standardiserade vårdförloppen enligt en noggrant utarbetad metodik och under en viss tidsperiod. I dag omfattas 31 olika cancerdiagnoser inom samtliga 21 landsting av vårdförloppen.

Det är snabbt marscherat och RCC har gjort ett stort jobb som tagit fram vårdförloppen och ”sålt” in dem hos vårdgivarna på så kort tid.

Osäker statistik

Men hur har det egentligen gått? Har patientens resa genom vårdkedjan upphört att försinkas av onödigt byråkratiska rutiner, dålig kontakt mellan kliniker och andra administrativa flaskhalsar? Svaret är att det är svårt att veta säkert. Svårigheterna beror till stor del på sjukvårdens oförmåga att samla in jämförbara data. Journalsystem som skiljer sig åt mellan landstingen, olika uppfattningar om vilka mätpunkter som är relevanta, och till viss del en ovilja att lösa problemen gör att det går trögt, både med jämförelser mellan landstingen, och att se utvecklingen av väntetiderna i stort sedan vårdförloppen infördes.

Att det finns brister i uppföljning och utvärdering av en så omfattande – och viktig – förändring inom cancervården är naturligtvis oroande i sig. Det finns en risk att avsaknad av ”hårda” data gör att diskussionen om värdet av vårdförloppen och fortsatt finansiering av dem blir grumlig och osaklig.

Men trots osäker statistik står det klart att det går trögt att nå de optimala väntetidsmålen i de standardiserade vårdförloppen. För vissa diagnoser kan man se förbättringar av varierande grad, medan det för andra diagnoser än så länge inte inneburit några skillnader alls.

Verkligheten är i vägen

Märkbart är att väntetiderna för flera av de stora diagnoserna, som tjock- och

Det finns exempel på kliniker som lyckats korta väntetiderna avsevärt utan extra finansiering eller resurstillskott. Låt dessa utgöra exempel för resten av sjukvården.

ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer påverkats mycket lite, eller inte alls. I Socialstyrelsens utvärdering 2017 av vårdförloppens införande konstateras att en av orsakerna är brist på vissa kompetenser. Det är knappast något som enskilda kliniker kan lastas för utan är missförhållanden som måste åtgärdas högre upp i hierarkin hos sjukvårdshuvudmännen.

Problemet skulle kunna beskrivas med vad som händer när ett, på pappret bra och genomtänkt system möter verkligheten i form av en sjukvårdsorganisation med stora interna problem, förändringsovillighet och personalbrist. Men det finns också misstankar om att de statliga medel som regeringen avsatt för landstingen till stor del slukats upp av administrativa förstärkningar istället för att stärka den organisation som ska ”göra jobbet” för patienterna.

Goda exempel

Samtidigt är det flera kliniker runt om i landet som utan extra finansiering eller personal lyckats styra om sina processer på ett sätt som påtagligt förkortat ledtiderna. Varför metoderna som dessa kliniker använt sig av inte appliceras överallt är lite svårt att förstå. På de kliniker som förbättrat sig med de standardiserade vårdförloppen har det handlat om så enkla saker som att prata ihop sig på kliniken om vad man vill och vilka mål man ska sätta upp samt upprätta bra kommunikationer med röntgen, patologer och andra specialiteter som krävs för diagnos och behandling.

En positiv effekt av de standardiserade vårdförloppen är att det på flera håll i landet rapporteras om kortare svarstider för vävnadsprov som lämnats till patologer för analys. Bristen på patologer har länge pekats ut som en flaskhals i vårdkedjan men införandet av vårdförloppen har öppnat för möjligheten att stärka patologklinikerna med personal och, framför allt, påbörja diskussioner om hur man kan effektivisera sina processer.

En oro som funnits i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen är risken för så kallade undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med diagnoser som inte uppfyller kriterierna för att ingå i vårdförloppen eller patienter ur helt andra diagnosgrupper skulle få sämre behandling och drabbas av längre väntetider. Socialstyrelsen konstaterar dock i sin utvärdering från 2017 att medvetenheten om riskerna bidragit till att problemen inte blivit så stora som befarat.

Osäker framtid

Det framtida arbetet med att korta väntetiderna hänger i luften. 2018 är sista året med säkrad statlig finansiering för att stimulera införandet av standardiserade vårdförlopp. Det är uppenbart att de fyra åren sedan 2015 inte varit tillräckligt lång tid för att få ut full effekt av satsningen. Frågan vad som händer framöver är därför extra viktig.

Kommer landstingen ha egna finansiella muskler för att, till exempel, behålla de tjänster som kunnat tillsättas tack var de statliga medlen? Vem ska betala för att få ett effektivt uppföljningssystem med fungerande it-funktioner på plats?

I regeringens långsiktiga plan för cancervårdens utformning som kom i maj i år sägs att arbetet med att förkorta väntetiderna och öka tillgängligheten fortsatt ska vara prioriterat, men det utlovas inga statliga medel för att stimulera det arbetet ute i landstingen.

Men även om landstingen skulle få fortsatt stöd i form av finansiell stimulering av vårdförloppen finns stora strukturella problem att hantera innan patienterna upplever en verklig förbättring.

Strukturer måste brytas

Införandet av de standardiserade vårdförloppen har på ett extremt tydligt sätt visat på behovet av ett bredare grepp på sjukvårdens permanenta problem med svag och spretig it-struktur, omoderna arbetsprocesser, ineffektiv nationell styrning och dålig kompetensförsörjning. Hårda ord, kan tyckas, men allt detta är gamla problem som känns igen från debatten om svensk sjukvård sedan decennier tillbaka. Punktinsatser, som den gamla kömiljarden, de standardiserade vårdförloppen och andra projektliknande åtgärder har gång på gång visat sig otillräckliga så länge de strukturella förutsättningarna inom hälso- och sjukvården inte förändras.

I grunden handlar det om de återkommande svårigheterna med att modernisera och skapa en nationellt jämlik och effektiv sjukvård med 21 självständiga vårdgivare som i varje avgörande förändring har sista ordet och en egen byråkrati. Det är många revir som ska försvaras och bevakas samtidigt som lokala och regionala budgetar riskerar att sätta stopp för satsningar som inte alltid betalar sig på kort sikt.

En politisk diskussion med ett tydligt mål att lösa upp dessa knutar är oundviklig. Annars finns en överhängande risk att de problem sjukvården står inför i dag kommer att framstå som en svag bris jämfört med de stormar som väntar runt hörnet.

Punktinsatser, som den gamla kömiljarden, de standardiserade vårdförloppen och andra projektliknande åtgärder har gång på gång visat sig otillräckliga.

Vårdförloppen kan leda till mer jämlik vård över hela landet

De standardiserade vårdförloppen (SVF) utarbetas och introduceras av Regionala cancercentrum i samverkan, RCC. Sveriges kommuner och landsting (SKL) samordnar landstingen som ansvar för införandet. Vårdgivarna har olika resurser och prioriteringar vilket leder till att effekten av vårdförloppen kan se olika ut beroende på vilket landsting man tittar på. Helena Brändström är ansvarig för de standardiserade vårdförloppen på RCC.

Helena Brändström, RCC i samverkan

Hur skulle du – på ett övergripande plan – sammanfatta införandet av SVF så här långt?
– Vi har lyckats att etablera ett nytt arbetssätt i vården som gett cancerpatienter en mer sammanhållen och förutsägbar vårdkedja fram till start av behandling. Cancervården har blivit mer jämlik. Vi har ett gemensamt mål vad gäller väntetiderna men har fortfarande en lång väg att gå innan vi är i mål.

Vilka skulle du säga är de största framgångarna?
– Professionernas engagemang. Det har resulterat i att SVF inte bara har blivit en pappersprodukt utan ett etablerat begrepp i vården. Vi har fått igång ett nytt arbetssätt, och därmed en bättre sammanhållen vård från välgrundad misstanke, vilket många gånger sker i primärvården, fram till start av behandling. Samarbetet mellan olika discipliner har ökat. Vi har enats nationellt om vad som är välgrundad misstanke om cancer, vilka utredningar som ska göras och har en målbild för behandlingsstart som är lika för hela landet. Det leder till att vi markant har ökat förutsättningarna för en jämlik vård över hela landet. Ett tecken på framgång är att även andra vårdområden sneglar på vårt arbetssätt.

Vad skulle du säga är de största motgångarna/problemen?
– Det ökade problemet med kompetensbrist i vården. Brist på sjuksköterskor och andra yrkeskategorier gör att operationer inte kan utföras i tid. Många landsting har kortat flera delledtider i utredningsprocessen men faller ändå på målsnöret när det till exempel inte går att operera som planerat. Uppföljningen av ledtider är det andra mycket svåra problemet. Att alla landsting har olika it-system och att systemen inte pratar med varandra gör det svårt att få till en bra uppföljning. Det är också mycket svårt att få till uppföljning över landstingsgränserna.

Hur ser det ut efter 2018? Är finansieringen säkrad för en fortsatt stimulering av vårdgivarnas insatser, till exempel?
– Det är ju val i höst, så säkra kan vi inte vara. Men den nuvarande regeringen har aviserat en fortsatt långsiktig satsning på cancervården och flera partier i opposition har gjort liknande utfästelser om fortsatt stöd till cancervården. Och det behövs verkligen, vi är inne i ett skede då vi har fått de flesta delar på plats men nu måste vi hålla i och hålla ut för att vi ska kunna se effekter av arbetet fullt ut. Det tar tid att få ett nytt arbetssätt att hålla långsiktigt.

Bemanningsproblem och otillräckliga it-system har försvårat och försenat införandet av de standardiserade vårdförloppen, anser Helena Brändström på RCC.

