



Motion av Dag Larsson m.fl. (S) om jämlik cancervård

Förebyggande hälsoarbete

Under de senaste veckorna har en rad rapporter från Statens Folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Cancerfonden m.fl. påvisat att det fortfarande finns oacceptabelt stora skillnader i hälsa och levnadsvanor mellan olika befolkningsgrupper.

- Skillnader i förväntad medellivslängd mellan personer med olika lång utbildning har ökat under hela 1990-talet och fortsätter att öka, framför allt bland kvinnor.
- Överlevnaden i bröstcancer är lägre bland kvinnor med lägre utbildning.
- Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes är vanligare bland lågutbildade.
- Ohälsosamma levnadsvanor är vanligare bland personer som lever under ekonomiskt utsatta förhållanden än personer som lever under goda ekonomiska förhållanden.

Forskare uppskattar att en tredjedel av dagens cancerfall orsakas av levnadsvanor som rökning, övervikt/fetma, solning och fysisk inaktivitet, och därmed skulle kunna undvikas.

Att rökning orsakar mellan 80-90 procent av all lungcancer och ett 15-tal andra cancersjukdomar är väl känt sedan lång tid tillbaka. Ändå röker nära en miljon svenskar dagligen. På 1960- och 70-talen var rökning en överklass(o)vana. Idag är rökning betydligt vanligare bland personer med låg utbildning och personer som lever under knappa ekonomiska förhållanden. 21 procent av kvinnor med kort utbildning röker i jämförelse med 8 procent av kvinnor med lång utbildning. Varje år börjar 16 000 ungdomar röka och ca 30 procent av ungdomar i årskurs 9 uppger att de röker dagligen eller ibland.

Mindre känt och uppmärksammat är däremot kopplingen mellan övervikt/fetma och cancer. Orsakerna till att övervikt/fetma ökar risken för cancer är också endast delvis kända. Bland annat påverkar kroppsfettet inflammatoriska processer, minskar insulinkänsligheten och ökar hormonnivåerna. Särskilt tydligt är sambandet mellan



ökad östrogenproduktion hos överviktiga kvinnor efter klimakteriet och risken att drabbas av bröstcancer eller livmoderkroppscancer. Forskare konstaterar även att tjock- och ändtarmscancer har en klarlagd koppling till övervikt och fetma.

Fetma och övervikt är vanligare bland kvinnor och män i arbetaryrken och kvinnor och män som varit ekonomiskt utsatta än bland dem i tjänstemannaryrken och dem som inte varit ekonomiskt utsatta. Överviktiga i gruppen långtidsarbetslösa är 20 procent, medan motsvarande andel bland tjänstemän är 5 procent. Dessa mönster etableras redan i unga år. Det är sex gånger vanligare med övervikt bland 9-åringar i Rinkeby än i Djursholm.

En hälsosam livsstil är av stor betydelse för att minska framtida insjuknande i cancer. Det finns ett växande intresse för hälsofrågor och en större hälsomedvetenhet i befolkningen. Samtidigt visar forskare på en parallell utvecklingslinje som pekar mot ohälsosammare levnadsvanor. Utvecklingen ser föga förvånande olika ut i olika sociala grupper.

För dem som inte ser de strukturella skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper är det lätt att avfärda förebyggande hälsoarbete som individens eget ansvar. Självfallet har individen ett ansvar för den egna hälsan. Men vi socialdemokrater menar att den ojämlika ohälsan måste mötas med generella insatser, och med särskilda satsningar bland utsatta grupper. Där har samhället ett ansvar.

Det krävs krafttag för att minska ohälsan i befolkningen. Arbetet måste naturligtvis ske inom flera politikområden, men hälso- och sjukvården med sin stora kompetens har ett särskilt ansvar.

Hälso- och sjukvården har en bred kontaktyta mot medborgare i alla samhällsklasser. På vissa håll i länet arbetar vårdcentraler aktivt med prevention och erbjuder tillgång till rökavvänjning, föreläsningar om kost, motion och hälsa samt möjlighet att stavgå i vårdcentralens regi. Det som borde vara självklart för samtliga vårdcentraler är dessvärre allt för få lysande exempel på hur vården kan bidra till att förbättra hälsan i befolkningen.

I primärvårdens uppdrag bör ingå ett ansvar för preventivt arbete i form av tillgång till rökavvänjning, information och stöd om hur man ändrar sina kost- och motionsvanor samt erbjuda fysisk aktivitet på recept.

Strategier för att öka deltagandet i mammografiundersökningar

Sveriges kommuner och landsting presenterade nyligen rapporten *Vård på (o)lika villkor*. Rapporten belyser hur jämlikt människor bemöts i vården. Ett kapitel i rapporten redovisar den sociala spridningen i cancersjukdomar.



Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Varje år insjuknar ca 7 000 kvinnor i bröstcancer. Bröstcancer står för ca 30 procent av det totala insjuknandet i cancer bland kvinnor i alla åldrar. Bröstcancer drabbar kvinnor relativt tidigt i livet. Medianåldern är 62 år. Detta kan jämföras med 68 år för alla cancerformer sammantaget. Vid 50 års ålder finns en insjuknandetopp vilket sannolikt beror på att många landsting kallar kvinnor till den första mammografiundersökningen det år man fyller 50 år.

