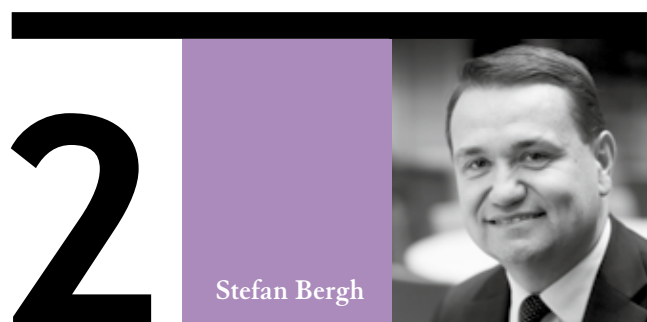


📊 **Statistik** *Trender och förändringar* 🧪 **Forskning** *Satsning på klinisk forskning* 👤 **Opinion** *Socioekonomiska skillnader påverkar cancerrisken* 🩺 **Diagnos** *Snabb ökning av antalet hudcancerfall* ❤️ **Prevention** *Få framsteg i kampen mot tobaksrökning i Sverige* + **Cancervården i Sverige** *Ett år med nationell cancerstrategi och otillräckligt vaccinationsprogram mot HPV*

Cancerfonds rapporten 2012

Cancerfondsrapporten 2012

Cancerfondsrapporten är en årligt återkommande rapport som ges ut av Cancerfonden. Rapporten granskar och lyfter fram viktiga frågor inom forskning och cancersjukvård. 2012 års upplaga fokuserar bland annat på att det råder en stor ojämlikhet i hur cancer drabbar människor med olika sociala och ekonomiska förutsättningar. Rapporten tar också upp vikten av att satsa på den kliniska forskningen. Det är en avgörande del av forskningsprocessen för att få ut medicinska innovationer i vården. De senaste åren har hudcancerformen malignt melanom ökat oroväckande snabbt, Cancerfondsrapporten analyserar varför och diskuterar vad som bör göras för att hejda utvecklingen.



Inledande ord av Cancerfondens generalsekreterare



Statistik

Varje år diagnostiseras över 50 000 fall av cancer i Sverige, jämt fördelat mellan män och kvinnor. Antalet fall motsvarar folkmängden i en mellanstor svensk stad.

Cancer i Sverige **6**
Cancer i Norden **14**
Cancer inom EU **16**
Cancer i världen **18**



Forskning

Den kliniska forskningen har under många år varit en krympande verksamhet i den svenska vården. Men nu ser det ut som att förutsättningarna kan vara på väg att ändras. Målet är att den svenska modellen byter skepnad från vårdfabrik till kunskapsorganisation.

Inledande ord av ordföranden i
Cancerfondens forskningsnämnd **22**
En rik flora av initiativ för den kliniska forskningen **28**
Omförhandling av ALF-avtalet kan skapa nya möjligheter **32**
Ny finansieringsstruktur för klinisk forskning på väg **34**
Pengar, handlingskraft och politiskt mod krävs
för att nå ända fram **36**
Årets upptäckter **38**
Europas samlade cancerforskning större än USA:s **46**



Opinion

Risken att drabbas av cancer och att dö av sjukdomen är inte lika för alla. Personer med hög ekonomisk status har störst chans att överleva en cancerdiagnos. Över 3 000 förtida dödsfall i cancer hade kunnat undvikas om alla patienter hade haft samma förutsättningar som de med högst socioekonomisk status.

Ojämligheter i vården en spegel av samhället **52**



Diagnos

Antalet fall av hudcancer ökar i oroväckande omfattning. I år beräknas 500 personer dö i malignt melanom. Bakom ökningen ligger främst oförsiktiga solvanor. Preventionsarbetet är eftersatt. Samtidigt utvecklas nya metoder för snabbare och säkrare diagnostik.

Hudcancer – ett snabbt växande problem **62**
 Skydd mot solens UV-strålning – en miljöfråga **64**
 Snabb och säker ”prickkontroll” räddar liv **68**
 Regionerna och RCC måste gå i spetsen **74**
 Huden – kroppens största organ **76**



Prevention

Varje år dör närmare 6 500 personer i Sverige på grund av tobaksrökning. Det personliga lidandet för den som röker och rökarens närstående går inte att mäta i pengar. Men kostnaden för samhället är enorm: 30 miljarder kronor. Ändå är tobaksrökningen i Sverige en politisk ickefråga.

Politiskt ointresse för Sveriges största hälsoproblem **82**



Cancervården i Sverige

Den nationella cancerstrategin är på väg att sjösättas. Ett år efter beslutet är sex regionala cancercentrum, RCC, upprättade. Förväntningarna och tvivlen är stora på vad RCC kan åstadkomma.

Efter en förvirrad upphandling av vaccin mot HPV är nu det nationella vaccinationsprogrammet av flickor på väg att komma igång. Samtidigt höjs allt fler röster för att programmet är otillräckligt och att även pojkar bör vaccineras.

Goda förutsättningar för bättre cancervård **92**
 Nu är det dags för nästa steg i kampen mot HPV-infektion **98**

Referenser

100

Den som bor i Sverige och drabbas av cancer har goda chanser att överleva. Jämfört med många andra länder i världen är forskning och vård framgångsrik och överlevnadstalen höga.

Framgångsrikt preventionsarbete kräver politisk vilja

För de drygt 21 000 personer som varje år avlider till följd av cancer, och för deras närstående är de statistiska jämförelserna förstärkt en liten tröst. Cancer är den vanligaste dödsorsaken i Sverige för personer under 75 år. Det är med andra ord en sjukdom som orsakar stort personligt lidande – och som kostar samhället enorma summor pengar.

Därför måste cancer besegras. Det är också Cancerfondens vision och skälet till att vi finns.

Cancerfondens främsta uppgift i kampen mot cancer är att finansiera forskning. Det gör vi med hjälp av insamlade medel från privatpersoner och företag. Men lika viktigt som det är att forskningen gör framsteg, är det att påverka det som sker inom cancervården, här och nu.

För även om cancervården i Sverige håller hög klass i en internationell jämförelse finns det mycket som skulle kunna förbättras.

vilken behandling de faktiskt får har betydelse. Det är angeläget att börja lägga pusslet och identifiera vilka åtgärder som behöver sättas in. Det känns inte rimligt att ett land som bygger på demokratiska principer ska behöva acceptera att socioekonomiska skillnader påverkar risken att få cancer och möjligheten att överleva sjukdomen.

Implementeringen av den nationella cancerstrategin som nu är i full gång ute i landet är ett viktigt led i att förbättra den svenska cancersjukvården. Cancerfonden började på allvar driva på frågan om en nationell cancerstrategi i den första Cancerfundsrapporten 2006. Nu, sex år senare, ser vi en organisation växa fram som förhoppningsvis leder till bättre vård och omhändertagande av cancerpatienter och närstående. Förmågan att våga tänka nytt och bryta mot invanda mönster i arbetssätt och organisation kommer att bli avgörande för om man ska lyckas eller inte.

”**Därför måste cancer besegras. Det är också Cancerfondens vision och skälet till att vi finns.**

Våga tänka nytt

I årets Cancerfundsrapport belyser vi bland annat det faktum att risken att dö i cancer är anmärkningsvärt högre för den som har lägre utbildning än för den som är välutbildad. Det finns ingen enkel förklaring till varför det är så, men de studier som hittills gjorts visar att allt från patienternas allmänna hälsotillstånd till

Preventionspolitiken är för svag

Men det är inte bara vården och dess organisation som behöver utvecklas och förbättras. Minst en tredjedel av de cancerdiagnoser som är relaterade till vår livsstil skulle aldrig behöva ställas om det preventiva arbetet lyckades fullt ut. Men fortfarande röker exempelvis mer än var tionde person som bor i Sverige, och det finns tendenser till att rökning bland ungdomar åter är på väg att öka i omfattning. Kraften i preventionsarbetet mot rökning och tobak har varit alltför svag i många år. Sedan lagen om rökfria serveringar genomfördes 2005 har i princip ingenting hänt.

Det politiska intresset för tobaksprevention är svalt och regeringens agerande inför arbetet med EU:s nya tobaksdirektiv är oroande. De signaler som hittills nått ut från regeringshåll tyder på att tobaksindustrins intressen prioriteras på bekostnad av folkhälsan. Sverige har gått

” Cancerfondsrapporten behövs i det uthålliga arbetet med att skapa opinion kring cancerfrågan.

från att vara ett föregångsland inom tobaksprevention till att tyst acceptera att en tiondel av befolkningen varje dag utsätter sig för dödsfaran att röka. Om kampen mot tobaksrökning ska nå framgång krävs både politisk vilja och uthållighet.

Oroande ökning av hudcancer

Årets Cancerfondsrapport tar också upp diagnosen hudcancer. Antalet fall av malignt melanom ökar kraftigt och har så gjort i flera år.

Svenskarnas solvanor är under all kritik. De preventiva insatserna är inte tillräckligt kraftfulla och förmår inte unga människor att avstå från jakten på den perfekta solbrännan. Priset många av dessa barn och ungdomar betalar senare i livet är orimligt högt. Här finns en lång rad åtgärder som skulle behöva sättas in, både inom preventionsarbetet och inom vården. Kunskap finns om vad som orsakar malignt melanom, hur man ställer en säker diagnos och hur man undviker att drabbas. Det som hittills saknats verkar vara engagemanget att verkligen ta tag i frågan och åstadkomma en förändring. På några håll har en hel del spännande projekt dragits i gång, bland annat för att öka tillgängligheten på hudläkare. Låt oss hoppas och tro att dessa projekt blir framgångsrika och sprider sig till alla delar av landet.

Detta är den sjunde upplagan av Cancerfondsrapporten. Den behövs i det uthålliga arbetet med att skapa opinion kring cancerfrågan. Oavsett om du är beslutsfattare, forskare, kliniskt verksam eller arbetar inom media hoppas vi att rapporten kommer till nytta i ditt arbete.

Stefan Bergh
Generalsekreterare
Cancerfonden





Statistik

Varje år diagnostiseras över 50 000 fall av cancer i Sverige, jämnt fördelat mellan män och kvinnor. Antalet diagnostiserade fall motsvarar folkmängden i en mellanstor svensk stad. Vanligaste cancerformerna är prostatacancer och bröstcancer; tillsammans utgör dessa en tredjedel av alla diagnostiserade fall.

Antalet personer som drabbas av någon form av cancer har ökat konstant de senaste två decennierna. Den viktigaste förklaringen är att befolkningen blir äldre och att screeningprogram och förbättrade diagnosmetoder fångar upp fler fall.

Framsteg i forskningen och utveckling av effektivare behandlingsmetoder har lett till att prognosen vid en cancerdiagnos förbättrats väsentligt under de senaste decennierna.



55

Under år 2010 ställdes 55 342 cancerdiagnoser i Sverige, vilket var 731 fler fall än året innan. Prostatacancer var den vanligaste cancersjukdomen hos män och utgjorde en tredjedel av fallen. Bröstcancer var den vanligaste cancerformen hos kvinnor och stod för 30 procent av cancerdiagnoserna.

Cancer i Sverige

Antalet cancerfall har ökat med i genomsnitt 2,0 procent för män och 1,4 procent för kvinnor årligen de senaste två decennierna. Ökningen förklaras till viss del av den allt högre medellivslängden, men även av utökade screeningprogram och förbättrade diagnostiska metoder.

Genom att justera siffrorna med så kallad ålderstandardisering får man en mer rättvisande bild av hur mycket cancer ökat, eftersom stigande ålder innebär en stor ökad cancerrisk.

Den årliga ålderstandardiserade ökningen har de senaste 20 åren varit 0,9 procent för män och 0,7 procent för kvinnor. Sett över det senaste decenniet är den genomsnittliga ålderstandardiserade ökningen 0,5 procent för män och 0,9 procent för kvinnor.

Metastaser, dottertumörer, vid spridd cancersjukdom registreras inte i Cancerregistret som ett nytt cancerfall.

Under år 2010 fick 44 964 personer i Sverige en cancerdiagnos för första gången. Drygt 10 000 fall diagnostiserades hos personer med flera cancertumörer i samma organ eller med ti-

digare cancersjukdom. Fördelningen är relativt jämn mellan könen; 52 procent av cancerfallen diagnostiserades hos män och 48 procent hos kvinnor.

Risken att få en cancersjukdom före 65 års ålder är 13,9 procent för män och 16,1 procent för kvinnor. Risken att någon gång under livet få en cancersjukdom är drygt 30 procent.

Åldersfördelning

De flesta, cirka 65 procent, av dem som insjuknade var 65 år eller äldre. Men nästan fyra av tio cancerdiagnoser ställs alltså hos personer som fortfarande är i arbetsför ålder eller hos barn. Fler kvinnor än män under 65 år får en cancersjukdom.

Att medianåldern vid diagnos är lägre hos kvinnor beror på det stora antal cancerfall som enbart drabbar kvinnor, det vill säga kvinnlig bröstcancer och gynekologisk cancer. Där är insjuknandeåldern lägre än vid den för män vanligaste cancerformen, prostatacancer.

Även barn kan drabbas av en cancersjukdom och 2010 ställdes 422 cancerdiagnoser hos barn

Cancerstatistik i korthet

Cancerstatistik	
Antal diagnostiserade fall 2010	55 342
Antal insjuknade män per 100 000, 2010	643,8
Antal insjuknade kvinnor per 100 000, 2010	502,4
Antal levande personer 31/12 2009 diagnostiserade 2005-2009 (prevalens)	172 448
Antal levande personer 31/12 2009 diagnostiserade 1958-2009 (totalprevalens)	411 338
Beräknad relativ 5-årsöverlevnad för patienter diagnostiserade 2002-2007	67 %
Beräknad relativ 10-årsöverlevnad för patienter diagnostiserade 1997-2007	58 %
Antal dödsfall i cancer 2010	21 646

och ungdomar yngre än 20 år. De vanligaste cancerformerna hos barn är hjärntumörer och leukemier.

Prevalens/sjukdomsbörda

Tack vare bättre diagnostik och effektivare behandlingar ökar överlevnaden i cancersjukdom. Prevalens är ett mått på det antal personer som har eller har haft en sjukdom vid ett visst givet tillfälle. I Sverige ökar prevalensen för cancer-sjukdom kontinuerligt. Den totala prevalensen är 411 338 personer och omfattar de män och kvinnor som vid slutet av 2009 levde i Sverige och som fått en cancerdiagnos någon gång sedan 1958.

Drygt 172 000 personer hade fått en cancerdiagnos under de senaste fem åren. Den ökade prevalensen beror främst på bättre behandlingar så att fler människor botas eller kan leva en längre tid med kronisk cancersjukdom. Den ökade prevalensen har flera orsaker, men framför allt beror det på att behandlingarna blivit bättre så att fler människor botas eller kan leva en längre tid med kronisk cancersjukdom.

” Nästan fyra av tio cancerdiagnoser ställs hos personer i arbetsför ålder eller hos barn.

Framtidsprognos

Beräkningar från Statistiska centralbyrån, SCB, visar att år 2030 kommer det att finnas mer än två miljoner personer i Sverige som är över 65 år. En allt äldre befolkning kommer med största sannolikhet att innebära en större cancerprevalens och en ökad belastning i hela vårdkedjan, från utredning och diagnostik till behandling och rehabilitering.

2030 beräknas det i Sverige leva 317 000 personer som har diagnostiserats med cancersjukdom de senaste fem åren, det vill säga nästan en fördubbling jämfört med i dag.

De vanligaste cancerformerna

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancerform och stod för en tredjedel av alla cancerfall hos män år 2010, då 9 697 män fick diagnosen. 70 procent av männen var 65 år eller äldre vid diagnos. Sjukdomen är ovanlig hos män yngre än 50 år, 93 fall.

” Risken att någon gång under livet få en cancersjukdom är drygt 30 procent.

I Sverige lever i dag över 75 000 män som någon gång har fått en prostatacancerdiagnos.

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor och utgjorde 30 procent av all kvinnlig cancer år 2010, med 7 917 fall. Medianålder vid insjuknande var drygt 60 år. bröstcancer hos kvinnor yngre än 30 år (29 fall år 2010) är lika ovanligt som bröstcancer hos män (33 fall år 2010). Drygt 80 procent av de kvinnor som får en bröstcancerdiagnos är i eller har passerat klimakteriet.

I Sverige lever i dag nästan 90 000 kvinnor som någon gång fått en bröstcancerdiagnos.

Hudcancer, exklusive malignt melanom, är den näst vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor, med 2 912 fall hos män och 2 113 hos kvinnor. Skivepitelcancer i huden utgör cirka 95 procent av fallen. Det finns ett starkt samband mellan skivepitelcancer i huden och den totala ackumulerade UV-strålningen under livet. Det är en förklaring till den höga median-

åldern vid diagnos som år 2010 var drygt 80 år. Läs mer om hudcancer på sidan 60.

Tjocktarmscancer var 2010 lika vanligt hos kvinnor och män, 2 092 respektive 2 031 fall, och den tredje vanligaste cancersjukdomen hos respektive kön. Knappt hälften av dem som insjuknade hade fyllt 75 år. Vid de ärftliga formerna av tjocktarmscancer är insjuknandeåldern betydligt lägre.

I dag lever nästan 30 000 personer som har eller har haft tjocktarmscancer.

Lungcancer, inklusive cancer i luftstrupe, bronker och lungsäck, är den fjärde vanligaste cancersjukdomen hos män respektive kvinnor. År 2010 ställdes återigen fler lungcancerdiagnoser hos män, 1 942, än hos kvinnor, 1 755. Året innan hade för första gången fler diagnoser ställts hos kvinnor.

Medianåldern vid insjuknandet är cirka 70 år för både män och kvinnor.

De tio vanligaste cancersjukdomarna stod för 75 procent av alla nya cancerfall, det vill säga 41 459 fall av totalt 55 342.

Basalcellscancer

Basalcellscancer registreras sedan 2004 i cancerregistret men är inte inkluderat i den ”vanliga”

De tio vanligaste cancersjukdomarna 2010

De tio vanligaste cancersjukdomarna totalt 2010	Antal fall	Procent av totala antalet nya fall 2010
Prostatacancer	9 697	17,5
Bröstcancer	7 950	14,3
Hudcancer (exklusive malignt melanom)	5 025	9,1
Tjocktarmscancer	4 123	7,5
Lungcancer (inklusive cancer i luftstrupe, bronker och lungsäck)	3 697	6,7
Malignt melanom i huden	2 817	5,1
Urinblåsecancer och cancer i övriga urinvägar	2 528	4,6
Maligna lymfom	2 289	4,1
Ändtarmscancer	1 961	3,5
Hjärntumörer och cancer i övriga nervsystemet	1 372	2,5

De tio vanligaste cancersjukdomarna hos kvinnor 2010	Antal fall	Procent av nya fall hos kvinnor 2010
Bröstcancer	7 917	30,1
Hudcancer, exklusive malignt melanom	2 113	8,0
Tjocktarmscancer	2 092	8,0
Lungcancer (inklusive cancer i luftstrupe, bronker och lungsäck)	1 755	6,7
Livmoderkroppscancer	1 351	5,1
Malignt melanom i huden	1 351	5,1
Maligna lymfom	957	3,6
Ändtarmscancer	810	3,5
Äggstockscancer	749	2,8
Hjärntumörer och cancer i övriga nervsystemet	739	2,8

De tio vanligaste cancersjukdomarna hos män 2010	Antal fall	Procent av nya fall hos män 2010
Prostatacancer	9 697	33,4
Hudcancer, exklusive malignt melanom	2 912	10,0
Tjocktarmscancer	2 031	7,0
Lungcancer (inklusive cancer i luftstrupe, bronker och lungsäck)	1 942	6,7
Urinblåsecancer och cancer i övriga urinvägar	1 855	6,4
Malignt melanom i huden	1 466	5,0
Maligna lymfom	1 332	4,6
Ändtarmscancer	1 151	4,1
Njurcancer	680	2,3
Hjärntumörer och cancer i övriga nervsystemet	633	2,2

cancerstatistiken. Cancerformen är en speciell typ av hudcancer som växer mycket långsamt. Basalcellscancer har vanligen inte förmåga att bilda dottertumörer eller orsaka död, men kan förstöra vävnaden där den växer med stora, svår-läkta sår som följd. Tumörerna är vanligast förekommande på huvudet, speciellt i ansikte och på öron.

År 2009 diagnostiserades 36 916 fall av basalcellscancer, ungefär lika många hos män som hos kvinnor. Medianåldern vid diagnos är cirka

70 år. Livstidsrisken, att någon gång under livet få diagnosen basalcellscancer är en på fem.

Trender bland cancerformerna

Den årliga ökningen av antalet cancerfall de senaste 20 åren har varit 2,0 procent för män och 1,4 procent för kvinnor. Ökningen förklaras till viss del av en ökande medellivslängd, utökade screeningprogram och bättre diagnostiska metoder. Antalet cancerfall förväntas öka kontinuerligt även nästkommande 20-årsperiod. Hud-

cancer hos både män och kvinnor, prostatacancer hos män och lungcancer hos kvinnor beräknas stå för en stor del av incidensökningen.

Några cancerformer som ökar

Hudcancer, malignt melanom och övrig hudcancer är den tumörgrupp som i särklass ökar mest. Den årliga ökningen de senaste 20 åren har varit 3,1 procent för malignt melanom och 4,2 procent för övrig hudcancer. Den stora ökningen antas bero på sol- och semestervanor då huden oskyddad utsätts för stark ultraviolett strålning.

Basalcellscancer är inte inkluderat eftersom sjukdomen inte räknas in i den "vanliga" cancerstatistiken utan redovisas separat.

Prostatacancer, Sveriges vanligaste cancerform, har fortsatt att öka. Den årliga ökningen de två senaste decennierna var 2,4 procent men för den senaste 10-årsperioden endast 0,2 procent. Den kraftiga ökningen som skedde

” Hudcancer, malignt melanom och övrig hudcancer är den tumörgrupp som i särklass ökar mest.

under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet förklaras av den då ökade användningen av PSA-testning. Mellan år 2004 och 2008 sågs en minskning av antalet fall, men den trenden bröts året efter med en kraftig ökning för att i den senaste statistiken återigen minska. Beräkningar från Socialstyrelsen visar att en fortsatt ökning av antalet fall är att vänta under nästkommande 20-årsperiod, till stor del beroende på att antalet män över 67 år förväntas öka stort.

Bröstcancer, den vanligaste cancerformen hos kvinnor, har ökat med i genomsnitt 1,3 procent de senaste 20 åren. Incidensökningen har dock planat ut något, vilket ger en årlig ökning på 0,9 procent under de senaste tio åren.

Tjocktarmscancer ökar hos både män och kvinnor även om ökningen varit tydligast hos kvinnor den senaste 20-årsperioden, med en årlig ökning på 0,9 procent. Övervikt och fetma är exempel på livsstilsfaktorer som är relaterade till sjukdomsutvecklingen.

Cancer i tonsill, gombåge och mellansvalget är ovanligt, 150 fall hos män och 64 hos kvinnor år 2010, men har de senaste 20 åren ökat med 4,2 procent respektive 4,0 procent varje år. Diskussioner förs om humant papillomvirus som bakomliggande orsak till det ökande antalet fall.

Några cancerformer som minskar

Cancer i matsstrupen, magsäcken och i tunntarmen är cancerformer som sammantaget har minskat hos både män och kvinnor. Den årliga minskningen under den senaste 20-årsperioden var 2,2 procent för män och 1,9 procent för kvinnor. Huvuddelen av minskningen står magsäckscancer för. Trenden är tydlig och anses bland annat bero på förändrade kostvanor. I dag äts mer färsk frukt och grönsaker än tidigare.

Färre kroniska infektioner av bakterien *Helicobacter pylori* är en annan orsak till minskningen.

Cancer i lever- och gallvägar samt bukspottkörtelcancer är andra cancerformer som minskar hos både män och kvinnor. Den årliga minskningen de två senaste decennierna har varit 2,2 procent för män och 2,5 procent för kvinnor. Minskningen skulle kunna förklaras av ändrade alkoholvanor och minskad rökning

” Överlevnaden i cancersjukdom har successivt ökat, vilket har flera förklaringar.

Antal döda i cancer 2010

Cancerform	Män	Kvinnor	Totalt
Lungcancer	1 920	1 659	3 579
Prostatacancer	2 398	0	2 398
Tjocktarmscancer	877	963	1 840
Bukspottkörtelcancer	720	828	1 548
Bröstcancer	6	1 395	1 401
Maligna lymfom (inkl kronisk lymfatisk leukemi)	500	371	871
Ändtarmscancer	432	284	716
Urinblåsecancer och cancer i övriga urinvägar	476	208	684
Magsäckscancer	378	284	662
Levercancer	403	237	640
Äggstockscancer	0	631	631
Hjärntumörer och cancer i övriga nervsystemet	347	244	591
Njuncancer	288	221	509
Gallblåse- och gallvägscancer	160	328	488
Malignt melanom i huden	281	189	470
Leukemi (exklusive kronisk lymfatisk leukemi)	240	230	470
Multipelt myelom	245	222	467
Matstrupscancer	309	99	408
Livmoderkroppscancer	0	358	358
Läpp-, munhåle- och svalgcancer	175	112	287
Skelett-, bindvävs- och muskelcancer	106	108	214
Livmoderhalscancer	0	139	139
Tunntarmscancer	58	60	118
Hudcancer (exklusive malignt melanom)	46	21	67
Sköldkörtelcancer	27	33	60
Struphuvudcancer	36	3	39
Övrig cancer	867	1 124	1 991
Totalt	11 295	10 351	21 646

samt färre fall av kroniska leverinflammationer.

Läppcancer hos män har minskat med hela 4,2 procent årligen de senaste två decennierna. UV-strålning är en riskfaktor för läppcancer och minskningen anses bero på att allt färre män har utomhusarbete samt att piprökning har så gott som upphört.

Överlevnad

Överlevnaden i cancersjukdom har successivt ökat, vilket har flera förklaringar. Nya och förbättrade diagnosmetoder samt preventionssatser som screeningverksamhet har lett till att fler cancerfall upptäcks tidigt då det finns större chans till bot. Effektivare behandlingar är en annan faktor som påverkar överlevnaden. Många människor lever i dag med en cancersjukdom som är att betrakta som kronisk. Sista december 2009 levde mer än 411 338 personer i Sverige som någon gång fått en cancerdiagnos. Många av dem var botade, andra levde med kronisk sjukdom.

I dag är den relativa 5-årsöverlevnaden för samtliga cancerdiagnoser cirka 67 procent. Jämfört med i början av 1970-talet, då den var omkring 36 procent, har prognosen för cancerpatienter förbättrats avsevärt.

Även om överlevnaden i cancersjukdom fortsätter att förbättras finns det fortfarande can-

cersjukdomar med mycket dålig prognos, till exempel bukspottkörtelcancer och levercancer. Testikelcancer och Hodgkins lymfom är däremot exempel på cancersjukdomar där prognosen i regel är mycket god.

Dödsfall

Cancer är dock, trots den förbättrade relativa överlevnaden, fortfarande den vanligaste dödsorsaken hos personer yngre än 75 år.

Totalt sett är cancersjukdom den näst vanligaste orsaken till död i Sverige och svarar för 22 procent av dödsfallen hos kvinnor och för 26 procent av dödsfallen hos män.

Lungcancer är den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall; drygt 3 500 personer dog av sjukdomen år 2010.

Sedan några år tillbaka är lungcancer den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall bland kvinnor, vilket återspeglar de rökvanor som har setts hos kvinnor sedan 1950-talet då fler och fler kvinnor börjat röka. Antalet kvinnor som avlider av lungcancer har ökat med 36 procent sedan år 2000. Lungcancer som dödsorsak hos män har varit relativt oförändrat de senaste tio åren, men fortfarande är det fler män än kvinnor som avlider i lungcancersjukdom.

Hos män är prostatacancer den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall.

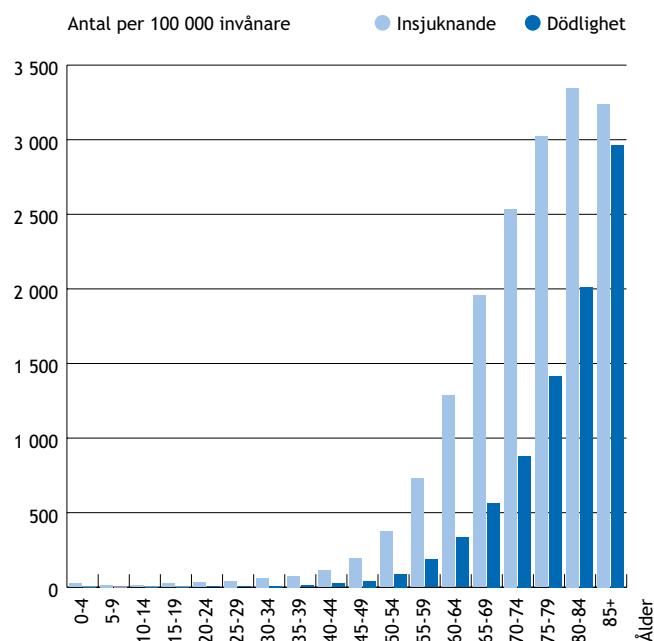
Cancerstatistik i korthet

Sannolikhet i procent att utveckla cancer före 75 års ålder	Män	Kvinnor
Prostatacancer	13,0	0
Bröstcancer	0	10,8
Hudcancer (exklusive malignt melanom)	2,1	1,3
Tjocktarmscancer	2,3	2,0
Lungcancer (inklusive cancer i lungsäck, luftstrupe och bronker)	2,6	2,4
Malignt melanom i huden	2,0	1,8
Urinblåsa och cancer i övriga urinvägar	2,0	0,7
Ändtarmscancer	1,5	1,1
Livmoderkroppscancer	0	1,8
Hjärntumörer och cancer i övriga nervsystemet	1,0	1,1
Alla cancerformer	31,2	28,0

Insjuknande och dödlighet i cancer

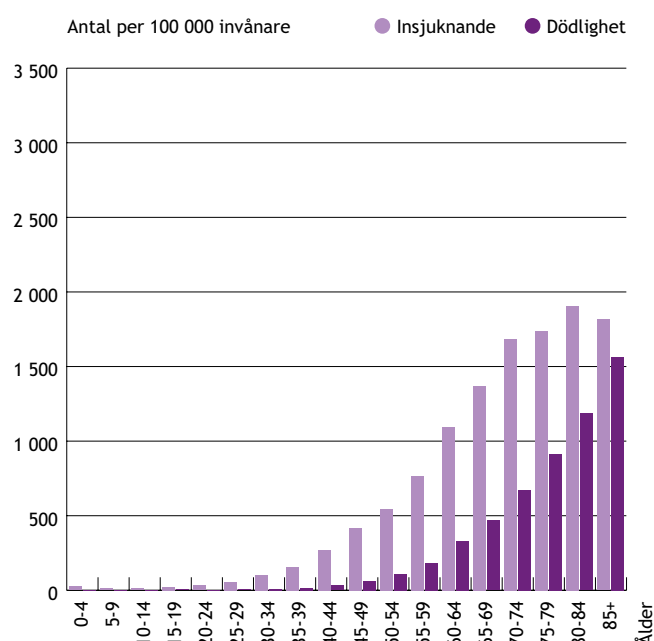
Män

Totalsiffror för cancer i Sverige.
Insjuknande (2010) och dödlighet (2010) per 100 000 invånare.



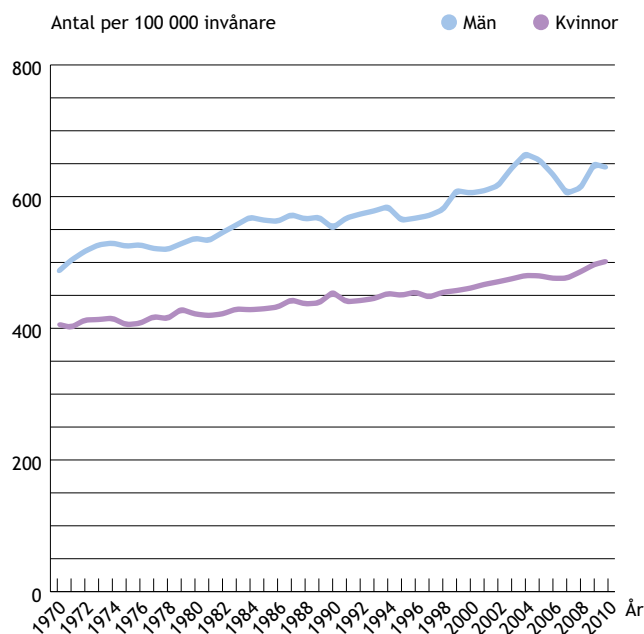
Kvinnor

Totalsiffror för cancer i Sverige.
Insjuknande (2010) och dödlighet (2010) per 100 000 invånare.



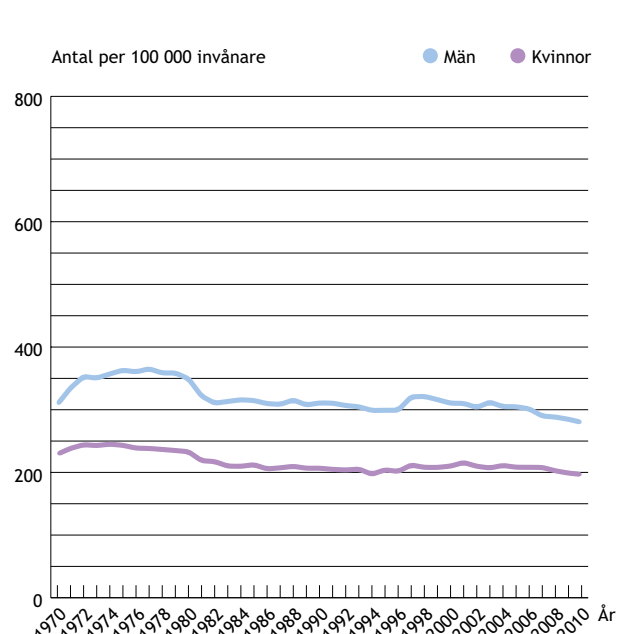
Insjuknande

Totalsiffror för cancer i Sverige 2010.