Vad skulle du göra annorlunda om det – med det du vet nu – fick börja om, alltså vad är lärdomarna så här långt?
– Jag måste nog säga att vi har gjort mycket rätt redan från början så vi skulle nog ha arbetat på ett likande sätt även om vi fick börja om. Det finns förstås detaljer som man kunde gjort bättre, men mycket är svårt att veta på förhand. Problemen med it-system och uppföljning visste vi ju om. Men det har varit svårare och tagit längre tid än vi anat. Om man börjat om hade vi nog försökt lägga ännu mer jobb inom det området redan från start. Men det viktigaste är ändå att få arbetssättet på plats.

Hela satsningen är ett gigantiskt kommunikationsarbete och vi kanske skulle ha satsat ännu mer på att engagera primärvården och privata vårdgivare tidigt. Men det mesta av det arbetet bedrivs regionalt och lokalt. Olika landsting har helt olika förutsättningar vilket gör att det även här är svårt att kunna förutse vilka strategier som fungerar bäst.

Det tar tid att få ett nytt arbetssätt att hålla långsiktigt.
Helena Brändström, RCC i samverkan

Satsningen på vårdförloppen behöver riggas om

Prostatacancer är den diagnos som varit mest i fokus i debatten om omotiverat långa väntetider i cancervården. Inte inom någon annan diagnos har patienterna tvingats vänta så länge på diagnos och behandling, i vissa fall upp emot sex månader. Frustrationen har varit stor och förväntningarna när de standardiserade vårdförloppen (SVF) infördes var höga. Calle Waller har arbetat inom Prostatacancerförbundet i många år och är nu ansvarig för organisationens internationella kontakter och bevakningen av hur vårdförloppen införs.

Calle Waller, Prostatacancerförbundet

Hur skulle du – på ett övergripande plan – sammanfatta införandet av SVF så här långt?
– Initiativet var utmärkt och gav stora förhoppningar, särskilt inom prostatacancer som från början hade flera gånger längre väntetider än någon annan diagnos, 170 dagar mot 20-64 för övriga. Ett problem är att det tyvärr investerades i ett helt nytt och dyrt system för att mäta ledtiderna, Signedatabasen, i stället för att använda förekommande register. Det ökade det administrativa trycket på klinikerna. Systemet har också visat sig mycket svårtillgängligt för externa intressenter.

Finns det några framsteg som man särskilt kan peka ut?
– Upplägget var bra när det gäller att reducera helt onödigt tidsspill, alltså sådant som beror på obetänksamhet eller osmidiga övergångar. Däremot minskas inte flaskhalsar med ursprung i resursbrist och ineffektiv organisation, vilket i mycket hög grad gäller prostatacancervården. Smärre framsteg har gjorts i enstaka verksamheter medan väntetiderna i andra fall till och med blivit längre. Ett lysande undantag är urologikliniken i Uddevalla, som genom ett systematiskt arbete lyckats närma sig det utsatta målet, max 61 dagar, detta utan att nya resurser tilldelats. Tyvärr har övriga kliniker inte låtit sig inspirerats av detta. Det är också oklart om andra väsentliga vårdbehov trängts undan.

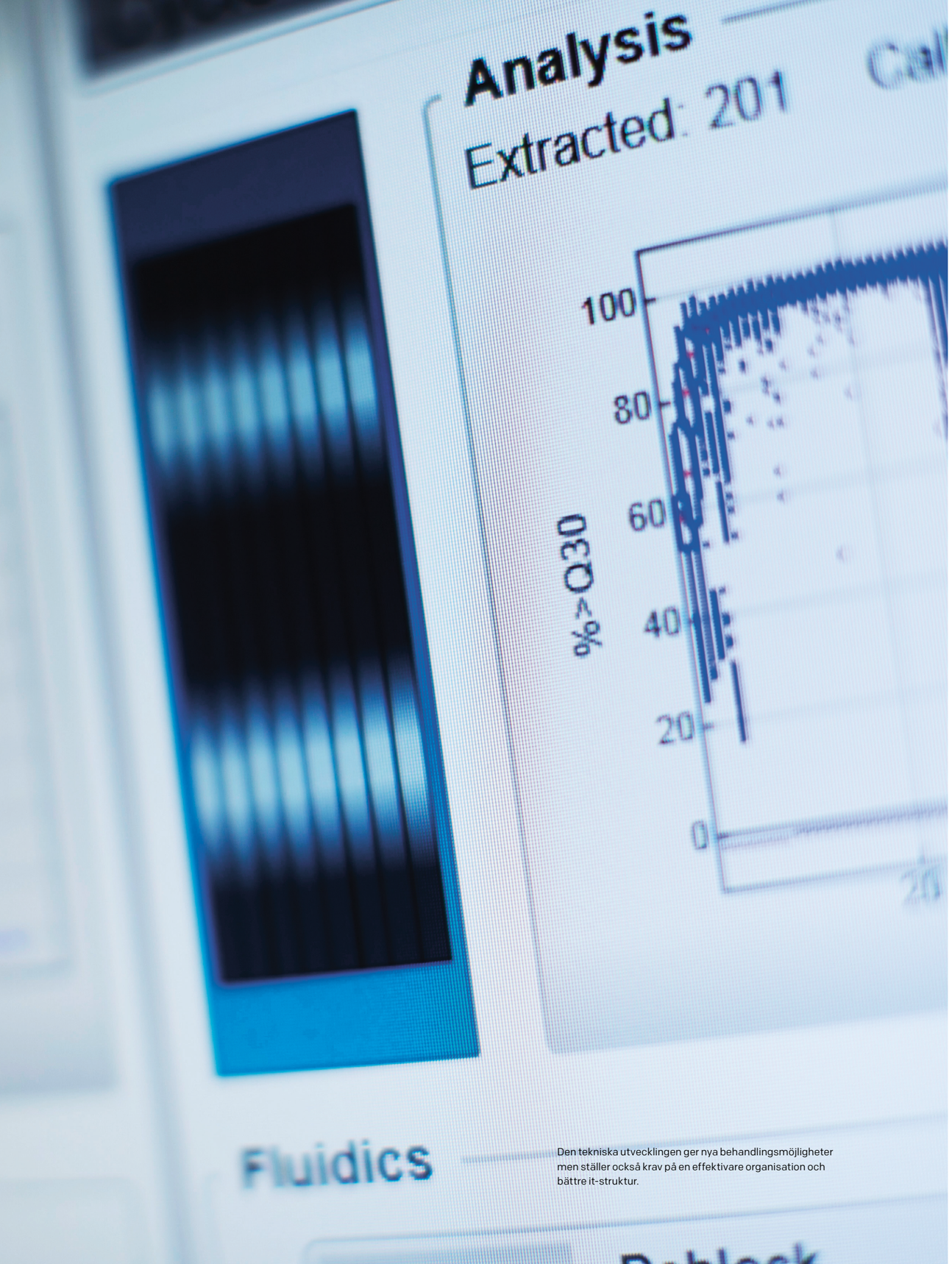
Vad skulle du säga är de största motgångarna/problemen?
– Utmaningen att minska tiden från remiss till behandling från 170 dagar till 61, uppfattades redan från början som orealistiskt och togs därför inte fullt ut på allvar. Landstingen, som tog emot projektmedlen, tycks knappast i något fall ha bistått klinikerna aktivt genom översyn av organisation, resurser, flaskhalsar eller resultat. Inför projektet sas det att stora krav skulle ställas på förändrade arbetssätt inom alla de specialiteter och professioner som är inblandade i prostatacancervården. Detta har hittills inte skett som följd av projektet. Den dåliga uppslutningen och det begränsade genomslaget för vårdförloppen avspeglas också i en omfattande underrapportering till Signedatabasen, vilket omöjliggör tillförlitliga tolkningar av utfallet. Data måste därför hämtas från det nationella prostatacancerregistret, där det tyvärr bekräftas att effekten av vårdförloppen varit mycket begränsad för prostatacancerpatienterna. En negativ konsekvens av projektet är också en avsevärd undanträngning av patienter med andra behov av urologisk vård. Urolog- och onkologklinikerna har haft ansvaret för flera olika vårdförlopp och prioriterat detta på bekostnad av övrig vård.

Vad skulle man göra annorlunda om det – med det vi vet nu – fick börja om, alltså vad är lärdomarna så här långt?
– Det var olyckligt att välja ett generellt system eftersom förutsättningarna för de olika diagnoserna var så olika. Projektpengarna landade i landstingen och användes där fritt utan ingående analys av problemen och behoven inom respektive diagnos. Klinikerna såg inte mycket av pengarna förutom i form av koordinatorer och uppföljningssystem. En nystart borde i väsentligt högre grad leda resurserna till de mest uppenbara behoven.

Hur tror du det blir efter 2018? Är finansieringen säkrad för en fortsatt stimulering av vårdgivarnas insatser, till exempel?
– Den största delen av anslaget har gått till ett uppföljningssystem med begränsad användbarhet och till administrativa insatser för bättre koordination av vårdinsatserna. Det är svårt att tro att landstingen, redan tyngda av en administrativ överbyggnad, är villiga att själva bekosta en fortsatt verksamhet med nationell struktur. Frågan om fortsatt finansiering är oklar. Politisk vilja finns dock i båda blocken. Min uppfattning är att projektet under alla omständigheter behöver riggas om och fokus flyttas till att identifiera och åtgärda strukturella problem och andra flaskhalsar.

De standardiserade vårdförloppen var ett utmärkt initiativ men borde genomförts på ett annat sätt. Nu är effekten knappt märkbar, anser Calle Waller på Prostatacancerförbundet.