Bröstcancer är vanligare bland högutbildade kvinnor än bland lågutbildade kvinnor. Detta tros bero på att högutbildade oftare föder sitt första barn vid en högre ålder än lågutbildade.

Dödligheten av bröstcancer är emellertid den rakt motsatta. Kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden löper en 37 procent högre risk att dö av sin bröstcancer än kvinnor som lever under bättre socioekonomiska förhållanden. Överlevnaden för dem med de högsta inkomster ligger på 76 procent efter tio år, men på 35 procent för dem med lägsta inkomsterna. Socioekonomisk skillnad i överlevnad kort efter diagnos kan förmodligen härledas till socioekonomiska skillnader i hälsa i befolkningen. Skillnader som består efter fem år pekar på faktiska skillnader i behandlingen av tumörer.

Dödligheten i bröstcancer har minskat, ju tidigare upptäckt desto bättre prognos. Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks i samband med en mammografiundersökning. Mammografi beräknas minska risken att dö av bröstcancer med åtminstone 30 procent, eftersom cancer kan upptäckas och behandlas i ett tidigare stadium.

Mammografi har införts successivt i Sverige sedan 1980-talet. Flera studier pekar dock på att screeningen inte har samma räckvidd i alla befolkningsgrupper. Kvinnor från socialt utsatta områden nås i mindre utsträckning av mammografi. Deltagarfrekvensen i Skärholmen är 54 % och Spånga 57 %, att jämföra med Rådmansö och Fresta som har 83 % och Gustavsbergs församling 79,3 %. Bakgrundsfaktorerna arbetslöshet, låg inkomst och utrikes född är förknippade med ett lägre deltagande. Visserligen är också hög utbildningsnivå förknippad med icke-deltagande, men orsaken bakom detta tros vara att välutbildade kvinnor använder sig av privata alternativ.

Varför kvinnor uteblir från screening är inte belyst. Möjligen kan avgiften till undersökningen ha betydelse, eller att kvinnor i yrken med begränsad självbestämmande ha svårare att ta ledigt från arbetet, med eventuella ekonomiska konsekvenser. Det kan också finnas kulturella och språkliga barriärer.



Skillnaden i dödlighet i bröstcancer mellan olika befolkningsgrupper är inte acceptabel. En viss del av går att finna i skillnader i deltagande i mammografi. Att fler nås av mammografi är därför ett sätt att minska skillnaderna i dödlighet.

Cancerpatienten

Första regionala utvecklingsplanen för cancervården inom Stockholms läns landsting utarbetades av den rödgröna majoriteten under 2005-2006. Under år 2008 fastställde landstingsfullmäktige planen fram 2010.

Ett förslag till Nationell cancerstrategi har utarbetats och överlämnats Socialdepartementet. Förslaget är för närvarande ute på remiss. Syftet med strategin är att inte vara en handlingsplan som ska lösa dagens problem. Den nationella cancerstrategin siktar på framtiden och frågar som kräver nationella lösningar eller nationell samverkan.

För SLL är det viktigt att i avvaktan på en gemensam strategi för hela landet fortsätta arbetet med att utveckla cancervården. Trots uppdrag i den första planen om att vidta åtgärder för att öka den patientfokuserade kvaliteten har väldigt lite utförts av den borgerliga majoriteten under de senaste åren. I den plan som fastställdes av fullmäktige i september 2008 lyser fortfarande mål för den patientfokuserade kvaliteten med sin frånvaro. Bland de åtgärder som föreslås vidtas i planen kommer på sista plats arbete med mål för den patientfokuserade kvaliteten inom cancervården i allmänhet och Radiumhemmet i synnerhet. Inga konkreta förslag till förbättringar redovisas.

Patientens ställning inom cancervården måste stärkas. Fortfarande är alltför mycket av vårdens organisation och systemen utformade utifrån vårdens behov och inte patientens. Vårdkedjorna måste fungera bättre. Hela vägen genom vården måste organisation och rutiner anpassas efter cancerpatientens behov. Det får till exempel inte vara så att cancerbesked lämnas per telefon eller att patienter själva tvingas vara sin egen vårdorganisatör.

Vårdorganisationens stuprör måste försvinna och s.k. seamless (sömlös) care måste byggas upp för att åstadkomma en mer integrerad vård. Övergången mellan olika organisatoriska gränser och vårdinsatser ska inte innebära några problem för patienten. Ersättningssystemet för cancervården bör enligt vår mening ses över i syfte att möjliggöra detta. Tydliga incitament för samarbete och helhetssyn kring vården av en patient ska byggas in i ersättningssystemen. Ett möjligt instrument som enligt vår mening bör prövas är resultatbaserad ersättning s.k. pay-for-performance.



