

Ankom  
Stockholms läns landsting

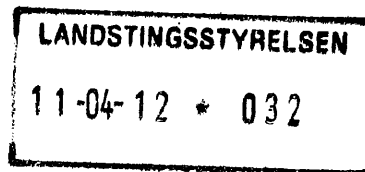
2011-03-30

LS 0904-0328

2011 -03- 3 0

Dnr.....

Landstingsstyrelsen

**Motion 2009:9 av Dag Larsson m fl (S) om jämlik cancervård**

Föredragande landstingsråd: Lars Joakim Lundquist

**ÄRENDET**

I motionen föreslås landstingsfullmäktige besluta om ett antal angelägna frågeställningar inom cancervården.

**FÖRSLAG TILL BESLUT**

**Landstingsrådsberedningen** föreslår landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta

*att* anse motionen besvarad

Vården ska vara likvärdig för alla invånare oavsett bostadsort, bakgrund och andra livsvillkor. I Stockholms läns landsting står också patientmakten i centrum och patienten får själv välja vårdgivare. Ingen av landstingets vårdgivare får välja ut vilka patienter som ska erbjudas vård.

Som motionen också argumenterar för finns det skillnader i hälsan mellan olika grupper eftersom livsvanor är olika. I grupper där rökning, övervikt och dåliga motionsvanor är vanligare är också risken för cancer högre. Rökningen är det beteende som orsakar mest lidande i cancer. Rökningen ökar risken för minst tio olika cancerformer och framförallt lungcancer som är den dödligaste cancerformen i Sverige. Fler invånare i grupper som är utan arbete och med en lägre utbildning är idag rökare jämfört med andra grupper. Som motionen mycket riktigt beskriver kan var tredje cancerfall förebyggas genom att ändra livsstil.

Landstingsstyrelsen ser det som avgörande att varje cancerpatient ges bästa möjliga behandling. Detta ska ske med kort väntetid. Tillgång till rehabilitering eller palliativ vård ska finnas som en integrerad del av vårdkedjan.

**Bilagor**

- 1 Motion
- 2 Tf landstingsdirektörens tjänsteutlåtande 2011-03-23
- 3 Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings tjänsteutlåtande 2011-02-15

2011-03-30

LS 0904-0328

Landstingsstyrelsen anser att stora delar av motionens förslag innefattas av det uppdrag som det regionala cancercentret kommet att få. Ett regionalt cancercentrum startas den första juni 2011 i Stockholm och ska arbeta med att implementera den nationella cancerstrategin. Från detta centrum kommer en ny regional cancerplan att utformas och den kommer att ta med sig riktlinjerna från den nationella cancerplanen.

Det regionala cancercentret kommer att utveckla vårdkedjor och effektivisera cancersjukvården i Stockholms län. Genom bättre samordning mellan vårdgivare och andra aktörer kan överlevnaden och livskvaliteten öka.

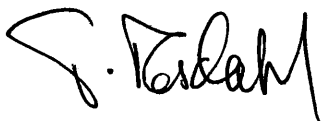
Motionen ställer krav på att sätta mål för ledtiderna inom cancersjukvården. Alliansens utgångspunkt är att patient ska få vård utifrån sina egna unika behov och denna vård ska ges med kortast möjliga väntetid. Socialstyrelsen tillsammans med SKL kommer under våren 2011 att presentera generella ledtider för cancersjukvården och dessa riktlinjer kommer att integreras i det regionala cancercentrets arbete.

Det regionala cancercentret ska även samordna och utveckla de insatser som görs inom Stockholms läns landsting för att främja det förebyggande arbetet och insatserna för tidig upptäckt av cancer. Det är viktigt att detta uppdrag prioriteras eftersom nya metoder och rön för tester kontinuerligt utvecklas.

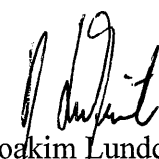
Beträffande deltagandet i mammografiscreening är detta något som har kartlagts. Avdelningen för hälsoundersökningar arbetar med att utveckla screeningverksamheten. I detta ingår att utveckla metoder för hur deltagandet ska öka i grupper som idag inte deltar i tillräckligt hög utsträckning. Stockholms läns landsting är unikt i nordén eftersom screeningverksamheten finns samlad till en enhet.