Det var olyckligt att välja ett generellt system eftersom förutsättningarna för de olika diagnoserna var så olika.
Calle Waller, Prostatacancerförbundet



Den tekniska utvecklingen ger nya behandlingsmöjligheter men ställer också krav på en effektivare organisation och bättre it-struktur.

Lovvärd lag för högspecialiserad vård källa till nya problem?

Debatten går het om den högspecialiserade vården. Välplanerad och effektiv nivåstrukturering är nödvändig om Sveriges cancerpatienter ska få bästa möjliga vård. Nu kommer ny lagstiftning som ska förenkla det nationella samarbetet. Men frågan är om lagstiftarna har tänkt färdigt.

I takt med den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården ökar kraven på en effektiv arbetsfördelning. Ju mer ovanlig och/eller avancerad en behandling är, desto viktigare är det att den utförs av ett högt specialiserat vårdteam med rätt sorts resurser till sitt förfogande. Exempel på sådana operationer inom cancerområdet är äggstockscancer, olika typer av hjärntumörer och sarkom. Det finns ett övertygande internationellt forskningsunderlag som visar att centralisering är avgörande för att upprätthålla hög vårdkvalitet och överlevnad och för att minska antalet komplikationer. Inte minst är det viktigt att teamen upprätthåller sina färdigheter genom att ständigt jobba i ”skarpt läge”. En typisk siffra i kirurgiska sammanhang är cirka 50 operationer per år för att uppnå bästa möjliga resultat, men detta kan variera kraftigt.

När det gäller cancer har landstingen utrett frågor av den här typen sedan 2011 inom de regionala cancercentrumens (RCC) regi. Arbetet har lett till att tio cancerbehandlingar i dag är nationellt koncentrerade. Nivåstrukturering är det begrepp som brukar användas när sådan arbetsfördelning diskuteras. Vem ska utföra vad, och var ska det utföras när det gäller närsjukvård, sjukhusvård respektive högspecialiserad vård?

Viktigt med volym

I april 2014 förordnades professor Måns Rosén av regeringen att utreda dessa frågor mer generellt och lämna förslag på ”hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration”. Resultatet presenterades hösten 2015 i rapporten *Träning ger färdighet*. I kapitel 8 sammanfattas resultatet av studier som underbygger tesen om att det finns ett samband mellan hög volym (det vill säga högt antal operationer per år) och goda resultat. Några exempel från cancerområdet:

- Internationella studier visar en lägre förekomst av inkontinens och impotens efter prostatacanceroperation vid sjukhus och kirurgteam med högre volym. Ett talande faktum är att Martinikliniken i Tyskland, där man gör drygt 2 000 prostatacanceroperationer om året, uppvisar hälften så höga komplikationsfrekvenser som svensk sjukvård.

- Studier kring bröstcancerkirurgi har påvisat signifikant bättre överlevnad om sjukhus och kirurgteam har hög volym.

- En översiktsstudie om urinblåsecancer visade att dödligheten var nästan hälften så hög vid sjukhus med hög volym.

Att nivåstruktureringen måste äga rum över huvud taget är en direkt följd av att världen förändras och att den medicinska utvecklingen rusar framåt.

Till detta ska läggas det kanske mest talande nationella exemplet: efter centralisering av den avancerade kirurgin 2011 kunde Västra Götalandsregionen i Sverige påvisa en signifikant förbättrad överlevnad vid äggstockscancer.

Baserat på utredningen har en ny lag utformats som börjar gälla 1 juli 2018. Den ersätter dagens rikssjukvård och fastslår en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården utifrån ett nationellt perspektiv. Syftet är att patienter ska få god och jämlik vård oavsett var i Sverige man bor.

I denna beslutsprocess kommer Socialstyrelsen ha en ledande roll. Via sakkunniggrupper och genom breda remisser ges professionen möjlighet att säga sitt. Enligt den tidplan som lagts fram kommer hela vårdsystemet att ha gåtts igenom, område för område, till hösten 2022.

Nödvändigt arbete – men många problem

För att hantera dagens och framtidens utmaningar kring högspecialiserad vård är det nödvändigt med en reformering av Sveriges sjukvård – om detta råder bred konsensus. Om processen går att genomföra utan onödiga dröjsmål kan många liv räddas. I grund och botten är det lovvärt att en ny lagstiftning håller på att genomdrivas. Men samtidigt finns det både problem och frågetecken.

- **Tidsplanen är svår att hålla.** Enligt den tidsplan som tagits fram ska hela systemet för högspecialiserad vård genomdrivas på mindre än fem år. Detta omfattar kunskapsunderlag, beslut och införande för hundratals vårdområden, fördelade på 18 programområden. Visserligen finns sammanställd erfarenhet från RCC-arbetet med nivåstrukturering, men denna går knappast att använda som en karbonkopia för andra diagnosområden. Som jämförelse kan sägas att samordningen av rikssjukvården hanterade ett femtontal diagnoser under loppet av ett decennium (utgående från proposition 2005/06:73 *Nationell samordning av rikssjukvården*).

- **Akutsjukvården kan komma i kläm.** Förutsättningarna för akutsjukvård, inklusive transporter, kommer att påverkas – inte minst när det gäller mindre kirurgiska kliniker ute i landet.

- **Ersättningssystemen måste ses över.** I propositionen konstateras att det behövs nationella prisöverenskommelser, och att landstingen bör samordna priserna. Detta kan bli en segdragen process.

- **Omstruktureringen skapar dominoeffekt** När resurser för högspecialiserad vård börjar flyttas runt i Sverige uppstår hål, stockningar och krockar – det gäller personal, lokaler, utrustning och infrastruktur. Då en verksamhet förläggs till ett sjukhus kan det innebära att andra verksamheter måste flyttas. Detta innebär att landsting som tar in en högspecialiserad verksamhet med stor sannolikhet kommer att behöva göra komplicerade rockader. Kort sagt: Nivåstrukturering på nationell nivå påverkar nivåstrukturering och resurshantering på såväl regional nivå som landstingsnivå.

En positiv erfarenhet från RCCs nivåstruktureringsarbete är att intresset från landstingens sida har varit stort när det gäller olika verksamheter. Men frågan är om det kommer att vara lika populärt att ansöka om verksamheter när ett par hundra har fördelats och dominoeffekterna har stökat om i landstingsstrukturerna.

Problematisk symbios

Kirurgi i alla dess former är något som kommer att påverkas starkt av det kommande systemet för högspecialiserad vård. Det gäller inte minst yrkespersoner och kliniker som är engagerade i två eller fler olika diagnosområden. Deras professionella profil skär alltså ”på tvären” genom de 18 programområden som definierats.

Från professionen framförs nu ett antal farhågor som rör lokalisering, kompetensförsörjning och tillgänglighet. Framför allt är det platser där det bedrivs akut kirurgisk verksamhet som berörs. Enkelt beskrivet handlar det om att mindre kliniker ”behöver” en viss mängd planerade canceroperationer varje år för att kirurgteamen ska upprätthålla sin yrkesskicklighet och ”ha tillräckligt att göra”. Vidare finns en koppling mellan kirurgisk behandling av cancer och vissa godartade men likväl tekniskt mycket komplicerade tillstånd; en uppdelning mellan ”benign” respektive ”malign” kirurgi är inte alltid ändamålsenlig.

Det här är ett dilemma som kan betraktas ur två motstridiga synvinklar. Som exempel kan man ta bukkirurgi.

- Å ena sidan behövs bukkirurgisk kompetens jämnt utspritt i landet så att liv kan räddas i samband med till exempel olycksfall med stora blödningar i bukområdet.

- Å andra sidan vore det en märklig situation att till exempel patienter med tjock- eller ändtarmscancer inte opereras av landets främsta experter på just denna typ av cancerkirurgi och istället utgör ”övningsfall” för lokala bukkirurger med bredare verksamhet.

Det bör understrykas att exemplet ovan är kraftigt förenklat. Det handlar aldrig om att ställa en diagnos mot en annan, utan om att upprätthålla bredd, handlingsfrihet och utvecklingsmöjligheter för den lokala verksamheten.

Här behövs ett nära samarbete mellan politiker, sjukvårdsledningar, vårdprofessionella och patientföreningar. Utgångpunkten är att bestämma vilka akutkirurgiska enheter som måste behållas med tanke på patientsäkerhet och jämlik vård. En avgörande faktor är transportmöjligheterna. Utifrån detta fattas sedan beslut om var verksamheten ska bedrivas. Viktigt är att inte stirra sig blind på enskilda kompetenser, till exempel kirurger och narkosläkare – istället måste man se till hela de multidisciplinära teamen som är involverade i vården av patienten.

Varning för konflikter

Hela nivåstruktureringsarbetet är en färd in i det okända. Sannolikt kommer det att visa sig snabbt om planen fram till 2022 kommer att hålla. Att nivåstruktureringen måste äga rum över huvud taget är en direkt följd av att världen förändras och att den medicinska utvecklingen rusar framåt. Eftersom ett sådant arbete är komplext och bygger på en följsam förhandlingskultur är det också ömtåligt för konflikter. Dessvärre finns det falanger i Vårdsverige som bestämt sig för att spela ett tufft spel, snarare än att söka kompromisser och samförstånd och att sätta patienternas behov i främsta rummet. Detta speglas bland annat av de uppmärksammade Dokument inifrån-reportagen på SVT. Visserligen gjorde reportagen en viktig genomlysning av brister av utredningsunderlaget och angelägna strukturproblem, men samtidigt gav de en onödigt konfliktfylld bild av förhållandet mellan länssjukhus och universitetssjukhus.