Patienter och anhöriga vet fortfarande inte vad de har att vänta sig när det gäller exempelvis ledtider. Trots ett uppdrag från 2006 har inom SLL alltför litet gjorts åt ledtiderna inom cancervården. Socialstyrelsen föreskriver i sina cancerriktlinjer tidsramar för de ledtider som ingår i cancerbehandlingar. Vi föreslår att mål för sådana ledtider måste fastställas och kommuniceras för patienter och anhöriga. För ledtiderna för remissutfärdande till första besök hos läkare på specialistmottagning, från diagnostisk åtgärd till besked om diagnos respektive från behandlingsbeslut till terapeutisk åtgärd – hela vägen ska det göras tydligt för cancerpatienten vilka ledtider som ska vara vägledande.

För att sätta tryck bakom detta arbete anser vi att tjänster som vårdkoordinatorer bör inrättas. Dessa vårdkoordinatorer ska ha en administrativ uppgift i att bevaka att patientflöden och ledtider hos olika vårdgivare följs. Utifrån diagnosgrupper och/eller verksamhetsanalyser ska koordinatorerna säkra patientens intressen och följa upp de vårdgivare som inte uppfyller sitt uppdrag.

Patientfokusering och individualisering av vården ska gå hand i hand. I varje enskilt fall ska vården utgå ifrån den enskilde patientens behov, förutsättningar och värderingar. Större hänsyn måste tas till ålder, kön, etnisk bakgrund, sexuell läggning, sociala förhållanden och kulturella värderingar. Inom just cancervården där den kliniska vardagen i mångt och mycket numera handlar om att utforma behandlingar och terapier utifrån individen, behövs ett uppdrag om att i större omfattning utforma vården utifrån synsättet om ”patient empowerment”. Patienten måste få både information och möjlighet att tillsammans med vårdpersonalen påverka vårdens innehåll och utformning. På motsvarande sätt måste patientkollektivet ges möjlighet att påverka genom att patientråd inrättas.

Trots de politiska initiativen under år 2006 om nolltolerans mot köer inom cancervården och att patienter som har behov av specialiserad palliativ vård skall erbjudas sådan utan dröjsmål, väntar många cancerpatienter fortfarande allt för länge på sjukhus innan överflyttning till palliativa vårdenheter sker. Ytterligare utbyggnad av den palliativa vården behövs. Många cancerpatienter lever nu under lång tid med sin sjukdom. För dessa patienter menar vi att något slags mellanvårdsform inom den palliativa vården kan behöva utarbetas.

Rehabiliteringen av cancerpatienter måste utvecklas. Alltför lite kraft har ägnats åt detta. Beroende på cancerform behöver utbudet av rehabiliteringsformer skraddarsys. De olika behov av rehabilitering som kan uppstå under en cancersjukdoms olika skeden måste tillgodoses.

Många patienter har vittnat om att vården för den cancersjuka framstår som fragmentarisk och svåröverskådlig. Den satsning på kontaktsjuksköterskor som



gjordes av den rödgröna majoriteten under 2006 har mött uppskattning. Den var ett bra sätt att förbättra information och kommunikation mellan patient och vårdgivare och för att stärka patientens delaktighet i vården. Ytterligare satsningar på det psykosociala omhändertagandet behövs. Aktuell forskning visar att psykosociala satsningar för såväl den cancersjuka som deras anhöriga sparar kostnader för hälso- och sjukvården.

Vi föreslår landstingsfullmäktige besluta

- att* Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att inom ramen för primärvårdsuppdraget formulera ett tydligare ansvar för befolkningens hälsa och preventivt hälsoarbete för att minska socioekonomiska skillnader i insjuknande i cancer
- att* Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att kartlägga deltagandet i mammografiscreening i länets kommuner och stadsdelar
- att* Hälso- och sjukvårdsnämnden med utgångspunkt från denna kartläggning ska analysera vilka som inte deltar och varför
- att* Hälso- och sjukvårdsnämnden ska formulera strategier för att nå dem som inte deltar i mammografiscreeningen
- att* öka insatserna för att minska väntetider och ledtider i cancervården
- att* tydliga mål för cancervårdens ledtider utarbetas
- att* inrättande av tjänster som vårdkoordinatorer utreds
- att* fullmäktiges beslut från 2006 om nolltolerans mot köer inom cancervården ska realiseras
- att* försöksverksamhet med en patientfokuserad och sammanhållen vårdkedja inom cancervården samordnas med den satsning som föreslås i den Nationella cancerstrategin
- att* ersättningssystemen ses över i syfte att bygga in incitament för samarbete och helhetssyn kring cancerpatienten
- att* mål för den patientfokuserade kvaliteten utformas utifrån synsättet om ”patient empowerment”



- att* patientråd inrättas inom klinker som erbjuder cancervård
- att* behoven och utbudet av palliativ vård för cancerpatienter ses över
- att* behoven och utbudet av rehabiliteringsinsatser för cancerpatienter ses över
- att* förslag till satsningar på psykosociala insatser för cancerpatienter och deras anhöriga utarbetas.

Stockholm den 2 april 2009

Dag Larsson (s)

Inger Ros (s)

Ingela Nylund Watz (s)

Lars Dahlberg (s)

Anna Kettner (s)