Det preventiva arbetet ska samordnas från det regionala cancercentret. Ett allmänt preventivt uppdrag till primärvården riskerar att försvåra arbetet för mindre vårdmotagningar. Istället ska insatserna samordnas från det regionala cancercentret och därifrån kan insatser sättas in där de mest behövs.

Sammanfattningsvis tar motionen upp många viktiga utvecklingsområden. Många av förslagen stämmer väl överens med de uppgifter som kommer att läggas på det regionala cancercentret.



Torbjörn Rosdahl



Lars Joakim Lundquist



Hans-Erik Malmros

2011-03-30

LS 0904-0328

## ÄRENDET OCH DESS BEREDNING

**Dag Larsson m fl (S)** har i en motion (bilaga), väckt den 2 april 2009, föreslagit landstingsstyrelsen föreslå 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* patientträdd 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.

Yttrande har inhämtats från hälso- och sjukvårdsnämnden.

**Tf landstingsdirektören** har i tjänsteutlåtande den 23 mars 2011 (bilaga) föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* anse motionen besvarad.

**Hälso- och sjukvårdsnämnden** har den 15 februari 2011 avgett yttrande enligt förvaltningsens förslag (bilaga).

*S-, MP- och V-ledamöterna reserverade sig till förmån för sitt förslag att bifalla motionen.*

**Landstingsrådsberedningen** behandlade ärendet den 30 mars 2011.



## Motion av Dag Larsson (S) m.fl. 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 tjänstemannayrken 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 %. Bakgrundsfaktorena 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 fleras 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 frågor 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 enskilda 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



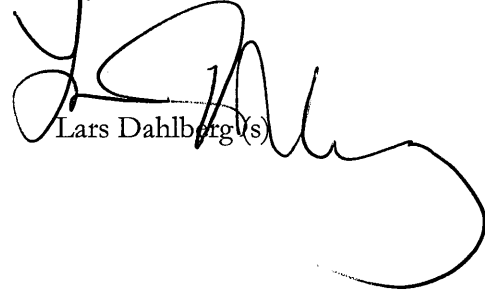
Dag Larsson (s)




Inger Ros (s)



Ingela Nylund Watz (s)



Lars Dahlberg (s)



Anna Kettner (s)

Ankom Stockholms läns landsting
2011-03-28
Dnr. LS.0904-0328

Rokel II

## Yttrande över motion 2009:9 av Dag Larsson m fl (S) om jämlik cancervård

### Ärendebeskrivning

I motionen föreslås landstingsfullmäktige besluta om ett antal angelägna frågeställningar inom cancervården.

### Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande 2011-03-23  
Motion 2009:9  
Protokollsutdrag och tjänsteutlåtande från hälso- och sjukvårdsnämnden  
2011-02-15 § 4

### Ärendets beredning

Ärendet har beretts i programberedningen för akutsjukvård och i hälso- och sjukvårdsnämnden

### Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta  
*att* anse motionen besvarad.

### Förvaltningens förslag och motivering

Motionen tar upp ett antal viktiga frågor kring cancervården som kommer att beaktas i det fortsatta arbetet inom Stockholms läns landsting.

Flera av motionens förslag hanteras i samband med den pågående utvecklingen av ett Regionalt Cancer Centrum och uppföljningen av den regionala cancerplanen.

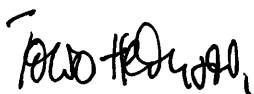
Mest framträdande är ett växande behov av samverkan på nationell nivå – många frågor hänvisas till en nationell nivå. Utvecklingen med nationell samordning kommer att präglade cancersjukvården de närmaste åren.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sitt yttrande lämnat kommentarer till motionens samtliga förslag. Yttrandet återfinns i bilagda handlingar.

Med hänvisning till vad som anförts från hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås att motionen ska anses besvarad.

### **Miljökonsekvenser av beslutet**

I enlighet med landstingets miljöpolitiska program Miljösteg 5 har hänsyn till miljön beaktats och bedömningen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbeskrivning i detta ärende.



Toivo Heinsoo  
Tf landstingsdirektör

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-01-26

HSN 0909-0820

*Handläggare:*  
*Per CM Larsson*  
*Ann-Charlotte Eklöf*

## **Yttrande över motion av Dag Larsson (S) m.fl. om jämlik cancervård**

### **Ärendebeskrivning**

Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över motionen.