Dödlighet

Totalsiffror för cancer i Sverige 2010.



Varje år ställs nästan 150 000 cancerdiagnoser i de nordiska länderna sammantagna och drygt 60 000 personer dör i cancersjukdom. I dag lever omkring en miljon personer i Norden som har eller har haft en cancersjukdom.

Cancer i Norden

Skillnaderna i överlevnad vid cancersjukdom mellan Sverige, Norge och Finland är små, oftast någon eller några procent. Gapet till Danmark däremot är större, för vissa cancersjukdomar så mycket som 10 procent eller mer. Den stora skillnaden förklaras delvis av att tobaks- och alkoholbruket är mycket mer utbrett i Danmark, vilket gör att den allmänna sjukligheten är högre hos den danska befolkningen.

I dag har alla nordiska länder en cancer- eller hälsoplan men det kan ta flera decennier till innan vinsten av en nationell cancerplan syns som förbättrad överlevnad och minskat insjuknande i cancer.

Med de nordiska länderna avses här Sverige, Norge, Finland, Danmark och Island.

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen bland män i Norden. Fler än 23 000 män får diagnosen prostatacancer varje år och cirka 5 500 dör av sjukdomen. Antalet fall i ett land är starkt förknippat med utbredningen av PSA-testning hos symptomfria män med efterföljande provtagning från prostatakörteln. Trenden i

de nordiska länderna följer detta mönster med ett stadigt ökande antal fall fram till början av 2000-talet, därefter ses en minskning. Den stora andelen diagnostiserade män utan symptom i mycket tidigt stadium återspeglar sig i den starkt förbättrade relativa överlevnaden som ses i de nordiska länderna. I Danmark är dock ökningen av överlevnaden långsammare. Trots den förbättrade relativa överlevnaden är risken att avlida i prostatacancer ungefär lika stor i dag som på 1960-talet i alla nordiska länder.

I slutet av 2008 levde fler än 150 000 män i Norden som hade eller hade haft prostatacancer.

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i Norden. Varje år får drygt 20 000 kvinnor diagnosen bröstcancer och cirka 4 200 avlider i sjukdomen. Antalet insjuknade ökar med någon eller några procent varje år. Överlevnaden har ökat snabbt i de nordiska länderna sedan 1960-talet, men är lägst i Danmark. Den högre dödligheten och sämre relativa överlevnaden i Danmark kan förklaras av sen implementering av mammografiscreening (2008)

samt en högre sjuklighet hos danska kvinnor, till viss del beroende på en högre tobaks- och alkoholkonsumtion. Dock har risken för nordiska kvinnor att avlida av bröstcancersjukdom varit ungefär densamma sett över de senaste fem decennierna.

I Norden levde i slutet av 2008 nästan 225 000 kvinnor som hade eller hade haft bröstcancer.

Tjock- och ändtarmscancer

Tjock- och ändtarmscancer är den diagnosgrupp som är vanligast hos män och kvinnor sammantaget. Varje år insjuknar knappt 17 000 personer, något fler män än kvinnor och cirka 7 300 personer avlider av tjock- eller ändtarmscancer årligen. Överlevnaden hos båda könen har ökat i alla nordiska länder sedan 1960-talet, dock långsammast för danska invånare. Danmark har den lägsta överlevnaden i Norden för både män och kvinnor diagnostiserade med tjocktarmscancer. Livsstil spelar stor roll för insjuknandet och dödligheten och lyckad prevention avseende exempelvis alkohol, övervikt och fetma samt låg fysisk aktivitet skulle ha positiv effekt på insjuknande, dödlighet och därmed överlevnad.

I slutet av 2008 levde i Norden drygt 110 000 personer som hade eller hade haft tjock- eller ändtarmscancer.

Lungcancer

Lungcancer är den cancersjukdom som flest människor avlider av i Norden, cirka 11 500

” I Norden levde i slutet av 2008 nästan 225 000 kvinnor som hade eller hade haft bröstcancer.

dödsfall per år. Över 13 000 lungcancerdiagnoser ställs i de nordiska länderna varje år. Antalet insjuknade minskar med 1 procent per år för män, men ökar med 2 procent för kvinnor sett över hela Norden. Överlevnaden vid lungcancer är låg i alla nordiska länder. Kvinnor i Danmark har sämst överlevnad bland nordiska kvinnor. Män i Danmark har tillsammans med finska män den sämsta överlevnaden.

Prognosen för hela gruppen är dyster och skillnaden mellan länderna relativt liten.

För att minska antalet insjuknade i lungcancersjukdom i framtiden behövs en effektiv tobaksprevention. För att öka överlevnaden och minska risken för död behövs även en effektiv alkoholprevention, eftersom stor alkoholkonsumtion ger annan sjuklighet som påverkar prognosen för en enskild person. Drygt 23 000 personer levde 2008 med att ha eller ha haft lungcancer.

Cancerstatistik i Norden 2009

	Prostatacancer		Bröstcancer		Lungcancer		Tjock- och ändtarmscancer	
	Diagnos	Dödsfall	Diagnos	Dödsfall	Diagnos	Dödsfall	Diagnos	Dödsfall
	3 900	1 216	5 752	1 262	4 289	3 760	4 258	2 005
	4 595	783	4 475	821	2 365	2 031	2 648	1 112
	220	48	195	33	152	109	138	56
	4 299	1 048	2 745	678	2 648	2 060	3 624	1 546
	10 317	2 424	7 380	1 378	3 711	3 488	6 243	2 583

Europa är en världsdel med vida variationer när det gäller livsstil och utbyggnad av hälso- och sjukvårdssystemen. Variationerna spelar stor roll för möjligheten för den enskilde medborgaren att få delta i preventionsprogram och få tillgång till vård och behandling. Inom flera EU-projekt arbetar man med att samla in uppgifter om insjuknande, behandlingar, behandlingsresultat och preventionsarbete för att få ett bättre grepp om problemen och i slutänden en bättre och rättvisare cancervård inom hela EU.

Cancer inom EU

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen inom EU, följt av tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer hos kvinnor samt lungcancer hos både män och kvinnor.





Beräkningar visar att cirka 2 457 600 cancerdiagnoser ställdes på invånare inom EU år 2008. Samma år beräknades 1 231 200 personer dö till följd av en cancersjukdom. Den vanligaste cancersjukdomen inom EU har tidigare varit bröstcancer hos kvinnor, men beräkningar för år 2008 ändrar bilden. Prostatacancer samt tjock- och ändtarmscancer är vanligare än bröstcancer, dock är skillnaderna i antal diagnostiserade fall inte så stora.

De fyra vanligaste cancersjukdomarna inom EU

Prostatacancer var den allra vanligaste cancersjukdomen inom EU år 2008. Antalet män som fick diagnosen beräknades till 338 732. Antalet insjuknade varierar dock stort mellan EU:s medlemsländer och en dramatisk ökning av antalet fall kan ses i alla europeiska länder utom i Holland och Schweiz där den redan tidigare var hög. Ökningen antas i huvudsak spegla tillgången på PSA-testning då många latenta prostatacancer diagnostiseras. Drygt 70 000 män inom EU beräknas ha dött av prostatacancer år 2008.

Tjock- och ändtarmscancer är den näst vanligaste diagnosgruppen bland män och kvinnor sammantaget. Beräkningar visar att 333 330 diagnoser ställdes år 2008. Insjuknandet har ökat något bland män men har hos kvinnor sjunkit lite eller varit oförändrat i de olika länderna inom EU. Undantag är kvinnor i Spanien, hos vilka man ser en klar ökning av antalet fall.

Ökningen beror främst på livsstilsfaktorer som låg fysisk aktivitet, övervikt och ohälsosam kost. Nästan 150 000 personer avled till följd av tjock- eller ändtarmscancer 2008. Totalt har den relativa 5-årsöverlevnaden ökat tack vare bättre diagnostiska metoder och förbättrad behandling.

Bröstcancer hos kvinnor var tidigare den vanligaste cancerformen inom EU, men beräknas år 2008 vara den tredje vanligaste. Cirka 332 770 kvinnor beräknades insjukna och cirka 90 000 avlida av sjukdomen år 2008. Skillnaderna i insjuknande är stora mellan medlemsländerna. I de flesta länder har dock insjuknandet ökat och dödligheten i bröstcancer minskat, vilket innebär att den relativa överlevnaden har förbättrats. Både den högsta och den lägsta dödligheten inom EU återfinns i norra Europa, högst dödlighet i Danmark och lägst i Finland.

Lungcancer hos både män och kvinnor avspeglar befolkningens tobaksvanor. Man kan se att rökningen sjunker bland män men ökar bland kvinnor. Lungcancer hos män har minskat eller varit oförändrad i alla EU:s medlemsländer både avseende insjuknande och dödlighet. Hos kvinnor ökar dock både insjuknandet och dödligheten snabbt även om stora skillnader kan ses mellan medlemsländerna. Spanien och Litauen har det lägsta insjuknandet. Totalt beräknades att 288 118 personer fick en lungcancerdiagnos under 2008 och 252 495 människor dog i sjukdomen. Den relativa 5-årsöverlevnaden har ökat något men är fortfarande mycket låg.

” Lungcancer hos män har minskat eller varit oförändrad i alla EU:s medlemsländer.

I världen inträffade 12,7 miljoner nya cancerfall 2008. Av dem diagnostiserades 5,6 miljoner fall i industriländer och 7,1 miljoner i utvecklingsländer. Enligt beräkningar kommer cancerfallen stadigt att öka i världen och år 2030 beräknas 21,4 miljoner människor få en cancerdiagnos. Samma år dör 13,2 miljoner personer i cancersjukdom. År 2008 orsakade cancersjukdom 7,6 miljoner människors död, vilket innebär att cancer som dödsorsak beräknas att nästan fördubblas på 20 år.

Cancer i världen

Det finns flera olika anledningar till den stora, beräknade ökningen av cancerfall i världen. Den främsta anser vara att befolkningsmängden och medellivslängden hos världens befolkning ökar. En annan viktig anledning är att cancerfallen i utvecklingsländerna kommer att öka i takt med att länderna anammar en mer västerländsk livsstil med rökning, ohälsosam kost, låg fysisk aktivitet och ett annat reproduktionsmönster.

” Med optimal tobaksprevention skulle de flesta fall av lungcancer kunna undvikas.

De fyra vanligaste cancersjukdomarna i världen

Lungcancer är världens vanligaste cancerform. Uppskattningsvis insjuknade 1,6 miljoner personer 2008. Samma år dog 1,4 miljoner av sjukdomen. Insjuknande och död i lungcancer följer användningsmönstret av tobak i världen med en fördröjning av 20-30 år.

I flera länder i västvärlden där antalet rökande män minskat successivt har också antalet män som får lungcancer minskat eller planat ut. I länder, främst Kina, Sydkorea och flera länder i Afrika, där antalet rökare har nått sin topp eller fortfarande ökar, ökar också antalet människor som får diagnosen lungcancer.

Den största riskfaktorn för lungcancer är tobaksrökning. Med optimal tobaksprevention skulle de flesta fall av lungcancer kunna undvikas. Lungcancer är därmed en av de mest förebyggbara cancersjukdomarna.

Bröstcancer hos kvinnor är den näst vanligaste cancersjukdomen i världen med 1,4 miljoner fall 2008. Förekomsten av bröstcancer varierar stort i olika delar av världen. Lägst incidens ses i Mongoliet och Bhutan där åtta kvinnor per 100 000 insjuknar och högst i Belgien där siffran är 109 kvinnor per 100 000, det vill säga 13 gånger högre. Bröstcancer är även den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall bland kvinnor, 458 000 år 2008.

Globalt sett ökar bröstcancer och troliga orsaker är en förändrad livsstil med färre och senare graviditeter, tidigare pubertet och senare

klimakterium, fetma och låg fysisk aktivitet. Även införandet av mammografiscreening i vissa länder ökar antalet bröstcancerfall samtidigt som det tillsammans med bättre behandlingsmetoder minskar risken att dö i sjukdomen.

Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen. Drygt 1,2 miljoner personer över hela världen uppskattas ha fått diagnosen 2008 och drygt 600 000 patienter dog av sjukdomen.

Vanligast är tjock- och ändtarmscancer i Japan, Nordamerika, delar av Europa, Nya Zeeland och i Australien. Här ses en stabilisering i antal fall eller i vissa länder till och med en minskning. Insjuknandet är lågt i Afrika och Sydcentralasien. I flera asiatiska och östeuropeiska länder ökar dock tjock- och ändtarmscancer, vilket är kopplat till en mer och mer västerländsk livsstil med ett ökande antal personer med fetma, låg fysisk aktivitet, högt intag av rött eller processat kött och rökning. Screeningprogram kan förhindra tjock- och ändtarmscancer

och minska risken att dö i sjukdomen genom att upptäcka och ta bort förstadiet och tumörer i tidiga stadier.

Magsäckscancer är den fjärde vanligaste cancersjukdomen sett över hela världen. Uppskattningsvis diagnostiserades knappt 1 miljon nya fall 2008, nästan dubbelt så många fall hos män som hos kvinnor och 738 000 personer dog av magsäckscancer. Drygt 70 procent av all magsäckscancer inträffar i utvecklingsländerna.

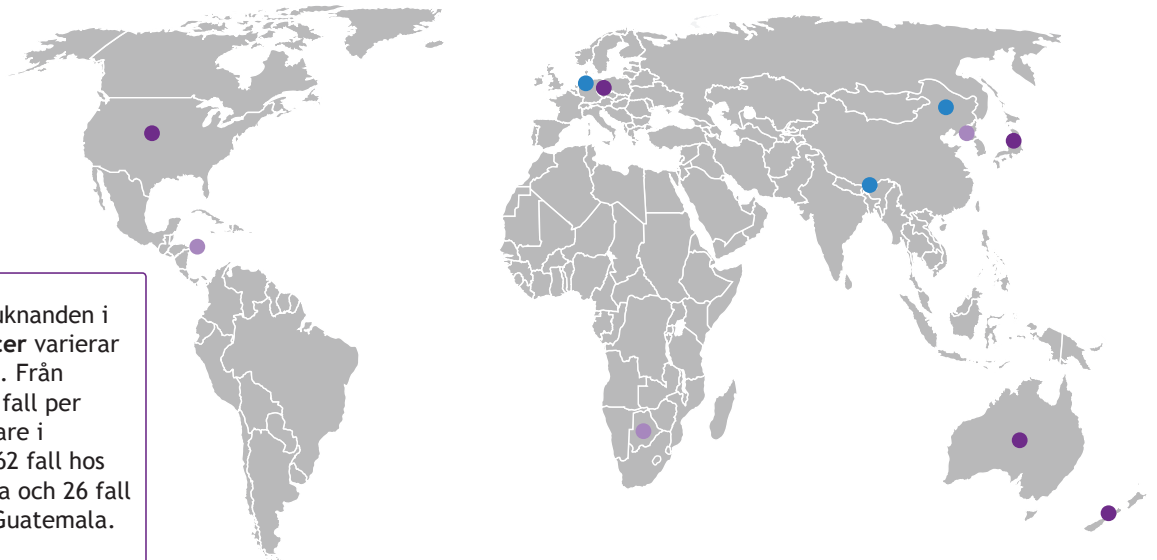
Insjuknandet varierar stort i världen, från mindre än ett fall per 100 000 invånare i till exempel Botswana till 62 fall hos män i Sydkorea och 26 hos kvinnor i Guatemala.

Under de senaste 50 åren har insjuknandet i magsäckscancer minskat kraftigt i de flesta industriländer. Bidragande faktorer till detta är den ökade tillgången på färsk frukt och färsk grönsaker, minskad användning av saltad och konserverad mat samt minskat antal kroniska *Helicobacter pylori*-infektioner.

● Tjock- och ändtarmscancer är vanligast i Japan, Nordamerika, delar av Europa, Nya Zeeland och i Australien.

● Lägst insjuknande i bröstcancer har Mongoliet och Bhutan medan Belgien har högst.

● Antal insjuknanden i magsäckscancer varierar stort i världen. Från mindre än ett fall per 100 000 invånare i Botswana till 62 fall hos män i Sydkorea och 26 fall hos kvinnor i Guatemala.



Klinisk forskning

Våren 2008 gläntade Olle Stendahl på dörren till framtiden och släppte in frisk luft i det svenska sjukvårdssystemet. Hans uppmärksammade utredning om den kliniska forskningen visade att ett paradigmskifte är genomförbart. Den svenska modellen kan byta skepnad från rigid vårdfabrik till dynamisk kunskapsorganisation.

Rapporten markerade starten för ett utvidgat engagemang i frågan hos landsting, myndigheter och departement. Många initiativ har tagits i utredningens anda, inte minst för att förstärka den kliniska forskningens infrastruktur.

Men än återstår mycket politiskt och strukturellt förändringsarbete innan målet är nått. Viktigast just nu är att utforma ett framtidsanpassat ALF-avtal och att klubba igenom förslaget Svensk Behandlingsforskning.



Är cancerforskningen framgångsrik – eller hade vi anledning att vänta oss mer av alla miljarder kronor och tusentals och åter tusentals manår som lagts ned på cancerforskning de senaste decennierna?

Dyrt att avstå från klinisk forskning

Vi har speciell anledning att ställa oss den frågan nu när Cancerfonden fyllt 60 år och när 40 år har förflutit sedan USA genom president Nixon förklarade krig mot cancer. Svaret är kanske inte helt entydigt. Klart är att chansen att överleva en cancerdiagnos i dag är betydligt större än för några decennier sedan. Diagnos- och behandlingsmetoderna är inte bara bättre, utan många gånger även mycket skonsammare

” Universitetssjukhusen är basen för den kliniska forskningen, och det är här som revolutionen måste ske.

och mer precisa än förut. Även om vi inte alltid kan bota cancersjukdomen kan vi ge olika typer av bromsande behandling – cancer har i dessa fall övergått från att vara akut livshotande till en mer kronisk sjukdom, som kan hållas i schack länge med god livskvalitet hos individen. Ändå tvingas vi konstatera att cirka fyra av tio med diagnostiserad cancer dör av sin sjukdom, om vi ser till genomsnittet. Många hade nog hoppats att utfallet efter decenniers intensiv forskning hade blivit bättre.

Enorm kunskapsökning

Om vi i stället mäter cancerforskningen som ren kunskapsökning, ja då blir utfallet ett helt annat. Sett i dagens ljus hade vi tidigare en ganska naiv syn på problemet. Den komplexa bild av cancercellen och cancertumören som vi i dag kan skönja kunde tidigare inte anas. I jämförelse med cancercellens otroligt komplicerade signalsystem kan till exempel det virrvarr som en lekman ser när han tittar in i cockpiten på ett modernt flygplan te sig som ett enkelt femtonspel. Trots denna komplexitet har vi genom ett mödosamt arbete i laboratorier i USA, Sverige och övriga länder fått en ganska klar och någorlunda förståelig bild av cancercellens mysterier. Kunskapen har bland annat lett till en helt ny generation av cancerläkemedel, de målsökande substanserna, som många gånger har goda och avgörande effekter vid cancerbehandling. Ändå tvingas vi konstatera att den flodvåg av kunskap som väller fram ofta bromsas upp innan den kommer in i kliniken. I årets Cancerfondsrapport tar vi upp problematiken med den kliniska cancerforskningen. Problemen finns väl beskrivna i de utredningar som vi hänvisar till i kapitlet.

Universitetssjukhusen är basen för den kliniska forskningen, och det är här som revolutio-

nen måste ske. Den svenska cancersjukvården står sig bra internationellt, och det verkar ofta som om detta räcker för att beslutsfattarna inom sjukvården ska känna sig nöjda. Men hur ska vi kunna vara nöjda när över 20 000 individer dör av cancer i Sverige varje år?

” De ansvariga politikerna säger ofta att vi inte har råd. Jag säger att vi inte har råd att avstå.

Ge RCC ett starkt forskningsmandat

Forskningen måste bli en lika naturlig verksamhet som sjukvården på universitetssjukhusen. Verksamhetscheferna måste upprätta verksamhetsplaner och budgetera för forskning. De ganska stora resurser som ändå finns i form av landstingsmedel och statliga bidrag måste prioriteras och styras mot konkurrenskraftig och innovativ forskning i stället för att sprättas ut till höger och vänster. Universitets- och landstingsledningar måste tillsammans ge förutsättningarna för dynamiska, multidisciplinära forskningsmiljöer med all modern infrastruktur och teknikplattformar. Läkare och annan sjukvårdspersonal måste rekryte-

ras efter forskningsintresse och uppmuntras till studier i framgångsrika utländska miljöer. De regionala cancercentrumen (RCC) som är under uppbyggande måste få ett mycket starkt forskningsmandat. Rader av nya cancerläkemedel kommer ut på marknaden. Den svenska cancervården måste kunna ta hand om dessa och utvärdera deras effekter.

Vi har metoderna och kunskapen, och om vi sköter våra kort kommer läkemedelsindustrin att stå på kö för att starta kliniska prövningar vid svenska kliniker i stället för att flytta verksamheten till andra länder. De ansvariga politikerna säger ofta att vi inte har råd. Jag säger att vi inte har råd att avstå. Universitetssjukhusen måste revolutioneras, och kunskapsvägen får inte bromsas utan tillåtas lyfta den kliniska forskningen – för framtida patienters skull.

Bengt Westermark
Ordförande Cancerfondens
forskningsnämnd.
Professor i tumörbiologi
vid Uppsala universitet.



”Nu eller aldrig!” Så kunde budskapet om den kliniska forskningens framtid sammanfattas i Cancerfondsrapporten 2010. De stora förändringarnas tid är här för hälso- och sjukvården – om vi är villiga att genomföra dem.

Klinisk forskning är nyckeln till framtiden

Det råder stor enighet om att den svenska sjukvården är i stort behov av ”en ny giv” för att bemöta nya behandlingsmetoder, ökande kvalitetskrav och, inte minst, en åldrande befolkning – ett fenomen som vårdjargongen har döpt till ”ålders-tsunamin”. Morgondagens sjukvård kommer att vara kostsam och kräva flexibla lösningar och dynamiska strukturer. Oavsett om det gäller organisation, ekonomi, rekrytering eller kunskapsbildning krävs utökad anpassbarhet, rörlighet och handlingsfrihet.

Det enda rationella och etiska sättet att bemöta dessa problem är en massiv och kontinuerlig satsning på forskning och utveckling, FoU. Framför allt gäller det att stärka den kliniska forskningens roll. Detta kommer inte bara att accelerera utvecklingen av metoder och vårdkvalitet, utan även att höja kunskaps- och kompetensnivån inom hela systemet. Det ökar Sveriges konkurrenskraft som industrination. Målet för den svenska hälso- och sjukvården måste därför vara att utvecklas till en dynamisk, brukarfoku-

serad kunskapsorganisation, i stället för att förbli en rigid, systemorienterad behandlingsindustri.

Inom cancerområdet är detta kanske särskilt tydligt, av flera skäl. Ett av de främsta är den snabba utvecklingen av nya läkemedel. När nya preparat kommer ut på marknaden i ett allt högre tempo krävs en stor forskningsinsats för att göra dem tillgängliga i vården. Det vore både oetiskt och kostsamt att inte lära sig använda dem på bästa sätt.

Klinisk forskning bör bedrivas utifrån utgångspunkten att den inte ska utgöra en kostnad för samhället, utan en investering som sänker utgifterna för hälso- och sjukvården, skapar bättre hälsa och livskvalitet samt stimulerar ekonomisk tillväxt. Nyligen genomförde en hälsoekonomisk forskargrupp vid Linköpings universitet en översiktsstudie vilken omfattade tio internationella hälsoekonomiska artiklar (*Evaluation of Health Research: Measuring Costs and Socioeconomic Effects*). Det vetenskapliga området i fråga bjuder på många metodologiska svårigheter och forskargruppen varnar även för att vissa forskare



tycks vara mer intresserade av fördelarna än av eventuella negativa effekter, till exempel de ökade kostnader som uppstår när vården blir mer avancerad.

Trots dessa reservationer gav översikten ändå ett löftesrikt resultat: de tio artiklarna pekade samman taget på att värdet av förbättrad hälsa och ekonomisk tillväxt kraftigt överstiger kostnaderna av forskningsinvesteringarna. I studien gjordes också beräkningar av det sammanvägda värdet av den svenska kliniska forskningens samtliga effekter. Men forskning skapar värden som inte kunnat prissättas i kalkylen, som ny kunskap, kompetensuppbyggnad och sysselsättning. Trots att dessa värden utelämnades i kalkylen, kunde man visa att de positiva effekterna överväger.

Fyra öppningar för klinisk forskning

Cancerfundsrapporten 2010 redogjorde för de unika möjligheter till förändring som öppnats för sjukvården nu i början av 2010-talet. Bakgrunden var de utredningar som genomfördes 2007–2009, vilka helt eller delvis skärskådade den kliniska forskningens problem och gav förslag till förändring. Utredningarna är sprungna ur en diskussion som går många år

tillbaka. I detta offentliga samtal har man varit rörande överens om att något måste göras för att stärka Sverige som klinisk forskningsnation. Däremot har åsikterna varit många om *vad* som ska göras, *hur* det ska göras eller, inte minst, *vilka* som ska genomföra det – och betala för kalaset.

Banérförare för nytänkandet om den kliniska forskningen är Linköpingsprofessorn Olle Stendahl, utredaren, nätverksarbetaren och pennan bakom den så kallade **Stendahlrapporten**. Rapportens observationer, analyser och förslag gav nytt hopp om att Sverige efter år av stagnation trots allt kan återta en plats i den yttersta världstoppen av kliniska forskningsnationer.

Utredningens värde och genomslag kan knappast överskattas: den utgör på samma gång tydlig översikt, skarpsynt utvärdering och ändamålsenlig åtgärdslista. Men vill man spetsa till det kan man ändå hävda att rapporten egentligen inte presenterade något nytt och oväntat. Det den gjorde var att fånga upp det nytänkande och de förändringsprocesser som redan fötts ut i Sveriges hälso- och sjukvård – från departement till kliniker.

” Det finns ingen anledning att avvakta. Utredningarna är gjorda, rapporterna är skrivna, kontakterna är upprättade, förslagen ligger på bordet och de första åtgärderna behöver inte vara längre bort än ett telefonsamtal eller ett mejl.”

Cancerfondsrapporten 2010

Parallellt med Olle Stendahl arbetade **Rehnqvistdelegationen** som bestod av representanter från bland annat Vetenskapsrådet (VR), Vinnova, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), universitetsvärlden samt näringslivet. Rehnqvistdelegationen utgjorde ett komplement och en utvidgning av det som framkom av Stendahlsrapporten. Där Stendahlsrapporten var analyserande och visionär, var Rehnqvistdelegationen mer inriktad på konkret samarbete. Delegationens hållning deklarerades klart i titeln till slutrapporten: *Alla vinner genom samverkan inom den kliniska forskningen*, där ”alla” alltså betecknade samhället, sjukvården, akademien och – inte minst – industrin. Eller för att uttrycka saken som politisk ansvarsfördelning: man betraktade inte den kliniska forskningen som endast en angelägenhet för Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet, utan även för Näringsdepartementet.

Samtidigt som dessa utredningar pågick inleddes den största strukturomvandlingen hittills

inom den svenska cancersjukvården, baserad på **den nationella cancerstrategin**. Inledningsvis är arbetet vid de sex nationella cancercentrumen (RCC) inriktat på att skapa patientfokuserade och rationella vårdkedjor. Men eftersom systemet nu står vidöppet för förändring finns det stora möjligheter att här med kraft utveckla integrationen av klinisk forskning inom vårdproduktionen.

Slutligen skedde något som inte skapade stora rubriker utanför den medicinska forskningsvärlden, men som har en central betydelse i sammanhanget: **ALF-avtalet** sades upp i december 2009 och ska omförhandlas inom den femåriga uppsägningstiden, det vill säga före 2014. Tidigare samma år hade VR och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) fått i uppdrag att utveckla en modell för uppföljning och utvärdering av ALF-finansierad forskning. Just nu befinner sig alltså en av de kliniska forskningens viktigaste finansieringskällor i stöpsleven.



> Stendahlrapporten

År 2007 fick Linköpingsprofessorn Olle Stendahl i uppdrag av regeringen att ta fram en åtgärdsplan för att stärka den kliniska forskningen i Sverige. Ett delbetänkande publicerades 2008 och ett slutbetänkande ett drygt år senare. Observationerna, analyserna och förslagen gav nytt hopp om att Sverige trots allt kan återta rollen som världsledande medicinsk forskningsnation.

Budskapen i Stendahlrapporten kan sammanfattas i följande punkter:

- Förbättra rekrytering och karriärvägar.
- Utveckla infrastrukturer – register, biobanker och teknikplattformar.
- Utveckla translationella forskningsmiljöer.
- Ge stöd till forskarinitierade studier (i motsats till industrifinansierade).
- Skapa ett tydligt gemensamt ansvar för utbildning, forskning och sjukvård vid universitetssjukhus och motsvarande.

Delbetänkandet *Världsklass! – Åtgärdsplan för den kliniska forskningen* presenterades den 15 februari 2008. Slutbetänkandet *Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården* överlämnades till regeringen den 5 maj 2009.

> Rehnqvistdelegationen

Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen, populärt benämnd Rehnqvistdelegationen efter sin ordförande Nina Rehnqvist från SBU, tillsattes av Näringsdepartementet i samarbete med Social- och Utbildningsdepartementet för att förbättra samarbetet mellan aktörer som är verksamma inom klinisk forskning i Sverige. Bland delegationens förslag fanns följande:

- En satsning på infrastruktur för ”värdeskapande vård” bör genomföras, inkluderande kvalitetsregister, biobanker och vårddataregister.
- En funktion för nationell samordning av kliniska forskningscentrum.
- En nationell beredning för klinisk forskning bör inrättas.
- En fond för klinisk behandlingsforskning bör inrättas (jämför med SBF på sidan 34).

Slutrapporten *Alla vinner...* presenterades den 16 december 2009.

> Den nationella strategin

Inom cancerområdet har betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11)* spelat en avgörande roll. Dokumentet används nu som färdplan i det pågående RCC-arbetet och kommer förhoppningsvis att leda till en total kursändring inom den svenska cancersjukvården (läs mer om det pågående arbetet på sidan 92).

Om klinisk forskning skrev man bland annat följande i betänkandet: ”Det behövs bättre förutsättningar för klinisk forskning och interventionsstudier, där hela landet fungerar som forskningsbas och där resultatet är av gemensamt nationellt intresse. Sådan forskning är nödvändig för att få fram viktig kunskap som underlag för bedömning av t.ex. screeningprogram, läkemedels träffsäkerhet och kostnadseffektivitet.”

Författarna anknyter till Socialstyrelsens lägesbeskrivning *Cancervården i Sverige (2007)* som bland annat betonade behovet av:

- patientnära forskning
- en stark infrastruktur
- offentliga resurser och oberoende forskargrupper för att skapa förutsättningarna för forskning som inte är ”kommersiellt gångbar”
- utveckling av de miljöer som i dag förenar avancerad cancervård med klinisk och experimentell forskning.

> Omförhandling av ALF-avtalet

ALF (Avtal om Läkarutbildning och Forskning) är ett avtal mellan staten och landstingsvärlden kring grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Sedan många år tillbaka ger staten ett ekonomiskt anslag till de landsting och regioner som har universitet med medicinskt vetenskapsområde:

- Västerbottens läns landsting
- Landstinget i Uppsala län
- Stockholms läns landsting
- Landstinget i Östergötland
- Västra Götalandsregionen
- Region Skåne

ALF-medlen ska bland annat kompensera landstingen för kostnader som uppstår i anslutning till läkarutbildningen och universitetens forskning. Men framför allt utgör de i dag den viktigaste finansieringskällan för den kliniska forskningen i Sverige – potten avsatt för forskning är i dag cirka 1,5 miljarder kronor. Dessa pengar betalas ut till landstingen enligt en fördelning som landstingen har kommit överens om. De fördelas sedan enligt lokala avtal (läs mer på sidan 32).

De senaste åren har många initiativ tagits som är direkt i Stendahlrapportens och Rehnqvistdelegationens anda – allt från finansiering av konkreta projekt i hälsoförbättrande syfte till pengar som ska stärka forskningens infrastruktur.

En rik flora av initiativ för den kliniska forskningen

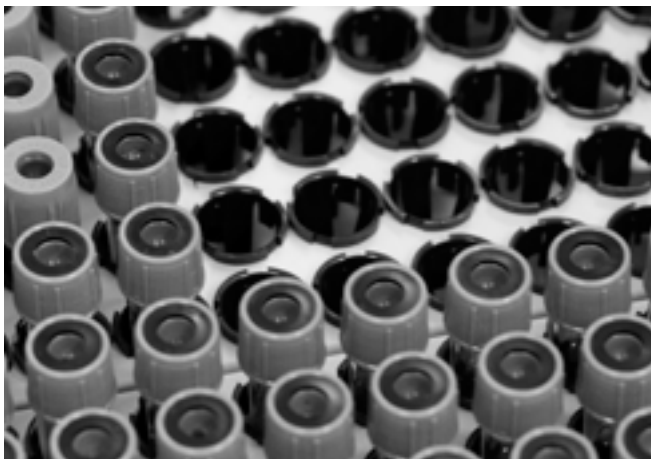
Det handlar om små och stora förslag, beslut, förändringar och projekt – på bred front och på olika nivåer. Vissa av dem är direkt inspirerade av rapporternas texter, några var redan på gång och andra har "initierats av sig själv". Här följer ett urval av initiativ som med all önskvärd tydlighet visar att det Kliniska Forskningssverige är mobiliserat. Den som googlar kommer att hitta ännu mer, men frågan är bara om denna flora av små och stora initiativ räcker till för att genomföra en genomgripande och varaktig förändring av hälso- och sjukvården?