Det finns ingen anledning att elda på konflikter och motsättningar när tusentals av de mest efterfrågade yrkespersonerna inom olika medicinska områden ska komma överens. I många fall kommer det att uppstå vinnare och förlorare där erfaren personal måste finna sig i att lämna över verksamhet de har bedrivit i åratal till kolleger i andra delar av landet. Detta kommer naturligtvis att skapa spänningar och besvikelser. Men så länge processen skapar bättre vård för patienter måste de professionella kraven stå tillbaka. Det motsatta gäller också: Om resultatet inte blir bättre vård utan bara bättre villkor för professionen, så finns det ingen anledning att förändra sådant som fungerar.

Slutligen finns det en viktig komponent som måste få mer uppmärksamhet i debatten: digitaliseringen. Många av de scenarier som står i centrum av nivåstruktureringsarbetet påverkas också starkt av nya digitala tillämpningar. Redan i dag utnyttjas till exempel videoteknik för att låta seniora kirurger på en klinik vägleda mindre erfarna kolleger på en annan klinik. I framtiden kommer system byggda på robotik och artificiell intelligens att spela en allt viktigare roll för högspecialiserad vård. Ju mer förfinad sådan teknik blir, desto mindre roll spelar det var experten befinner sig, rent geografiskt.

Nivåstrukturering kräver svåra beslut

Bästa möjliga vård för patienter med tarmcancer? Eller tillgång till akutkirurgi i hela landet? Annika Sjövall, tarmkirurg, pekar ut en öppen målkonflikt som kräver eftertanke och modiga beslutsfattare.

Annika Sjövall, tarmkirurg

– Nivåstruktureringen kommer att göra att vissa akutkirurgiska enheter sannolikt måste stänga. Det är politiskt svårsmält men rätt ur patienternas perspektiv, säger Annika Sjövall, tarmkirurg på Karolinska universitetssjukhuset. Det är inte rimligt att patienter med tjocktarmscancer ska betala priset för att akutkirurgiska enheter ska kunna hålla öppet.

Det Annika Sjövall vill lyfta fram i ljuset är ett svårt dilemma. När det gäller till exempel bukkirurgi är det så att mindre kirurgkliniker ofta behandlar tjock- och ändtarmscancer (kolorektalcancer) för att teamen ska få regelbunden träning och upprätthålla sin yrkesskicklighet. Det är naturligtvis en bra sak att det finns bukkirurgisk kompetens jämnt utspritt i landet eftersom det då finns god beredskap vid till exempel olycksfall med stora inre blödningar. Men å andra sidan uppstår en märklig situation där vissa patienter med tjock- eller ändtarmscancer inte kommer att opereras av landets mest specialiserade team på just denna typ av kirurgi. Vill man uttrycka det drastiskt kan man säga att dessa cancerpatienter utgör övningsfall för lokala kirurger med bredare verksamhet.

Eftertanke krävs

Här står man alltså inför en öppen målkonflikt som kräver noggrann eftertanke och modiga beslut där vårdens makthavare behöver ta ansvar för en tuff prioritering.

– Politiker och sjukvårdsledningar måste noggrant tänka igenom de här frågorna tillsammans i samråd med professionen, säger Annika Sjövall. De måste avgöra vilka akutkirurgiska enheter som behövs och utifrån det bestämma vilken elektiv (icke-akut) verksamhet som behöver finnas på dessa enheter, akutkirurgi är i sig självt en lågvolymsverksamhet.

Annika Sjövall tror att vissa sjukhus dessvärre får lägga ner sin operativa akutkirurgiska verksamhet:

– Patienter som behöver akutopereras måste då transporteras till en akutkirurgisk enhet.

Det gör att man också måste tänka igenom vilka transportmöjligheter som krävs för det aktuella geografiska området för att minimera transporttiderna. På enheter som bedriver olika typer av verksamhet måste man också tänka igenom vilka kompetenser som krävs – man kan inte bara tänka på en enskild diagnos i taget.

Som kirurg och forskare har Annika Sjövall ägnat sig nästan uteslutande åt tjock- och ändtarmscancer i snart två decennier. I dag är hon processledare för kolorektalcancerprocessen i RCC Stockholm-Gotland.

– I vår region har alla enheter som bedriver den här typen av cancerkirurgi en acceptabel volym i dag. Nivåstruktureringen i Stockholm skulle kunna drivas hårdare, men då måste det koordineras med andra delar av vården. Men i övriga landet finns det fortfarande enheter där operationsvolymer är för låga och där man borde genomföra ytterligare nivåstrukturering.

Vid nivåstrukturering är det viktigt att fokusera på de multidisciplinära team som är involverade i vården av patienten, snarare än enskilda yrkesindivider.

Rehabilitering viktig

Under sin karriär har Annika Sjövall sett stora förbättringar när det gäller tarmkirurgi vid cancer. Tjocktarmscancer bedöms inte längre som enkel allmänkirurgi som vilken kirurg som helst kan göra. Nya kombinationsbehandlingar med kirurgi och cytostatika har förbättrat överlevnaden. Inte minst har kirurgin blivit mer exakt, och man har blivit skickligare på att avlägsna tumörvävnaden genom precis dissektion i anatomiska plan, med mindre blödning som följd. Metoder med en mycket liten öppning av vävnad vid operation och förfinad narkosteknik har också gjort det lättare för patienterna att återhämta sig.

– Nu är det dags att satsa mer på rehabiliteringen. Vi har fokuserat mycket på cancerbehandling och bot men nu måste vi även fokusera på att patienten ska kunna återgå till ett bra liv efter behandlingen. Rehabiliteringen ska starta redan före behandlingen och löpa som en röd tråd genom hela förloppet.

Centralisering ökar överlevnaden

Högspecialiserad, koncentrerad behandling av äggstockscancer räddar liv. Det kan Pernilla Dahm-Kähler, gynekologisk tumörkirurg, och hennes kolleger visa med solida data.

Pernilla Dahm-Kähler, gynekologisk kirurg

– Från 40 till 61 procent – så mycket förbättrades treårsöverlevnaden när avancerade fall av äggstockscancer började opereras centralt i regionen, säger Pernilla Dahm-Kähler, gynekologisk tumörkirurg. Det här resultatet bygger på data som vi samlade in 2008–2013 från över åttahundra patienter. När vi publicerade studien i den internationella tidskriften Gynecologic Oncology fick den stor positiv uppmärksamhet.

Pernilla Dahm-Kähler är sedan många år ansvarig för den gynekologiska tumörkirurgin inom Västra Götalandsregionen och även regional processägare för diagnosen äggstockscancer. Enligt henne är det nödvändigt att genomföra den här typen av nivåstrukturering för alla cancerformer som antingen kräver speciellt komplicerad behandling eller där utfallet är klart bättre för patienten – till exempel förbättrad överlevnad eller klart tydlig minskad sjuklighet.

– I vårt fall bygger framgången på ett bra samarbete med klinikerna ute i regionen. Tillsammans identifierar vi de fall där det kan vara värdefullt att genomföra kirurgin centralt på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Det handlar om ett teamarbete där vi i hela regionen är stolta över våra resultat.

Komplex kirurgi

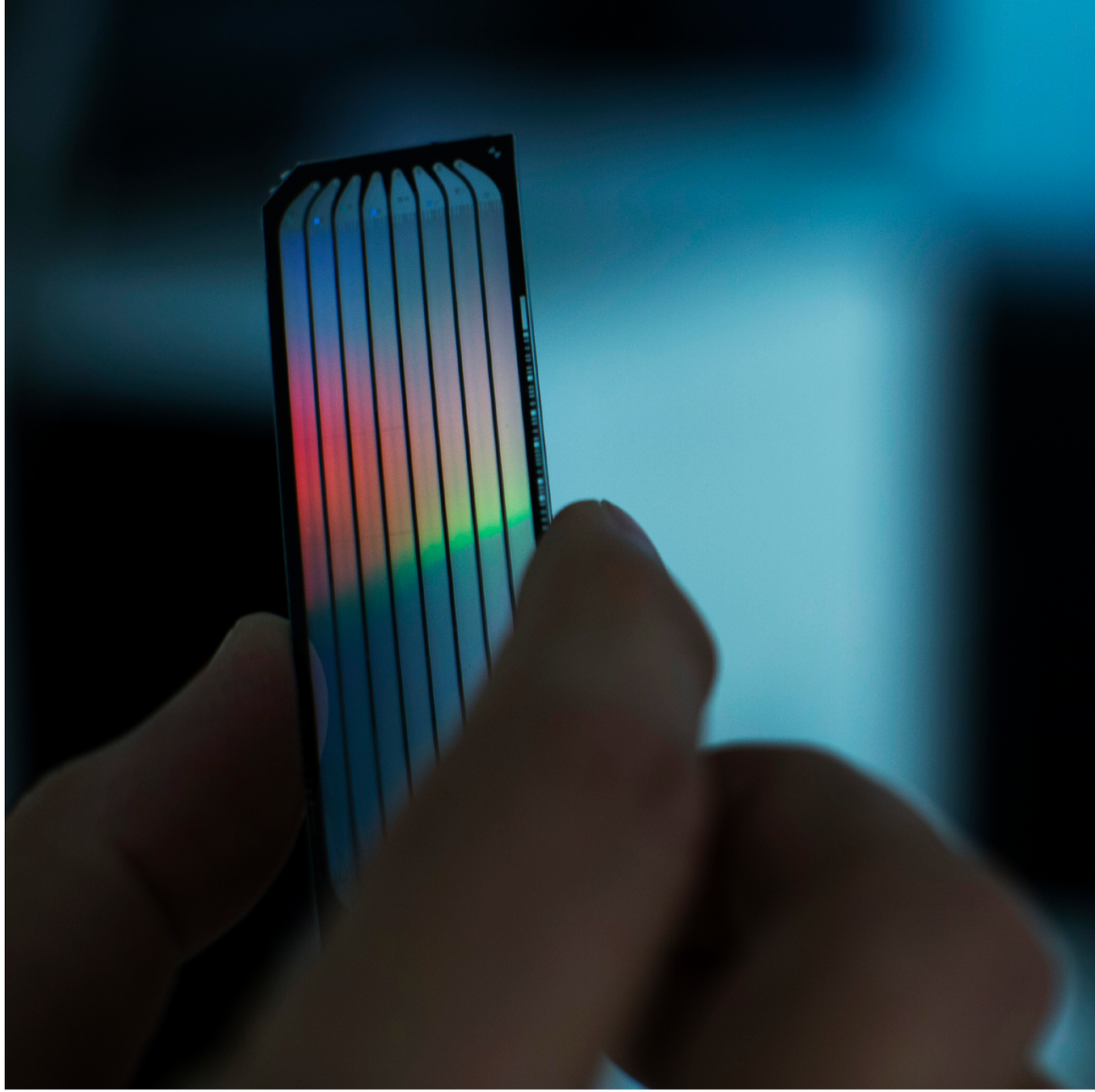
Orsaken till att äggstockscancer är så svår att behandla är att den ofta, till en början, inte ger några större symtom. Istället sprids små celler i hela bukhålan via vätskan på bukhinnans insida. Tumörcellerna kan fastna på vävnader och organ i hela buken. Det kirurgen ser när buken öppnas kan vara ett myller av små knottror (carcinos) som täcker bukhinnan och delar av tarmar och andra organ. Teamets uppgift är att tålmodigt se till att kirurgerna kan avlägsna all synlig tumörvävnad – en process som ofta tar en hel arbetsdag.