### **Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteutlåtande 2011-01-26  
Motion av Dag Larsson m.fl. (S) om jämlik cancervård

### **Ärendets beredning**

Ärendet har behandlats i Programberedningen akutsjukvård.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* överlämna förvaltningens förslag

*att* omedelbart justera beslutet.

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

I motionen presenteras några viktiga skillnader i sjuklighet respektive livslängd mellan grupper med olika socioekonomisk profil, främst utbildningsnivå. WHO bedömer att cirka en tredjedel av dagens cancerfall kan förebyggas genom livsstilsförändringar. Det gäller framförallt tobaksrökning, överdriven exponering för UV-strålning, fetma, brist på fysisk aktivitet och hög alkoholkonsumtion.

Utifrån denna bakgrund ges ett antal åtgärdsförslag i syfte att utjämna olikheter i hälsa samt förbättra cancervården. Den undvikbara cancerbördan, bestäms till största delen av faktorer utanför sjukvården men hälso- och sjukvården med sin stora kompetens har ett särskilt ansvar.

Efter inhämtande av synpunkter internt och externt redogör förvaltningen för följande kommentarer av de totalt 15 förslagen i motionen:

Förslag 1: *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.

Primärpreventiva insatser begränsas i dagens primärvårdsuppdrag till rådgivning till den enskilde patienten. En utökning till ett allmänt preventivt uppdrag kan vara svår att praktiskt genomföra, särskilt vid mindre mottagningar. Önskas en utökad prevention förefaller det mer ändamålsenligt att begränsa den till geografiska områden med störst behov och till aktörer som är förtrodda med denna typ av verksamhet.

Förslag 2: *att* Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att kartlägga deltagandet i mammografiscreening i länets kommuner och stadsdelar.

Kartläggning har redan genomförts och bekräftar till viss del den kända sociala profilen. Täckningsgrad har tyvärr inte gått att få fram eftersom det inte varit tekniskt möjligt att samköra alla screeningskallelser både från de privata och de landstingsdrivna mammografiklinikerna.

Förslag 3: *att* Hälso- och sjukvårdsnämnden med utgångspunkt från denna kartläggning ska analysera vilka som inte deltar och varför.

Dessa frågor tas regelmässigt upp inom de kvalitetsråd avdelningen för hälsoundersökningar vid Onkologiskt Centrum (OC) har för de olika screeningprogrammen och forskning pågår kring olika aspekter av följsamhet till screeningen. Ålder, civilstånd och om man är arbetslös är faktorer som styr deltagande. Kvinnor som nyligen kontrollerats med mammografi på kliniska grunder är förmodligen mindre intresserade att delta i screeningen. Bland invandrare kan nedprioritering av sociala, tidsmässigt och ekonomiskt skäl inverka, liksom språksvårigheter och ovilja att bli undersökt av manlig sjukvårdspersonal.

Förslag 4: att Hälso- och sjukvårdsnämnden ska formulera strategier för att nå dem som inte deltar i mammografiscreeningen.

Arbete pågår men mer forskning krävs för att identifiera vilka åtgärder som krävs för att öka deltagandet och hur de kan genomföras. Den ska göras samordnat på nationell nivå. SLLs första ansats är de pågående arbeten som beskrivs under förslag 3.

Förslag 5: att öka insatserna för att minska väntetider och ledtider i cancervården.

Karolinska Universitetssjukhuset har med flerårsavtalen ett tydligt uppdrag att fokusera på sitt högspecialiserade uppdrag (onkologi) samt att tillhandahålla hög tillgänglighet. För att underlätta detta arbete så har ökade beställningar utanför akutsjukhusen genomförts under år 2009. Detta arbete med ökade beställningar har fortsatt under år 2010. Karolinska Universitetssjukhusets arbete med att genomföra sitt uppdrag följs regelbundet upp dels via avtalsuppföljningar samt inom ramen för den regionala cancerplanen. Finansiellt stöd utgår även till Onkologiskt Centrums arbete med att införa tillförlitliga registreringar avseende ledtider i de nationella cancerregistren. I uppdraget ingår att återföra resultaten till vårdgivarna.

Förslag 6: att tydliga mål för cancervårdens ledtider utarbetas.