Vinnova – för framtidens hälsa

Syftet med Vinnova-programmet är att stödja och nyttiggöra banbrytande, inhemsk medicinsk forskning som kan hjälpa till att ta itu

med de stora behoven inom hälsoområdet 5–15 år in i framtiden. Det gäller till exempel behandling, omvårdnad, diagnostik och prevention. Kvalitetskraven är uttalade – det ska röra sig om forskning av "hög vetenskaplig och/eller teknisk kvalitet". Programmet beräknas pågå fram till 2013 med återkommande utlysningar på totalt cirka 600 miljoner kronor.

Hittills har 350 miljoner kronor investerats i 31 projekt (max 5 miljoner över tre år) och nio miljöer (max 25 miljoner över fem år). Totalt sett har cirka 800 ansökningar kommit in, vilka tillsammans motsvarar ett så kallat söktryck (det vill säga sammanlagda värdet av ansökt finansiering) på omkring 5 miljarder kronor. Detta bekräftar hur stort intresset är för den här typen av forskning i Sverige i dag. Cancerområdet har utgjort ett av huvudområdena bland de sökande.



Register och biobanker – exempel på infrastrukturer för forskning

Begreppet infrastruktur betyder i forskningssammanhang tekniska och administrativa lösningar som skapar möjlighet för vetenskapligt kunskapssökande och samarbete. Det kan röra sig om datornätverk, databaser och register samt centrala forskningsanläggningar. Sådan infrastruktur är ofta nödvändig för att bedriva forskning av högsta kvalitet – inte minst när extremt dyr och avancerad utrustning samt avancerad know-how krävs. Hela området präglas av stark tillväxt, till exempel har biobanksvärlden snabbt förändrats från att ha bestått av enskilda, isolerade frysar ute på sjukhusen till storskaliga frysfaciliteter med miljontals prover. Detta ger ständigt större möjligheter för stora, sammanhållna studier, även på ovanliga sjukdomar.

Vetenskapsrådet stöder många olika typer av infrastrukturer, både inhemska och internationella. Exempel som är intressanta inom cancerområdet är bland annat följande:

- BILS/ELIXIR – infrastruktur för bioinformatik
- BBMRI.se – biobanksinfrastruktur
- CBCS – infrastruktur för kemisk biologi
- EMBL – europeiska molekylärbiologiska laboratoriet
- IARC – internationella cancerforskningsorganisationen
- MIMS – Molekylärmedicinskt laboratorium
- SNISS – Swedish National Infrastructure for Large-scale Sequencing

” Ett intressant faktum är att huvuddelen av de sökande inte hade pågående projektanslag från VR – något som visar att man lyckats med ambitionen att nå en ”ny” grupp av kliniskt verksamma forskare.

Kunskapsluckor i hälso- och sjukvården – en VR-utlysning

Med denna utlysning avsåg Vetenskapsrådet (VR) att finansiera studier som utreder effekten och nyttan av behandlingsmetoder där det vetenskapliga underlaget fortfarande är bristfälligt. Vid utlysningen av projektbidrag hösten 2010 var responsen enorm: mer än 500 ansökningar inkom och av dem fick sammanlagt 24 projekt dela på 40 miljoner kronor under tvåårsperioden 2011–2012. Det totala söktrycket motsvarade 1,5 miljarder kronor.

Ett intressant faktum är att huvuddelen av de sökande inte hade pågående projektanslag från VR – något som visar att man lyckats med ambitionen att nå en ”ny” grupp av kliniskt verksamma forskare. Vid sidan av dem som bevil-

jades anslag var många ansökningar av mycket hög vetenskaplig kvalitet. Mats Ulfendahl på VR kommenterade detta faktum på sin blogg: ”[Detta] visar att det finns en stor potential för att vidareutveckla svensk klinisk forskning – det saknas verkligen inte idéer och kompetens!”

BBMRI.se – en nationell biobanksplattform

Sommaren 2010 beslutade VR att inrätta BBMRI.se – en gemensam svensk infrastruktur för insamling, förvaring och analys av blod och vävnadsprover från patienter och friska frivilliga. Stora biobanker och biobanksforskare från hela landet hade gått samman i en gemensam ansökan. Mellan 2010 och 2014 anslog VR sammanlagt 148 miljoner kronor, medan KI, som är världuniversitet för BBMRI.se, kommer



”BBMRI.se utgör den första nationella plattformen inom det europeiska biobanksprogrammet BBMRI.eu

att bland annat bygga upp ett nationellt centrum med storskalig och högteknologisk hantering av prover med avsikt att befästa Sveriges position som en världsledande nation inom biobanksområdet.

BBMRI.se utgör den första nationella plattformen inom det europeiska biobanksprogrammet BBMRI.eu (Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure). Detta omfattar i dag 280 biobanker från 30 olika länder, och är under fortsatt uppbyggnad med målet att knyta ihop hela Europa i en stor biobanksinfrastruktur.

Satsning på kvalitetsregister

Hösten 2011 ingick staten och SKL en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen 2012–2016 av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg. I enlighet med denna har stat och landsting/regioner kraftigt ökat anslagen. Under 2012 uppgår den nationella satsningen till totalt 260 miljoner kronor (staten 180, landsting/regioner 80), vilket är mer än dubbelt så mycket som året före. Enligt överenskommelsen ska denna summa öka ytterligare till 320 miljoner per år 2013–2016. Detta ger en långsiktig och stabil grundfinansiering samtidigt som det skapar handlingsfrihet för utveckling av infrastrukturen. Bland annat hoppas man kunna tillhandahålla mer användbara

utdata och minska den arbetskrävande manuella datainsamlingen.

År 2011 fanns 89 nationella kvalitetsregister i drift, varav 15 inom cancerområdet, och ytterligare register tillkommer kontinuerligt. I översynen *Guldgruvan i hälso- och sjukvården* från 2010 understryker man vilken unik forskningsresurs som de utgör, inte minst när de kombineras med andra typer av befolknings- och hälsodataregister. Uppslutningen bakom de svenska kvalitetsregistren och deras värde är mycket bred; översynen talar om en ”närmast total enighet vare sig man representerar offentlig eller privat hälso- och sjukvård, myndigheter, den akademiska forskningen eller näringsliv”. Man skulle därför kunna beskriva kvalitetsregistren som en postindustriell motsvarighet till Sveriges skog och järnmalm.

Årlig rapport om klinisk forskning (tidigare forskningsboksut)

SKL har tagit fram ett webbaserat verktyg som gör det möjligt att presentera forskning inom landstingen och göra olika typer av jämförelser. Syftet är att ”landstingen/regionerna ska kunna använda en ’Årlig rapport om klinisk forskning i landstingen’ som benchmarking, lära av varandra och ta till sig sådant som man ser har gett positiva resultat i andra landsting/regioner”.

Projektet bygger på ett utvecklingsarbete som Rehnqvistdelegationen inledde våren 2008 för att stödja landstingens arbete med att i rapportform redovisa den kliniska forskning som bedrivs i verksamheten. Enstaka initiativ har tidigare tagits ut i landet, men nu finns alltså ett gemensamt system som kan användas över hela Sverige.

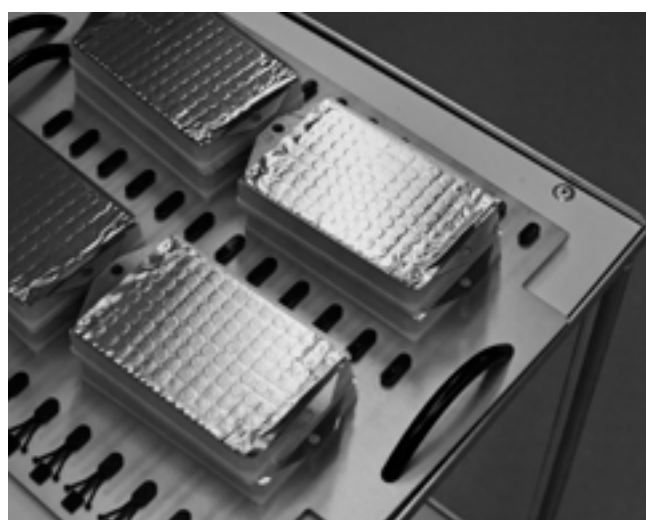
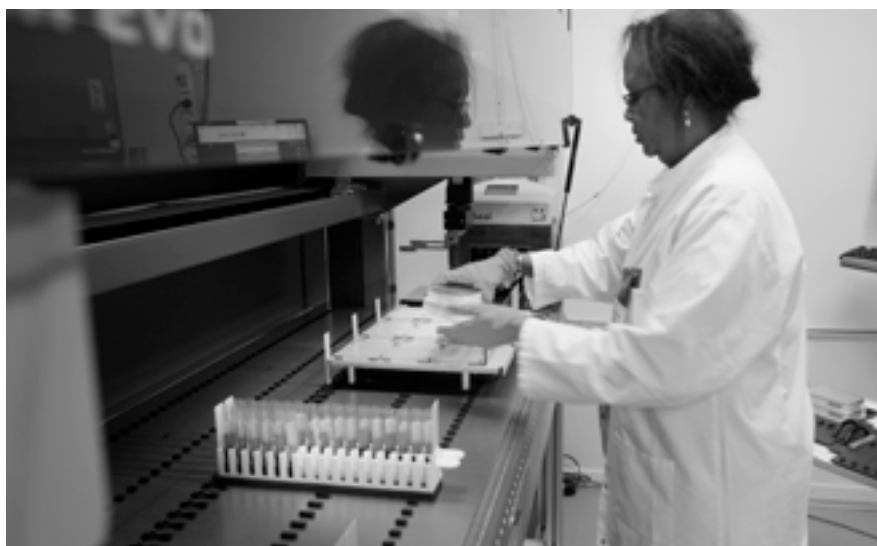
Det webbaserade verktyget gör det möjligt att:

- visa upp den forskning landstingen bedriver
- visa på resultat av den kliniska forskningen
- ge bättre beslutsunderlag för nya beslut
- på nationell nivå redogöra för den kliniska forskningen och dess tendenser.

Första omgången genomfördes 2011. En utvecklad version av verktyget ligger till grund för en undersökning som genomförs våren 2012. Då kommer de förbättringar som forskningen har lett till att redovisas under olika sjukdomsgrupper, till exempel cancer.

Athenapriset för klinisk forskning

Detta forskningspris instiftades 2008 av Rehnqvistdelegationen och tidningen Dagens Medicin för att lyfta fram och stimulera klinisk forskning som skapar nytta i sjukvården. Priset, som är på 150 000 kronor, delas ut av Vinnova och Dagens Medicin med stöd av Läkemedelsindustriföreningen (LIF), SKL, Sweden Bio och Swedish Medtech. Det rör sig knappast om några förändringsdrivande sum-



” I Norra sjukvårdsregionen genomförs en satsning för att öka interaktionen mellan preklinisk och klinisk forskning.

mor, men priset har ändå ett starkt symbolvärde och kan förhoppningsvis stiga i status i takt med att den kliniska forskningen utvecklas. År 2010 gick priset till en cancertillämpning: den så kallade Raypilottekniken vid strålbehandling av tumörer.

Initiativ i sjukvårdsregionerna

I regionerna har en hel rad initiativ tagits, och vi ska här bara göra några representativa nedslag. Till exempel inrättades Gothia Forum i Västra Götalandsregionen våren 2009, vilket är en mötesplats och resurs för klinisk forskning. Senare samma år inrättades Linköping Academic Research Centre (LARC) som ett samarbetsprojekt mellan Landstinget i Östergötland och Linköpings universitet; här kan

kliniska forskare få hjälp med allt från artikel-författande och protokollskrivning till statistiska och hälsoekonomiska beräkningar. I Lund bildades Universitetsmedicinskt centrum Skåne, UMCS, i januari 2010 – ett strukturerat samarbete mellan Region Skåne och Lunds universitet med syfte att stärka forskningens roll. I Norra sjukvårdsregionen genomförs en satsning för att öka interaktionen mellan preklinisk och klinisk forskning – bland annat genom utlysning av kliniska forskningstjänster, vidare en uppbyggnad av nätverket Klinisk Behandlingsforskning Norr (KBN) bestående av kliniska forskningscentra på alla de större sjukhusen och en serviceenhet som kan hjälpa forskare med till exempel forskningsskötorskor och statistiker.

ALF-medlen spelar en helt avgörande roll för finansieringen av den kliniska forskningen i Sverige. När avtalet nu omförhandlas måste systemet inte bara kvarstå som stark finansieringskälla – det måste också ges nya, tydligare former.

Omförhandling av ALF-avtal kan skapa nya möjligheter

ALF-medlen är ett ständigt samtalsämne inom Sveriges medicinska forskarvärld, men systemet som sådant är märkligt svårgripbart. Naturlig centrumpunkt i form av till exempel en webbplats eller ett nationellt kansli saknas, och informationen som kan googlas fram på webben är på samma gång överväldigande och ofullständig.

Ständiga rykten surrar om hur ALF-systemet läcker pengar och används för att täta budgethål inom sjukvårdsproduktionen. Detta stämmer till eftertanke eftersom ett grundläggande problem med ALF-systemet är att det handlar om statliga medel som hanteras av sjukvården.

” **Forskningsfinansiering kan inte bedrivas enligt rättvisepprinciper.**

Då produktionen trots allt har högsta prioritet inom hälso- och sjukvården finns det en potentiell risk att åtminstone delar av ALF-medlen inte utnyttjas enligt utbetalarens intentioner.

Stora krav bör alltså ställas på styrningen av ALF-medlen – dels hur de fördelas, dels hur forskningen som de finansierar följs upp.

Glädjande nog fick Vetenskapsrådet och SBU år 2009 i uppdrag av regeringen att ”utveckla och föreslå en enhetlig modell för uppföljning och utvärdering av klinisk forskning som helt eller delvis finansieras av ALF-medel”, något som bland annat resulterade i rapporten *Transparens och kvalitet*.

Rapporten avslutas med en översikt över hur ALF-medlen fördelas, hur detta organiseras och slutligen hur systemen för uppföljning och utvärdering ser ut. Beskrivningen av hur de olika aktörerna går till väga för att fördela pengarna är minst sagt komplicerad. Läsningen i sig demonstrerar med all önskvärd tydlighet hur överblickbart ALF-systemet har blivit i sin nuvarande tappning.

Det tidigare ALF-avtalet sades upp december 2009 och ett nytt ska nu förhandlas fram av staten å ena sidan, några landsting och regioner å andra sidan. Eftersom uppsägningstiden är fem år har man nu ett par år på sig att komma till en överenskommelse. I en debattartikel i Dagens Nyheter våren 2011 (se faktaruta på sidan 35) flaggade utbildningsministern dock för några ändringar som eventuellt kan komma att genomföras:



- **Utbetalning enligt skarpa kriterier**

Dessa kriterier ska utvärderas och kunna ligga till grund för hur medlen fördelas mellan landstingen sinsemellan. De bör innefatta omfattning och nivå på den kliniska forskning som bedrivs.

- **Krav på kliniska prövningar för ALF-pengar**

Deltagande i klinisk prövning ska kunna påverka storleken av ALF-medlen för respektive landsting.

Sveriges läkarförbund publicerade 2011 en egen kartläggning av hur ALF-medlen används. I samband med detta fastslog man några viktiga utgångspunkter inför de kommande förhandlingarna, bland annat en ALF-resurs som motsvarar minst 1 procent av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten samt en satsning på fler yngre

forskare – ”den kliniska forskningens framtid”.

En av de punkter där Läkarförbundets och Cancerfondens åsikter går isär är huruvida delar av ALF-medlen ska fördelas i nationell konkurrens. Läkarförbundets utgångspunkter är en fortsatt regional fördelning och decentraliserad konkurrens. Cancerfonden, däremot, följer sin sedvanliga princip om att det bör vara projektens vetenskapliga kvalitet och värde för hälso- och sjukvården som bör ligga till grund för hur medlen fördelas. Det geografiska läget i landet borde vara en underordnad faktor när man avgör vilken forskning som ska gynnas. Forskningsfinansiering kan inte bedrivas enligt rättvisepprinciper utan måste bygga på vetenskaplig konkurrens. Om inte den bästa forskningen premieras är det i slutänden patienterna som får betala.



Cancerfonden föreslår följande:

2/3 av ALF ska fördelas på nationell nivå

Förutom att detta rent allmänt slussar forskningspengarna till den bästa forskningen kommer systemet också att gynna gränsöverskridande samarbeten mellan regioner, baserade på stora patientpopulationer – något som är nödvändigt för högklassig forskning i ett så litet land som Sverige.

1/3 av ALF ska fördelas regionalt

Formerna för denna fördelning kan baseras på lokala överenskommelser mellan landstingen/regionerna i fråga och staten; detta för att ge så stor handlingsfrihet som möjligt för landsting och regioner.

Nationella prioriteringskommittéer inrättas

Förslagsvis kan VR vara huvudman för en fördelningsorganisation som bygger på ett ansökningsförfarande av sedvanlig ”akademisk” typ. Detta minskar risken för jäv och

svågerpolitik, och gör dessutom hela ALF-systemet mindre personalkrävande.

ALF-medel ska kunna användas till kliniska forskartjänster

Finansieringen ska kunna användas till rekrytering på olika nivåer och till och med skapa möjligheter för landstingen att bekosta ”sina egna” kliniska forskare.

VR ska ansvara för uppföljning och utvärdering

Här kan man utgå från modellen som beskrivs i *Transparens och kvalitet*.

Landstingen ska avsätta en ökad del av hälso- och sjukvårdsbudgeten för forskning

Systemet ska bygga på en tydlig ekonomisk målstyrning och utvärdering som övervakar att den kliniska forskningen blir en FoU-investering, inte en utgiftsbörda för vården. Genom till exempel minskade kostnader för effektiviserad läkemedelsanvändning och färre onödiga ingrepp ska sjukvårdskostnaderna kunna sänkas.

På basis av ett regeringsuppdrag har Vetenskapsrådet och Vinnova lagt fram ett förslag till en ny, självständig finansieringsstruktur för forskning som utgår från hälso- och sjukvårdens behov. Förslaget, benämnt Svensk behandlingsforskning (SBF), är av avgörande betydelse för den kliniska forskningens framtid i Sverige och det vore ett misstag att förbigå det.

Ny finansieringsstruktur för klinisk forskning på väg

I december 2009 gav Näringsdepartementet i uppdrag till Vetenskapsrådet (VR) och Vinnova att "ta vidare det förbättringsarbete för samverkan inom den kliniska forskningen" som påbörjats av Rehnqvist-delegationen. Efter analys av det befintliga utredningsmaterialet valde de båda organisationerna att ta fram, konkretisera och förankra ett förslag till en ny finansieringskälla för så kallad behandlingsforskning (se definitionsruta). Med hjälp av fakta och synpunkter från representanter för hälso- och sjukvården, universiteten, regeringen och näringslivet

presenterade de båda organisationerna sitt gemensamma förslag i maj 2011.

Svensk behandlingsforskning – ett förslag för ökad samverkan inom den kliniska forskningen beskriver "en självständig struktur" för finansiering av forskning inriktad på behoven inom hälso- och sjukvården – forskning som tenderar att hamna utanför andra finansieringsformer. Det handlar om stora summor – gemensamt från staten och landstingen – som verkligen ska få saker att hända; fullt utbyggt föreslås finansieringssystemet fördela 500 miljoner kronor per år. Den första verksamhetsdagen skulle vara den 1 januari 2013, och första utlysningsomgången skulle genomföras samma år.

Förslaget kännetecknas bland annat av följande:

VR och Vinnova definierar begreppet behandlingsforskning

"Den kliniska behandlingsforskningen tar sig an frågeställningar som utgår från hälso- och sjukvårdens behov, som fyller kunskapsluckor och som utvecklar behandlingar (i form av en teknik, läkemedel eller metod) genom att utvärdera effekt, säkerhet och kostnader. Forskningen syftar till att bidra till en bättre hälsa med ökad livskvalitet, ökad tillväxt och minskade samhällskostnader."

• Självständig finansieringsstruktur

SBF är en självständig struktur för finansiering av forskning som fokuserar på hälso- och sjukvårdens behov. En målsättning är att SBF ska hjälpa fram forskning som ingen offentlig finansiär ansvarar för i dag. Det finns alltså ing-



Jan Björklund ”Forskningen på patienter måste öka för vårdens skull”

Den 24 maj 2011 publicerade utbildningsminister Jan Björklund en uppmärksamrad debattartikel i Dagens Nyheter där han målade upp den problembild som beskrivits av bland annat Stendahrapporten. Han konstaterade därefter följande:

”Det är i högsta grad ett nationellt intresse att bibehålla den höga nivån på den medicinska forskningen. Men det förutsätter kraftfulla förändringar i samarbetet mellan å ena sidan landstingen och å andra sidan universiteten och läkemedelsföretagen.”

Slutligen redovisade Björklund sin bedömning av åtgärder som kan komma att behöva vidtas:

1. Sätta upp skarpa kriterier för utbetalning av ALF-medel.
2. Göra en koppling mellan ALF-medlens storlek och hur många kliniska prövningar som genomförs.
3. Kvalitetssäkra begreppet ”universitetssjukvård”.

Artikeln präglades av stor pondus, men den har inte följts upp av några liknande utspel från Utbildningsdepartementet.

en koppling till ALF-medel, övriga VR- eller Vinnova-medel och inte heller till externa finansiärer.

• Praktisk och metodinriktad

Forskningsprojekten ska utgå från aktuella behov och problem inom sjukvården, vara inriktade på behandling och diagnostik och bygga på patientstudier. Resultaten ska snabbt kunna omsättas i klinisk praktik – högst inom några år.

• Fokus på samverkan

Finansieringen ska gynna samarbete mellan dels olika landsting, dels landsting, universitet och industri. SBF ska skapa möjligheter att förverkliga samarbetsprojekt som är för dyra för att finansieras lokalt.

• Höga kvalitetskrav

De vetenskapliga kraven ska vara mycket höga när det gäller frågeställningar, samarbete, metodik och relevans. Kort sagt: SBF-projekt ska vara statusprojekt. Löpande uppföljning och kontinuerlig utvärdering ska se till att kvaliteten

upprätthålls under hela projektiden.

Under försommaren 2011 framstod SBF som en politisk ”smashboll”, inte minst efter det att utbildningsminister Jan Björklund presenterade en uppmärksamrad debattartikel i DN (se ruta ovan). När budgetpropositionen för 2012 lades fram den 20 september visade det sig dock att förslaget hade lämnats utan åtgärd – sannolikt på grund av den under sommaren hastigt försämrade världsekonomin. Besvikelsen var stor i många läger, och en osäkerhet har naturligtvis spridit sig sedan dess om det verkligen finns en solid politisk enighet bakom regeringens insatser för den kliniska forskningen.

Hoppet står nu till forskningspropositionen 2012. Det är då regeringen får bekänna färg om de verkligen vill ”visa handlingskraft och tydligt markera att stat och landsting vill att hälso- och sjukvården ska vara en ledande kunskapsintensiv framtidssektor med öppenhet för svenskt och internationellt näringsliv”. SBF utgör en hörnsten när vi utvecklar Sverige som världsledande klinisk forskningsnation, och utan den kommer det att bli ett betydligt ostadigare bygge.

Det råder stor enighet om att den svenska sjukvården är i desperat behov av ”en ny giv” för att bemöta en åldrande befolkning, nya behandlingsmetoder och ökande kvalitetskrav. Klinisk forskning är nyckeln till framtiden.

Pengar, handlingskraft och politiskt mod krävs för att nå ända fram

Den som samlar åsikter om ”Sverige efter Stendahlrapporten” kan snabbt konstatera att uppfattningarna går vitt isär bland insatta personer. Somliga berömmar de initiativ som nu görs på bred front och ser optimistiskt på utvecklingen. Andra hävdar att det visserligen uträttas ett och annat, men att det är alldeles för lite och att status quo kommer att fortsätta råda inom sjukvården – en situation där sjukvårdssproduktionen står i rampluset och den kliniska forskningen får fortsätta smyga omkring i kulisserna. De värsta olyckskorparna sprider pessimistiska rykten, till exempel att SBF kommer att ersätta ALF-systemet och att mängden pengar inte kommer att öka i realiteten.

Hur man än bedömer framtidsutvecklingen är man rörande överens på tre punkter. Den första är att det är färdigutrett nu – underlaget som finns räcker mer än väl för att fatta ansvarsfulla och överskådliga beslut. Den andra är att om det ska göras en satsning på klinisk forskning kan den inte skjutas upp. Framtiden står och bankar på dörren. Den tredje är att det dubbla huvudmannaskapet vid universitetssjukhusen kan utgöra en källa till problem. Att utveckla fungerande och hållbara samarbetsformer mellan regioner/landsting och akademi måste därför utgöra en av de högst prioriterade uppgifterna.

Cancerfondens analys är att det som hittills har gjorts är ”nödvändigt men inte tillräckligt”



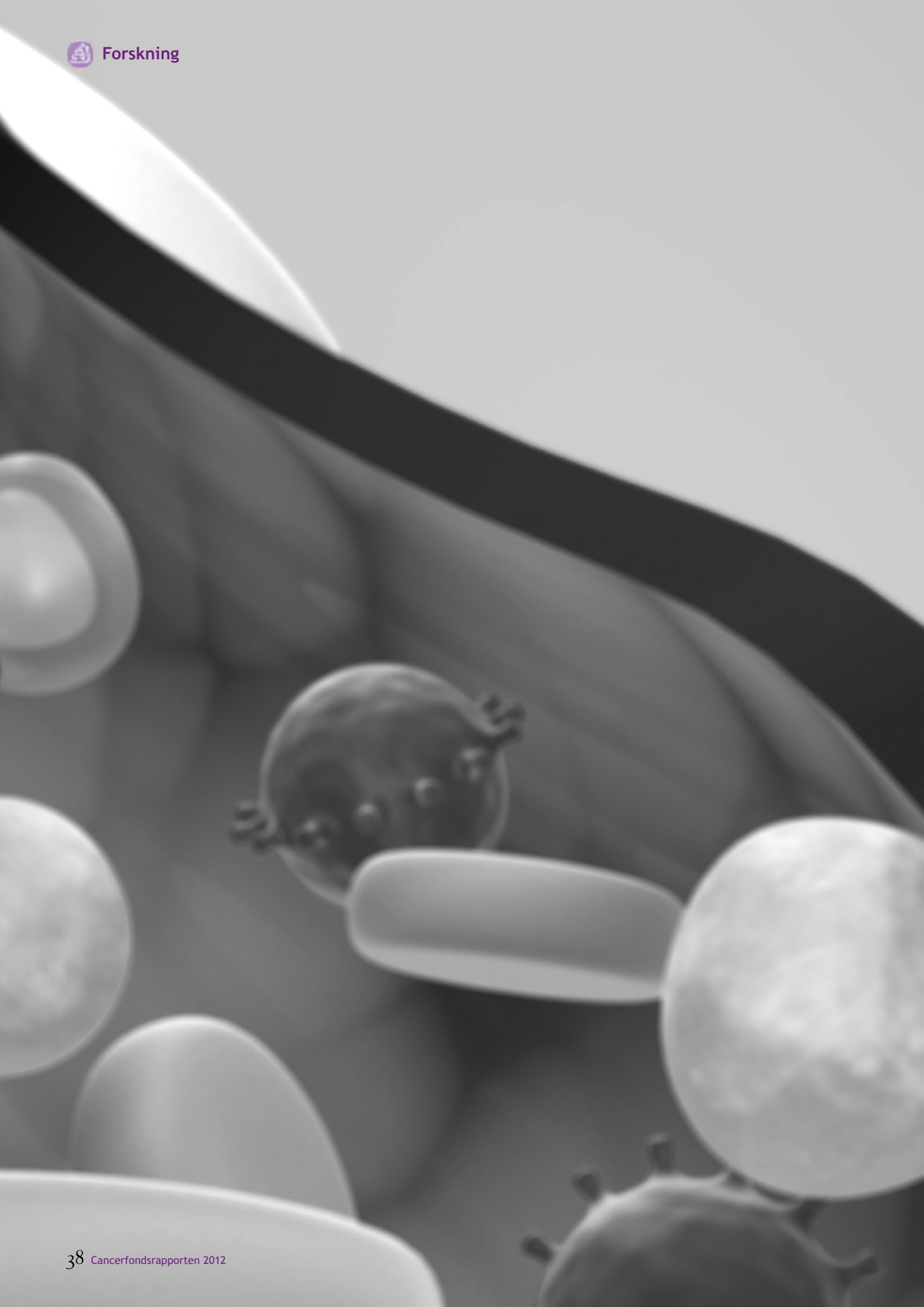
för att förändra hälso- och sjukvårdssystemet i grunden. Ekipaget har så att säga kommit i rullning i rätt riktning, men det har ännu inte samlats så mycket rörelsemängd att det kan rulla av sig själv. Det återstår många år av, för många organisationer, både plågsamma och röriga omvandlingar, vilka kommer att kräva

pengar, handlingskraft och politiskt mod. Det viktigaste just nu är följande:

1. Låt inte utredningarna bli en hyllvärmare.
2. Skapa ett ändamålsenligt och framtidsanpassat ALF-avtal.
3. Klubba igenom SBF.

” **[Medicinsk forskning] är en verksamhet alla vinner på: samhället genom bättre hälsa i befolkningen, vården genom mer effektivt utnyttjande av resurser och en ökad medicinsk kunskapsnivå, industrin genom återbäring av FoU-investeringar och akademien genom mer resurser och att fler relevanta hypoteser kan ställas.** ”

Rehnqvistdelegationen



Årets upptäckter

Cancerforskning gör hela tiden framsteg. En del forskning sker nära behandlingen och har relativt omedelbar effekt för patienterna. Annan forskning rör sig på en mer grundläggande nivå. Ingen är viktigare än den andra, snarare är de varandras förutsättningar. I år presenterar vi tre svenska forskningsprojekt som alla har eller kommer att få stor betydelse för cancervården.

Screeningmammografi har hittills byggts på en förhållandevis sofistikerad röntgenmetod där bröstens vävnader i olyckliga fall kan skymma eventuella tumörer. Med ”tredimensionell” skiktröntgen hoppas forskare vid Skånes universitetssjukhus att göra screeningen mer tillförlitlig.

Effektivare mammografi med tredimensionell röntgenmetod?

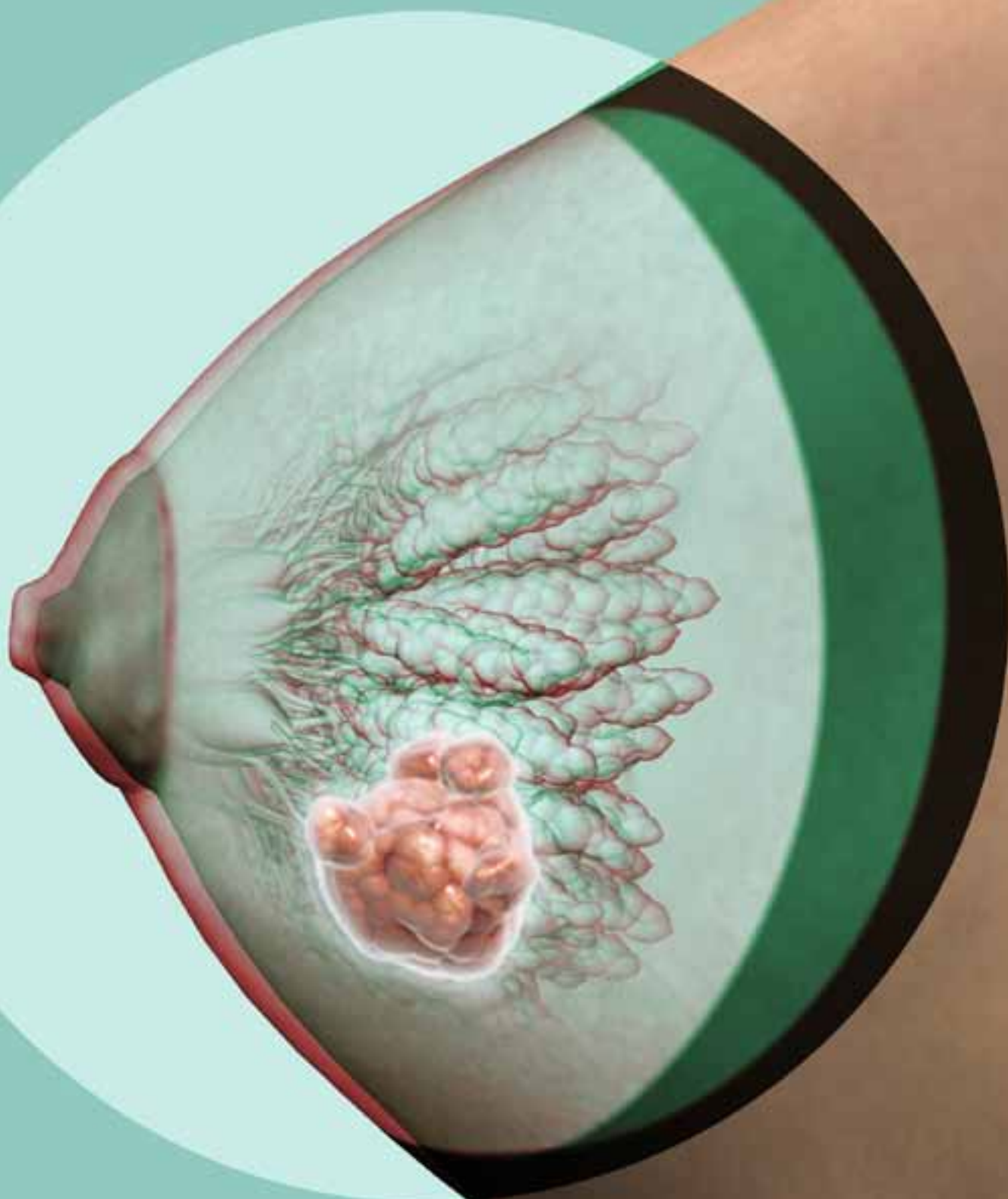
Sverige har sedan 1980-talet varit ledande när det gäller screeningmammografi och i dag kallas alla kvinnor mellan 40 och 74 år regelbundet till hälsoundersökning. Screening är en viktig preventiv verksamhet som gör att många tumörer upptäcks i ett tidigt skede, men under det senaste decenniet har forskningen blivit mer uppmärksam på den förbättringspotential som finns.