– Äggstockscancer är svår och komplex kirurgi som kräver stor erfarenhet och ständig träning, säger Pernilla Dahm-Kähler. Ofta handlar det om multidisciplinärt samarbete där kirurger specialiserade på olika organ hjälps åt.

Sex enheter i Sverige

Forskning visade redan på 1970-talet att noggrann och skicklig kirurgi är avgörande för patientens överlevnad. För tjugo år sedan opererades äggstockscancer på drygt trettio kvinnokliniker i landet. I dag handlar det om betydligt färre. Enligt rekommendationen från Europeiska gynekologiska samfundet (ESGO) bör varje enhet omhänderta omkring 100 nya fall per år. I Sverige diagnostiseras cirka 700 kvinnor med äggstocks- eller äggledarcancer per år, varav cirka 400 i ett mer avancerat stadium.

– Efter den senaste expertutredningen, som skedde 2016, är rekommendationen en nivåstrukturering på regional nivå. Med andra ord anser professionen i dag att svåra fall av äggstockscancer bara bör opereras på sex enheter i Sverige.



Molekylärbiologiska metoder och digital teknik skapar nya förutsättningar för vården – något som det är viktig att ta fasta på inom nivåstruktureringsarbetet.

Vad kan politiker och sjukvårdsledningar göra för att optimera patientsäkerhet, jämlik vård samt tillgänglighet inom ditt område?

– De måste våga ha tillit till den samlade professionen när de – tillsammans med patientföreningar – rekommenderar centrumbildningar och nivåstrukturering. Men politikerna ska också ställa krav och studera utfallet via kvalitetsregister och de kvalitetsindikator som sätts upp. Det här arbetet bör föras utan budgetkamp och revirstrider, i slutänden kommer det att gynna alla inblandade och sannolikt också vara kostnadseffektivt.

Foto Scandinav

Personalfrågan är ett återkommande bekymmer i cancervården. Inom flera nyckelgrupper råder brist på personal.

Cancersjukvården bör anpassas för ständig utveckling

För att fortsätta vara i världsklass måste Sveriges cancersjukvård styras av tillgången till nya metoder, inte av begränsningar när det gäller personal och bäddar. Hur tar man sig ur de ständiga organisatoriska problemen? Förmodligen inte med mer skattepengar eller mer nitisk politisk detaljstyrning– istället behövs ett mer flexibelt tänkesätt.

I den bästa av världar hade Sveriges cancersjukvård kunnat koncentrera sig på en avgörande uppgift: Att se till att patienterna får tillgång till de modernaste behandlingsmetoderna och de senaste läkemedlen – allt för att uppnå bästa möjliga vårdkvalitet. Men sedan decennier tvingas hela hälso- och sjukvården istället ödsla tid och resurser på en rad permanenta problem. Här följer tre exempel:

- **Bemanningsproblem**
  Inom cancervården är personalfrågan ett återkommande bekymmer. Det rådande läget för bemanningen speglas i en enkätundersökning som genomfördes för Cancerfondsrapporten 2017. Den visade att 17 av 18 verksamhetschefer vid onkologiska kliniker saknar den personal de behöver – något som leder till bland annat förseningar, överbeläggning och till och situationer där liv sätts på spel.

  För vissa nyckelkompetenser är läget särskilt sårbart. Slutenvården tampas med ständig brist på cancersjuksköterskor. Ett annat bristyrke är patologer, där den ordinarie bemanningen i Sverige bara är hälften så stor som i många jämförbara västländer, räknat per antal invånare. Detta trots att fyra av fem i denna yrkeskår fortsätter vara aktiva trots att de har passerat pensionsåldern.

- **Snedfördelning mellan primärvård och sjukhussjukvård**
  Sedan decennier dras svensk sjukvård med en problematisk obalans mellan primärvården och den betydligt dyrare sjukhusvården. I takt med att kostnaderna för sjukvård ökar är det nödvändigt att omfördela resurserna. Ändå utgör kostnaderna för primärvården i dag bara cirka 17 procent av sjukvårdens totala nettokostnader. Skillnaderna inom landet är stora – från cirka 13 procent på Gotland till över 20 procent i Västra Götaland.

  Kärnan i cancerbehandlingar är typisk sjukhusvård, men det finns en stor outnyttjad potential när det gäller att utnyttja primärvården bättre i vissa delar av vårdkedjan. Ett exempel är att utveckla primärvårdens möjligheter att upptäcka tumörer tidigt, genom till exempel utbildningsinsatser och samordning med specialistsjukvården. Ett annat exempel är att stärka de rehabiliterande insatserna. Båda dessa åtgärder kan – förutom att begränsa mänskligt lidande – spara mycket pengar.

Fragmentering
Det svenska systemet med 21 landsting och regioner ger ett starkt ledarskap nära de medborgare man betjänar. Baksidan av myntet är att strukturen ligger som ett ständigt hinder för samordning och nationella satsningar. Tyvärr finns det en öppen motsättning mellan begreppen ”jämlik vård i Sverige” å ena sidan och ”decentraliserat självstyre” å andra sidan.

Ett flagrant exempel är landets journalsystem där bristen på samordning har lett till en hopplös röra av föråldrade och inkompatibla system. Bristen på överblick och användarvänlighet är inte bara ett administrativt problem – det är ett ständigt hot mot patientsäkerheten. Nu behövs journalsystem med automatisk, validerad överföring av relevanta data till alla kvalitets- och andra register, så att inte dyrbar tid tas från patientnära verksamhet till detta manuella och tidsödande arbete.

Inom cancervården är det kanske tydligaste jämlikhetsproblemet införandet av nya läkemedel. Det kan ta tre till fem år innan alla Sveriges onkologiska kliniker har uppnått samma policy för användningen. På det här sättet krackelerar grunden för en jämlik tillgång av cancerläkemedel.

Dessa problem – plus många andra –gör att hälso- och sjukvården ibland har svårt att hänga med i den medicinska utvecklingen som rusar fram som ett expresståg. Den här kontrasten syns särskilt tydligt inom cancervården eftersom den är komplex, resurskrävande och intensivt beforskad av både akademi och industri. Å ena sidan bjuder medieflödet på ständiga anekdoter om köer, kaos och felbehandlingar. Å andra sidan görs stora framsteg inom cell- och molekylärbiologi, samtidigt som det ena cancerläkemedlet efter det andra genomgår klinisk prövning. Vidare ändrar teknisk innovation spelreglerna för kirurgi och strålbehandling och digitaliseringen erbjuder hisnande möjligheter. Resultatet blir att skillnaden mellan verklighet och visioner blir allt större, år från år.

Lösningar missar grundproblemet

Att tackla hälso- och sjukvårdens permanenta problem, samtidigt som man anpassar sig för framtidens förändringstempo är en grannlaga uppgift. I ett sådant läge finns det tre standardmässiga sätt att visa politisk beslutskraft. Det första är att gå till ideologisk attack på motståndarsidan. Det andra är att beställa nya utredningar på sådant som är ganska väl utrett. Det tredje är att hålla fram en påse pengar och säga att man ska hälla dem på problemet.

Men sådana initiativ löser inte grundproblemen. Istället gäller det att rikta fokus mot resultatet – en god hälsa för befolkningen – och betrakta allting annat som underordnat. Målet måste vara ett följsamt system där vårdpersonal, i samarbete med patienter och närstående, styr prioriteringarna, snarare än administratörer. Incitament och strukturer ska vara sådana att patienternas behov står i centrum. IT spelar en nyckelroll, men bara så länge den är utformad med användarvänlighet och samordning i fokus. Data ska samlas in kontinuerligt för att avläsa verkligheten och ge nya lärdomar – som kanske inte alltid är bekväma.

Värdefull inspiration kan fås från industrin, där många företag har börjat tänka i nya banor och ändrar sina arbetsprocesser i grunden – allt för att hantera en omvärld där ”det enda konstanta är förändring”. Man undviker långsiktig detaljplanering, rensar ut improduktiva chefsroller, ökar tilliten till sin personal och försöker lägga besluten långt ut i organisationen. Personalen uppmuntras att utöka sina kunskaper och färdigheter varje dag, istället för att skickas på vidareutbildning vartannat år. Ny metodik implementeras löpande, snarare än språngvis. Produktion delas inte upp i faser – istället försöker man väva ihop produktion, kvalitetskontroll och logistik i ett enda flöde.