Självklart ska alla ledtider i vården vara så korta som möjligt utifrån varje individs unika situation. Detta arbete bör ske koordinerat över riket och ledas av Socialstyrelsen och SKL. Mål för ledtiderna kan vara svåra att precisera därför att många faktorer spelar in. Vägen fram till behandling skiljer sig också från fall till fall, inte minst av den anledningen att gruppen cancer är ett samlingsbegrepp för cirka 200 olika sjukdomsformer. Evidens för vilka generella ledtider som är rimliga ur medicinsk synvinkel saknas nästan helt. Målet i den pågående utvecklingen är att skraddarsy behandlingen för den enskilde patienten utifrån varje individs unika situation.

Förslag 7: att inrättande av tjänster som vårdkoordinatorer utreds.

Uppdraget som vårdkoordinator behöver utredas ytterligare såväl när det gäller arbetsuppgifter, befogenheter och organisatorisk placering som finansiering.

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-01-26

HSN 0909-0820

Kontaktsjuksköterska finns idag vid nästan alla cancervårdande kliniker i länet och i deras uppgifter ingår att följa att ledtider på kliniken ligger inom rimliga gränser. En kontaktsjuksköterska per cancergrupp skulle kunna utses att som vårdkoordinator i länet övervaka att patientflöden och ledtider flyter smidigt för gruppen.

Förslag 8: att fullmäktiges beslut från 2006 om nolltolerans mot köer inom cancervården ska realiseras.

Karolinska Universitetssjukhuset har med flerårsavtalen ett tydligt uppdrag att fokusera på sitt högspecialiserade uppdrag (onkologi) samt att tillhandahålla hög tillgänglighet. För att underlätta detta arbete så har ökade beställningar av specialistvård utanför akutsjukhusen genomförts under 2009. Detta arbete med ökade beställningar har fortsatt under 2010. Karolinska Universitetssjukhusets arbete med detta följs regelbundet upp via avtalsuppföljningar.

Förslag 9: att försöksverksamhet med en patientfokuserad och sammanhållen vårdkedja inom cancervården samordnas med den satsning som föreslås i den Nationella cancerstrategin.

I den Nationella cancerstrategin föreslås att en eller flera försöksverksamheter ska initieras av Socialstyrelsen i samarbete med SKL och omfatta valda delar inom hela cancervården med tyngdpunkt på patientflöden/vårdkedjor/kommunikation. En nationell referensgrupp med två representanter från SLL har tillsatts av SKL och försöksverksamheter har startats våren 2010. Försöksverksamheterna ska utformas och utvärderas på ett vetenskapligt och systematiskt sätt för att resultaten ska kunna generaliseras och appliceras i större skala. Inom SLL sker försöksverksamheten inom lungcancer.

Förslag 10: att ersättningssystemen ses över i syfte att bygga in incitament för samarbete och helhetssyn kring cancerpatienten.

Detta är ett förslag som förs fram i den Nationella cancerstrategin. Där diskuteras framförallt en resultatbaserad ersättning. En tanke är att samlad ersättning för en hel vårdepisod ska ge en tydligare ansvarsfördelning, starkare motivation till samarbete och förenklad kommunikation, resulterande i mer effektiva patientflöden.



I underlaget redovisas dock stora svårigheter vid tidigare försök i denna riktning, t ex svårigheter att avgränsa en vårdepisod, att överenskomma om vem som ska vara vårdkedjeansvarig och att ha kontroll över vårdkedjor i en fragmenterad utförarorganisation. Vetenskapligt utförda litteraturöversikter har funnit stora problem i de försök med resultatbaserad ersättning som genomförts och pekar på avsevärda öknings i administrationskostnader och synnerligen modesta effekter eller helt avsaknad av evidens för förbättrat hälsoutfall. Det befintliga uppdraget med att utveckla modellen med flerårsavtal innefattar även utveckling av incitamentsstrukturer.

Förslag 11: att mål för den patientfokuserade kvaliteten utformas utifrån synsättet om "patient empowerment".

För att öka patientens inflytande över sin sjukdom och behandling bör mätbara mål för den patientfokuserade kvaliteten anges. Sådana mål kan tas fram ur enkäter om patientnöjdhet och hälsorelaterad livskvalitet. Mål kan även anges i termer av t ex läkarkontinuitet och tillgång till multidisciplinär bedömning och kontaktsjuksköterska. Det befintliga uppdraget med att utveckla modellen med flerårsavtal innefattar utveckling av kvalitetsmått såväl patient- som verksamhetsrelaterade. Patientrelaterade kvalitetsindikatorer kommer att kunna byggas in i flerårsavtalen.