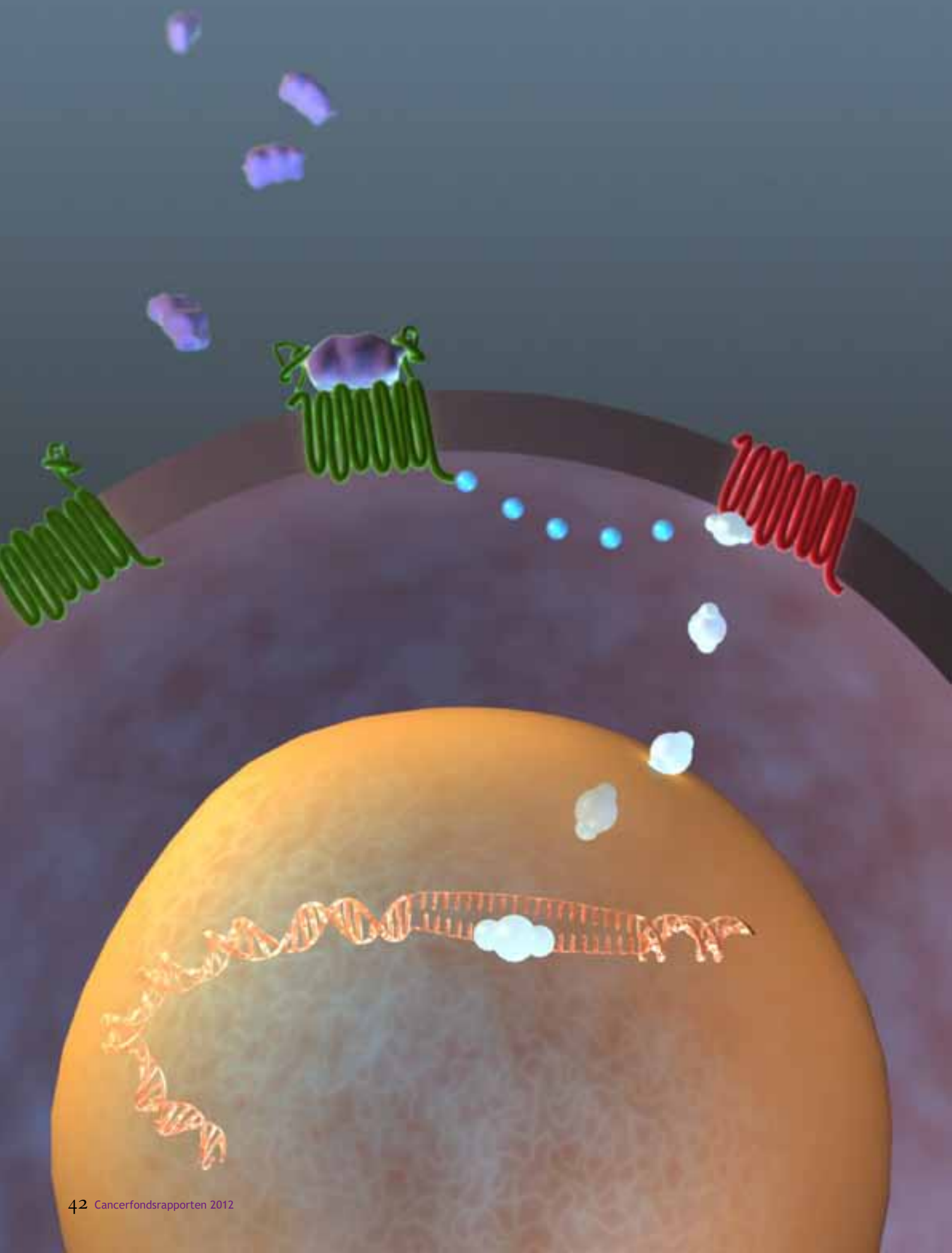
Sophia Zackrisson vid Skånes universitetssjukhus/Lunds universitet har under flera år, tillsammans med kollegerna i forskargruppen, bedrivit forskning utifrån både ”mjuka” och ”hårda” frågor med anknytning till mammografin, till exempel överdiagnostik samt så kallat ”nej tack”-beteende där kvinnor av olika skäl avstår från undersökning. Hennes pågående projekt kretsar kring en ny typ av så kallad skiktröntgen som i enskilda studier har visat sig vara bättre på att upptäcka tumörer än traditionell mammografi.

Metoden kallas brösttomosyntes och bygger på en rörlig röntgenkamera och datorkraft. Vid undersökningen rör sig kameran i en båge kring bröstet och tar 25 bilder ur olika vinklar. Detta

ska jämföras med den vanliga metoden där endast två vinkelräta bilder tas. Efteråt processas bildinformationen av en kraftfull dator och resultatet blir en 3D-modell av typen ”färdigskuren limpåse” där röntgenläkaren kan ”bläddra” genom bröstets inre. Detta gör det möjligt att upptäcka tumörer som ur de normala bildvinklarna skymms av annan bröstvävnad, till exempel tät körtelvävnad. Metoden ger även användbar klinisk information om tumörens läge, form och utsträckning. En ytterligare fördel är förhoppningsvis att metoden kan minska antalet ”falsklarm”.

Trots att det medicinska bildområdet har genomgått en smärre revolution är det märkligt nog ingen som tidigare har utvecklat uthålliga metoder för screeningmammografi med skiktröntgen. Metoden ska nu testas i stor skala och få bekänna färg genom en brett upplagd studie. 15 000 slumpmässigt utvalda kvinnor kommer att få göra två parallella undersökningar – mammografi och brösttomosyntes – vid den ordinarie hälsoundersökningen vid respektive landstings mammografienhet. Projektet startade 2010 och kommer att pågå under flera år.





Signalkedjor som innefattar proteinet hedgehog (Hh) är av universell betydelse för cellers tillväxt och specialisering. En grupp vid Karolinska Institutet studerar hur felaktig hedgehogsignalering kan leda till tumörutveckling.

KI-forskare studerar felaktig hedgehog-signalering

Hedgehog upptäcktes och studerades först i samband med embryonalutveckling. Jämförelser mellan olika arter visade att Hh ur evolutionärt perspektiv representerar en mycket gammalt signalkedja som fungerar ungefär likadant hos insekter och människor. Idag vet man att Hh är inblandad i ett antal grundläggande livsprocesser hos kroppens celler, till exempel tillväxt och differentiering. I enlighet med detta har forskarna kunnat visa att Hh bland annat spelar en viktig roll vid vävnadsregeneration, likaså vid stamcellers tillväxt och mognadsprocess.

När något i detta kraftfulla signalsystem går fel kan resultatet bli att de berörda cellerna omvandlas till tumörceller, vilket man har kunnat påvisa vid flera olika cancersjukdomar. En grupp vid Karolinska Institutet under **Rune Toftgård** studerar förekomsten av och mekanismerna bakom felaktig Hh-signalering vid bland annat hudcancer, bröstcancer och bukspottkörtelcancer.

Gruppen har fått mycket uppmärksamhet för sin forskning om basalcancers, där man vet att så gott som alla tumörer uppvisar felaktig Hh-signalering. Studierna utgår från hypotesen

att tumörutvecklingen har en stark koppling till mekanismer för normal embryoutveckling och vävnadsregeneration. En intressant upptäckt skedde nyligen då man i hudens hårlikliklar hittade ett "formligt menageri" av olika typer av stamceller med förmåga att både röra sig och ändra egenskaper.

Det är inte särskilt förvånande att cancerläkemedel med den särskilda förmåga att blockera Hh-signaleringen utgör ett hett och intressant spår inom både de akademiska och industriella världen. Ett sådant preparat, vismodegib, godkändes av den amerikanska läkemedelsmyndigheten, FDA i januari 2012 för just behandling av aggressiv basalcancers. Men medan de flesta inom området söker "targets" i början av Hh-signalkedjan söker Toftgård och hans kolleger efter en så kallad GLI-hämmare som inhiberar själva slutsteget, där en transkriptionsfaktor – det vill säga "av- eller på-signal" – binder till DNA-molekylen. Sökandet efter en GLI-hämmare är en djärv och innovativ ansats som, om man når ända fram, kommer att öppna nya möjligheter till behandling och ge genklang inom forskarvärlden.

En forskargrupp i Linköping kartlägger tålmodigt signaltrafiken i blodceller under omvandling. I myllret av detaljer framträder bland annat ny kunskap om tumöromvandlingen vid leukemi.

Linköpingsforskare avslöjar detaljer vid leukemicellers tumöromvandling

Kroppens bildning av blodceller, hematopoesen, äger rum i benmärgen och utgår från så kallade multipotenta stamceller som bland annat kan omvandlas till röda blodkroppar, blodplättar och olika typer av vita blodkroppar. I sällsynta fall går något fel och resultatet blir leukemiceller, det vill säga maligna versioner av "misslyckade" vita blodkroppar.

En grupp i Linköping, ledd av professor **Mikael Sigvardsson**, har specialiserat sig på att studera de inre förloppen i blodceller som utvecklas och differentieras. Det kan beskrivas som en slags intellektuell dissektion där en alltmer detaljerad kunskap om studieobjektet framträder – i det här fallet mognadsprocessen från stamcell till mogen cell. Dels handlar det om signaltrafiken som styr olika förlopp inuti cellen, dels om vilka delar av arvsmassan som "slås på och stängs av". Varje steg i omvandlingen utgör en egen forskningsutmaning: hur går cellen från ett stadium till ett annat?

Genom att studera och jämföra leukemiceller med deras friska motsvarigheter hoppas gruppen kunna ge oss en mer detaljerad bakgrunds-

bild av vad som sker vid tumöromvandlingen. Man försöker också spåra skillnader mellan leukemiceller från olika patienter för att hitta ledtrådar som är kliniskt användbara. Finns det enzymer eller receptorer som kan vara mål för nya läkemedel? Går det att koppla skillnader i sjukdomsbilden till egenskaper på molekylnivå, till exempel i form av olika slags mutationer? Varför är en behandling framgångsrik i vissa fall och i vissa fall inte? Vad sker när leukemiceller utvecklar resistens?

Exempel på proteiner som är av intresse är så kallade transkriptionsfaktorer, det vill säga arvsmassans "av- och på-knappar" vilka samverkar i ett komplicerat nätverk och styr utveckling och differentiering. Exempel på sådana som Linköpingsgruppen har studerat är EBF1, PAX5 och E2A, alla på det ena eller andra sättet inblandade i normal cellmognad såväl som tumöromvandling. Vid en övervägande majoritet av alla barnleukemier kan man påvisa mutationer i transkriptionsfaktorer – något som visar att de är av central betydelse i de förlopp när friska, "lydiga" celler blir aggressiva, kaotiska cancerceller.



Framgångsrik cancerforskning bedrivs ofta över gränserna, i samarbete mellan forskare och institutioner i olika länder. Men det är också konkurrens mellan länder och lärosäten. Varje år gör Cancerfondsrapporten en rankning av de mest framstående länderna och institutionerna.

Europas samlade cancerforskning större än USA:s



USA är den dominerande nationen inom den globala cancerforskningen. Jämfört med Storbritannien, som ligger på andra plats i Cancerfondsrapportens ranking, är cancerforskningen sex gånger så stor i USA.

Lägger man samman de EU-länders cancerforskning som finns på topp 20-listan är Europa större än USA. Italien är, trots skakiga statsfinanser, på fjärde plats bland världens cancerforskande nationer. Sverige återfinns på 13:e plats. Bland lärosäten är svenska institutioner bra med. Karolinska Institutet (KI) och Uppsala universitet behåller i stort sett sina positioner.

Att mäta cancerforskningens framgångar och cancerforskarens resultat på kort sikt är inte alldeles enkelt. Det finns ingen absolut sanning om vad som omedelbart är en banbrytande upptäckt och vad som inte är det. Det händer att upptäckter inom forskningen som till en början

visar sig obetydliga i ett sammanhang blir helt avgörande i ett annat.

Men det finns ett instrument som används om man vill bilda sig en uppfattning om i vilken grad forskningen uppfattas som intressant eller inte. Metoden kallas bibliometri och baseras på artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

I bibliometrin utgår man ifrån att värdet av ett forskningsresultat påvisas genom närvaron i den medicinska fackpressen. Exempelvis kan man mäta hur ofta en artikel i en medicinsk tidskrift citeras av andra forskare när de publicerar sina egna forskningsresultat. Sådana citeringar kan anses vara en bekräftelse på värdet av den ursprungliga artikeln och därmed dess nivå på forskningen.

Med hjälp av denna metod låter Cancerfonden varje år Vetenskapsrådet göra en ranking av länder och internationella lärosäten.

Så här fungerar bibliometri

Bibliometri är en vetenskap som försöker hitta verktyg för att utvärdera omfattning och kvalitet på pågående forskning. Som ett första steg räknas hur många artiklar forskarna publicerat i vetenskapliga tidskrifter och hur många gånger de sedan citerats av andra forskare. Genom att bedöma ytterligare parametrar kan man mer exakt försöka mäta kvaliteten på forskarnas artiklar.

I rankingen över de organisationer som har publicerats flitigast har endast artiklar i cancer-tidskrifter räknats.

Ingen av de multidisciplinära tidskrifterna finns med, som till exempel Nature, Science och Cell, där de stora genombrotten brukar publiceras. Uppskattningsvis publiceras endast hälften av all cancerforskning i cancer-tidskrifter, vilket innebär att listan eventuellt skulle ha sett annorlunda ut om samtliga cancerartiklar hade kunnat räknas. I dag finns det inga heltäckande metoder för att avgränsa alla artiklar med cancer. Bibliometrisk analys är en vetenskap under snabb utveckling som, med sina fel och brister, kan användas för jämförande analyser.

För Cancerfonden är den i första hand ett sätt att utvärdera genomslaget av svensk cancerforskning i ett internationellt perspektiv.

Rankning av länder

	Land	Antal citat	Antal publikationer per år	Andel topp 5-procent utan självcit
1	USA	116 031	11 041	7,7 %
2	Storbritannien	21 416	2 159	5,5 %
3	Tyskland	20 463	2 349	4,0 %
4	Italien	18 023	2 142	3,5 %
5	Japan	15 668	2 583	2,0 %
6	Frankrike	14 548	1 667	3,9 %
7	Kanada	13 825	1 348	4,9 %
8	Nederländerna	11 308	1 104	5,0 %
9	Kina	8 249	1 463	1,7 %
10	Spanien	7 709	806	3,9 %
11	Australien	7 533	715	4,2 %
12	Belgien	6 409	503	5,3 %
13	Sverige	6 284	705	3,9 %
14	Schweiz	6 178	561	5,4 %
15	Sydkorea	4 424	758	1,8 %
16	Österrike	3 599	359	3,9 %
17	Danmark	3 355	345	3,9 %
18	Taiwan	3 035	440	1,6 %
19	Grekland	2 968	486	2,2 %
20	Israel	2 770	310	3,1 %

Sverige dominerar i Norden

Rankningen av länder omfattar endast cancer-tidskrifter och är begränsad till de nationer som har minst 200 publikationer i databasen Web of Science mellan åren 1999 och 2009. Rangordningen är baserad på hur många citeringar ett land har efter att självcit (citat i artiklar där författarna hänvisar till egna, tidigare publicerade artiklar) rensats bort.

Förhållandet mellan de 20 viktigaste nationerna inom cancerforskningen är relativt stabilt, så när som på ett par undantag. Kina som för ett par år sedan slog sig in på topp 20-listan fortsätter att avancera. Förtroendet bland övriga forskare för den kinesiska cancerforskningen är dock ännu ganska lågt. De kinesiska forskarna ligger på 1,5 procent av de 5 procent mest citerade artiklarna, vilket är mer än två procentenheter under exempelvis Sverige.

Bland de nordiska länderna är Sverige fortfarande mest framträdande. Finland, som länge legat högt upp i rankningen, började tappa lite förra året och har i år trillat ut från topp 20-listan. Antalet publiceringar är mer eller mindre konstant men andelen artiklar bland de 5 procent mest citerade sjunker.

Storbritannien tvåa efter USA

USA behåller sin dominans i cancerforskningen. Drygt 11 000 artiklar är skrivna av forskare verksamma i USA, medan tvåan Storbritannien kommer upp i drygt 2 000 artiklar. Ser man till citeringarna är USA:s dominans lika tydlig.

Ökningstakten för den globala cancerforskningen håller i sig. Likaså samarbetet mellan forskare, både inom länder och över nationsgränserna. Antalet författare per publikation fortsätter att öka.

Rankning av lärosäten

	Organisation	Land	Antal citeringar	Antal publikationer
1	University of Texas/MD Anderson	USA	81 216	1 078
2	Harvard University	USA	61 170	681
3	Memorial Sloan-Kettering	USA	44 963	495
4	National Cancer Institute	USA	42 838	724
5	University of Michigan	USA	31 150	296
6	Duke University	USA	29 367	288
7	University of California, San Francisco	USA	27 733	307
8	Dana Farber Cancer Institute	USA	24 629	306
9	Johns Hopkins University	USA	23 838	241
10	University of California, Los Angeles	USA	22 863	269
11	Mayo Clinic	USA	21 987	327
12	Karolinska Institutet	Sverige	21 470	382
13	Ohio State University	USA	20 972	227
14	University of Toronto	Kanada	20 312	353
15	University of Pennsylvania	USA	19 522	241
16	University of Pittsburgh	USA	19 072	273
17	Massachusetts General Hospital	USA	18 750	214
18	Brigham & Womens Hospital	USA	16 198	231
19	Stanford University	USA	16 106	212
20	University of North Carolina	USA	15 781	193
79	Uppsala universitet	Sverige	5 465	130
101	Lunds universitet	Sverige	4 376	94
102	Skånes universitetssjukhus	Sverige	4 217	99
103	Göteborgs universitet	Sverige	3 607	77
104	Umeå universitet	Sverige	2 414	57
105	Linköpings universitet	Sverige	1 911	46

Publikationer och citeringar per lärosäte och nation räknas fram på olika sätt.
Man kan med andra ord inte addera siffrorna för lärosäten och få fram en summa för nationen.

Svenska lärosäten allt bättre

Bryter man ner rankningen av cancerforskning på lärosäten och institutioner blir den amerikanska dominansen om möjligt ännu tydligare. Av de 20 högst rankade forskningsinstitutionerna ligger 17 av dem i USA.

Bara en europeisk organisation återfinns på topp 20-listan – och den är svensk. Karolinska Institutet, KI har sedan mätningarna började en stabil position i mitten av fältet.

Svenska lärosäten, vid sidan av KI, behåller

sin betydelse inom den globala cancerforskningen. Universitetet i Lund har länge legat relativt högt i rankningen. Från och med i år är dock redovisningen av forskningen uppdelad mellan Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus. Det gör att de två lärosätena var för sig sjunker i rankningen, men slår man ihop resultaten ligger de gemensamt kvar kring plats 40.

Uppsala behåller sin förbättrade position från förra året och Umeå, Göteborg och Linköping ligger runt de 100 bästa i världen.



Den ojämlika cancer- vården

— stor skillnad i överlevnad mellan
socioekonomiska grupper

Cancerpatienter i grupper med hög socioekonomisk status har större chans att överleva en cancerdiagnos än patienter från socioekonomiska grupper med låg status. Skillnaden i 5-årsöverlevnad mellan patienter i den högsta respektive lägsta socioekonomiska gruppen i Sverige är över 10 procent för män och över 11 procent för kvinnor.

Sedan mitten av 1980-talet har överlevnaden ökat bland alla cancerpatienter i Sverige. Däremot är skillnaden i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper konstant.

Någonstans i systemet finns inbyggda orättvisor som den medicinska utvecklingen och omhändertagandet ännu inte rått på.

Sverige har en lång, demokratisk tradition. I andra delar av världens ses Sverige fortfarande som en förebild i arbetet med att försöka utjämna sociala orättvisor och åstadkomma jämlikhet.

Ojämligheter i vården en spegel av samhället

Ambitionen ett jämställt samhälle finns bland annat formulerad som en paragraf i Hälso- och sjukvårdslagen:

Mål för hälso- och sjukvården

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).

Jämfört med många andra länder placerar sig Sverige också högt i olika sätt att mäta hälsa. Överlevnadstalen i cancerdiagnoser hör till de högsta i världen. Men även solen har sina fläckar.

En sanning bland epidemiologer och forskare i socialmedicin är att socioekonomiska skillnader i folkhälsa är den kanske tydligaste spegeln av ojämlikheter i samhället. Att vissa grupper har högre sjuklighet och dör tidigare än andra är ett starkt bevis på skillnader i grundläggande livsvillkor. På en global nivå är detta mycket tyd-

ligt. Skillnaden i medellivslängd för befolkningar i olika delar av världen är stor. Mellan kvinnor i det rika Japan och det fattiga Zimbabwe skiljer det över 50 år i medellivslängd. Men även inom befolkningar och nationer i västvärlden, som haft en mångårig demokratisk och ekonomisk utveckling och där fattigdom, undernäring och hög barnadödlighet inte existerar, finns det förvånansvärt stora sociala skillnader i dödlighet när man jämför grupper med samma grunddiagnos. Sverige är inget undantag.

I utredningen om den nationella cancerstrategin nämns de socioekonomiska skillnaderna som en viktig fråga:

”Särskilda insatser behöver göras för att minska skillnader mellan befolkningsgrupper

Människor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden löper större risk att insjukna och dö i cancer. Skillnaderna är till största delen kopplade till samverkande faktorer, såsom olika livsstilsfaktorer. Befolkningen i Sverige är numera heterogen vad gäller etnisk och kulturell bakgrund. Information och andra pre-

Socioekonomisk indelning

Socioekonomisk status, SES, och socioekonomiska grupper kan delas in efter olika kriterier. Det kan vara utbildningsnivå, inkomst, bostadsområde, yrkeskategori etcetera. Erfarenhetsmässigt har det visat sig att vilka kriterier man än använder sig av när man studerar kopplingen mellan social status och hälsa blir utfallet likartat. Socialstyrelsen har i sin rapport *Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning* valt att använda utbildning som sorteringskriterium.

- Beteckningen **låg** definieras med förgymnasial utbildning.
- Beteckningen **mellan** definieras med 2- eller 3-årig gymnasialutbildning.
- Beteckningen **hög** definieras med eftergymnasial utbildning inklusive forskarutbildning.

ventiva insatser bör anpassas därefter. Det finns tecken som tyder på ökade sociala ojämlikheter i hälsa i framtiden, inklusive exponering för cancerrisker och tillgång till den bästa vården.

De socioekonomiska skillnaderna behöver ges större uppmärksamhet i framtiden. Vid sidan av etiska och demokratiska skäl för detta finns här en stor potential i att reducera den totala sjukligheten och dödligheten i cancer.”

Uppseendeväckande resultat

Våren 2011 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Rapporten är ett första steg i linje med förslagen i utredningen om den nationella cancerstrategin. Resultaten ska fungera som en baslinje för fortsatta uppföljningar.

I rapporten konstateras att de socioekonomiska skillnaderna är större än de regionala skillnader i cancervården som tidigare uppmärksammats, inte minst i Cancerfondsrapporten. Parallellt med Socialstyrelsens arbete pågår en del forskning på de regionala cancercentrumen, RCC.

I Socialstyrelsens rapport har man tittat närmare på tolv vanliga cancerdiagnoser. Patientunderlaget är indelat i tre olika socioekonomiska grupper, hög, mellan och låg.

Lägger man samman de undersökta diagnoserna är risken att insjukna i cancer jämnt fördelad mellan de tre olika socioekonomiska grup-

perna, medan chansen att överleva är betydligt högre för dem med hög socioekonomisk status.

Livsstil påverkar

En starkt bidragande orsak till hur stor risk man löper att drabbas av cancer är hur man lever sitt liv. En tredjedel av alla drygt 55 000 cancerdiagnoser som ställs i Sverige varje år skulle kunna undvikas genom ändrad livsstil och andra miljöpåverkande faktorer. Rökning, kost och motion, sol samt alkohol är kända faktorer som påverkar cancerrisken.

Utslaget på alla cancerdiagnoser är det relativt liten skillnad i förekomsten av cancer mellan den högsta och lägsta socioekonomiska gruppen. Ser man däremot till enskilda diagnoser är det ibland stora skillnader i insjuknande.

Det finns tydliga sociala skillnader i livsstil och beteende som kan påverka risken att utveckla cancersjukdomar. Rökning, som orsakar nästan all lungcancer, är vanligast i den lägsta socioekonomiska gruppen. Exponering för stark sol som ökar risken för malignt melanom, är i dag kopplat till möjligheten att göra semesterresor utomlands, vilket är vanligare i mer välbeställda grupper. Antalet fall av prostatacancer speglar benägenheten för PSA-testning, vilket är vanligare bland män i de högre socioekonomiska grupperna. Skillnaden i antalet fall av bröstcancer har kopplats till bland annat skillnader i mönstret för barnafödande. Det är väl känt att hög ålder vid första barnets födelse och att föda få barn – något som är vanligare bland högutbildade – ökar risken för bröstcancer senare i livet.

” Vi drar slutsatsen att socioekonomiska skillnader avseende behandling och dödlighet för män med ’high risk’ prostatacancer existerar även inom sjukvårdssystem med mål att erbjuda vård på lika villkor för alla medborgare”.

European Journal of Cancer, augusti 2011.

Även hörsamhet för kallelse vid mammo-
grafiscreening påverkas av sociala skillnader.
Här finns med andra ord ett stort behov av sär-
skilda insatser med fokus på både primär- och
sekundärprevention.

Att identifiera grupper och områden där in-
satserna skulle göra mest nytta behöver inte vara
särskilt svårt. Ett bra exempel på det är ett pro-
jekt i Göteborg, på Angereds Närsjukhus, där-
man sedan våren 2011 driver ett projekt för att

” De blir naturliga ambassadörer
för att sprida budskapet om
varför det är så viktigt att gå
på cellprovskontroll.

öka hörsamheten för cellprovtagning i syfte att
förebygga livmoderhalscancer. I närsjukhusets
upptagningsområde hade man en hörsamhet på
endast 64 procent, att jämföra med 82 procent
för hela Västra Götalands sjukvårdsregion.

2007 startades därför Angereds Närsjukhus, i
syfte att skapa bättre vårdresurser i närområdet.

Projektet för att öka hörsamheten för cellprov-
tagning bygger delvis på den amerikanska mo-
dellen ”Bring a friend”, Ta med en vän. Kam-
panjen bygger på att sprida kunskap om vikten
av kontroller från person till person och att få
fler kvinnor att gå på cellprovskontroller.

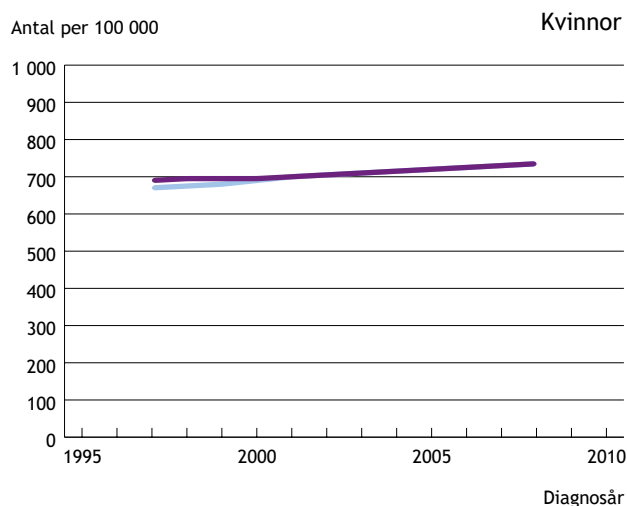
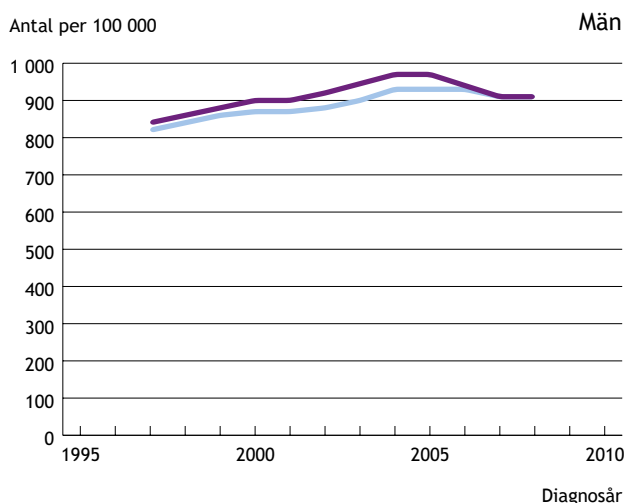
Men det mest spännande i projektets sätt att
tänka var att man i pedagogiken utgick ifrån
vilken målgrupp man ville nå och anpassa sättet
att kommunicera därefter. I stället för att bara
skicka ut landstingets standardinformation i
hopp om att den skulle läsas, utnyttjade man de
kommunikationskanaler som redan existerade
mellan kvinnorna i olika befolkningsgrupper.
Bland annat engagerades så kallade doulor, en
blandning av barnmorskor, allmänna rådgivare
och kloka gummor, för att sprida budskapet om
varför det är viktigt med cellprovtagning och
vilka sjukdomar man kan undvika. Doulorna
har hög trovärdighet, kan prata med kvinnorna
på deras vis och göra hela processen mer begrip-
lig och mindre skrämmande. De blir naturliga
ambassadörer för att sprida budskapet om varför
det är så viktigt att gå på cellprovskontroll.

Insjuknande samtliga diagnoser

Incidenstrend för samtliga cancerformer per socioekonomisk grupp.
1996-2008. Ålderstandardiserad enligt befolkningen år 2000.
3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

● Låg ● Mellan ● Hög

Källa: Socialstyrelsen



” Vi drar slutsatsen att det finns socioekonomiska
skillnader avseende diagnostik och behandling av
tjock- och ändtarmscancer. Detta kan ha påverkan
på överlevnaden”.

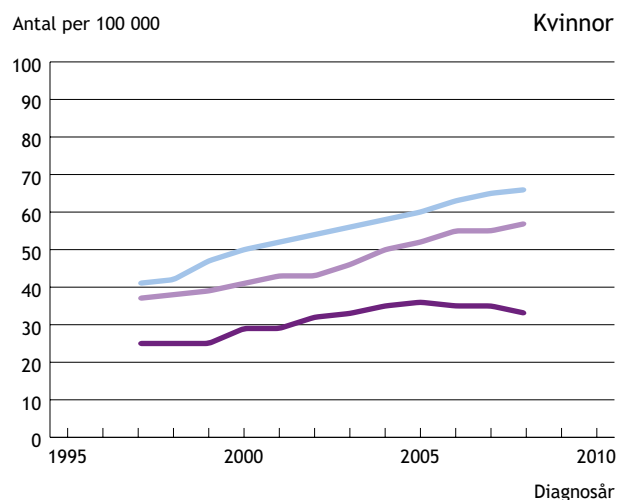
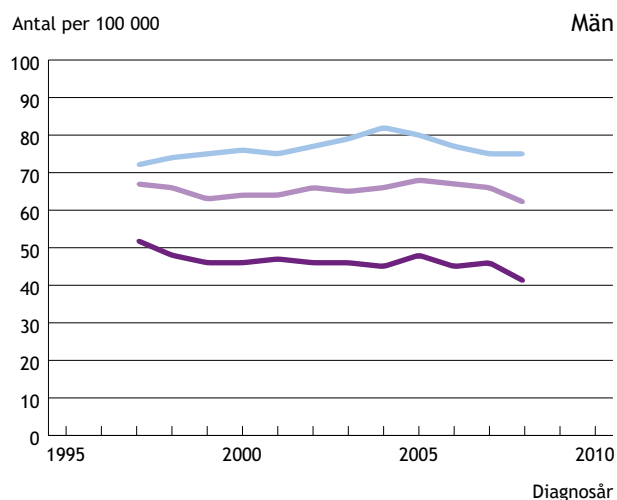
European Journal of Cancer, juni 2011.

Insjuknande per diagnos

Lungcancer

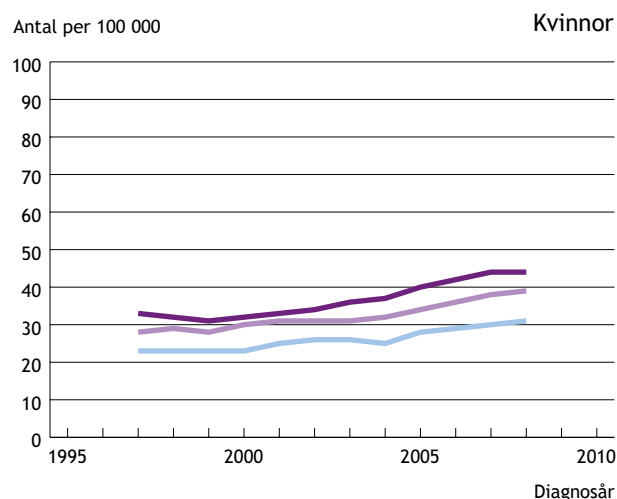
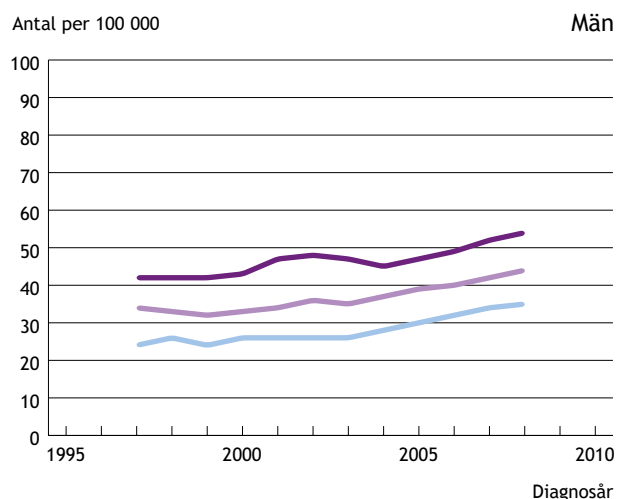
Incidenttrend för lungcancer per socioekonomisk grupp 1996-2008. Ålderstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.