Foto Scandinav

Sjukvården skulle tjäna på en mer flexibel organisation som söker sig bort från komplexa strukturer och överplanering och istället försöker hitta så enkla och smarta lösningar som möjligt.

En lärande organisation

Det som måste bekämpas överallt är överplanering, rigiditet och stillastående. Istället för att öka komplexiteten måste man söka smarta, enkla lösningar genom strukturerade experiment i vardagen. Ett pedagogiskt exempel är att se på sättet på vilket beslutande organ arbetar. I dag präglas den offentliga sektorn fortfarande av att man måste invänta förplanerade datum för beslutsmöten. I en framtidsanpassad organisation vänder man på steken och kallar till sammanträde när ett viktigt beslut behöver tas. Andra exempel är att ha buffertkapacitet när det gäller beläggningen, eller att införa flexibel schemaläggning för patientbesök – allt för att fördela resurserna effektivare utifrån toppar och dalar när det gäller efterfrågan. Ny kunskap ska ständigt tillföras personalens beslutsstöd utan fördröjning.

Ett stående motto i Cancerfondsrapporten har varit ”från vårdfabrik till kunskapsorganisation”. Och det är precis vad det handlar om: Att skapa en cancervård med största möjliga följsamhet när det gäller behandling, processer och kompetensförsörjning.

Detta arbete kan ske i samklang med de tre utvecklingsområdena i utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2): *IT-stöd och processer, Smartare användning av medarbetares kompetens* samt *Planering av långsiktig kompetensförsörjning*. En annan viktig framtidsanpassning inom cancerområdet är att se till att verksamheterna vid landets universitetssjukhus ackrediteras av OECI (Organisation of European Cancer Institutes) – ett par på nivån *Comprehensive Cancer Center* och resten på nivån *Clinical Cancer Center*.

Det är också tid att se över Hälso- och sjukvårdslagen så att den får tydligare skrivningar om att Sveriges sjukvård ska utgå från forskningsfronten när man definierar vad medborgarna har rätt att kräva, och inte bara ställa vaga krav av typen ”god kvalitet med en god hygienisk standard”.

Därutöver bör nuvarande sjukvårdsorganisation med dubbelt huvudmannaskap (med staten som ansvarig för forskning och utbildning, landstingen för vårdproduktion och kompetensförsörjning) diskuteras i grunden. Inte minst gäller detta universitetssjukvårdens framtida möjligheter att utvecklas och omsätta nya forskningsrön i praktiken samt att underlätta naturliga samarbeten mellan klinik och grundforskning. Allt kräver ett samarbete på nationell nivå som tvingar fram den obekväma frågan: kan detta genomföras samtidigt som Sverige har 21 självstyrande landsting?

Bättre kommunikation ger snabba förbättringar

Större flexibilitet, bättre kommunikation och mer digital teknik – det är lösningen på vårdens problem, snarare än ännu mer pengar. Det tror i alla fall Hans Winberg, organisationsteoretiker.

Hans Winberg, organisationsteoretiker

– Svensk sjukvårds två största problem är för mycket resurser och för bra resultat.

Så löd Hans Winbergs oväntade svar när en journalist prompt ville att han skulle sammanfatta sjukvårdens problem i två punkter för ett antal år sedan. Som generalsekreterare för den akademiska tankesmedjan Leading Health Care ruskar han gärna om människors fasta föreställningar.

Det Hans Winberg ville peka ut med sitt svar är att debatten och styrningen av den svenska hälso- och sjukvården har kommit att präglas av två fenomen. Det ena är en övertro på att större resurser kan lösa alla problem. Att så inte är fallet kan exemplifieras med att Sverige ligger nära världstoppen när det gäller läkartätheten, samtidigt som man har problem med vårdköer. Fokus borde snarare ligga på att se till att resurserna utnyttjas där de bäst behövs. Det andra är en ovilja till förändring som drabbar alla system som det har gått bra för under en längre tid.

– Mätningar på populationsnivå visar att vi ligger bra till i internationella jämförelser. Sverige tillhör en grupp nationer som kämpar med varandra om att vara bäst i världen på att bota sjukdomar och undvika onödig död. Problemet är bara att eftersom vi har haft bra resultat så tvekar vi också att förändra saker.

Hans Winberg är övertygad om att enkla, flexibla lösningar kan vara oerhört effektiva för att ändra ett tungrott, överadministrerat system.

– Låt mig ta ett exempel där man sökte en idé för att förbättra diabetessjukvården. Ett dyrt och komplicerat förslag var att flytta ut fler specialister till primärvården. Ett annat, mycket billigare förslag var att utnyttja den bemannade telefonväxel som redan fanns på endokrinologen och som fick ganska lite samtal. Genom att helt enkelt sprida numret i primärvården kunde man ge allmänläkarna möjligheten att ringa upp under pågående patientbesök för att få hjälp av diabetesspecialist.

Förstå kraften

Just kommunikation spelar en nyckelroll i en effektiv sjukvård – och här är de enkla lösningarna ofta de bästa.

– När en allmänläkare kontaktar en specialist via remiss kan det lätt leda till ett tiotal stumma brevkontakter, där patienten måste vänta i veckor – kanske månader. I många fall hade en sådan kommunikationsprocess kunna ersättas av ett enkelt telefonsamtal. Här har vi ett stort effektivitetsläckage och istället för att bara prata med varandra på enklaste sätt bygger man upp stora administrativa apparater. Resultatet blir inte bara att det går långsammare – det ger också lägre kvalitet på vården.

"Att digitaliseringen börjar ge resultat är en oerhört stark motor till förändring", säger Hans Winberg, organisationsteoretiker.

Hans Winberg tror att många problem kommer att lösas med hjälp av digitaliseringen. Men då gäller det att man förstår dess kraft och hur den ska tämjas.

– Digitaliseringen är en omvälvande teknologi som förändrar vårt samhälle i grunden och snabbt gör tidigare lösningar otidsenliga och oanvändbara. Detta att den börjar ge resultat är en oerhört stark motor till förändring. Desto fler genombrott, desto mer uppenbart blir det att saker och ting kan göras på andra sätt och att utfallet blir bättre.

Tekniken är också en drivkraft bakom alltmer skräddarsydda behandlingar inom exempelvis cancerområdet.

Det Hans Winberg kan vara bekymrad för är hur man ska skapa ett system som kan erbjuda jämlik vård till alla. De så kallade nätläkarna har till exempel visat hur fort en bra lösning som erbjuder patienterna snabbare hjälp kan skapa villervalla i den befintliga strukturen.

– Alla aktörer måste inse att en stor transformation håller på att ske, vi rör oss från ett gammalt läge till ett nytt läge och det måste alla förhålla sig till. Det kommer inte bara innebära en förskjutning av resurser, utan även en förskjutning av makten.

Anders Jonsson

Centerpartiet

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Centerpartiets förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

En mer tillgänglig primärvård är centralt för att skapa bättre förutsättningar för tidig upptäckt och diagnos. Vi vill genomföra en primärvårdsreform, med målet att andelen med fast läkarkontakt ska fördubblas. Vidare satsar vi på en tillgänglighetsmiljard för att korta köerna i hela vårdkedjan. Kompetensförsörjningen av inte minst specialistsjuksköterskor är viktig – vi satsar därför 600 miljoner kronor på att fler sjuksköterskor ska få betalt under specialistutbildningen. Standardiserade vårdförlopp ska fortsätta att utvecklas.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte idag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Centerpartiet arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

Vi måste arbeta med att öka tillgängligheten i hela landet i enlighet med ovan. Långa köer drabbar den som saknar resurser och kontakter värst. Vi vill även utvidga patientlagen så att patienter får rätt att söka slutenvård i hela landet – något som kan bidra till ökad jämlikhet. Utöver detta är det viktigt att fortsätta arbeta med öppna jämförelser, som är ett viktigt verktyg för att belysa skillnader. Det är också viktigt att fortsätta att utveckla arbetet med de nationella vårdprogrammen.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Centerpartiet vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Som tidigare nämnt vill vi göra det mer lönsamt för sjuksköterskor att utbilda sig till specialister. Vi vill även satsa på en examenspremie för sjuksköterskor som arbetat 5 år i yrket. Det måste finnas fler möjligheter för sjuksköterskor att arbeta på toppen av sin kompetens. Vi satsar därför 400 miljoner på särskilda karriärtjänster för sjuksköterskor. Vi vill även se fler vårdbiträden som kan avlasta undersköterskorna. Såväl undersköterskor som sjuksköterskor kan då arbeta mer specialiserat.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Centerpartiet arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Nivåstrukturering är nödvändigt för en bättre och rättvis cancervård. Speciellt vid särskilt ovanliga diagnoser är detta ett viktigt sätt att samla kompetens och därmed kunna erbjuda en bättre och mer jämlik vård. Vi anser att det är nödvändigt att den högspecialiserade vården koncentreras ytterligare. Det behövs också ökad nationell samordning och styrning på detta område, där staten tar ett större ansvar.