Förslag 12: att patientråd inrättas inom klinker som erbjuder cancervård.

Deltagande av patientföreträdare vid planering och utförande av cancervården är värdefullt och förekommer vid många kliniker. Detta kan ske t ex genom särskilda klinikanknutna patientråd som föreslås i motionen eller genom att lokala patient- och anhörigföreningar mer aktivt än hittills engageras som partners i uppföljning och utveckling av vården.

Förslag 13: att behoven och utbudet av palliativ vård för cancerpatienter ses över.

Stockholm har förhållandevis många vårdplatser för specialiserad palliativ vård för cancer jämfört med riket (272 resp 148 platser/1000 avlidna i cancer). Enligt de palliativa enheterna föreligger ingen nämnvärd platsbrist och inte heller onkologin upplever att köer till palliativ vård generellt är något stort problem för närvarande. Tvärtom pågår en successiv utflyttning till närsjukvården i takt med den medicintekniska utvecklingen med bland annat antitumoral behandling i hemmet.

Sedan årsskiftet får inte enbart patienter i livets slutskede tillgång till ASIH utan även patienter som får kraftfull behandling som kräver s k supportive care får vård inläggande under en kortare period. Behovet bevakas i den kontinuerliga uppföljning av den palliativa vården med en successiv anpassning av vården till den medicintekniska och vårdstrategiska utvecklingen som förvaltningen genomför.

Förslag 14: *att* behoven och utbudet av rehabiliteringsinsatser för cancerpatienter ses över.

En behovsbedömning har nyligen gjorts i samband med tillskapande av vårdval för cancerrehabilitering i slutna vård. Den har resulterat i en utökning av antalet platser från 250 st till drygt 350 st, omfattande i huvudsak patienter som genomgått kurativ behandling för bröst- eller prostatacancer. En betydande del av rehabiliteringen utgörs av psykosociala insatser. Ett litet antal patienter som strålbehandlats för cancer inom huvud och halsområdet kräver stora rehabiliteringsinsatser av logoped och kurator på grund av stora svälj- och talsvårigheter och hög psykisk belastning och denna rehabilitering/eftervård täcks idag inte av något avtal.

Förslag 15: *att* förslag till satsningar på psykosociala insatser för cancerpatienter och deras anhöriga utarbetas.

Psykosocialt stöd i samband med en cancersjukdom är inte självklart en uppgift för akutsjukhusen. Medan upp till 25% av alla cancerpatienter rapporterat ha behov av visst psykosocialt stöd får de allra flesta behovet tillgodosett på egen hand eller via anhöriga eller andra privata alternativ och endast ett mindre antal patienter erhåller stöd av sjukvården. Förutom av kuratorer vid sjukhus och i den öppna vården ges sjukvårdens insatser av cancerrehabiliteringen (se föregående punkt) och vid Enheten för psykosocial onkologi och rehabilitering (EPOR) vid Karolinska Universitetssjukhuset. Nyligen har därtill bröstcancerföreningen Amazonas i Stockholm erhållit EU-medel för att starta dagvård i arbetsrehabiliterande syfte där psykosociala insatser är en viktig komponent.

Sammanfattningsvis noterar förvaltningen att motionen tar upp ett antal viktiga frågor kring cancervården som kommer att beaktas i det fortsatta arbetet.

Flera förslag hanteras i samband med den pågående utvecklingen av flerårsavtalen och vid uppföljningen av den regionala cancerplanen. Andra förslag hanteras vid den årliga uppdateringen av regelböckerna för vårdval.

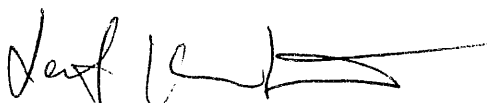
TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-01-26

HSN 0909-0820

Mest framträdande är ett växande behov av samverkan på nationell nivå – många frågor hänvisas till en nationell nivå. Utvecklingen med nationell samordning kommer att prägla cancersjukvården de närmaste åren.



Catarina Andersson Forsman  
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Leif Karnström  
Avdelningschef