● Låg ● Mellan ● Hög



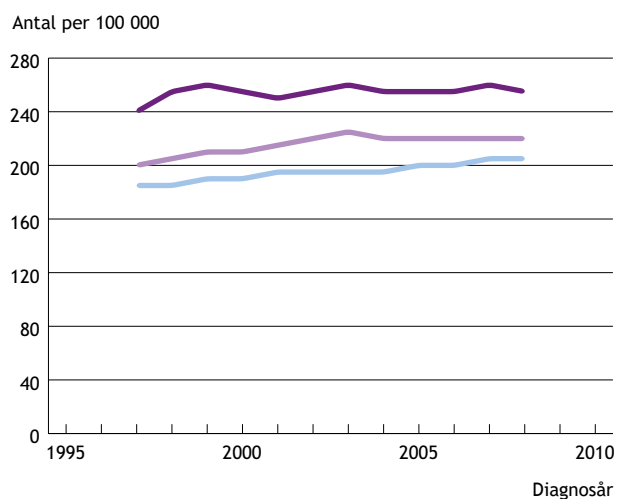
Maligt melanom

Incidenttrend för maligt melanom per socioekonomisk grupp 1996-2008. Ålderstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.



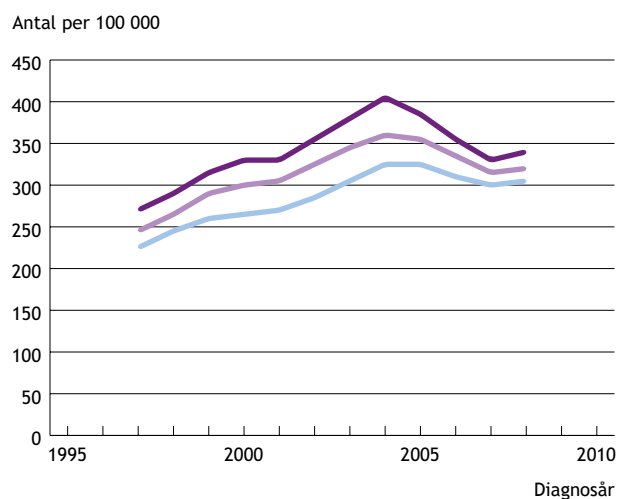
Bröstcancer

Incidenttrend för bröstcancer per socioekonomisk grupp 1996-2008. Ålderstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.



Prostatacancer

Incidenttrend för prostatacancer per socioekonomisk grupp 1996-2008. Ålderstandardiserad enligt befolkningen år 2000. 3-års glidande medelvärden. Patienter 30-84 år vid diagnos.





” För att minimera socioekonomiska skillnader för överlevnad i bröstcancer måste ytterligare forskning inrikta sig på att dels undersöka vilka faktorer som leder till ojämlikheter i behandlingen, dels på patientrelaterade faktorer som medvetenhet om den egna hälsan, graden av multisjukdom och hur väl ordinerad tilläggsbehandling efterlevs”.

International Journal of Cancer, januari 2009.

Ojämnlighet kostar liv

Om en patient överlever en cancerdiagnos är bland annat starkt kopplat till hans eller hennes socioekonomiska status. När man tittar på 5-årsöverlevnaden för all cancer är det en mycket tydlig skillnad i överlevnad mellan den högsta och lägsta socioekonomiska gruppen.

De senaste 15-20 åren har överlevnaden ökat i samtliga socioekonomiska grupper. Men skillnaden mellan de socioekonomiska grupperna är konstant. Manliga patienter med högsta socioekonomisk status har över 10 procents större chans att överleva en cancerdiagnos än patienter ur den lägsta gruppen. För kvinnor är motsvarande skillnad högre – över 11 procent. Det innebär att cirka 3 000 förtida dödsfall i cancer hade kunnat undvikas om överlevnaden för samtliga patienter hade varit på samma nivå som för gruppen med den högsta socioekonomiska statusen.

Att utjämna de socioekonomiska skillnaderna handlar om mer än att åstadkomma en marginell förbättring av cancervården. Det rör sig om tusentals patienter vars liv skulle kunna förlängas om alla patienter kunde uppnå de resultat som observerats i de mest privilegierade grupperna.

Låg status – högre dödlighet

Överdödlighet är ett begrepp som beskriver den dödlighet som cancerpatienter har utöver den förväntade dödligheten i befolkningen under en given tidsperiod. Under fem år, mellan 2005 och 2009, var överdödligheten bland cancerpatienter cirka 11 600 personer, både män och kvinnor, jämfört med resten av befolkningen. Bryter man ner överdödligheten på de tre socioekonomiska grupperna och använder överdödligheten i gruppen med högst socioekonomisk status som riktlinje för bästa tänkbara hypotetiska överdödlighet, framgår det att cirka 3 000 liv hade kunnat räddas om förutsättningarna för de tre grupperna hade varit helt desamma som för gruppen med högst socioekonomisk status.

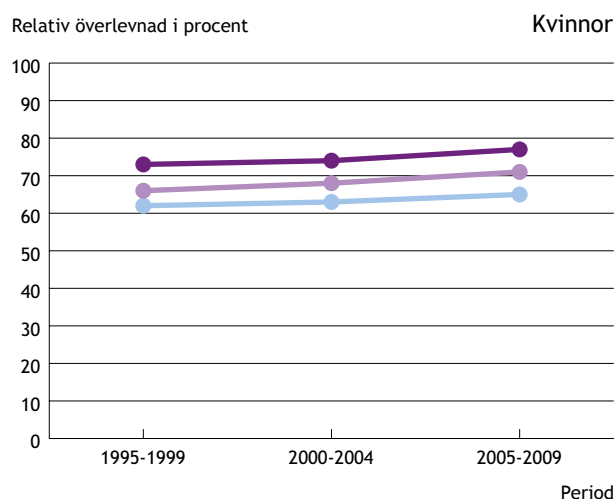
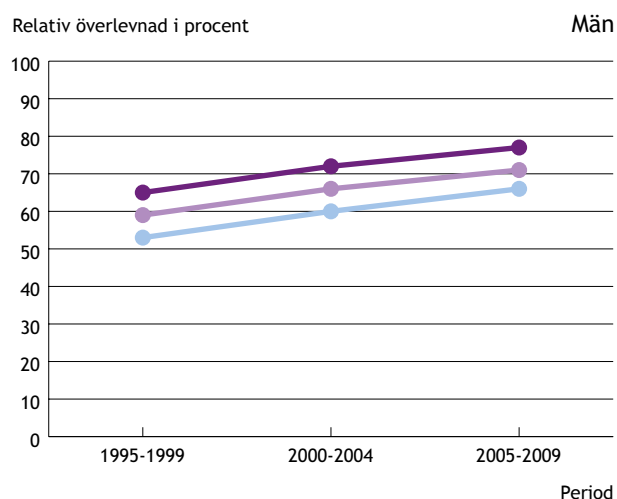
I början av 2012 publicerades en svensk studie som ytterligare bekräftar att socioekonomisk status påverkar chansen att överleva en cancerdiagnos. I studien som följt fem miljoner kvinnor mellan 1961 och 2007 konstateras, som i flera andra studier, att kvinnor med hög socioekonomisk status löper större risk att insjukna i bröstcancer. Men studien visar samtidigt att kvinnor med lägre socioekonomisk status har högre dödlighet i sjukdomen.

Överlevnad samtliga diagnoser

Uppföljning 5 år

Relativ 5-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer per socioekonomisk grupp.
Ålderstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard.
Trend 1996-2009. Patienter i åldern 30-79 år vid diagnos.

● Låg ● Mellan ● Hög



” Resultaten visar att socioekonomiska ojämlikheter för bröstcancer kvarstår åtminstone upp till tio år efter första diagnos. Medan skillnader omedelbart i anslutning till diagnosen i huvudsak speglar påverkan av generella hälsoskillnader mellan de olika socioekonomiska grupperna, så pekar de skillnader som kvarstår efter fem år på ojämlikheter i behandling av såväl primärtumörer som återfall”.

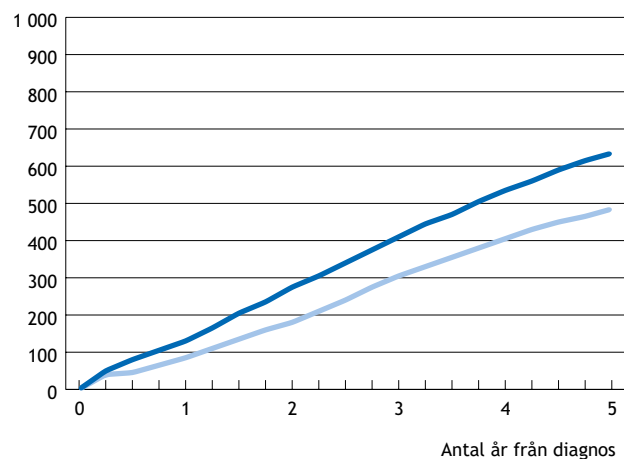
Acta Oncologica Journal, 2008.

Överdödlighet per diagnos

Bröstcancer

Överdödlighet bland bröstcancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Med hypotetisk överdödlighet avses antalet dödsfall man kan förvänta sig om alla patienter har samma förutsättningar som gruppen med högst socioekonomisk status.

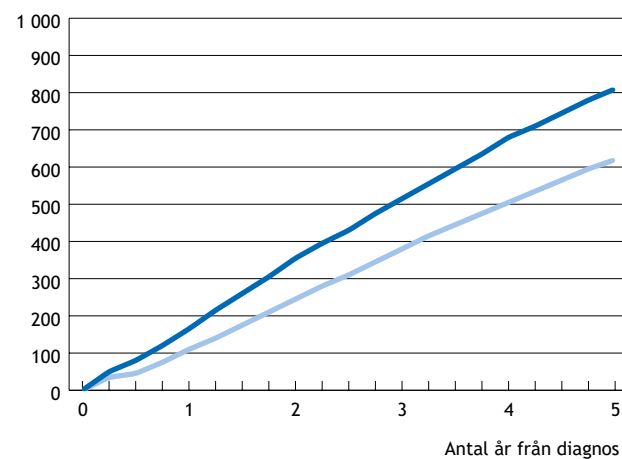
Överdödlighet i antal



Prostatacancer

Överdödlighet bland prostatacancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Med hypotetisk överdödlighet avses antalet dödsfall man kan förvänta sig om alla patienter har samma förutsättningar som gruppen med högst socioekonomisk status.

Överdödlighet i antal

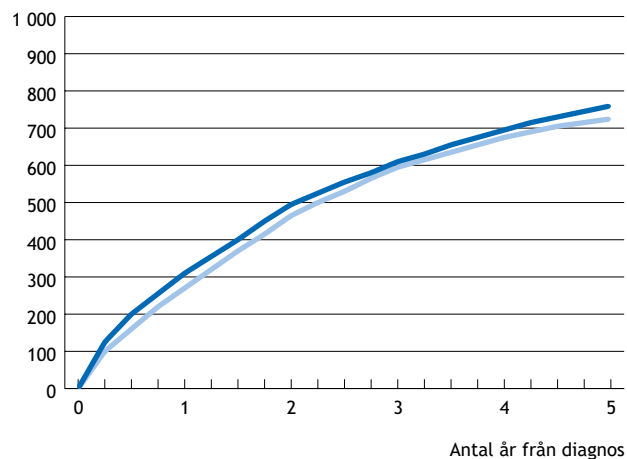


Ändarmscancer

Överdödlighet bland ändarmscancerpatienter jämfört med den förväntade dödligheten i befolkningen. Med hypotetisk överdödlighet avses antalet dödsfall man kan förvänta sig om alla patienter har samma förutsättningar som gruppen med högst socioekonomisk status.

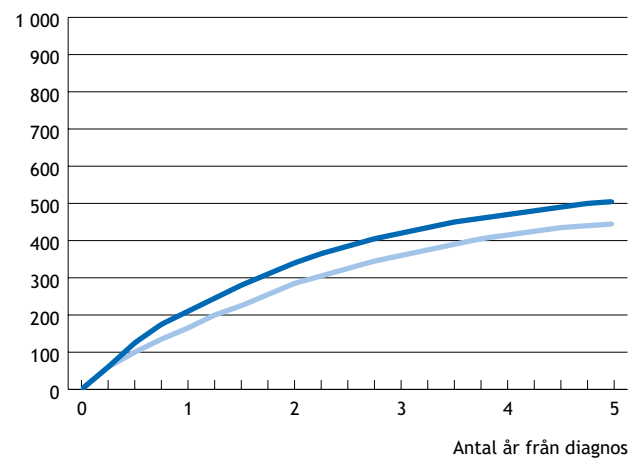
Överdödlighet i antal

Män



Överdödlighet i antal

Kvinnor



- Hypotetisk överdödlighet
- Observerad överdödlighet

Öppenhet och jämförelser planar ut skillnaderna

Sannolikt är det inte många, om ens några, behandlande läkare som medvetet tar hänsyn till en patients socioekonomiska status inför ett behandlingsbeslut. Ändå finns det uppenbara skillnader i såväl utrednings- och behandlingsintensitet som överlevnad. Frågan är vad det beror på.

De studier som tagit sig an uppgiften att svara på frågan pekar bland annat ut patientens egen kunskap och beteende som en viktig faktor. Det kan handla om att patienter med hög socioekonomisk status är mer uppmärksamma på sina symtom, söker vård tidigare och har kunskap och stöd för att "navigera" i sjukvårdssystemet.

En annan förklaring är att patienter med låg socioekonomisk status i mindre grad "hävdar sin rätt", inte ifrågasätter diagnoser och ordinationer och därmed inte sätter samma press på vårdpersonalen att verkligen göra sitt yttersta. En amerikansk studie visar dessutom att patienter i grupper med låg socioekonomisk status oftare avstår från radikala behandlingsmetoder på grund av okunskap och rädsla för konsekvenserna. Ytterligare en förklaring kan vara att patienter från den lägsta socioekonomiska gruppen i större utsträckning är multisjuka och därmed självklart inte kan ges samma behandling som en patient med bara en diagnos.

Oavsett orsak är det förstås inte rimligt med så stora skillnader i överlevnad mellan patienter i de olika socioekonomiska grupperna.

Den kunskap om ojämlikheterna som nu börjar växa fram på forskningsnivå måste snabbt överföras till vården så att ojämlikheterna kan planas ut. Delvis handlar det om att ytterligare forskning krävs om de bakomliggande orsa-

kerna. Att börja jämföra vårdresultaten mellan de olika regionerna och landstingen, uppdelat på socioekonomiska grupper, är dock ett sätt att snabbt komma i gång och sannolikt nå resultat.

Inom ändtarmscancerkirurgin har man länge haft ett omfattande och djupgående arbete för att förbättra vården med hjälp av kvalitetsregister. För den cancerformen är de socioekonomiska skillnaderna relativt små och har dessutom minskat under de senaste åren. Man vet att öppna jämförelser i sig bidrar till att höja den generella kvaliteten på vården. Det finns därför anledning att tro att uppföljningar och jämförelser också hjälper till att plana ut socioekonomiska skillnader.

Vad görs inom ramen för den nationella cancerstrategin?

I utredningen om den nationella cancerstrategin nämns de socioekonomiska skillnaderna som en viktig fråga och Socialstyrelsens rapport som tas upp här är ett resultat av detta. Frågan är hur fortsättningen ser ut, hur kunskapen hanteras på en nationell och regional nivå. Av de sex regionala cancercentrumen, RCC, har Stockholm-Gotland identifierat de socioekonomiska skillnaderna som den kanske viktigaste frågan att arbeta med. Inom Uppsala-Örebro har man inlett fördjupade studier för att bättre förstå och komma tillrätta med den ojämlika behandling som existerar inom vården. Ett förslag därifrån är att registrera och motivera alla behandlingar som avviker från vårdprogrammen i kvalitetsregistret.

För att lyckas utjämna de socioekonomiska skillnaderna är det viktigt att frågan får en hög prioritet i alla sex RCC och samordnas nationellt.



Hudcancer

Solen ger liv, men den är också en källa till cancerframkallande UV-strålning som ger 40 000 personer i Sverige någon form av hudcancer varje år. Malignt melanom, den allvarligaste typen, beräknas i år leda till cirka 500 dödsfall, vilket är fler än antalet döda i trafiken.

Sedan 1990-talet har antalet fall av både malignt melanom och skivepitelcancer ökat kraftigt. Ökningen är en spegling av tidigare solvanor och då allt fler söker sig till solen finns det skäl att känna oro inför framtiden.

Om utvecklingen ska kunna bromsas krävs en rad åtgärder. Först och främst måste vår inställning till solning ändras. Det måste också bli enklare att snabbt få misstänkta hudförändringar bedömda och åtgärdade. Det är även dags att göra som Sveriges grannländer och införa solarieförbud för ungdomar under 18 år.



Antalet fall av hudcancer ökar snabbt i Sverige – något som hör ihop med våra sol-, semester- och solarievanor. För att bromsa utvecklingen krävs kraftfulla åtgärder av flera olika slag, till exempel nya initiativ i preventionsarbetet och effektivare vårdkedjor.

Hudcancer – ett snabbt växande problem

Med samlingsbegreppet hudcancer avses tre olika tumörsjukdomar som utgår från celler i huden: malignt melanom, skivepitelcancer och basalcellscancer.

De tre hudcancertyperna är mycket olika sinsemellan, men för alla är exponering för UV-strålning från solen och solarier en central riskfaktor. Forskarna anser i dag att UV-strålning är inblandad i den övervägande majoriteten av alla hudcancerfall och är den enda viktiga yttre risk-

faktorn. Det gör att kopplingen mellan solning och hudcancer i princip är lika tydlig som den mellan rökning och lungcancer.

Hudcancer tillhör de cancersjukdomar där det egna beteendet är avgörande för vilken risk man löper för att utveckla sjukdomen. Därför är det oroande att konstatera att Sverige hör till världens ”sol-värstingar”. Internationella jämförelser visar att svenskar solar mycket, bränner sig mycket, oroar sig lite för hudcancer och ofta dröjer med att få hudförändringar kontrollerade.

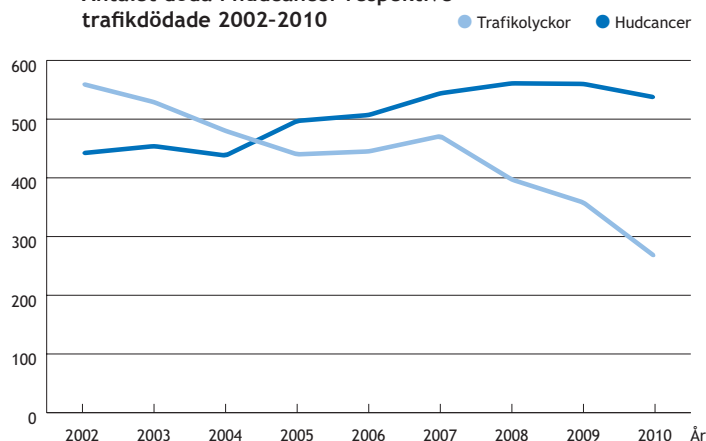
Jakten på solljus, värme och skönhet – hemma och i utlandet – har lett till en dystur statistik. Så här ser siffrorna ut för år 2010:

- malignt melanom, cirka 2 800 fall, 470 dödsfall
- skivepitelcancer, cirka 5 000 fall, 67 dödsfall
- basalcellscancer, cirka 35 000 rapporterade fall, nästan inga dödsfall – (se sidan 63).

Sedan senare delen av 1990-talet, då det syntes en viss avmattning, stiger incidenskurvorna för skivepitelcancer och malignt melanom allt brantare. Den årliga ökningen de senaste tio åren är drygt 4 procent för malignt melanom och för skivepitelcancer nästan 6 procent. Sett på längre sikt är utvecklingen hisnande; under de senaste 40 åren har förekomsten av malignt melanom ökat sex gånger. Bakom siffrorna döljer sig ett mänskligt lidande av stora mått för både patienter och närstående.

Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv leder hud-

Antalet döda i hudcancer respektive trafikdödade 2002-2010



Säkrare trafikmiljö och säkrare fordon gör att antalet trafikdödade stadigt blir färre i Sverige medan ökat solande och eftersatt prevention gör att allt fler dör i hudcancer.

cancer till enorma kostnader. En undersökning som gjordes 2007 av Centrum för utvärdering av Medicinsk Teknologi, CMT, vid Linköpings universitet på uppdrag av Statens Strålskyddsinstitut visade följande:

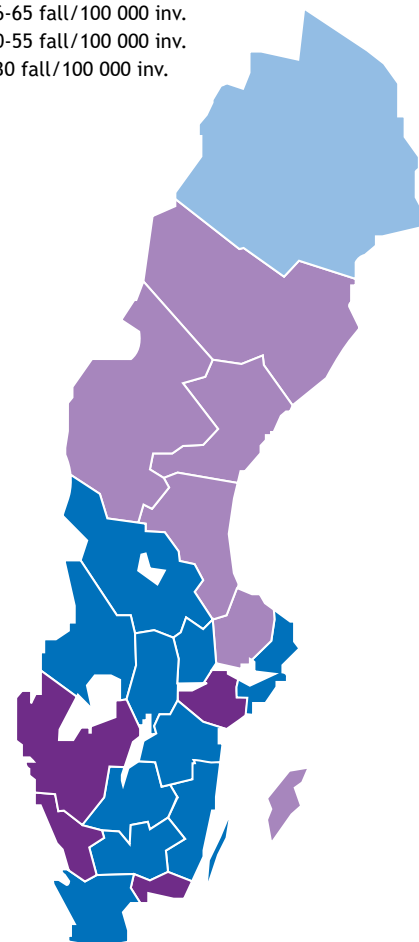
- Den sammanlagda kostnaden för hudcancer i Sverige uppskattades till cirka 1 250 miljoner kronor år 2005.
- Av dessa utgjordes ungefär hälften av direkta kostnader, bland annat sjukvårdskostnader och hälften av indirekta kostnader, det vill säga produktionsbortfall.
- Malignt melanom orsakade samhällskostnader på över 700 miljoner kronor, främst på grund av förtida dödsfall.
- Skivepitel- och basalcellscancer ledde till sjukvårdskostnader på 270 miljoner kronor.

Mot bakgrund av hur viktigt det är för svenskar att njuta av solen hemma och utomlands finns det skäl att se allvarligt på framtiden. I dag är risken större att dö av malignt melanom än att dö i trafiken. Samtidigt finns det en rad åtgärder som kan vidtas för att bromsa utvecklingen:

- Preventionsarbetet behöver en nystart, inriktad på förändring av både beteenden och attityder. Särskilt viktigt är det att barn och ungdomar skyddas från solens UV-strålar eftersom sambandet mellan tidiga solskador och risken att drabbas av malignt melanom senare i livet är väl känd.
- Parallellt måste vårdprocesserna utvecklas inom ramarna för arbetet med de regionala cancercentrumen, RCC. Det måste vara enkelt, och det måste gå snabbt att få hudförändringar kontrollerade av hudspecialist.
- Det är hög tid att lagstifta om en 18-årsgräns för användning av solarium, vilket redan gjorts i bland annat följande europeiska länder: Belgien, Frankrike, Island, Portugal, Spanien, Storbritannien, Tyskland och Österrike.

Cancerfall, malignt melanom i huden oavsett tumörtyp.

- 66-77 fall/100 000 inv.
- 56-65 fall/100 000 inv.
- 40-55 fall/100 000 inv.
- <30 fall/100 000 inv.



Hudcancerstatistiken visar på stora regionala skillnader. Generellt sett är fallen fler i Sydsverige än i Norrland vilket speglar att den totala UV-exponeringen är större på sydligare breddgrader. Som kartan visar är detta samband dock inte så tydligt som man skulle kunna tro. Exempelvis har Gotland hög UV-exponering men låg incidens av hudmelanom. Denna typ av regional variation anses delvis bero på sociala och ekonomiska faktorer. Till exempel löper universitetsutbildade män och kvinnor högre risk att utveckla malignt melanom – något som sätts i samband med denna grupps semestervanor. Det finns skäl att utreda om kartan även speglar skillnader i diagnos och behandling.

Basalcellscancer — en egen kolumn i cancerstatistiken

För att förstå hudcancerstatistiken krävs att man känner till hur basalcellscancer — den i särklass vanligaste hudcancertypen — redovisas. Denna tumörtyp orsakar så gott som aldrig några dödsfall och brukar därför inte redovisas i översikter över tumörsjukdomar i Sverige (så inte heller i denna rapporters statistikavsnitt på sidan 4). Det var helt nyligen som antalet fall började redovisas i rapporter från Socialstyrelsen. Fram till 2003 rapporterades basalcellscancer inte till Socialstyrelsens cancerregister.

För Strålsäkerhetsmyndigheten och Naturvårdsverket utgör hudcancer konsekvensen av ett miljöproblem. Det är ett synsätt som borde spridas eftersom det ger frågorna kring UV-preventionen det allvar som de förtjänar.

Skydd mot solens UV-strålning – en miljöfråga

Sedan ett drygt decennium har Sverige en rad officiella miljömål. Ett av delmålen under punkt 6, *Säker strålmiljö*, är följande: "År 2020 ska antalet årliga fall av hudcancer orsakade av ultraviolett strålning inte vara fler än år 2000." Men enligt en text på Naturvårdsverkets miljömålportal är utsikterna att nå målet inte särskilt goda: "Delmålet bedöms inte vara möjligt att nå. Antalet hudcancerfall fortsätter att öka. Att ändra människors beteenden och attityder till solning och UV-strålning är svårt och tar tid. Dessutom tar det många år innan ett ändrat beteende syns i form av minskande antal hudcancerfall", skriver man.

Hudcancerstatistiken visar att sättet att se på solen måste ändras. I dag kan man förfäras över att strålkällan radium marknadsfördes som ett hälsopreparat på 1920-talet. Men kanske kom-

mer eftervärlden att betrakta dagens solvanor som lika aningslösa. Visst är solen källan till allt liv på jorden, men att exponera naken hud i överdrivet stark UV-strålning under lång tid kan i princip liknas vid att duscha i cancerframkallande ämnen – följden blir en stor mängd DNA-skador i hudens celler. Om några av dem repareras fel kan det ge upphov till tumörer.

Känsligheten för UV-strålning skiljer sig åt både mellan individer och befolkningar, något som till stor del kan förklaras evolutionärt. Hos de folkgrupper som under människans tidiga historia bosatte sig på solfattiga breddgrader skedde en anpassning, kopplad till D-vitaminomsättningen, och de förlorade sin UV-skyddande pigmentering. Resultatet är att en stor del av människorna i Nordeuropa har en hudtyp som far illa i tropisk sol.

Strålsäkerhetsmyndigheten

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) bildades 2008 genom en sammanslagning av Statens kärnkraftinspektion (SKI) och Statens strålskyddsinstitut (SSI). SSM förknippas av de flesta med skyddet mot radioaktivitet och joniserande strålning, men myndigheten gör även ett gediget arbete när det gäller skyddet mot UV-strålning. De är ansvariga för miljömål 6, *Säker strålmiljö*.

Värt att känna till är SSM:s vetenskapliga råd om ultraviolett strålning, UV-rådet. Det består av representanter för landets främsta medicinska och meteorologiska expertis inom hudcancer-UV-området. UV-rådet publicerar löpande rapporter där de utreder aktuella frågor och ger rekommendationer – läs mer på www.ssm.se



Strålsäkerhetsmyndigheten leder vägen

Ansvarig för miljömålet *Säker strålmiljö* är Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM). Här följer en översikt av några av SSM:s ståndpunkter och rekommendationer:

1 Barn behöver skyddas mest

SSM prioriterar barn i preventionsarbetet. Ung hud är känslig hud och det är väl känt att alltför mycket sol i barnaåren ökar risken för hudcancer i vuxen ålder. Mest oroande är den ökade förekomsten av malignt melanom hos personer som under barndomen har bränt sig upprepade gånger.

Även om många föräldrar och vuxna numera är noga med att skydda barnen i sin omgivning slarvas det en hel del. Bland annat visade en studie av solexponeringen bland svenska 0,5-1,5-åringar att en tredjedel hade varit utomlands på solig ort och att så många som en femtedel hade bränt sig allvarligt minst en gång.

SSM lyfter även fram UV-preventionen i samhällsplaneringen. Ett exempel är skriften *Sju tips för hälsosammare utemiljöer* där man bland annat ger rådet att lekplatser bör planeras så att de ligger i skugga, inte minst under middagstimmarna på sommaren.

2 D-vitaminfrågan ska inte vägas in i preventionsstrategierna

De som av personliga, principiella eller kommersiella skäl försvarar solning brukar ofta framhålla den, i deras mening, positiva hälsoeffekten. Det stämmer att en viss mängd solljus på huden är nödvändig för D-vitaminomsättningen i kroppen. Men ofta räcker det med en mycket sparsam exponering; till exempel är 10–15 minuters sommarsol vid middagstid på armar och

ansikte allt som behövs för de flesta ljushyade personer. SSM:s vetenskapliga råd "anser att D-vitaminfrågan inte bör påverka aktuella strategier gällande preventivt arbete inom hudcancer".

3 Solkräm är en falsk trygghet

Solkrämer är inte alls det pålitliga skydd mot UV-strålning som de framställs som. Snarare skapar de en falsk trygghetskänsla som gör att man fortsätter vistas i solen även då huden har fått en för hög UV-dos. Den på förpackningen angivna solskyddsfaktorn utgår från en testmetod där man använder ett lager på 2 mg/cm², vilket är så tjockt att krämen nästan rinner av huden. Tveksamheterna kring solkrämerna är många: om hur de appliceras, sköljs bort och åldras samt vad som sker med de fettlösliga solskyddsmolekylerna i kroppen. Huden bör därför skyddas med hjälp av kläder, snarare än med solkrämer.

4 "Ozonhålet" påverkar inte antalet hudcancerfall

Uttunnningen av ozonskiktet är en miljöfråga som fortfarande kan sprida oro. Ozon är en variant av syre med förmåga att absorbera UV-strålning. Det skikt av ozon som befinner sig 10–50 kilometer upp i jordens atmosfär påverkar däri-genom hur mycket UV-strålning som når jordytan. Skiktets tjocklek varierar naturligt under året, och det så kallade "antarktiska ozonhålet" uppträder över sydpolsområdet ett par månader varje år. Däremot finns det ingen påtaglig uttunning av ozonlagret i vår del av världen, jämfört med för 50 år sedan.

Slutsatsen av detta är att ökningen av antalet hudcancerfall i Sverige sannolikt inte har någon-ting att göra med förändringar i ozonlagret och hur detta släpper igenom UV-strålning. Förklaringen ska i stället sökas i vårt eget beteende.

Australien visar vägen inom hudcancervården

I diskussioner om hudcancervård och solprevention förs ofta Australien på tal. Tillsammans med Nya Zeeland har landet världens högsta incidens av malignt melanom – något som brukar förklaras med att en stor del av populationen har sitt ursprung i de solfattiga brittiska öarna (*Anglo-Celtic descent*), samtidigt som UV-strålningen är mycket stark i denna del av världen.

Siffror från 2006 pekar på att 1 av 14 män och 1 av 23 kvinnor kommer att utveckla melanom under sitt liv. Australien för därför en mycket aktiv sjukvårdspolitik när det gäller hudcancer i allmänhet och malignt melanom i synnerhet och betraktas som världsledande när det gäller vård- och kunskapsutveckling inom området.

I anslutning till Världscancerdagen 2012 lät New South Wales miljöminister meddela att delstaten kommer att totalförbjuda kommersiella solarier från och med 1 januari 2015.

Dags för lagstiftning om åldersgräns för solarier

Sverige har bestämmelser om solarier, rekommendationer och kommunal tillsyn, men det förhindrar inte att solning i solarier av kosmetiska skäl är en hälsofarlig aktivitet som många unga och tonåringar ägnar sig åt – alltför ofta med solsveda som resultat. Användning av solarier i medicinska sammanhang, till exempel för behandling av psoriasis, omfattas inte av följande resonemang.

SSM har i många år avrått från att sola i solarium. Allvaret i frågan skärptes 2009 då WHO-organisationen IARC (*The International Agency for Research on Cancer*) gjorde en riskupprade-

ring och förklarade solariestrålning som "cancerframkallande för människor".

Det är anmärkningsvärt att många kommuner fortfarande erbjuder solarier i sina sportanläggningar och simhallar. Detta trots att Strålsäkerhetsmyndigheten i januari 2010 gick ut med en riktad uppmaning till samtliga kommuner där man rekommenderade dem att upphöra med denna verksamhet.

Flera kommuner tog rekommendationen på allvar, men vid en granskning som genomfördes av Dagens Nyheter hösten 2010 framkom det att solarier fortfarande erbjöds i över hälften av de kommuner som svarade på enkäten. Intressant i sammanhanget är att branschföreningen Svensk Solarieförening skickade ut ett uppföljande brev där man framhöll solariernas påstått hälsofrämjande effekt.