Kristdemokraterna

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Kristdemokraternas förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

Det kräver fortsatt strategisk och långsiktig satsning inom Regionala cancercentrum, RCC. Till skillnad mot regeringen förlänger vi därför finansiering av RCC även efter 2018 för att ytterligare förstärka arbetet med standardiserade vårdförlopp samt samordna och effektivisera cancervården. För att korta vårdköerna vill vi även återinföra en reformerad och förbättrad kömiljard, samt införa prestationsbaserade medel som stimulerar till minskade överbeläggningar och ökat antal vårdplatser.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte i dag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Kristdemokraterna arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

För att alla - i hela landet och oavsett socioekonomisk status - ska få tillgång till högkvalitativ cancervård krävs ett ökat statligt ansvarstagande för vårdens organisation. Kortare väntetider, specialistkompetens, nationella riktlinjer och de bästa behandlingsmetoderna kan då komma alla till del. Ett statligt huvudansvar för vården är också avgörande för att säkerställa en jämlik tillgång till särläkemedel och innovativa behandlingsmetoder som kan ha betydelse för liv eller död.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Kristdemokraterna vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Vi vill ge läkarna mer tid för patienterna genom minskad administration, förbättrad it-miljö och nationellt kompatibla journalsystem. Vårdserviceteam ska avlasta undersköterskor och sjuksköterskor med sysslor som inte kräver längre vårdutbildning. Vi föreslår prestationsbaserad ersättning som stimulerar arbetssätt som minskar överbeläggningar och ökar vårdplatser. Statligt huvudansvar för vården ger effektivare resursutnyttjande som möjliggör kompetensförsörjning och förbättring av arbetsmiljön.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Kristdemokraterna arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Kristdemokraterna har sedan länge drivit på för att skapa en ändamålsenlig nivåstrukturering inom vården då dagens 21 fristående landsting inte klarar av att upprätthålla en hög kvalitet. Som ett första steg tog vi initiativ till den nationella cancerstrategin och införde RCC samt tillsatte utredningen om koncentration av den högspecialiserade vården som nu har fått stöd av en enad riksdag. För att nå en optimal vårdorganisation arbetar vi för att staten ska överta huvudansvaret för sjukvården.

Acko Ankarberg

Anna Starbrink

Liberalerna

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Liberalernas förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

Vi vill utveckla och återinföra kömiljarden för att korta väntetider i hela vården. Arbetet med standardiserade vårdförlopp ska utvecklas till fler diagnoser och följas upp noga så att det får avsedd effekt.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte i dag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Liberalerna arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

Att göra cancervården mer jämlik är ett av syftena med de regionala cancercentrumen. Det ska inte spela någon roll var man bor för vilken vård man får. Det behövs också i allmänhet mer av nationell samordning och styrning av vården för att öka jämlikheten. En del av ojämlikheten i canceröverlevnad handlar om skillnader i livsstil och därmed såväl risk att drabbas som chans att överleva. Det behöver göras mer för att nå utsatta grupper med råd och stöd för hälsosamma levnadsvanor.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Liberalerna vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Vården behöver bli bättre på att locka och behålla framförallt sjuksköterskor. Utbildning, ansvar och erfarenhet ska löna sig. Det ska finnas tydliga karriärvägar och det synas i lönekuvertet. All personal inom hälso- och sjukvården ska ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens. Vårdbiträden och undersköterskor behövs för att komplettera sjuksköterskor. Den administrativa bördan måste lättas – inte minst genom att byta ut otidsenliga och krångliga it-system.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Liberalerna arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Vår uppfattning är att vård ska bedrivas på den nivå som är allra bäst för patienterna, för säkerhet, kvalitet och effektivitet. Vi hoppas att den nya process som riksdagen nyligen beslutat om kommer att innebära att arbetet med nivåstrukturering (”rikssjukvård”) blir mer effektivt. Patienternas intressen går före regionalpolitiska hänsyn. Avgörandena om vilken vård som ska koncentreras och vart, ska göras utifrån expertkunskap och för varje enskild diagnos/vårdområde.

Miljöpartiet

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Miljöpartiets förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

Vi behöver fortsatt tålmodigt arbeta med de standardiserade vårdförloppen. Ett fortsatt arbete med de regionala cancercentrum (RCC) och regionala diagnostiska centrum. Vi behöver en kunskapsutveckling inom primärvården och stärka samordningen av patienter när man inte kan få hjälp inom rimlig tid. Vi behöver även stärka preventionsarbetet, vilket på sikt kommer att ge ett minskat inflöde av patienter.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte idag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Miljöpartiet arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

Vi vill se en förstärkt primärvård med ersättningsmodeller som stärker hälsan och som beaktar socioekonomiska villkor så att tidig upptäckt av cancer blir möjlig, ett stärkt strukturellt folkhälsoarbete och även individbaserat livsstilsstöd, samt möjliggöra för att underlätta screeningverksamheten, öppna resultat som redovisas utifrån kön, etnicitet och socioekonomi. Vi behöver fortsätta nivåstruktureringen och stärka hela vårdprocessen, inklusive palliativ vård och diagnostik, samt stärka den personcentrerade vården och stöd till närstående. Kontaktsjuksköterskor ska vara en norm.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Miljöpartiet vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Vi behöver fler utbildningsplatser till vårdyrken, förbättra möjligheterna för personalen att påverka sitt arbete, ha ett strategiskt arbete med arbetsmiljö och skapa möjligheter för fler att få betalda specialistutbildningar. Vi behöver ett samlat strategiskt arbete på regional nivå kring hur vi använder vårdplatser. Vi behöver även ha en samlad nära vård, i bred samverkan med kommuner, och med fasta vårdkontakter som ökar tryggheten inom primärvården.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Miljöpartiet arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Ja, vi ser att ett fortsatt arbete med nivåstrukturering av cancervården som en mycket viktig del i att säkerställa en likvärdig vård av hög kvalitet i hela landet. Nivåstruktureringen ska ske i bred samverkan med RCC, SKL och Socialstyrelsen.

Anders Åkesson

Camilla Waltersson Grönvall

Moderaterna

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Moderaternas förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

Att ungefär varannan cancerpatient inte får vård i tid är oacceptabelt. Därför satsar vi tre nya kömiljarder för att korta vårdköerna. Modellen med kömiljard bidrog till att halvera köerna under alliansregeringen – därför vill vi återinföra och utveckla den. Vi vill därutöver ta fram en ny nationell cancerstrategi och genomföra prioriterade åtgärder. För detta avsätter vi 500 miljoner per år. Strategin ska fokusera på bland annat kortare väntetider, förebyggande arbete, forskning och digitalisering.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte i dag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Moderaterna arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

Vårdens kvalitet ska inte avgöras av var du bor. En ny nationell cancerstrategi ska fokusera på samordning av hela vårdkedjan för de som drabbas av cancer, till exempel bör patienter få en fast vårdkontakt. Strategin bör även utveckla det förebyggande arbetet med cancerprevention och screeningprogram. Att koncentrera den högspecialiserade vården är också viktigt för att öka vårdkvaliteten. Vi vill att alla cancerpatienter ska få rätt vård, i rätt tid. Dagens mål att 80 procent ska få vård i tid räcker inte.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Moderaterna vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Villkoren för vårdens medarbetare måste förbättras. Det bör råda balans mellan att mäta, ställa krav, följa upp och att ge utrymme åt vårdpersonalen att forma verksamheterna. En central del av en ny nationell cancerstrategi bör vara att långsiktigt säkerställa kompetensförsörjningen inom cancervården. Det handlar bland annat om att utbilda fler specialistsjuksköterskor, patologer och biomedicinska analytiker. Vi bör även välkomna möjligheten att dra nytta av digitalisering och ny teknik.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Moderaterna arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Vi är positiva till nivåstrukturering för ovanliga och svåra fall, och Moderaterna vill att detta ska ingå i en ny nationell cancerstrategi. Överlag bör den avancerade och högspecialiserade cancervården koncentreras ytterligare i syfte att höja kvaliteten, stärka patientsäkerheten och korta väntetiderna. Vid genomförandet av denna koncentrering är det samtidigt viktigt att ha en helhetssyn, där man noga följer upp konsekvenserna för akutsjukvården i hela landet samt för universitetssjukhusen.

Socialdemokraterna

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Socialdemokraternas förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

Vi vill avsätta 500 miljoner kronor per år på en ny och utvecklad cancersatsning som bland annat fokuserar på att fortsätta att korta väntetiderna. Det är viktigt att hålla i det arbete som påbörjats med standardiserade vårdförlopp då det inte är klart än. Vi gör också stora satsningar på vårdens kompetensförsörjning, som vi vet är ett av de stora hindren för ökad tillgänglighet också inom cancervården.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte idag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Socialdemokraterna arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

Vi vill göra en ny och utvecklad cancersatsning, där detta är en viktig del. Där ska dessutom bland annat barncancervården samt tidig upptäckt av malignt melanom vara viktiga delar. Vi vill också arbeta för tidig upptäckt av fler cancerformer. Så snart det finns tillräckligt bra metoder vill vi exempelvis se screening av prostatacancer.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Socialdemokraterna vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

För långa väntetider, ojämlikheter i vården och personalens arbetssituation är de främsta problemen i sjukvården. Fler medarbetare, deras arbetsmiljö och möjlighet att specialisera sig bidrar till lösningen av alla dessa tre problem. Därför sätter vi nu ett mål på 14 000 fler anställda i vården till 2022. De som jobbar i välfärden ska hinna, orka och kunna ge patienter, brukare och klienter en god vård och omsorg av hög kvalitet. Vi vill öronmärka resurser för att fler sjuksköterskor ska få läsa till specialister med studielön eller utbildningsanställningar, och gör redan en rad olika satsningar kopplat till kompetensförsörjningen.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur vill, Socialdemokraterna arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Det är viktigt att den mest avancerade vården koncentreras till färre platser för att vi systematiskt ska kunna säkra kvalitet och kompetens. Den nya lagstiftning som regeringen lagt fram om nationellt högspecialiserad vård syftar till just det. Nivåstruktureringen inom respektive sjukvårdsregion är också viktig, men hur det ska ske rent konkret är en fråga för landstingen och cancercentrumen inom respektive region.