Här behövs en attitydförändring. Solarier bör betraktas som en lika onödig cancerrisk som rökning. Ett första steg vore att skydda omyndiga personer från denna farliga UV-exponering. *En nationell cancerstrategi för framtiden* skriver också att "Lagstiftning med nedre åldersgräns (18 år) för solarier enligt WHO:s rekommendationer bör övervägas".

Hösten 2009 föreslog Strålsäkerhetsmyndigheten tillsammans med sina skandinaviska "systemmyndigheter" i Island, Norge och Finland en åldersgräns på 18 år för solning i solarier – precis som Tyskland, Frankrike och många andra länder. Island har redan infört ett sådant förbud (1 januari 2011) och följs av Norge och Finland (1 juli 2012). Allt pekar på att det är hög tid att lagstifta även i Sverige.

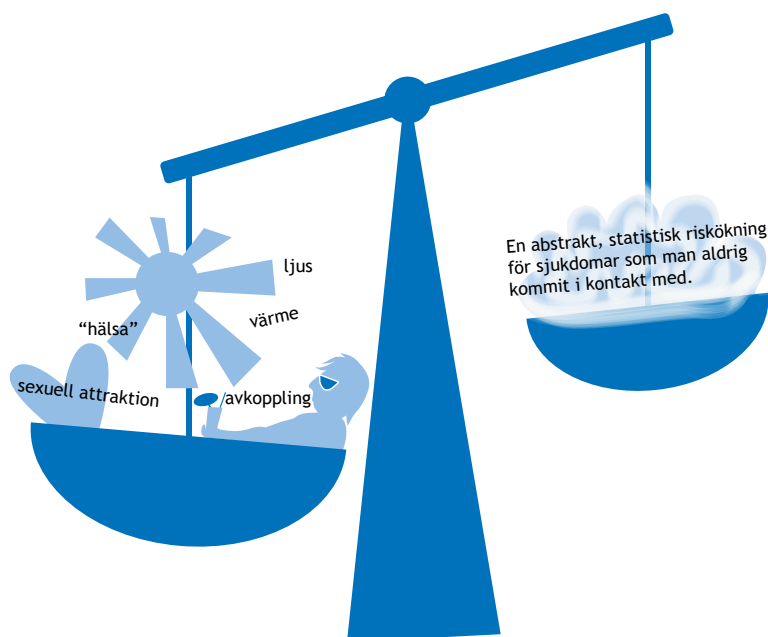
Preventionsarbetet måste inriktas på att förändra beteende och skönhetsideal

Solen är förknippad med starka känslor. Framgångsrikt preventionsarbete kan inte bara handla om att ge information – man måste också satsa på att ändra beteenden och synsätt – inte minst förändrade skönhetsideal.

Internationella studier pekar på att befolkningen i Sverige befinner sig i världstopp när det gäller riskfyllda attityder och beteenden kopplat till solande. En webbaserad undersökning om solvanor och hudundersökningar som publicerades 2010 visade att de svenska deltagarna i jämförelse med andra nationaliteter:

- föredrog en djupare solbränna
- kände sig mindre sårbara för malignt melanom
- skyddade sig mindre (68 procent av svenska medborgare uppgav att de sällan skyddade sig!)
- brände sig mest (tillsammans med lettlandare).





Vad som egentligen krävs för att få en individ att ändra sina solvanor inser man när man ser vad som ligger i vågskålar vid riskbedömningen. Å ena sidan känslan här och nu av ljus och värme, ungdom och hälsa, social status samt sexuell attraktion. Å andra sidan ytliga kunskaper om en abstrakt riskökning för sjukdomar som de flesta av oss aldrig har kommit i kontakt med – en fara som ligger långt in i framtiden.

Det går inte förändra det faktum att Sverige ligger vid norra polcirkeln och att invånarna därigenom alltid kommer att förbli ett soltörstande folk. Däremot kan man påverka attityder, kunskap och beteende – men det kräver hårt, envist och koordinerat preventionsarbete. En verksam strategi för hudcancerprevention måste därför bygga på följande:

Förståelse för solvanornas känslomässiga och sociala betydelse

De drivkrafter som förknippas med solning och solbränna måste betraktas som lika starka som till exempel sexuell lust, hunger eller nikotinbegär. Utgångspunkten måste vara att det är lika svårt att få populationer att ändra solvanor som att få dem att tillämpa säker sex, gå ner i vikt eller att sluta röka.

Prioritering av riskgrupper, framför allt barn, ungdomar och unga vuxna

Stark solexponering är speciellt farlig för barn och ungdomar. Unga vuxna i 20-25-årsåldern är inte lika känsliga, men undersökningar visar att det är de som solar mest.

Bred spridning av kunskap

Grundläggande fakta om riskerna med solexponering måste bli allmän kunskap, till exempel om skillnader mellan hudcancertyper och grunderna

för självundersökning. Kunskap och undervisning är dock inte tillräckliga för en beteendeförändring på bred front. Det räcker inte bara med att informera.

Spridning och tillämpning av enkla regler

Insikten om att UV-strålningen är starkast mitt på dagen bör framhållas och rådet "Undvik solen 11-15" bör göras till ett medborgarmantra. Solskyddet bör bygga på kläder och skugga; solkrämer ska endast betraktas som ett komplement.

Förändring av synsätt

Det är viktigt att ändra riskhöjande uppfattningar, till exempel statusen i att "ligga och pressa" och att barnen ska komma tillbaka från vinterns solsemester med en "frisk" solbränna. Det gäller att försöka etablera modifierade skönhetsideal och förändra synen på hur djup solbrännan ska vara för att den ska uppfattas som vacker och hälsosam. Att anpassa sina solvanor efter sin hudtyp bör ses som något sunt och eftersträvänsvärt av alla och inget som leder till låg social status.



Det måste bli enklare att få misstänkta hudförändringar undersökta av specialist. Effektivisering av vårdkedjorna är en av de viktigaste åtgärderna för att minska dödligheten i hudcancer.

Snabb och säker ”prickkontroll” räddar liv

På de flesta punkter är hudcancersjukvården i Sverige bra. Basalcellscancer är sällan farligt och skivepitelcancer botos i mer än 95 procent av fallen genom en relativt okomplicerad operation. Även malignt melanom kan oftast behandlas framgångsrikt. Hos de patienter där tumören inte spridit sig i kroppen är den relativa 5-årsöverlevnaden i dag nästan 90 procent. Faktum är att 30 000 personer i dag är ”melanomöverlevare”. Om melanomet hinner sätta metastaser är prognosen dock betydligt sämre. Tiden är ofta dyrbar när det gäller att diagnostisera och behandla cancer, men för malignt melanom är detta speciellt uttalat. Många liv skulle kunna räddas med tidig diagnostik och om hudförändringar som kan utvecklas till melanom tas bort innan detta sker. I *En nationell cancerstrategi för framtiden* föreslås följande:

- En mer ändamålsenlig rollfördelning mellan allmänläkare och hudläkare vid diagnostik av framför allt pigmenterade hudförändringar bör eftersträvas.
- Allmänhetens möjligheter att få sådana förändringar undersökta bör underlättas.

Problemen som behöver angripas är flera. Det mest uppenbara är att se till att patienterna kontaktar hälso- och sjukvårdssystemet i tid. Skälen kan vara många till att en patient inte uppsöker läkare när en misstänkt hudförändring har börjat uppträda. Det kan vara bristande kunskap om vad man ska hålla utkik efter, rädsla för att

det verkligen ska vara cancer, obenägenhet att ta situationen på allvar eller helt enkelt att hudförändringen sitter på en plats på kroppen där den är svår att upptäcka.

Parallellt gäller det att öka möjligheten för patienter som väl tar kontakt med sjukvården att få sin hudförändring undersökt av specialist. För att undvika farliga förseningar måste den personal som granskar hudförändringen ha kunskap, erfarenhet och utrustning för att kunna göra en säker bedömning. Patologanatomisk diagnostik (PAD) och behandling ska sedan ske utan onödigt fördröjning. Det finns många skäl till att vara kritisk mot hur vårdkedjorna ser ut i dag.

Onödigt många prov

Något som många hudläkare är bekymrade över i dag är att sjukvårdssystemet tyngs ner av negativa, det vill säga icke-maligna, prover. Antalet misstänkta hudförändringar som skärs bort av primärvårdsläkare och skickas till PAD är helt enkelt onödigt högt och hanteringen tar tid och är kostsam.

En grupp från Karolinska Universitetssjukhuset, KS, gjorde en beräkning som redovisades i Läkartidningen 2008 under rubriken *Rätt kompetens vid diagnostik ger lägre kostnader*. Man bedömde här att borttagningen och uppföljningen av icke-maligna förändringar innebär en årlig kostnad på cirka 300 miljoner kronor. Studien visade också att det totalt sett blir billigare för hälso- och sjukvården med hög specialisering.



Den sistnämnda slutsatsen är viktig. Alla vinner på att det blir enklare att få misstänkta hudförändringar bedömda direkt av hudspecialist. Oro och väntetider minimeras, patient- och diagnossäkerhet förbättras, vårdkedjan kortas, onödiga åtgärder undviks och – som KS-gruppen konstaterade – vårdkostnaderna reduceras.

Hur ska man uppnå detta? Sannolikt måste man tillämpa flera parallella strategier. Några exemplifieras av SKL:s aktuella försöksprojekt (se sidorna 70-71). Ett annat, numera beprövat koncept är "öppet hus"-dagar på hudkliniker. Här är Euromelanoma Day värd att nämnas – en sameuropeisk screeningkampanj för hudcancerprevention och -upplysning där svenska kliniker har deltagit i över tio år.

Troligen kommer det privata aktörer som är specialiserade på att kontrollera misstänkta hudförändringar. Ett exempel på ett sådant initiativ startade i Stockholm våren 2011 (Diagnostiskt Centrum Hud). Verksamheten är helt inriktad på remissfria patientundersökningar av misstänkta hudtumörer, det vill säga fläckar, prickar eller födelsemärken på huden.

Euromelanoma Day

Euromelanoma Day är en sameuropeisk kampanj för hudcancerprevention.

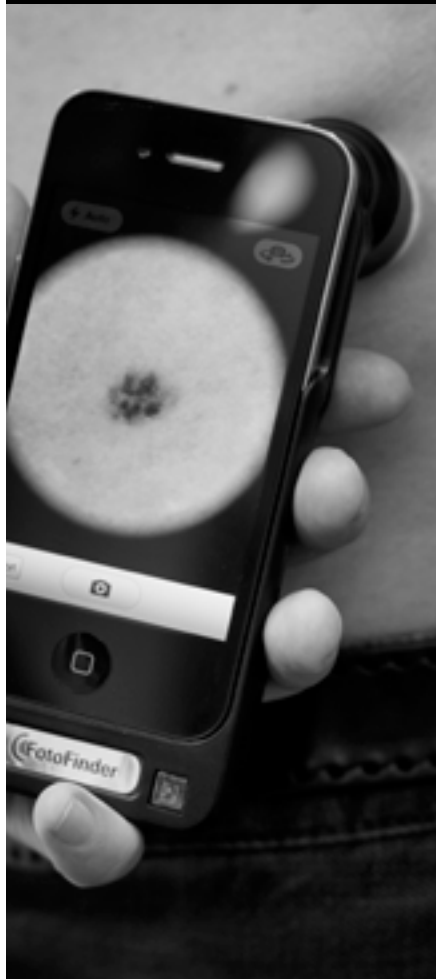
I Sverige har Euromelanoma-deltagandet hittills byggts på befintliga resurser och välvilja och finansierats helt av de deltagande klinikerna.

Att man når resultat visar 2009 års siffror: hos 2 961 deltagande patienter fann man 26 maligna melanom samt ett antal fall av förstadium till annan hudcancer.

Under 2011 års Euromelanoma Day den 9 maj 2011 medverkade kliniker från samtliga landsting utom Gävleborg, Jämtland, Värmland och Västmanland.

<http://www.euromelanoma.org/>

SKL finansierar försöksverksamheter för effektivare hudcancervård



Som ett led i arbetet med den nationella cancerstrategin finansierar SKL försöksverksamheter inriktade på "mer patientfokuserad och sammanhållen cancer-vård". Överenskommelsen 2011 omfattade medel för försöksverksamhet inom hudtumör-området. Syftet är att "försöken ska underlätta undersökningar av hudförändringar, samt utveckla ett patientcentrerat, snabbt och effektivt vårdflöde för diagnostik och åtgärd av misstänkta hudtumörer."

Följande fyra försöksprojekt har fått medel.

Västra Götalandsregionen: Telemedicinsk remittering och teledermatoskopi

Projektet bygger på användning av smartphone-teknik – läs mer på sidan 72. Målet är att förbättra prioriteringen av patienter med misstänkta hudtumörer. Förhoppningen är att akuta fall ska få komma till specialist snabbt och att patienter som behöver kirurgisk åtgärd ska få behandling redan vid sitt första besök. Onödiga besök och operationer ska kunna undvikas.

Projektdeltagare: ett 20-tal vårdcentraler samt hudkliniker på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Kärnsjukhuset i Skövde.

Koordinering med RCC-arbetet: VG-regionens regionala processägare för hudcancer har en framträdande roll i projektet.



Norra sjukvårdsregionen: Att minska dödligheten via tillgänglighet – grupp-mottagning och teledermatoskopi

Projektet syftar till att öka allmänhetens möjligheter att få hudförändringar undersökta snabbt genom grupp-mottagningar. Målet är att det inte ska gå mer än 14 dagar från patientens första telefonkontakt med hälsocentralen till diagnos och eventuell operation. För att uppnå detta används bland annat teledermatoskopi.

Projektdeltagare: fyra vårdcentraler, RCC Norr samt Hud-STD-kliniken Norrlands Universitetssjukhus.

Koordinering med RCC-arbetet: projektet sker i samarbete med TUPP, regionala gruppen för tidig upptäckt.



Regionalt cancercentrum sydöst: Riktat informationsmaterial och "gräddfilsmottagning"

Projektet syftar till att nå riskgruppen äldre män genom att distribuera en informationsbroschyr till alla män som kallas till screening för aortaneurysm. Detta kompletteras med "gräddfilsmottagning" på vårdcentral om patienten uppfattar att han är i riskgrupp för melanomsjukdom. Medverkande vårdcentraler ges specialutbildning i hudcancerdiagnostik.

Projektmedtagare: hud- respektive onkologkliniken i Jönköping samt tre vårdcentraler.

Koordinering med RCC: ingår i ett större regionalt projekt för att stärka allmänläkarnas möjlighet att diagnostisera och åtgärda hudtumörer och därmed skapa ett effektivt vårdflöde.



Skånes universitetssjukhus: Remissfri mottagning på hudkliniken

Projektet syftar till att bygga upp en mottagningsverksamhet på hudkliniken för direktsökande patienter, cirka 90 per vecka, föregånget av information i dagspressen om möjlighet att komma utan remiss. Projektet kan beskrivas som en utveckling av ett tidigare Lean-projekt där vårdkedjan kortades – se figur nedan.

Projektmedtagare: hudkliniken vid Skånes universitetssjukhus.

Koordinering med RCC-arbetet: Södra Regionens regionala processägare för hudcancer är involverad i projektet.



Primärvård	Hudklinik	
Preliminär diagnos	Bekräftad diagnos/ Ny diagnos	Operation
Preliminär diagnos	Bekräftad diagnos/ Ny diagnos + operation	
	Bekräftad diagnos/ Ny diagnos + operation	

före 2009

Lean-projekt

försöksprojekt

På hudkliniken vid Skånes universitetssjukhus har man tidigare förbättrat patientflödet i ett Lean-projekt där man har sett till att operation i görligaste mån sker vid samma tillfälle som patienten träffar hudläkaren. I ett försöksprojekt finansierat av SKL försöker man ta nästa steg och gör det möjligt för patienter att söka specialist-sjukvård direkt. På så sätt kan tre besök bli ett.



Kan den svenska hudcancersjukvården revolutioneras med hjälp av ett dermatoskop för cirka 5 000 kronor, kopplat till en smartphone med internetuppkoppling?

Effektivare prickkontroll med innovativ telemedicin

Nya digitala lösningar bygger bro mellan primärvård och hudspecialister

Den senaste generationen av dermatoskop ger en digital bild av hudförändringen. Här ses en variant som är kopplad till en smartphone.

Detaljer som studeras är bland annat form, symmetri, kantlinje, färg och eventuella utlöpare. Ofta använder man så kallade algoritmer, det vill säga ett protokoll där man gör observationer enligt ett systematiskt tillvägagångssätt.

Digitaltekniken gör det enkelt att överföra en bild för bedömning av hudspecialist.

Omtagning

Granska bild

Använd

Det första och viktigaste verktyget för att undersöka misstänkta fläckar och pigmentförändringar på huden är ett tränat öga. Vill läkaren skärskåda fläcken eller förändringen ännu noggrannare används ett så kallat dermatoskop – en liten ”hudkikare” som belyser och förstorar (cirka 10–20 gånger) det som studeras.

Telemedicinsk teknik

Moderna dermatoskop kan ge en digital bildsignal och kopplas till en dator så att bilden kan förstöras och undersökas på en bildskärm. Det riktigt intressanta är de telemedicinska möjligheter som detta öppnar. Vad är det som säger att den som bedömer måste finnas på samma plats som patienten? Eller att tolkningen måste göras samtidigt som undersökningen? Inom bland annat patologi och röntgenmedicin är det ju etablerat att undersöknings- eller provtagningsdelen är fränkopplad tolkningsdelen i tid och rum.

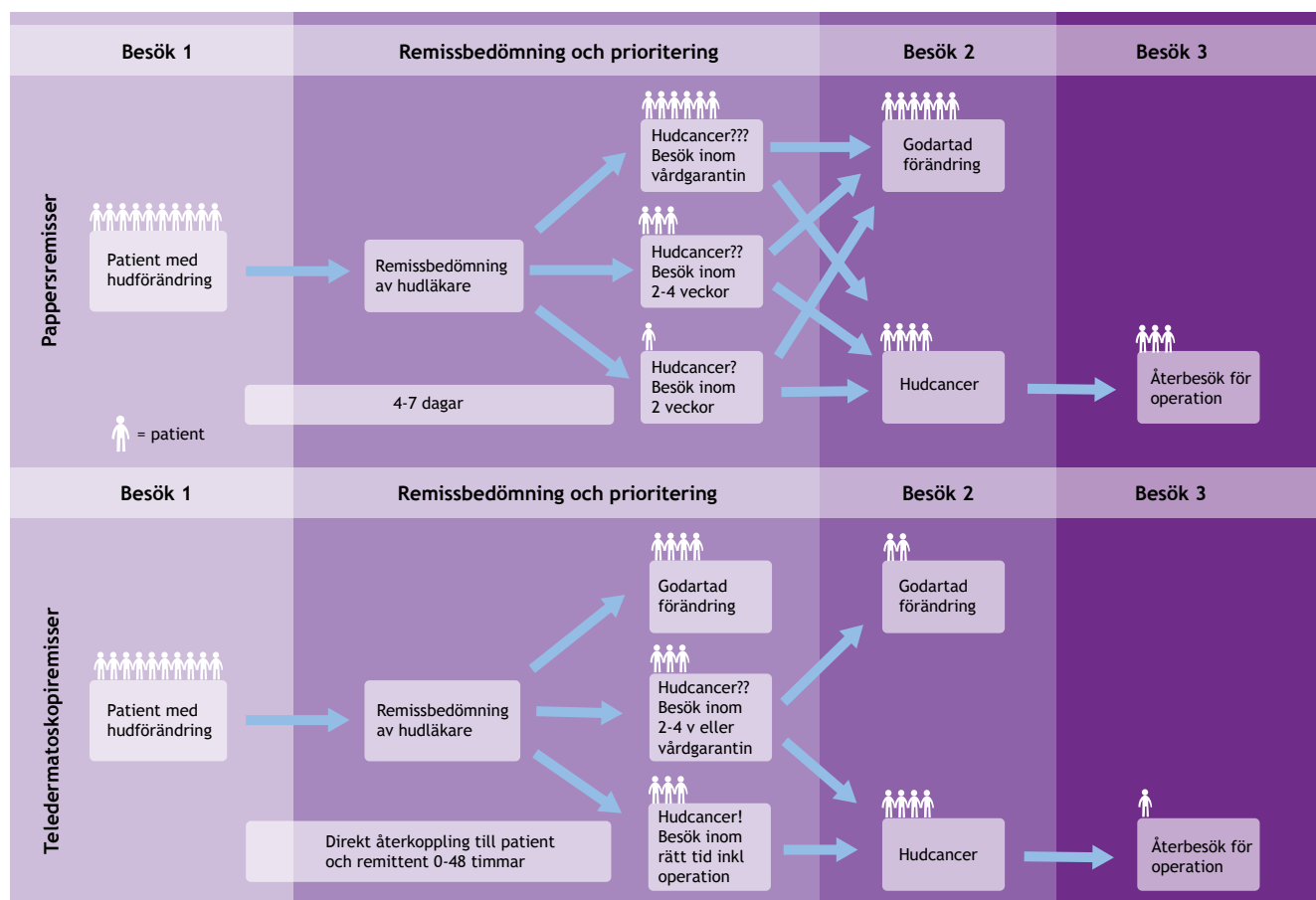
Ett par svenska projektgrupper håller på att utvärdera en ny produkt på marknaden: ett dermatoskop som kopplas till en smartphone. Systemet är enkelt att använda och bilder klara för specialistbedömning kan till och med skickas direkt från enheten.

Undersökningsprotokollet i Västra Göta-

landsregionen ser ut så här:

1. Primärvårdsläkaren tar först en översiktsbild med vanlig kamerateknik med en smartphone.
2. Primärvårdsläkaren tar sedan en dermatoskopibild med polariserat ljus med dermatoskop kopplat till smartphone.
3. Båda bilderna skickas via smartphone-applikationen iDoc24 till hudspecialist. Av hänsyn till personuppgiftslagen (PUL) skickas inga patientdata med bilderna, utan endast uppgifter om kön och ålder tillsammans med en kod.
4. Hudspecialisten bedömer bilderna – detta kan i princip ske i realtid.
5. Primärvårdsläkaren erhåller en sannolik diagnos och besked om hur patienten bör prioriteras.

Tekniken skapar underlag för ett rationellt arbetsflöde som kan avlasta såväl primärvård som specialistsjukvård (se figur nedan). Andra fördelar är större patientsäkerhet och sannolikt stora ekonomiska vinster eftersom tekniken som sådan är extremt billig: dermatoskopet kostar cirka 5 000 kronor och ingen annan utrustning behövs förutom det som finns på vanliga kliniker i dag som internetuppkoppling, persondatorer med modern färgskärm etcetera.



Överst visas dagens vårdprocess för patienter med misstänkt hudcancer. De remitteras från primärvård till hudspecialist på hudklinik. Pappersremissen innehåller endast beskrivande text – inga bilder av hudförändringen. Nederst visas en vårdprocess som bygger på teledermatoskopiremisser enligt protokollet i texten ovan. I dessa fall får hudspecialisten både bildunderlag och beskrivande text. Fördelarna med teledermatoskopi är många: snabbare vård för patienter med hudcancer, färre återbesök för operation och på sikt färre onödiga besök för patienter med helt godartade hudförändringar. Notera patientsymbolerna som ger en uppfattning om delflödenas storlek. Jämför även tiden för remissbedömning.

Malignt melanom, skivepitelcancer och basalcells cancer är sjukdomar som tar många år att utveckla. Hur de senaste decenniernas sol- och resvanor kommer att påverka statistiken i framtiden vet vi ännu inte, men det är rimligt att anta att incidenskurvorna kommer att fortsätta stiga. För att få dem att plana ut krävs nya initiativ och strategier för prevention och diagnostik.

Regionerna och RCC måste gå i spetsen

En satsning på prevention och diagnostik bör vara nationell och utgå från ett samarbete mellan de sex sjukvårdsregionernas regionala cancercentrum – och beträffande satsningar på primär prevention vara i samklang med Strålsäkerhetsmyndigheten i relevanta fall. Enligt *En nationell cancerstrategi för framtiden* är en av RCC:ernas uppgifter att utveckla ”strategier för prevention på befolkningsnivå inom cancerområdet”. I promemorian *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum* (Socialdepartementet 2011-01-31) står att ”RCC ska utforma och implementera en långsiktig plan för regionens arbete med förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer”. Enligt promemorians avslutande tidplan bör de regionala cancercentrumen:

- ett år efter RCC-starten ha upprättat ett regionalt program för cancerprevention och tidig upptäckt av cancer.
- tre år efter starten ha genomfört detta program till stora delar och även skapat ett system för uppföljning.

En speciell fördel med att det nationella preventionsarbetet kopplas till regionerna är att strategierna kan anpassas efter geografiskt läge. Sverige är ett land som sträcker sig över 14 breddgrader och de regionala skillnaderna i förekomsten av hudcancer är stora.

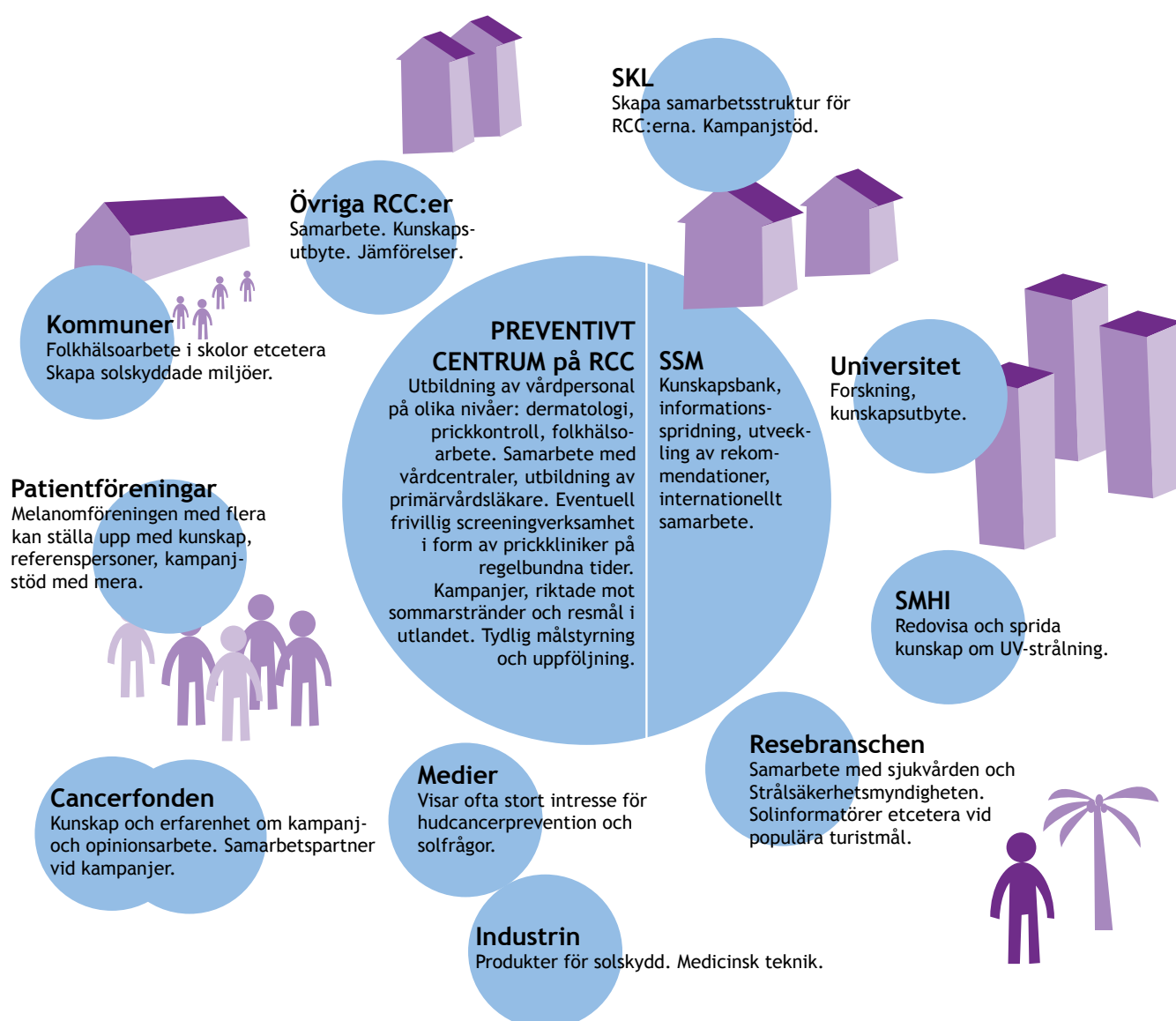
Strålsäkerhetsmyndigheten har en given plats som miljömålsansvarig myndighet och kunskapsförmedlare som är ”pådrivande och förebyggande för att skydda människor och miljö från oönskade effekter av strålning”. Man har också en viktig roll som nätverksorganisation med kontakter på alla nivåer inom samhället. En konkret utgångspunkt för arbetet är de handfasta rekommendationer som utfärdas i rapporterna från UV-rådet.

Det är sannolikt att verksamheten kring hudcancerprevention och tidig upptäckt kan behöva extra finansiering på nationell nivå, åtminstone i uppstartsskedet, för att bygga upp samarbetet, genomföra utbildning, producera trycksaker och webbplatser och så vidare. Mot bakgrund av de kostnader som hudcancersjukvården slukar borde sådana medel betraktas som en investering, snarare än en utgift.

Slutligen: en stor del av svenskarnas exponering för UV-strålning sker i samband med semesterresor till utlandet. Här måste resebranschen ta sitt ansvar på ett tydligare sätt, på samma sätt som när det gäller till exempel CO₂-utsläpp. Visst tas det initiativ redan i dag i form av information till resenärer, solarmband etcetera, men skyddet mot UV-strålning är definitivt något att utveckla inom arbetet med corporate social responsibility och kundsäkerhet.

Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom

Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom började byggas upp i slutet av 1980-talet och omfattar i dag data från nästan två decennier. Sedan mitten av 1990-talet har täckningsgraden varit så gott som fullständig från landets sex sjukvårdsregioner. Detta innebär bland annat att Sverige i dag har ett av de bästa statistiska underlagen i världen vad avser tunna melanom (1 mm). Totalt handlar det om befolkningsbaserade data om över 12 000 fall – en unik resurs för såväl svensk som internationell forskning.



Huden hos en normalviktig, fullvuxen man har en yta på cirka 1,5–2 kvadratmeter och väger ungefär tio kilo. Dess mest framträdande funktion är att utgöra en fysisk barriär mellan kroppens inre miljö och omvärlden. På samma gång är huden ett komplicerat aktivt organ med en mängd reglerande funktioner.

Huden

— kroppens största organ

> Basalcellscancer

Basalcellscancer (basaliom) utgår från celler i hudens basalcellslager. Den kan se ut på lite olika sätt – allt från en liten blank knuta med slingrande blodkärl till sår som inte vill läka eller eksemliknande förändringar.

Sjukdomen är mycket vanlig och närmast att betrakta som en "folkcancer"; risken för att drabbas någon gång under livet är nästan 20 procent, det vill säga en av fem personer kommer att få diagnosen. Den är sällsynt före 40–50 års ålder och ökningen av antalet fall har en tydlig koppling till att befolkningen i Sverige blir allt äldre och hinner bli utsatta för mer och mer UV-strålning från solen.

Prognosen för basalcellscancer är mycket god. Efter som den oftast saknar förmåga att bilda metastaser är den så gott som aldrig livshotande. Tumörerna kan dock bli stora, misspyrdande och orsaka obehag samt i vissa fall växa destruktivt och skada underliggande vävnad i till exempel näsan eller örat. I svåra fall kan behandlingen innebära behov av omfattande plastikkirurgi.

> Skivepitelcancer

Skivepitelcancer förkortas ibland SCC efter engelskans *squamous cell carcinoma*. Den är – om man bortser från basalcellscancer – den tredje vanligaste cancerformen, efter prostata- och bröstcancer (i Statistiken motsvarar den kategorin "Hudcancer, exklusive malignt melanom").

Skivepitelcancer kan antingen utgå från överhudens mellanskikt eller från djupare hudlager. Typiskt för skivepitelcancer är att den uppträder på platser som exponerats mycket i solen, till exempel ansikte, öron, nacke eller händer.

När en skivepitelcancer börjar växa sker det ofta tydligt i hudens yttersta lager. Typiskt är en fjällande och/eller rodnande fläck på huden. Diagnostiserar man

tumören i detta stadium har den nästan aldrig hunnit sprida sig ner genom djupare hudlager. Om tumören får växa ostörd kan den sprida sig ner i läderhuden (se figur på sidan 78). Den bildar då en liten, rödaktig knuta, ofta med fjällig yta som spricker upp och blir ett svårläkt sår.

Prognosen för skivepitelcancer är mycket god. Mer än 95 procent kan botas med en jämförelsevis begränsad operation.

> Malignt melanom

Malignt melanom utgår från hudens pigmentbildande celler, de så kallade melanocyterna, vilka befinner sig längst ner i överhuden. Tumören kan uppstå från till synes frisk hud, men oftast utgår den från ett födelsemärke. Sjukdomen är ungefär lika vanlig hos män och kvinnor.

Den är mycket ovanlig hos barn, men förekommer hos vuxna personer i alla åldrar. Det som gör malignt melanom till en så farlig sjukdom är framför allt dess förmåga att metastasera, det vill säga sprida sig till andra organ i kroppen – ett förlopp som ibland kan vara mycket snabbt förlopp.

Det första diagnostiska tecknet brukar vara att ett nevus börjar öka i storlek, ändra färg/form, klia eller blöda. Något som kan misstas för melanom är stora och oregelbundna nevi, så kallade dysplastiska nevi.

Malignt melanom kan också uppstå på andra platser där det finns pigmentceller, till exempel i slemhinnor i munhåla och genitalia, eller i ögats kärnhinna. Detta är dock mycket mera ovanligare än hudmelanom (cirka 100 fall/år). Dessa melanom orsakas inte av UV-strålning, visar ingen tendens att öka i antal och skiljer sig oftast biologiskt från hudmelanom.

Trots att malignt melanom är en mycket allvarlig sjukdom är prognosen i dag jämförelsevis god. I dag botas 80–85 procent av de patienter hos vilka tumören inte hunnit sprida sig från huden till andra organ i kroppen vid diagnos.

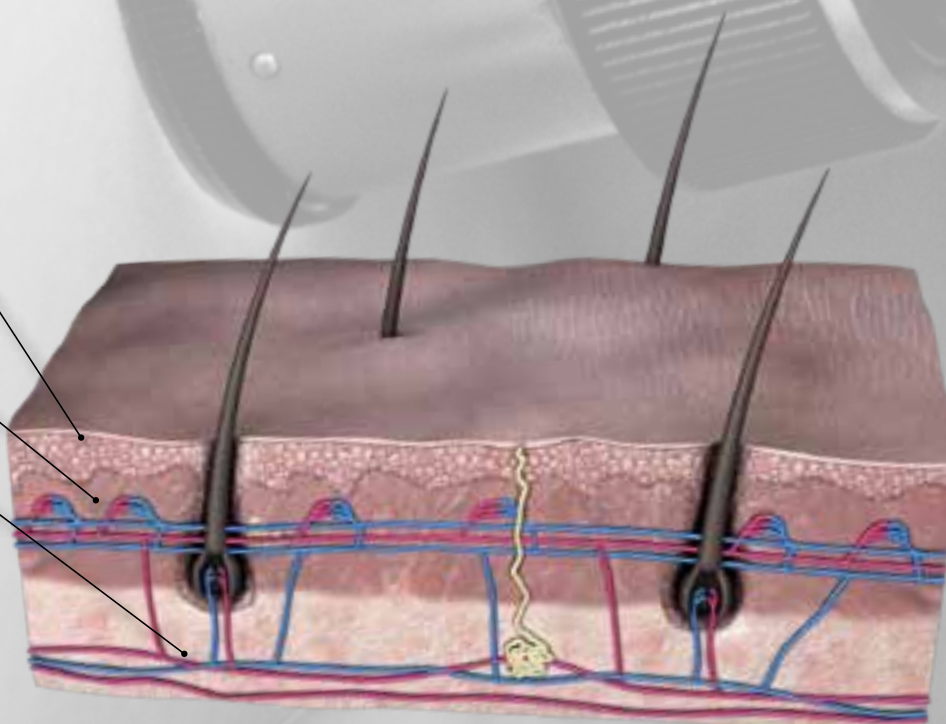
I överhuden produceras det pigment som skyddar mot solens UV-strålning. Det är i de pigmentbildande cellerna, de så kallade melanocyterna, som malignt melanom uppstår. Här finns även keratinocyterna, det vill säga den celltyp som växer okontrollerat vid skivepitelcancer.

Huden består av tre skikt:

Överhuden
(epidermis)

Läderhuden
(dermis)

Underhuden
(subcutis)



Läderhuden (dermis) är en bindväv som är rik på kollagen och elastin; det är förändringar i detta lager som orsakar rynkor – inte minst om man tillbringar mycket tid i solen.

Underhuden (subcutis) består framför allt av fett och stödjevävnad.

Melanomföreningen

Melanomföreningen är en nystartad patientförening som vänder sig till melanompatienter och dem som på ett eller annat sätt drabbats av sjukdomen. Verksamheten kom i gång i juni 2011 och enligt stadgarna har föreningen till uppgift att:

- tillvarata melanompatienters intressen genom att värna om modern, högkvalitativ och likartad prevention, diagnostik och behandling för patienter med malignt melanom
- bidra till opinion samt ökade resurser för forskning som främjar behandling av malignt melanom
- verka för saklig information och upplysning om malignt melanom, möjliga behandlingsformer samt aktuell forskning inom området
- göra framställningar till och samarbeta med sjukvård, landsting, kommunala myndigheter samt andra organ och intressegrupper, som handlägger eller har beröring med dessa frågor
- med sammankomster, personliga kontakter och digital mötesplats stödja varandra.

Läs mer på www.melanomforeningen.se

Uppmärksamhet

Ett gynnsamt faktum när det gäller hudcancer är att tumörtillväxten oftast sker utanpå kroppen och därför är synlig för blotta ögat. Den som håller sig bekant med sin kropp och ser till att syna av den regelbundet ökar oddsen för att upptäcka en förändring i tid. Ett tips som vissa hudläkare ger är att spana efter de "fula fläckar" som avviker från de normala prickarna. En mycket viktig faktor är förändring över tid; hur ser fläcken ut i dag, jämfört med för ett år sedan? Ett födelsemärke som har ändrat färg eller form, kliar eller blöder ska alltid undersökas av expertis.

Orsaker

Kända riskfaktorer när det gäller hudcancer är följande:

UV-strålning från solen eller solarier

Detta anses vara den allt annat överskuggande orsaken – ungefär på samma sätt som rökning är den viktigaste riskfaktorn för lungcancer.

Ärftliga faktorer

När det i en familj finns flera personer, alternativt två personer som är förstegradssläktingar (förälder, barn eller syskon), som har drabbats av malignt melanom genomför man ofta en noggrann undersökning av övriga familjemedlemmar. Detta är fallet hos cirka 5–10 procent av fallen.

I en andel av dessa familjer har man kunnat påvisa sällsynta ärftliga genförändringar som orsakar melanomrisken. I Sverige finns bland melanomfamiljer en speciell "svensk" mutation (i en gen som heter *CDKN2A*). Denna orsakar dessvärre ökad risk både för melanom och för cancer i bukspottkörteln.

Behandling

Hudcancervård är en multiprofessionell verksamhet där många läkarspecialiteter är engagerade: allmänläkare, hudläkare, kirurger och plastikkirurger, onkologer, patologer samt i vissa fall ögonläkare och öron-näsa-halsläkare. Sjuksköterskor spelar också en viktig roll, dels kliniskt, dels som informatörer och psykosocialt stöd.

Kirurgi

Första åtgärden vid behandling av hudcancer är vanligen ett kirurgiskt ingrepp; man skär helt enkelt bort tumören med en säkerhetsmarginal av frisk vävnad runt omkring. När det gäller malignt melanom brukar man också undersöka och eventuellt operera bort de lymfkörtlar som sitter närmast tumören.

Basalcellscancer behandlas oftast med kirurgi men även ibland med så kallad kryoterapi, där man kyler ned huden med flytande kväve och på sätt dödar tumörcellerna. Man kan också bränna bort tumören med en speciell teknik. På senare tid har fotodynamisk terapi (PDT) kommit att bli ett viktigt alternativ. Man applicerar då en kräm innehållande ett kroppseget ämne som fungerar som en målsökande robot till tumörceller. Krämen appliceras och följs efter några timmar av belysning med rött ljus under cirka tio minuter. Forskning pågår också på patienter med en ny medicinsk, målsökande behandling med en så kallad hedgehog-hämmare som ges som tablett och har god effekt vid lokalt avancerad basalcellscancer.

Strålbehandling

Strålbehandling är ett alternativ vid både basalcellscancer och skivepitelcancer. När det gäller malignt melanom är det mindre effektivt eftersom tumörerna oftast blir resistenta mot behandlingen. Ibland använder man dock strålning som palliativ, det vill säga symtomlindrande, behandling.

Målstyrda läkemedel

Inom melanomvården införs nu nya, målstyrda läkemedel (se *Cancerfondsrapporten 2009* för bakgrund). Mest uppmärksammat är det nyligen registrerade läkemedlet ipilimumab (handelsnamn YERVOY®), ett kraftigt immunstimulerande medel som har visat sig öka överlevnaden vid metastaserat malignt melanom. Även målstyrda läkemedel mot förändringar i melanomcellerna används och under 2012 kommer det första målstyrda läkemedlet (vemurafenib), en så kallad BRAF-hämmare, att registreras. Omkring hälften av alla melanomtumörer har mutation i den aktuella BRAF-genen och är mycket känsliga för behandling.



Prevention

Få framsteg i kampen mot tobaksrökning

6 500 personer i Sverige dör årligen av tobak.

36 procent fler kvinnor avled av lungcancer 2010 jämfört med 2000.

16 000 ungdomar börjar årligen röka.

45 ungdomar börjar dagligen röka.

30 miljarder kronor kostar rökning årligen samhället.



Varje år dör närmare 6 500 personer i Sverige på grund av tobaksrökning. Det personliga lidandet för den som röker och rökarens närstående går inte att mäta i pengar. Men den årliga kostnaden för samhället är enorm: 30 miljarder kronor. Ändå är tobaksrökningen i Sverige en politisk ickefråga.

Politiskt ointresse för Sveriges största hälsoproblem

Sedan reformen med rökfria restauranger genomfördes 2005 har i princip ingen tobakspolitisk diskussion förekommit i riksdagen. Antalet motioner som skrivits i ämnet är försvinnande få och de som skrivs i syfte att skärpa tobakspolitiken avfärdas mer eller mindre regelmässigt.

Från regeringshåll ser det inte mycket bättre ut. När EU nu reviderar det så kallade Tobaksproduktivet är Sveriges bidrag, så här långt, få. En skrivelse från handelsministern om att

EU måste häva förbudet för snusförsäljning utanför Sveriges gränser. Och en från socialminister Göran Hägglund, bland annat om att "Sverige är negativa till förslaget om att göra varningsbilderna obligatoriska", det vill säga att frågan bör avgöras hos varje medlemsland. Samma ansvarsfördelning anser Hägglund gälla åtgärder riktade mot försäljningsställen. Den svenska hållningen har stött på kritik inom EU där flera folkhälsoföreträdare är missnöjda med den svenska regeringens passiva inställning till skärpningar i tobaksdirektivet. Kritikerna menar att Sverige sätter tobaksindustrins intressen före ett förbättrat hälsoskydd för befolkningen.

Att Sverige inte kommer att nå de folkhälsopolitiska målen för 2014 som avser tobaksrökning har stått klart länge. Att inte nå politiskt uppsatta mål måste naturligtvis betraktas som ett misslyckande. Men ingen verkar ta ansvar och tobakspolitiken går på tomgång utan några konkreta initiativ.

	Trafik	Alkohol	Tobak
	13	2	0
	13	1	0
	7	3	1
	16	6	0
	4	3	3
	37	12	6
	3	3	2
Totalt antal	93	30	12

Antal motioner och propositioner från 1998/1999 till och med 2007/2008 utslagna per parti.

Rökningen ökar åter bland unga

En undersökning från Folkhälsoinstitutet om ungdomars rökvanor som publicerades i november 2011 visar att rökningen ökar bland

” Att Sverige inte kommer att nå de folkhälsopolitiska målen för 2014 som avser tobaksrökning har stått klart länge.



unga. Både för flickor och pojkar i årskurs nio är rökningen tillbaka på samma nivåer som på 1980-talet. I kalla siffror innebär det att hela 16 procent av flickorna röker och att motsvarande siffror för pojkar är 13 procent. Det är förstås ett stort misslyckande för preventionsarbetet på flera nivåer.

Bristfällig ålderskontroll

Tillsammans med tobakspriset och tobaksindustrins marknadsföring är tillgängligheten på tobak en avgörande faktor för ungdomars rökande. En undersökning av legitimationskontroll som utfördes i nio västsvenska kommuner hösten 2007 visar att det fortfarande är relativt enkelt för ungdomar att komma över tobak – trots åldersgränsen på 18 som infördes 1996.

Totalt gjordes 214 testinköp av ungdomar. Endast 48 procent ombads att visa legitimation. Mer än hälften kunde alltså utan problem köpa tobak. I samma undersökning gjordes också testinköp av folköl. Vid de totalt 381 testinköpen ombads den som handlade öl att visa legitimation i 59 procent av fallen.

Åldersgränsen för köp av folköl och legitimationskontrollen efterlevs alltså i större utsträckning än vid köp av tobak, vilket är märkligt eftersom båda åldersgränserna är lagstadgade. Studier från andra håll i landet visar på ett liknande mönster.

Materialet visar att ålderskontrollen förbättras år efter år, men att cirka hälften av ungdomarna kunde köpa tobak utan att bli tillfrågade om att visa legitimation. Hårdare efterlevande av åldersgränsen innebär minskad tillgång på tobak. Minskad tillgång leder till minskad konsumtion. Därför är det viktigt att åldersgränsen för tobaksinköp följs och att de butiker som inte klarar av denna hantering borde förbjudas att sälja dessa varor. Internationell forskning visar att om åldersgränsen för inköp av tobak, hålls leder det omedelbart till minskad användning av cigaretter bland ungdomar i åldrarna under denna gräns.

Hur ålderskontrollen fungerat de senaste åren är osäkert. Efter att Justitieombudsmannen, JO, 2009 kritiserat metoden med provköp som dold myndighetsutövning är det ingen som har någon egentlig kontroll på utvecklingen. 2010 genomförde Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning en enkät bland ungdomar i sex kommuner. Syftet var att se om denna metod kunde ersätta provköpen som kontrollverktyg. Man konstaterade att det fungerade för att få en generell bild av rökvanor och i viss mån tillgänglighet, men inte för att se huruvida enskilda handlare följer lagen eller inte.

Enligt undersökningen uppgav var fjärde rökande niondeklassare att de köpte sina cigaretter själva i butik. Mer än hälften uppgav att det var lätt eller mycket lätt att köpa cigaretter. Med tanke på att rökningen bland unga ökar kan man dra slutsatsen att det inte på något sätt blivit bättre de senaste åren.



” Tillsammans med tobakspriset och tobaksindustrins marknadsföring är tillgängligheten av tobak en avgörande faktor för ungdomars rökande.

Socialstyrelsen aktiv

Inom myndighets-Sverige är det Socialstyrelsen, och i viss mån Sveriges Kommuner och Lands-
ting, SKL, som visat en del aktivitet. I november
2011 presenterades nationella riktlinjer för hur
hälso- och sjukvården ska förebygga sjukdomar
som cancer, hjärtsjukdomar, diabetes och psy-
kisk ohälsa.

Kortfattat innebär de nya riktlinjerna att alla
inom vården som har patientkontakter ska kun-
na erbjuda stöd, eller hänvisa till någon som kan

” I verkligheten skördar rökningen
mer än tio gånger så många
människoliv som trafiken.

stödja människor som vill förändra sin osunda
livsstil, exempelvis sluta röka. Ett projekt för att
implementera riktlinjerna drivs nu tillsammans
med sjukvårdens huvudmän via SKL, delvis fi-
nansierat av extra anslag från regeringen.

Nationella riktlinjer för förebyggande hälso-
arbete inom vården är naturligtvis bra. Men långt
ifrån tillräckligt. Insatserna blir på individnivå,
vilket man vet är otillräckligt för att nå fram-
gång i preventionsarbete. Tobaksavvänjning kan
bara fungera om satsningar på individuell nivå
kombineras med en aktiv, övergripande tobaks-
politik som exponeringsförbud, neutrala paket,
prishöjningar och aktiv opinionsbildning.

Folket kräver nollvision

Svenska folket är inte nöjt med den låga aktivite-
ten i riksdagshuset. Kraven ökar på att samhället
ska engagera sig mer för att inte tappa greppet
i kampen mot tobaken. En Sifo-mätning som
gjordes i november 2007 visar att hela 63 procent
av Sveriges befolkning tycker att det är dags att

införa en nollvision i frågan om tobaksrökning.

Inom trafikpolitiken har det enligt ett riks-
dagsbeslut funnits en nollvision sedan 1997. Vi-
sionen har styrt åtgärder i trafiksäkerhetsarbetet
och lett till en minskning av antalet skadade och
döda i trafiken.

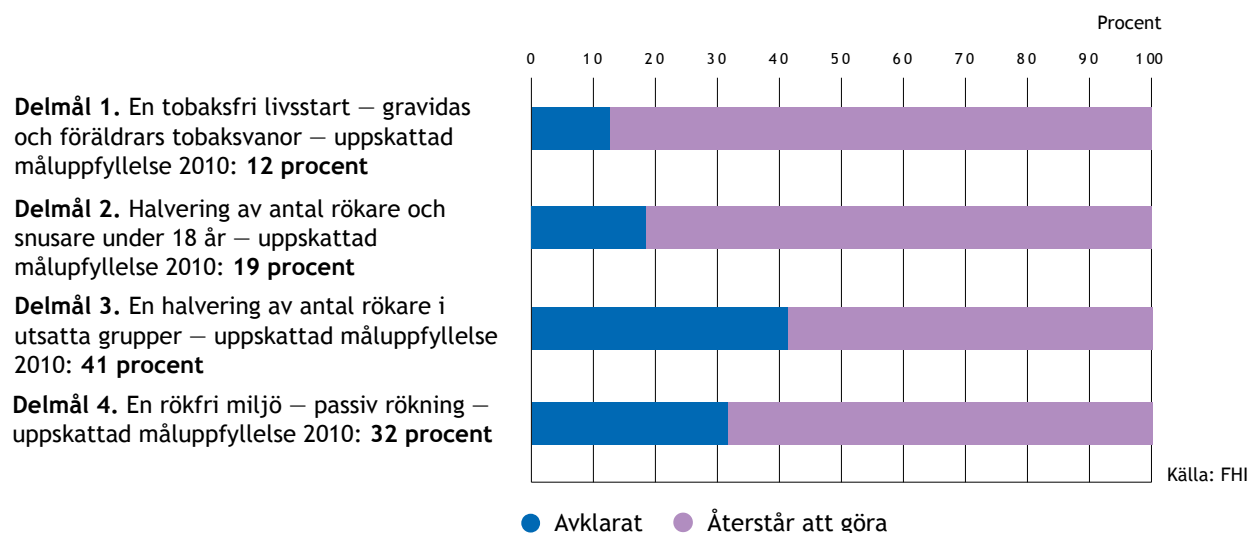
Men i verkligheten skördar rökningen mer än
20 gånger så många människoliv som trafiken
gör. Ändå saknas både visioner och en konkret
politik. Men en förändring kanske kan vara på
väg.

En enkät som gjordes bland riksdagsledamö-
terna vid samma tillfälle som Sifo-mätningen
visar att en klar majoritet, 65 procent av leda-
möterna, kan tänka sig en nollvision på tobaks-
området. Det är dock en stor variation mellan
partierna och splittring mellan blocken. Kristde-
mokraterna och Miljöpartiet är mest positiva, 90
respektive 87,5 procent av partiernas ledamöter
är för. Moderaterna och Folkpartiet är mest ne-
gativa, bara 30 respektive 33 procent av partier-
nas ledamöter är för en nollvision.

Svårt att uppnå folkhälsomålen

Det övergripande målet för folkhälsa i Sverige
är att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en
god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”.
I *En förnyad folkhälsopolitik* från 2007 listar
regeringen elva övergripande målområdena för
folkhälsa. I Folkhälsomål 11 beskrivs tobak,
alkohol, narkotika, dopning och spel. Ansvar för
tobaken läggs främst på Statens folkhälsoinstitut
(FHI), men även kommuner, landsting/regioner,
länsstyrelser och frivilligorganisationer spelar en
viktig roll. Till målområde 11 har regeringen
formulerat fyra tobaksförebyggande delmål för
minskat tobaksbruk 2014. 2010 gjorde FHI en
uppskattad måluppfyllelse (se figur nedan).

Delmålen för tobak och FHI:s uppskattade måluppfyllelse

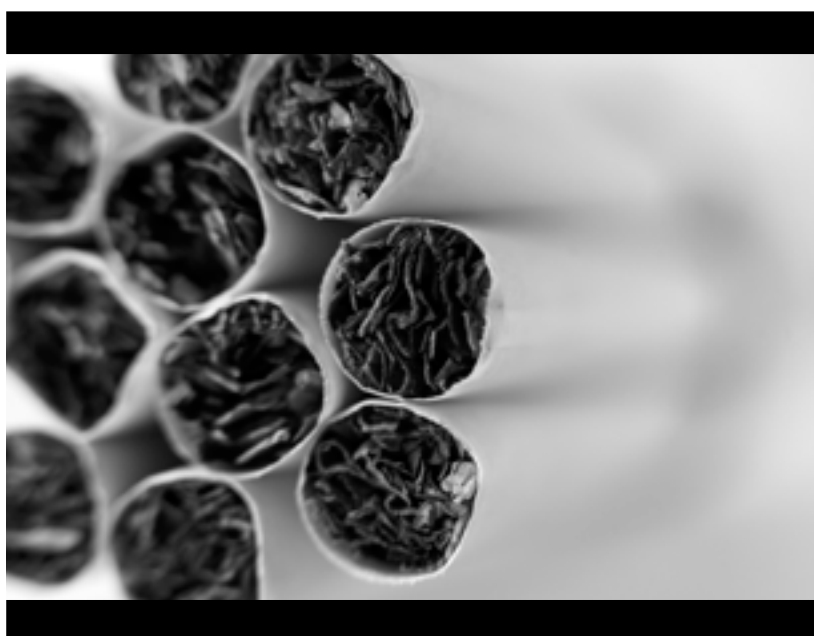


WHO:s tobakskonvention

Världshälsoorganisationen antog The WHO Framework Convention on Tobacco Control 2003. Det utgörs av ett evidens-baserat, juridiskt avtal som syftar till att minska den tobaksrelaterade sjukligheten och dödligheten men också tobakens samhälls- och miljöpåverkan. I januari 2012 hade den undertecknats av 174 medlemsstater; av dessa hade drygt 170 även ratificerat den. Den utgör därigenom en av de bredast ratificerade överenskommelserna i FN:s historia.

WHO:s tobakskonvention består främst av två delar – en som syftar till att minska efterfrågan och en som syftar till att begränsa tillgängligheten. Till tobakskonventionens syfte hör även att påverka den sociala acceptansen, opinionsbildning, utbildning och avvänjning. Totalt innehåller den 38 artiklar. Till dessa kan protokoll och riktlinjer förhandlas fram mellan de länder som har anslutit sig. Protokollen är juridiskt bindande detaljregler, medan riktlinjerna är icke-bindande rekommendationer.

När ett land ratificerar en konvention har det bundit sig folkrättsligt att förverkliga den. Brott mot konventionen förs dock inte upp i någon internationell domstol. Kritik och påtryckningar är de enda sanktioner som finns att tillgå.



Tobakskonventionen visar vägen – men beslutsfattarna känner inte till den

Våren 2003 antog Världshälsoorganisationen en internationell ramkonvention om tobakskontroll – den första i världen i sitt slag på folkhälsoområdet. Konventionen ratificerades av Sverige år 2005. Formellt innebär detta att Sverige har åtagit sig att följa de förpliktelser som tobakskonventionen innebär. Men på flera viktiga punkter lever Sverige inte upp till konventionens inriktning och mål. I riksdagen, som har det yttersta ansvaret för att konventionen följs, är det bara knappt 15 procent av riksdagsledamöterna som ens känner till att det finns en tobakskonvention. Detta enligt en undersökning av Cancerfonden från 2009.

Stor okunskap bland riksdagsledamöter om WHO:s tobakskonvention

Har Sverige ratificerat WHO:s tobakskonvention?

Ja
42 st

Nej
49 st



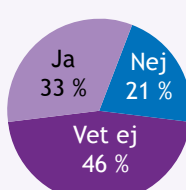
Vet ej
199 st

Följer Sverige tobakskonventionen och dess riktlinjer?

Ja
33 %

Nej
21 %

Vet ej
46 %



På en skala 1-5, där 5 är starkast, hur viktigt tycker du det är att Sverige följer internationella konventioner som Sverige ratificerar?

5	218
4	51
3	16
2	0
1	0

Vet ej 5

Enligt WHO styrs tobaksanvändning främst av de tre faktorerna pris, social acceptans och tillgänglighet. Huvudprinciperna som konventionen bygger på är att minska efterfrågan och att begränsa tillgängligheten. Metoder för att genomföra detta är bland annat att:

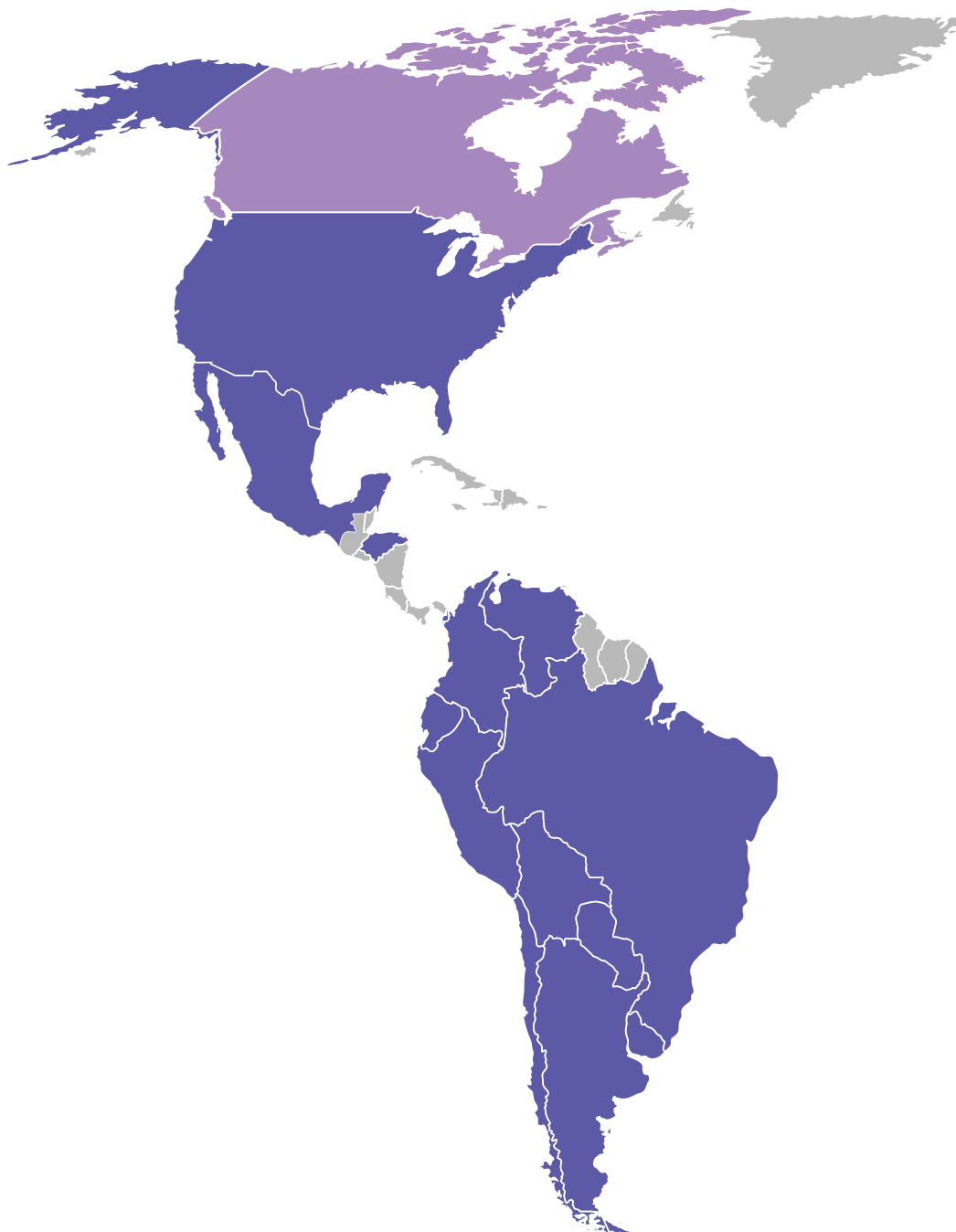
- införa hundra procentigt rökfritt för alla i alla miljöer
- införa neutrala förpackningar utan varumärken eller lockande färger
- förbjuda exponering för tobaksprodukter i butiker
- utöka varningstexterna på paketen med bilder
- ge fler och kontinuerliga resurser till tobaksforskning, särskilt beteendevetenskaplig och åtgärdsinriktad forskning.

Preventionsarbetet en global trend

Trots att tobakskonventionens artiklar har anpassats så att de kan tillämpas av länder med mycket olika utgångspunkt är de överraskande konkreta. Här finns stöd att hämta för det tobaksförebyggande arbetet på alla samhällsnivåer. WHO:s tobakskonvention är ett levande dokument som utvecklas efterhand. I dag pågår ett omfattande arbete med att bland annat utarbeta riktlinjer och protokoll för hur de 38 artiklarna i konventionen kan tolkas.

I andra länder har man valt att använda konventionen som incitament för att flytta fram tobakspolitiken och många länder är i dag betydligt mer aktiva och beslutsamma än Sverige.

Kartan nedan illustrerar den globala utvecklingen.

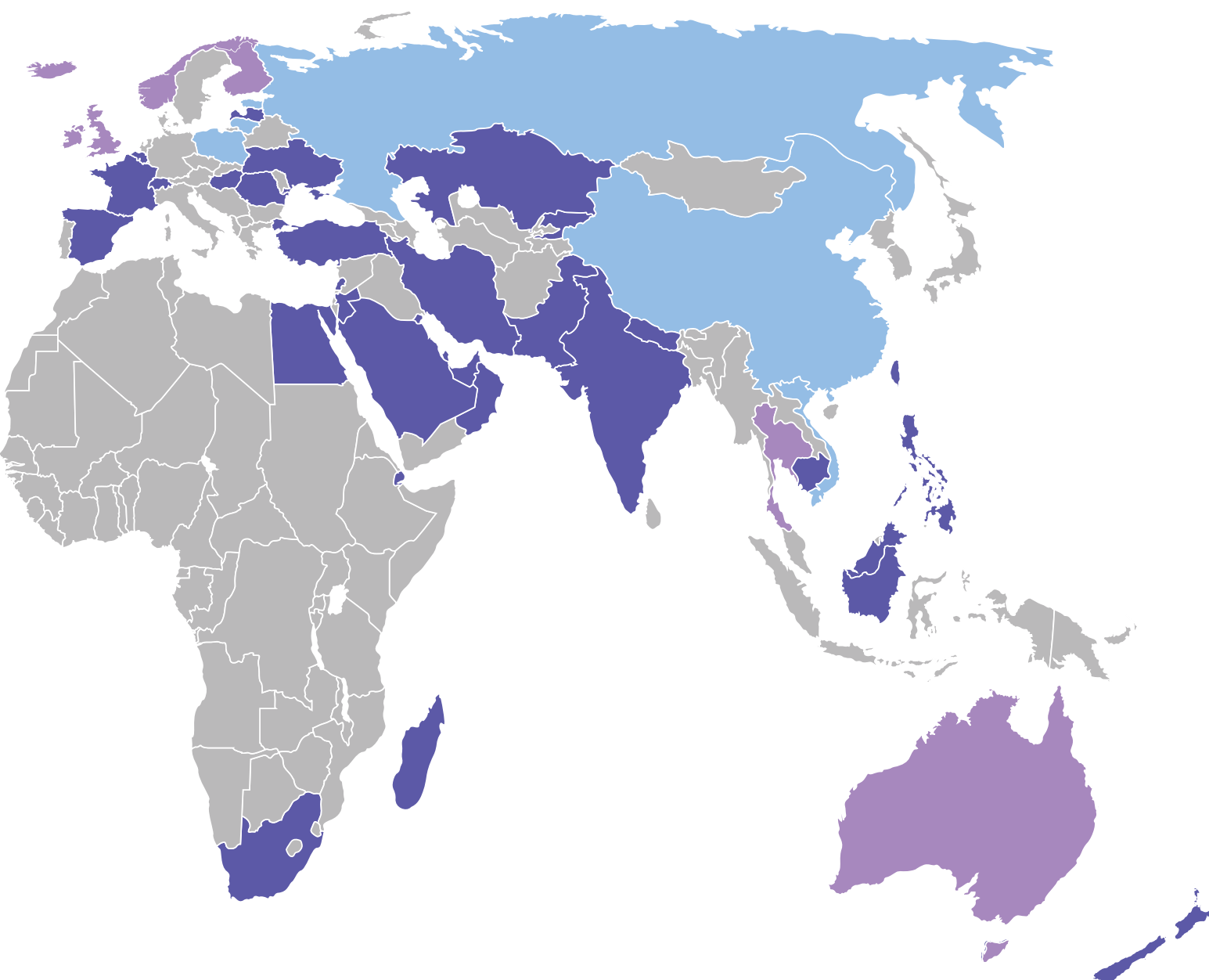


Preventionsarbetet halkar efter

När Sverige skrev under och ratificerade tobakskonventionen gjorde man också ett juridiskt åtagande. Därför är det anmärkningsvärt att man inte lever upp till alla de krav som tobakskonventionen ställer. Jämför till exempel med hur orimligt det skulle te sig att inte följa FN:s Barnkonvention.

Enligt en undersökning som Cancerfonden genomförde i januari 2010 är det bara 42 av 290 tillfrågade riksdagsledamöter som känner till att Sverige 2005 ratificerade WHO:s tobakskonvention. Okunskapen är relativt jämnt fördelad mellan riksdagspartierna. Frågan är hur Sverige ska kunna leva upp till WHO:s krav om inte ens de som har det yttersta ansvaret för att tobakskonventionen följs känner till att den finns.

-  Förbud mot tobaksautomater
-  Exponeringsförbud i butik
-  Avskräckande bilder på förpackningar





Tobaksfria dagen – fokus på industrins marknadsföringsmetoder

Även på internationell nivå tar man nu upp kampen mot tobaksbolagens marknadsföringsmetoder. Under den Tobaksfria dagen 31 maj 2012, som är en årligt återkommande manifestation över hela världen arrangerad av WHO, ligger fokus på denna fråga.

”På Tobaksfria dagen 2012 och under hela det kommande året kommer WHO uppmana länder att prioritera kampen mot tobaksindustrins försök att störa lagstiftning och andra åtgärder som försvårar deras metoder att vilja kontrollera den globala tobaksepidemin”, skriver WHO i ett pressmeddelande.