Annika Strandhäll

Per Ramhorn

Sverigedemokraterna

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Sverigedemokraternas förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården

Vi anser att patienter ska ha rätt att fritt välja vårdgivare inom både öppen- och slutenvård. De ska också ha rätt att utredas inom vårdgarantins tidsfrist. Om hemlandstinget inte klarar detta ska alternativ ordnas, i första hand genom hänvisning till en annan offentlig eller privat vårdgivare. Om behandling inte kan erbjudas i Sverige ska vårdgivaren erbjuda patienten vård utomlands, utan extra kostnad. Sverigedemokraterna vill också införa ett nytt nationellt it-stöd som ger en helhetsbild av väntetider och tillgänglighet över hela landet. Det ska vara möjligt för patienter och anhöriga att se var i landet en viss behandling har kortast väntetid och vara enkelt att jämföra vårdgivare och landsting.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte idag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Sverigedemokraternaarbeta för att cancervården ska bli jämlik?

För att säkerställa en jämlik, tillgänglig sjukvård av hög kvalitet anser Sverigedemokraterna att staten bör ha ett tydligt ansvar för styrning och finansiering. Vi vill också stärka patienternas rättsliga ställning i vården genom en ny lagstiftning som fastslår tydliga skyldigheter, och fördelar ansvar att fullgöra dem. Den ska innehålla ett rättighetsbegrepp som stadgar vad patienten har rätt att förvänta sig. Vi vill särskilt betona patientinflytande och delaktighet, ett område där våra nordiska grannar länge visat vägen.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anserSverigedemokraternavara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Sjukvårdspersonalen är en av välfärdens absolut viktigaste yrkesgrupper och det är oerhört angeläget att ge dem en god arbetssituation och göra arbetet attraktivt. Vi vill generellt ge anställda inom offentlig sektor större inflytande över arbetstider, vilket kan gälla rätt till heltid eller deltid. Detta kan i sin tur vara avhängigt personliga önskemål och livssituation. Vi vill avskaffa de ofrivilligt delade turerna och skiftarbetet inom vården, något som ofta är både fysiskt och mentalt påfrestande. Därutöver vill vi slopa karensdagen för bland annat vårdpersonal. Det är viktigt att vårdanställda ska kunna ta ledigt om de är sjuka som ett led i arbetet att motverka smittspridning

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Sverigedemokraterna arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Vi ställer oss positiva till en ökad koncentration av den högspecialiserade vården. Vår uppfattning är att det kan skapa förutsättningar för en mer jämlik tillgång till högspecialiserad vård.

Vänsterpartiet

1. Trots införandet av standardiserade vårdförlopp är väntetiderna inom cancervården ett problem, inte minst inom exempelvis prostatacancervården. Vilka är Vänsterpartiets förslag för att åtgärda omotiverade väntetider inom cancervården?

Väntetiderna varierar mellan landstingen och dessa varierande väntetider kan givetvis ha olika orsaker som rör personalförsörjning, men oavsett anledning är det oacceptabelt för patienten. Däremot finns det regionala variationer som inte är acceptabla och som det krävs ytterligare åtgärder för att komma till rätta med. Regeringen bör tillsätta en utredning som analyserar de regionala skillnaderna avseende väntetider, användning av nya cancerläkemedel, screeningverksamhet samt uppföljningsrutiner för cancersjukdom.

2. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ske på lika villkor för hela befolkningen. Så är det inte idag, vi ser tydliga regionala och socioekonomiska skillnader. Hur vill Vänsterpartiet arbeta för att cancervården ska bli jämlik?

Det finns tydliga samband mellan socioekonomi och patienters deltagande i screeningprogram, behandlingsval, eftervård och överlevnad. Vänsterpartiets uppfattning är att det är oerhört viktigt att motverka de mekanismer som styr särbehandling av olika grupper inom cancervården. Regeringen bör tillsätta en utredning som ser över de omotiverade skillnaderna i cancervården avseende socioekonomiska och åldersmässiga faktorer och dess inverkan på behandlingsval, eftervård, överlevnad och informationsdelning.

3. Cancervårdens, och även vårdens, kanske största utmaning är organisation och kompetensförsörjningen. Det skapar brister i arbetsmiljön och leder till stängda vårdplatser, överbeläggningar, färre besök per patient, längre tid mellan uppföljande läkarbesök etc. Vilka åtgärder anser Vänsterpartiet vara prioriterade för att skapa en arbetsmiljö som är attraktiv för personalen och effektiv för patienterna?

Brist på specialister innebär patientsäkerhetsrisker och får negativa konsekvenser för forskningen. Kompetensförsörjning kommer att vara en stor utmaning för vården framöver och cancervården är inget undantag. Det råder redan nu brist på specialister och på många håll är läget akut. Det finns dessutom skäl att tro att cancervården kommer att utvecklas i riktning mot mer kompetensintensiv vård i takt med att behandlings- och diagnosmetoder utvecklas och förbättras. Regeringen bör komplettera cancerstrategin med en kompetensförsörjningsplan för cancervården.

4. En anledning till den skiftande kvaliteten i cancervården är att många behandlingar utförs på kliniker där personalen saknar tillräcklig erfarenhet och träning för att behandla den aktuella diagnosen. En vedertagen metod för att undvika detta är att låta ett begränsat antal kliniker behandla komplicerade eller ovanliga diagnoser, så kallad nivåstrukturering. Vill, och i så fall hur, Vänsterpartiet arbeta för en fullt ut genomförd nivåstrukturering av cancervården?

Den nationella cancerstrategin och etableringen av de regionala cancercentrumen(RCC) har varit ett lyft för cancervården. Vi är positiva till RCC och ser att de med fördel kan utvecklas. RCC ska naturligtvis ha de resurser som erfordras. Nivåstrukturering är en viktig del i att skapa en effektiv helhet där var och en bidrar på bästa optimala sätt. Det behövs samarbete både inom och mellan regioner. Allt som handlar om samverkan går långsamt i system som bygger på att var och en är sin egen resultatenhet, och vår strävan bort från marknadslösningar inom vården kan ge bättre förutsättningar.

Karin Rågsjö

Referenser

Socioekonomiska skillnader 4–13

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- *Cancerfondsrapporten 2018*
- *Livslängden i Sverige 2011-2015, Statistiska Centralbyrån*
- *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik, Regeringens proposition 2017/18:249*
- *Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa, Margareta Kristenson, Underlagsrapport nr 8 till Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:2*
- *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47*
- *Cancer i Sverige, Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning, Socialstyrelsen, 2011*
- *Cancer survival and social class in Sweden, Denny Vågerö och Gunnar Persson, Journal of Epidemology and Community Health, 1987*

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Björn Strander, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Margareta Kristenson, Linköpings universitet
Denny Vågerö, Stockholms universitet

Väntetider 14–21

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- *Standardiserade vårdförlopp I cancervården, Socialstyrelsen, lägesrapport 2017*
- *Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården, protokoll, Regeringskansliet 2018*
- *Kortare väntetider i cancervården, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2018*
- *Resultat och statistik för standardiserade vårdförlopp (SVF), cancercentrum.se, 2018*

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Helena Brändström, Regionala cancercentrum
Calle Waller, Prostatcancerförbundet
Susanne Dierhoff Day, Bröstcancerförbundet

Högspecialiserad vård 22–29

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- *cancercentrum.se*
- *dagensmedicin.se*
- *SVT: Den stora sjukhusstriden (Dokument inifrån)*
- *Träning ger färdighet (SOU 2015:98)*
- *regeringen.se*

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Pernilla Dahm-Kähler, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Gunilla Gunnarsson, SKL
Beatrice Melin, SKL/RCC i samverkan
Måns Rosén, Karolinska institutet
Barbro Sjölander, Nätverket mot gynekologisk cancer
Annika Sjövall, Karolinska universitetssjukhuset

Kompetensförsörjning 30–35

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- *agilemanifesto.org*
- *cancercentrum.se*
- *dagensmedicin.se*
- *Effektiv vård (SOU 2016:2)*
- *iffs.se*
- *life-time.se*
- *ehalsomyndigheten.se*
- *leadinghealthcare.se*
- *Martin Vendel: The Impact of Technology, Coursera/EIT Digital*
- *oeci.eu*
- *regeringen.se*
- *socialstyrelsen.se*

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Mats Ehinger, Skånes universitetssjukhus
Anders Ekholm, Institutet för Framtidsstudier
Mef Nilbert, Kræftens Bekæmpelse
Ulrik Ringborg, Karolinska Institutet
Hans Winberg, Leading Health Care
Nils Wilking, Aleris

Redaktör: Micke Jaresand **Projektledare:** Elizabeth Johansson **Skribenter:** Olle Bergman, Micke Jaresand **Formgivning, infografik och produktion:** Chiffer AB **Omslagsfoto:** Melker Dahlstrand /Sveriges riksdag **Foto:** Melker Dahlstrand (om annat ej anges)
Tryck: Åtta.45 Tryckeri AB , ISBN 978-91-88161-19-2

Cancerfonden

Cancerfondens vision är att besegra cancer. För att nå dit arbetar organisationen med forskningsfinansiering, kunskapsspridning och påverkansarbete. Cancerfonden är en ideell insamlingsorganisation utan statligt stöd. Vi är därför helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag. Cancerfonden är en mycket viktig finansiär av svensk cancerforskning och finansierar varje år cirka 500 forskningsprojekt.

Cancerfonden | 101 55 Stockholm | Besök: David Bagares gata 5 | Telefon 020-59 59 59
Plusgiro 90 1986-0 | Bankgiro 901-9514 | **cancerfonden.se**