Trots att det är förbjudet att göra reklam för tobak satsar tobaksbolagen enorma resurser på marknadsföring i olika former. Det kan handla om indirekt reklam via så kallad produktplacering i film- och tv-produktioner eller att bearbeta detaljhandeln på olika sätt. Men framför allt lägger tobaksbolagen resurser på att försöka påverka politiker och beslutsfattare att bibehålla ett så liberalt regelverk som möjligt ur tobaksindustrins perspektiv. I Sverige har tobaksbolagens lobbyingverksamhet exempelvis framgångsrikt förhalat frågan om neutrala förpackningar och varningsbilder på paketen.

Dagligvaruhandeln visar ansvar

I en debattartikel i Dagens Industri den 30 december 2011 stödjer dagligvarukoncernen Axfood, med butiker som Willys, Hemköp och PrisXtra, tillsammans med en rad riksdagsledamöter och Yrkesföreningar mot Tobak ”ett politiskt beslut om ny lagstiftning”.

På följande punkter bryter Sverige mot tobakskonventionens riktlinjer

1 Skyddet mot passiv rökning är inte hundra procentigt

Artikel 8 Skydd mot passiv rökning, innehåller utarbetade riktlinjer för hur denna artikel bör tillämpas. Länderna har enhälligt enats om att sträva mot hundra procentigt rökfritt för alla i alla miljöer. Det gäller även vissa utomhusmiljöer som till exempel busshållplatser. Det är också angeläget att skydda barnen effektivare genom att till exempel stärka deras rättigheter till en rökfri uppväxtmiljö.

2 Varningsbilder saknas på tobaksförpackningar

Artikel 11 Förpackning och märkning av tobaksvaror, kräver bland annat att stora, väl synliga och tydligt läsliga hälsovarningar finns på tobaksprodukterna i form av bilder och/eller varningstexter. Sverige är snart det enda landet i Norden som inte har beslutat att införa varningsbilder – trots att EU-kommissionen rekommenderar medlemsländerna att använda de bilder som nu finns i ett gemensamt EU-bibliotek på internet.

3 Tobaksindustrin tillåts fortfarande att göra reklam via förpackningar och försäljningsställen

Artikel 13 Tobaksreklam, marknadsföring och sponsring. När det gäller varningsbilder på tobaksförpackningar är det en fråga som ska behandlas i arbetet med EU:s nya tobaksproduktsdirektiv. Alltför få länder inom EU, däribland Sverige, följer WHO:s tobakskonvention i denna fråga. Flera frivilligorganisationer hoppas nu kunna förmå svenska politiker att driva på i denna fråga.

4 Tobaksindustrins lobbyingarbete kan delvis ske utan offentlig insyn

Artikel 5.3 och 12 Tobaksindustrins inflytande. Sverige har resurser att ligga i framkant men ambitionsnivån är låg i förhållande till andra länder. Men det finns hopp. Av de tillfrågade riksdagsledamöterna uppger samtliga att det är viktigt eller mycket viktigt att Sverige efterlever internationella konventioner som Sverige ratificerat. Logiskt sett borde alltså riksdagens vilja att följa tobakskonventionen öka när de känner till att den finns.

Detta eftersom lagstiftningen skulle "vara en viktig del i en strategi för minskat tobaksbruk. Det skulle dessutom vara samhällsekonomiskt effektivt eftersom kostnaderna i Sverige för produktionsbortfall och sjukdom har beräknats till 30 MRD kr. De enda förlorarna skulle vara tobaksindustrin".

Tobaken utgör mellan 1 och 4 procent av omsättningen för de stora livsmedelskedjorna och vinstmarginalerna är små.

Frivilligorganisationer sätter press på politiker

Under 2011 inleddes ett samarbete för att på olika sätt öka trycket på riksdag och regering för att Sverige på ovanstående punkter bättre ska inordna sig under WHO:s tobakskonvention. Initiativet kommer från den oberoende tankesmedjan Tobaksfakta och sker i samarbete med bland andra Cancerfonden, A Non-Smoking Generation, Yrkesföreningar mot Tobak, Lungcancerförbundet Stödet och Ung Cancer.

I första steget fokuserar samarbetet på att belysa aktuella tobakspolitiska utmaningar samt att sprida information och kunskap om tobaksindustrins marknadsföringsmetoder.

I en debattartikel, som publicerades i Svenska Dagbladets Brännpunkt den 15 februari 2012, slog en rad frivilligorganisationer, däribland Cancerfonden, fast att 2010 hade 36 procent fler kvinnor avlidit i lungcancer än 2000. "Situatio-

nen är värre än vi tidigare anat" och debattartikeln's undertecknare krävde att politiker började ta frågan om tobaksrökningens skadeverkningar på allvar.

Livsnödvändiga åtgärdsförslag

I enlighet med WHO:s tobakskonvention föreslår Cancerfonden att följande delmål snarast uppfylls i Sverige:

- Inför exponeringsförbud av tobaksprodukter
- Inför neutrala tobakspaket
- Inför varningsbilder på minst 80 procent av tobakspaketens yta
- Inför en 18-årsgräns för bruk av tobak
- Fortsätt höj tobaksskatten
- Inför en nollvision för tobaken i Sverige.

Alla sex förslag har fördelar som låga kostnader för samhället, de är baserade på vetenskapliga grunder, höjer Sveriges internationella anseende i folkhälsoarbetet och visar tydligt att Sveriges folkvalda tar ansvar för människors hälsa. Förslagen går till stora delar i linje med Folkhälsoinstitutets rekommendationer för framtida åtgärder.

” Debattartikelns undertecknare krävde att politiker började ta frågan om tobaksrökningens skadeverkningar på allvar.





Cancervården i Sverige

Sedan hösten 2011 har Sverige sex operativa regionala cancercentrum (RCC). Det inledande arbetet utgår från de kriterier som formulerades av den nationelle cancersamordnaren Kjell Asplund i januari 2011. För Cancerfondsrapportens del innebär detta avstampet för en kontinuerlig bevakning. Hur fortskrider arbetet? Sammanfaller resultatet med de visioner som låg till grund för den nationella cancerstrategin? Årets enkät ger bland annat en talande inblick i vad som initialt prioriteras av de respektive regionerna.

Efter en segsliten process kommer det nationella HPV-vaccinationsprogrammet äntligen i gång. Parallellt med turerna kringupphandlingen har nya förutsättningar och ny forskning aktualiserat att även pojkar bör inkluderas. En grupp på Karolinska Institutet har till exempel riktat uppmärksamheten mot en kraftig ökning av HPV-orsakad tonsillcancer bland män.

Cancervården i Sverige står inför sin största strukturomvandling hittills. Den nationella cancerstrategin som lyftes som en huvudfråga redan i den första Cancerfondsrapporten för sex år sedan är nu äntligen på väg att realiseras. Visionen om en nationell och regional samordning av forskning, prevention, vård, utbildning och utveckling inom cancerområdet bärs nu fram av sex operativa regionala cancercentrum.

Goda förutsättningar för bättre cancervård

De sex RCC pågår nu arbetet för fullt med att omforma cancersjukvården utifrån ett patientfokuserat synsätt. De inledande förändringsstegen i cancerstrategin – från betänkande via försöksverksamhet till ”skarp” verksamhet – har gått förvånansvärt fort. Detta kan till stor del förklaras med pionjärgruppernas personliga engagemang och målmedvetenhet.

Detta till trots finns det fortfarande många som förhåller sig skeptiska till idén. En mycket vanlig uppfattning är att den nationella cancerstrategin ytterligare kommer att befästa universitetssjukhusens dominans. Därför måste det ständigt understrykas att RCC-strukturen bygger på delaktighet och teamarbete som innefattar hela regionen.

En annan uppfattning är att det handlar om ännu en i raden av kontraproduktiva omstruktureringar. Här är det viktigt att visa på att strate-

gins processinriktade, integrerade, patientfokuserade synsätt utgör ett trendbrott inom svensk sjukvård.

Ett vakande öga på RCC

Cancerfonden följer naturligtvis omvandlingsarbetet med stort intresse, och skickade därför ut en enkät till cheferna för de sex RCC i november 2011. Avsikten är att hålla ett vakande öga på vad som sker ute i processen. Håller man tidtabellen? Fullföljer man regeringens intentioner? Fungerar betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* som färdplan när projektgrupperna möter verklighetens begränsningar, hinder och problem?

En viktig utgångspunkt för bevakningen är den promemoria som publicerades av den nationella cancersamordnaren Kjell Asplund i januari 2011, *Kriterier som ska utmärka ett regionalt can-*



cercentrum. Här finns bland annat en tidplan för etableringen av RCC som bör följas, framtagna i samarbete med olika intressenter inom svensk cancervård. I enkäten får RCC-cheferna svara på hur väl de anser sig ha uppnått punkterna på "att göra"-listan för ett år efter RCC-starten.

RCC i uppstartsskede

Det första som är uppenbart när man granskar svaren är att införandet av den nationella cancerstrategin befinner sig i ett uppstartsskede, inte minst eftersom startdatum skiljer sig avsevärt åt mellan de sex RCC. Tack vare att de som kom i gång sent kan utnyttja kunskap, lösningar och erfarenheter från dem som kom i gång tidigt bör de ha möjlighet att snart hinna i fatt.

Svaren speglar också att olika RCC har haft olika tillvägagångssätt och prioriteringar. Att det är lite spretigt är knappast något som förvånar,

” Nu gäller det att skapa bästa möjliga balans mellan nationell samordning och regional anpassning.

eftersom det rör sig om pionjärbete. Men nu gäller det att skapa bästa möjliga balans mellan nationell samordning och regional anpassning. Förhoppningsvis kan den nationella samverkansgrupp som bildats (cheferna för RCC med stöd från SKL) hjälpa till med detta.

Årets enkät är den första i sitt slag. Flera RCC har inte haft en reell chans att nå upp till alla de krav som ställts. Enkäten ska ses som en startpunkt som varje år kommer att följas upp. Förhoppningen är att den ska bidra till ett, som det uttrycks på SKL:s webbplats: "bättre resultat och kvalitet i cancervården samt effektivare nyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser".

RCC Syd

Invigning: September 2010

Verksamhetschef:

Carsten Rose sedan september 2010
(tillsättning av ordinarie verksamhetschef under 2012)

Största utmaningar:

- Utveckla linjeorganisationens engagemang i patientprocessutvecklingen
- Genomföra en regional och en nationell nivåstrukturering

Prioriterade områden:

- Kommunikation av uppdraget
- Arbetet med att utveckla patientprocesserna



RCC Sydöst

Invigning: Januari 2011

Verksamhetschef:

Hans Starkhammar sedan januari 2011

Största utmaningar:

- Nivåstrukturering
- Cancerläkemedelsprocessen
- Kompetensförsörjning (långsiktigt)

Prioriterade områden:

- Palliativ vård
- Tidig diagnostik
- Multidisciplinär handläggning



RCC Väst

Invigning: Juni 2011

Verksamhetschef:

Nils Conradi sedan juni 2011

Största utmaningar:

- Tidig upptäckt
- Effektivt värdeskapande
- Individualiserade vårdprocesser utan väntetider
- Palliativ vård

Prioriterade områden:

- Utveckling av lärplattformen i de regionala vårdprocessgrupperna
- Barncanceröverlevare och cancer-vård för unga vuxna
- Psykosocialt stöd
- Cancerrehabilitering
- Palliativ vård
- Regional utvecklingsplan



RCC Stockholm - Gotland

Invigning: Juni 2011

Verksamhetschef:

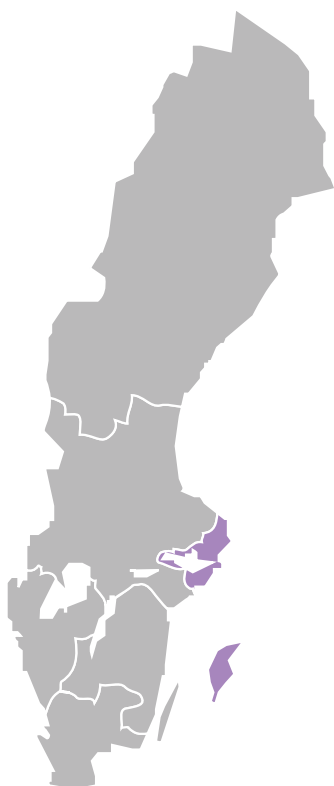
Roger Henriksson sedan december 2011

Största utmaningar:

- Nivåstrukturer
- Genomförande av vissa förändringar som identifieras av processledarna i vårdprocesserna
- Framtagande av plan för klinisk forskning

Prioriterade områden:

- Framtagande av cancerplan för fullföljande av föreslagen strategi
- Vårdprocesser
- Implementering av den nya organisationen där Onkologiskt centrum läggs samman med Regionalt cancercentrum
- Organisatoriskt byter huvudman



RCC Uppsala - Örebro

Invigning: Ingen officiell invigning, men mjukstart hösten 2010

Verksamhetschef:

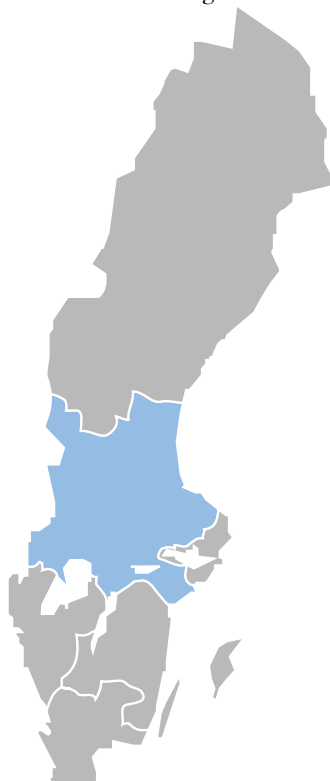
Lars Holmberg sedan september 2011

Största utmaningar:

- Inom områdena prevention, psykosocialt stöd och rehabilitering
- Kontaktsjuksköterskefunktioner och kontaktyta mot patientföreningar
- Strategisk plan på regionnivå
- Kunskapsöverföring och kvalitetsförbättring måste förankras brett
- Nivåstrukturer

Prioriterade områden:

- Skapa en arbetsprocess som kan stödja och kraftfullt utveckla en patientfokuserad och sammanhållen vårdprocess
- Komplettera med etablerande av vårdprogramgrupper
- Utarbeta en detaljerad strategi för prevention, psykosocialt stöd och rehabilitering, kontaktsjuksköterskefunktioner och kontaktyta mot patientföreningar
- Stärka regionens samordning av klinisk cancerforskning



RCC Norr

Invigning: September 2011

Verksamhetschef:

Beatrice Melin sedan september 2011

Största utmaningar:

- God och jämlik vård trots långa avstånd till sjukhus för många patienter
- Bred och bra kompetensförsörjning för cancervården

Prioriterade områden:

- Förbättring av kommunikation för att kunna klara ännu mera på distans
- Processledarnas kartläggningsarbete och framarbetande av den regionala cancerplanen med tydliga mål
- Förbättring av vårdprogram och kvalitetsregister
- Preventivt arbete



Vilka mål har uppnåtts ett år efter RCC-starten?

Tidplan enligt PM om RCC-kriterier, Kjell Asplund, Socialdepartementet 2011-01-31*

	RCC Syd	RCC Sydöst	RCC Väst	RCC Stockholm-Gotland	RCC Uppsala-Örebro	RCC Norr
En RCC-organisation är uppbyggd (kriterium 6.1).						
Ett regionalt program finns för cancer-prevention och tidig upptäckt av cancer (kriterium 4.1).						
Arbetet med att effektivisera vårdprocesserna pågår (kriterium 4.2).						
Regionens resurser för psykosocialt stöd, cancerrehabilitering och palliativ vård har inventerats (kriterium 4.3).						
Det finns en beskrivning av hur patientens ställning ska stärkas och RCC:s arbete på detta område har inletts (kriterium 4.4).						
Arbetet med ett program för utbildning och långsiktig kompetensförsörjning har påbörjats (kriterium 5.1).						
En organisation för regionens kunskapsstyrning inom cancervården finns på plats (kriterium 5.2).						
Det finns en plan för hur klinisk forskning och innovation inom regionens cancervård ska stärkas. Planen är utarbetad i samarbete med universitet/högskolor i sjukvårdsregionen (kriterium 5.3).						

-  Uppfyllt målen
-  På gång att uppfylla målen
-  Ej uppfyllt målen
-  Ej uppgett mål

*bedömningarna utifrån målen är ett fotavtryck för november 2011. Se föregående sida för startdatum för respektive region.



”Därför är det mycket glädjande att konstatera att enkäten pekar på att strategin fyller sitt syfte.

Effektivt samarbete krävs

Enkäten ger en intressant inblick i hur man i de olika RCC:erna går tillväga för att skapa ett gott och effektivt samarbete mellan parter med olika prioriteringar och särintressen. Hälso- och sjukvården skulle kunna beskrivas som ”de starka viljornas yrkeskultur” – den individ som saknar beslutskraft och integritet hör helt enkelt inte hemma bland yrkesuppgifter som handlar om liv eller död. Men detta innebär också att ledarskap och samarbete utgör en enorm utmaning.

Inom RCC-arbetet finns en god startpunkt för alla prioriteringar: patienten och de närmaste. Det är utifrån deras behov och önskemål som allt samarbete, alla strukturer och processer ska byggas upp. De RCC-ledningar som kan kommunicera detta på ett effektivt sätt till regionens alla enheter och nivåer bör också vara de som har förutsättningar för att lyckas i sitt förändringsarbete.

Ur patientens perspektiv utgör regionen en enda, integrerad sjukvårdsenhet. Det innebär att RCC måste utgöra en inkluderande organisation, där all personal, oavsett arbetsplats eller uppgift, känner sig solidariskt delaktig och där särintressen minimeras. RCC-ledningen måste därför skapa en samarbetskultur som präglas av öppenhet, ödmjukhet och prestigelöshet. Problem, misstag och intressekonflikter ska lyftas fram i ljuset, inte gömmas undan.

Sett till folkmängd är de svenska RCC:erna

små om man jämför med internationella motsvarigheter. Detta innebär i praktiken att man riskerar att patientvolymen blir för liten för ovanligare diagnoser och behandlingsmetoder. Även här måste samarbetsvilja och ödmjukhet odlas, i detta fall mellan olika RCC – nivåstruktureringen måste utgå från säkra patientvolymer, inte från administrativa gränser. (Se även *Cancerfondsrapporten 2011*.)

Strategin blir lokal färdplan

Enligt en klassisk devis överlever ingen stridsplan det första mötet med fienden eftersom verkligheten är nyckfull och oförutsägbar. Även om *En nationell cancerstrategi för framtiden* är ett välskrivet och genomarbetat dokument är det på sätt och vis en skrivbordsprodukt, sett mot bakgrund av att ingen tidigare genomfört något liknande i Sverige. Risken för oförutsedda problem är kanske inte stor, men värd att överväga.

Därför är det mycket glädjande att konstatera att enkäten pekar på att strategin fyller sitt syfte – inte bara när det gäller att initiera RCC-arbetet, utan även när det gäller att komma i gång och sträva vidare mot målen. Naturligtvis kommer uppdaterade dokument att behövas efterhand. Exempel på ett sådant är *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum* vilket nämndes tidigare. Till detta kommer alla de dokument som anpassar den nationella strategin efter lokala förhållanden.

Efter många olyckliga turer kring upphandlingen av vaccinet mot humant papillomvirus 16 och 18 är det nationella vaccinationsprogrammet för flickor nu på väg att komma i gång. Samtidigt visar ny forskning på behovet av att utvidga programmet till att även omfatta pojkar, inte minst för att minska risken för andra cancerformer som har ett samband med HPV 16 och 18.

Nu är det dags för nästa steg i kampen mot HPV-infektion

När Nobelpristagaren Harald zur Hausen påvisade sambandet mellan HPV-infektion (humant papillomvirus) och livmoderhalscancer var vetenskapssamhället och läkemedelsindustrin först helt oförstående. Bristen på intresse för hans genombrott gjorde att tio dyrbara år gick till spillo på vägen mellan vetenskaplig upptäckt och kommersiellt tillgängligt vaccin. Mot bakgrund av bland annat detta är det beklämmande att det svenska HPV-vaccinationsprogrammet försenades ytterligare på grund av en upphandlingstvist.

Socialstyrelsens ursprungliga vaccinationsrekommendation kom 2008 och omfattade flickor i åldersgruppen 10–12 år. En tvist om upphandling av vaccinet gjorde att starten dragit ut på tiden. Flera landsting har tagit saken i egna händer och slutit individuella upphandlingsavtal. Stilleståndet upphävdes

i december 2011 då kammarrätten beslutade att den upphandling som gjorts skulle gälla. Vaccinering på nationell basis av flickor i årskurs fem och sex beräknas komma i gång under 2012. På grund av förseningen kommer landstingen även att erbjuda kostnadsfri vaccination till flickor i gruppen 13–18 år.

Inte bara heterosexuella flickor är riskgrupp

Kunskapen om att livmoderhalscancer kan orsakas av en sexuellt överförd virusinfektion är väl spridd i dag – mycket tack vare de förebyggande åtgärderna vaccination och cellprovskontroll. HPV finns i över 200 typer, varav cirka 15 är förknippade med uppkomsten av livmoderhalscancer – framför allt varianterna HPV 16 och 18. I dag betraktas HPV-infektion som världens vanligaste sexuellt överförd infektion och förekommer inte

minst i stor utsträckning bland ungdomar mellan 15 och 25 år.

Mindre känt är att HPV även har ett starkt samband med en rad andra cancerformer, nämligen vulva- och vaginacancer, peniscancer, analcancer samt tonsillcancer och tungbascancer. Även dessa cancerformer är förknippade med sexuell överföring av viruset. En debatt har börjat väckas om hur ändrade sexualvanor kan komma att öka insjuknandet i dessa sjukdomar framöver. Sannolikt kommer vi i framtiden att se ett betydligt brokigare sexuell spridningsmönster än det som bygger på heterosexuella, vaginala samlag. Redan i dag vet man att ett ökat antal sexpartner och tidig sexdebut ökar risken för HPV-infektion, vilken i sin tur kan leda till cancersjukdom.



” I dag betraktas det som världens vanligaste sexuellt överförda infektion.

I en artikel i *Läkartidningen* sommaren 2010 riktade en grupp forskare från Karolinska Institutet uppmärksamheten mot något som författarna beskrev som ”en epidemi” av HPV-orsakad tonsill- och tungbascancer. De båda cancerformerna har ökat kraftigt under de senaste 40 åren. Av dem som drabbats av den HPV-positiva tonsill- eller tungbascancer är cirka 80 procent män. Utländska studier visar på ett liknande mönster i Norge, Finland, Storbritannien, Nederländerna och USA.

Flera skäl att utvidga vaccinationsprogrammet

Studierna är en tydlig signal om att man måste utreda möjligheten att utvidga det nationella vaccinationsprogrammet mot HPV 16 och 18. Ambitionen måste vara att aggressivt bekämpa – kanske även utrota – alla former av cancer orsakad av HPV 16 och 18. Att erbjuda vaccination till ena halvan av befolkningen är en riskfylld halvmesyr, speciellt om andelen vaccinerade flickor inte blir omfattande. Visserligen kommer män som har sex med kvinnor kanske att få en viss minskad cancerrisk om endast flickor vaccineras, men män som endast har sex med män får ingen fördel av ett vaccin som bara ges till kvinnor.

Det är därför rimligt att redan nu gå vidare med en hälsoekonomisk utvärdering, se över det allmänna vaccinationsprogrammet och snarast säkerställa att både flickor och pojkar inkluderas. Tre ytterligare argument som tillkommit sedan vaccinationsbeslutet fattades är följande:

- Solida studier har publicerats som visar att HPV-vaccination av pojkar dels är verkningsfullt, dels är säkert.
- Prisbilden har förändrats kraftigt: priset per dos har gått ner 80–90 procent!
- Det amerikanska regeringsorganet Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) rekommenderade i oktober 2011 att pojkar i åldern 11–12 år vaccineras. USA kommer därmed sannolikt att bli det första land i världen som kommer i gång med ett vaccinationsprogram som omfattar båda könen.

Socialstyrelsens hållning är, för tillfället, att man avvaktar igångsättandet och de tidiga erfarenheterna från det planerade vaccinationsprogrammet för flickor innan man överväger en utvidgning.

Statistik

Rapporter och utredningar

Cancer Incidence in Sweden 2010, Socialstyrelsen; 2011

Cancer i siffror 2009, Socialstyrelsen & Cancerfonden; 2009

Dödsorsaker 2010, Socialstyrelsen; 2011

Karim-Kos HE, de Vries E, Soerjomataram I, Lemmens V, Siesling S, Coebergh JWW, Recent trends of cancer in Europe: A combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s, European Journal of Cancer 44; 2008

Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue MC, Boyle P, Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006, Annals of Oncology/doi:10.1093/annonc/mdl498

American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition.

Atlanta: American Cancer Society; 2011

ACTA ONCOLOGICA, Volume 49; No5; 2010

Databaser

<http://eu-cancer.iarc.fr>

Statistik från Dödsorsaksregistret 1997–2010

Statistik från Cancerregistret 1970–2010

Forskning

Rapporter

En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11), Socialdepartementet

Världsklass! – Åtgärdsplan för den kliniska forskningen; SOU 2008:7

Klinisk forskning - Ett lyft för sjukvården; SOU 2009:43

Alla vinner genom samverkan inom den kliniska forskningen!; N2009:10107/FIN

Svensk Behandlingsforskning, SBF. Ett förslag för ökad samverkan inom den kliniska forskningen. VINNOVA och Vetenskapsrådet 2011

Artiklar

B-lymphocyte commitment: identifying the point of no return.

Welinder E, Ahsberg J, Sigvardsson M.

Semin Immunol. 2011 Oct;23(5):335-40. Epub 2011 Sep 23.

Kasper M, Jaks V, Are A, Bergström Å, Schwäger A, Barker N, Toftgård R.

Wounding enhances epidermal tumorigenesis by recruiting hair follicle keratinocytes. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011 Mar 8;108(10):4099-104.

Jan Björklund: Forskningen på patienter måste öka för vårdens skull. Dagens Nyheter den 24 maj 2011

Övriga referenser

www.bbmri.se

www.skl.se

www.vinnova.se

www.vr.se

Muntliga källor (intervjuer) samt mejlkorrespondens, i bokstavsordning

Johanna Adami, avdelningsdirektör, VINNOVA

Kjell Asplund, Socialdepartementet

Olle Larkö, dekanus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Olle Stendahl, professor, Linköpings universitet

Mats Ulfendahl, huvudsekreterare, Vetenskapsrådet

Opinion

Rapporter

Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning, Socialstyrelsen 2011.

En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11

Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL och Socialstyrelsen 2011

Artiklar

Differences according to socioeconomic status in the management and mortality in men with high risk

prostate cancer. Berglund A, Garmo H, Robinson D, Tishelman C, Holmberg L, Bratt O, Adolfsson J,

Stattin P, Lambe M. Eur J Cancer. 2011 Aug 16.

Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden. Cavalli-Björkman N, Lambe M, Eaker S, Sandin F, Glimelius B. Eur J Cancer. 2011 Jun;47(9):1398-406.

Epub 2011 Jan 13.

Social inequalities in non-small cell lung cancer management and survival: a population-based study in central Sweden. Berglund A, Holmberg L, Tishelman C, Wagenius G, Eaker S, Lambe M. Thorax.

2010 Apr;65(4):327-33.

Social differences in breast cancer survival in relation to patient management within a National Health Care System (Sweden). Eaker S, Halmin M, Bellocco R, Bergkvist L, Ahlgren J, Holmberg L, Lambe M;

Uppsala/Örebro Breast Cancer Group. Int J Cancer. 2009 Jan 1;124(1):180-7.

Long-term inequalities in breast cancer survival--a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Acta Oncol. 2008;47(2):216-24.

Socio-economic factors and breast cancer survival--a population-based cohort study (Sweden).

Lagerlund M, Bellocco R, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Cancer Causes Control. 2005 May;16(4):419-30.

Race and Health Disparities in Patient Refusal of Surgery for Early-Stage Non-Small Cell Lung Cancer:

A SEER Cohort Study. Mehta RS, Lenzner D, Argiris A. Ann Surg Oncol. 2011 Sep 27.

Cancer fatalism: deterring early presentation and increasing social inequalities?

Beeken RJ, Simon AE, von Wagner C, Whitaker KL, Wardle J. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.

2011 Oct;20(10):2127-31. Epub 2011 Aug 29

Muntliga källor. Intervjuer samt mejlkorrespondens, i bokstavsordning:

Lars Holmberg, professor, verksamhetschef RCC Uppsala-Örebro

Mats Lambe, professor, enhetschef RCC Uppsala Örebro

Malena Lau, projektledare Angereds Närsjukhus

Denny Vågerö, professor medicinsk sociologi, Stockholms Universitet

Diagnos

Rapporter

Cancer i siffror 2009. Cancerfonden och Socialstyrelsen i samarbete
Samhällskostnader för hudcancer samt en jämförelse med kostnaderna för vägtrafikolyckor. CMT
Rapport 2007:5
Rapport från SSM:s vetenskapliga råd om ultraviolett strålning 2009–10.
Strålsäkerhetsmyndigheten

Artiklar

Lindelöf, Hedblad, Ringborg: Rätt kompetens vid diagnostik ger lägre kostnader. Läkartidningen
39/2008

Övriga referenser

www.euromelanoma.org
www.miljomal.se
www.stralsakerhetsmyndigheten.se
www.trafikverket.se

Muntliga källor (intervjuer) samt mejlkorrespondens, i bokstavsordning

Johan Hansson, docent och överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset
Yvonne Brandberg, professor, Karolinska Universitetssjukhuset
John Paoli, specialistläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Olle Larkö, professor och överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Christer Lindholm, specialistläkare, Onkologiskt Centrum, Linköping
Karin Terstappen, docent och överläkare, Skaraborgs sjukhus, Skövde
Ulf Wester, inspektör, Strålsäkerhetsmyndigheten

Prevention

Rapporter

Levnadsvanor – lägesrapport 2011, Statens Folkhälsoinstitut A 2010:13
Tobakstillgänglighet bland ungdomar – en pilotundersökning i sex kommuner, CAN Rapport
126, CAN 2010-7
Cancerfondsrapporten 2010, Cancerfonden
En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11

Muntliga källor (intervjuer) samt mejlkorrespondens, i bokstavsordning

Cecilia Birgersson, FHI
Irene Nilsson Carlsson, projektledare Socialstyrelsen
Ewy Thörnquist, generalsekreterare Tobaksfakta
Anna Östbom, enhetschef SKL

Övriga referenser

Riksdagsarkivet
Tobaksfakta.se
Sifo, enkätundersökning 2007

Cancervården i Sverige

Artiklar

Munck-Wikland, Attner, Näsman, Hammarstedt, Ramqvist, Dalianis: Epidemisk ökning av tonsill- och tungbascancer. Läkartidningen 26/2010

Övriga referenser

www.sos.se

Muntliga källor (intervjuer) samt mejlkorrespondens, i bokstavsordning

Nils Conradi, Verksamhetschef RCC Väst

Tina Dalianis, professor och överläkare, Karolinska universitetssjukhuset

Joakim Dillner, professor, Karolinska universitetssjukhuset

Lars Holmberg, Verksamhetschef RCC Uppsala-Örebro

Beatrice Melin, Verksamhetschef RCC Norr

Nicole Silverstolpe, stf Verksamhetschef RCC Stockholm-Gotland

Hans Starkhammar, Verksamhetschef RCC Sydöst

Ingrid Vogel, Projektsamordnare RCC Syd

Cancerfondens vision är att beseгра cancer. Målet är att färre ska drabbas och att fler ska överleva. För att nå dit arbetar organisationen med forskningsfinansiering, opinionsbildning och kunskapsspridning.

Detta är Cancerfonden

Forskningen är långsiktig; resultaten kommer främst våra barn och barnbarn att dra nytta av. Men människor drabbas redan i dag. Varje år får cirka 50 000 personer i Sverige cancer. För att ge dem bättre villkor – och öka deras chanser att överleva – väcker Cancerfonden

opinion i viktiga frågor och sprider kunskap om cancer och cancerforskningens resultat.

Vårt arbete koncentreras kring fyra viktiga områden:

1/3 av all cancer kan förebyggas

Risken att drabbas av cancer kan minskas genom hälsosamma vanor när det gäller rökning, alkohol, sol, kost och motion.

Tidig upptäckt är livsviktig

Cancerfonden vill att all cancer ska diagnostiseras så tidigt att den kan behandlas framgångsrikt. Därför är det viktigt att alla som blir kallade till exempelvis mammografi går på undersökningen. Det är också viktigt att forskningen får resurser att utveckla bättre diagnosmetoder.

Forskning räddar liv

Cancerfonden finansierar endast den främsta cancerforskningen. Varje år skulle vi behöva 500 miljoner kronor för att kunna finansiera alla högkvalitativa forskningsprojekt.

Jämlik cancervård

Alla i Sverige ska få den bästa vården utifrån sina förutsättningar.

Lyckas vi inom dessa fyra områden ökar vår möjlighet att nå visionen att beseгра cancer.

Vi tänker beseгра cancer. Vill du vara med?

PROJEKTLEDARE: Oscar Dieden, Cancerfonden **REDAKTÖR:** Micke Jaresand, Radical PR
TEXT: Olle Bergman, Micke Jaresand och Elizabeth Johansson
GRAFISK FORM: Anders Tallroth **ILLUSTRATIONER:** Gunilla Elam **FOTO:** Melker Dahlstrand
TRYCK: PAR AB **ISBN:** 978-91-978853-2-4
VID REFERENSHÄNVISNING: Cancerfonden. Cancerfondsrapporten 2012. Stockholm: Cancerfonden, 2012

Cancerfonden är en ideell insamlingsorganisation utan statligt stöd.
Vi är därför helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag.
Cancerfonden är den enskilt största finansiären av svensk cancerforskning.
Varje år finansierar vi cirka 400 forskningsprojekt.