

Uppbyggnaden av regionala cancercentrum

En samlad bedömning från fyra års uppföljning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-11-3
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2016

Förord

Med utgångspunkt från förslagen i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) tog regeringen initiativ till etablering av regionala cancercentrum (RCC), ett i vardera sjukvårdsregion. Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten, samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt. En utgångspunkt för RCC:s arbete har varit tio kriterier för vad som bör utmärka ett regionalt cancercentrum med en tidplan för fyra år. Socialstyrelsen har under åren 2013–2016 haft i uppdrag att följa upp och stödja etableringen av regionala cancercentrum mot bakgrund av de tio kriterierna och har lämnat en årlig rapport till regeringen (Socialdepartementet) om utvecklingen.

Socialstyrelsen har för 2016 även getts i uppdrag att redovisa en samlad bedömning av uppbyggnaden av RCC utifrån arbetet med kriterierna som redovisas i denna rapport. Rapporten riktar sig främst till regeringen men kan också vara av intresse för RCC, landsting och regioner, patientorganisationer samt andra intressenter.

Ett särskilt tack till Göran Henriks med medarbetare vid Qulturum för stöd i arbetet avseende angreppssätt vid bedömning av förändrings- och förbättringsarbete.

Arbetet har genomförts av Helena von Knorring, projektledare, och Göran Zetterström. Ansvarig chef har varit tf. enhetschef Inger Lundkvist.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
En framgångsrik satsning på RCC	7
Framgångsfaktorer	7
Effekter	8
Fortsatta utmaningar	8
Inledning	9
En nationell cancerstrategi för framtiden	9
Etablering av regionala cancercentrum	10
Triple Aim	13
Upplägg av rapporten	15
Samlad bedömning	17
RCC – En framgångsrik satsning	17
Framgångsfaktorer	18
Patientcentrering och patientinvolvering	18
Professionsdriven utveckling med god förankring	21
Kunskapsstyrning med processarbete	21
Förutsättningar för en mer jämlik vård	23
Hög kompetens i RCC	23
Allt mer regional och nationell samverkan	23
Brett uppdrag ger helhetssyn	24
Regeringen har i stort fått ut det man avsåg med satsningen	24
Vägen till målen?	25
Utmaningar för RCC	25
På rätt väg – bättre hälsa i befolkningen?	28
En nationell cancerstrategi för framtiden	28
RCC:s uppdrag enligt kriteriet	29
Förebyggande insatser och tidig upptäckt	30
På rätt väg!	37
På rätt väg – bättre vård för patienten?	40
En nationell cancerstrategi för framtiden	40
RCC:s uppdrag enligt kriterierna	43
Vårdprocesser	43
Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	44
Patientens ställning	45
Kunskapsstyrning	48
Klinisk forskning och innovation	51

Utbildning och kompetensförsörjning	53
Nivåstrukturering	54
På rätt väg – bättre vård för patienten!	56
På rätt väg – effektiv resursanvändning?	60
En nationell cancerstrategi för framtiden	60
Kriterierna	61
Utvecklingsplan för sjukvårdsregionens cancervård	62
Ledningsfunktion och RCC-samverkan	63
RCC i samverkan	64
Resurser till utveckling av RCC	65
Kostnader för cancervården	67
På rätt väg – effektiv resursanvändning!	70
Referenslista	74
Bilaga 1. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum	75
Kriterierna i översikt	75
Tidplan för etableringen av RCC	76
Bilaga 2 På rätt väg – bättre hälsa i befolkningen?	78
Insjuknande och dödsfall samt överlevnad i cancer	78
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	80
Levnadsvanor	83
Bilaga 3 På rätt väg – bättre vård för patienten?	101
Kunskapsstyrning	114
Klinisk forskning och innovation	128
Bilaga 4: Nationella vårdprogram för cancer	132
Fastställda vårdprogram	132
Bilaga 5: Beslutade och rekommenderade nationella vårdenheter	133
Beslutade nationella vårdenheter	133
Rekommenderade nationella vårdenheter	134

Sammanfattning

Regeringen har tillsammans med landsting och regioner genomfört en flerårig satsning för att etablera regionala cancercentrum (RCC). Bakgrunden var de utmaningar samhället står inför när allt fler insjuknar i cancer och med allt bättre behandlingar lever de som drabbats allt längre. Det ställer stora krav på förebyggande insatser och effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården.

Grunden i satsningen har varit betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) och ett riktat statligt stöd med styrning genom tio kriterier som RCC har att uppfylla. Socialstyrelsen har genom uppdraget att årligen följa upp och stödja etableringen av RCC nära följt utvecklingen. I denna rapport ges på uppdrag av regeringen en samlad bedömning av etableringen av RCC.

En framgångsrik satsning på RCC

Socialstyrelsens bedömning är att den gemensamma satsningen, mellan regeringen och landsting och regioner vilat på gedigen grund, helhetssyn och ett omsorgsfullt genomförande. En viktig förutsättning har varit dialogen och tydligheten i vad som ska åstadkommas och uppföljning av det arbete som genomförs.

Alla RCC är nu fullt etablerade efter en fyraårig etableringsperiod. De har i stort klarat att uppfylla alla eller de flesta av de tio kriterierna. RCC har en flexibel och effektiv organisation och ett utvecklat processarbete.

Socialstyrelsen konstaterar att formen som använts för etableringen av regionala cancercentrum väl kan tjäna som generisk modell inom andra områden.

Framgångsfaktorer

Ett flertal framgångsfaktorer kännetecknar RCC:s arbete. Ett exempel gäller att varje sjukvårdsregion har gemensamma utvecklingsplaner för cancervården, för sina ingående landsting/regioner. I Sverige har vi idag en nationell cancerstrategi med sex regionala cancerplaner, som utgår från de lokala utvecklingsbehoven. Andra väsentliga framgångsfaktorer är

- patientcentrering och patientmedverkan
- professionsdriven utveckling med god förankring
- en etablerad kunskapsstyrningsmodell
- alltmer nationell samverkan
- nya förutsättningar för en god och mer jämlik vård
- hög kompetens i RCC och RCC i samverkan (nationell samverkansgrupp).

Effekter

Flera effekter märks av RCC:s arbete, exempelvis

- patienter och närstående bidrar i utvecklingen av cancervården
- 29 nationella vårdprogram
- processarbete med lokala dialoger för en mer kunskapsbaserad vård
- totalt 19 nationella vårdenheter för högspecialiserad vård, från den 1 januari 2017
- genomförd regional nivåstrukturerings i flera regioner

Några ytterligare exempel på utveckling i cancervården som RCC tillsammans med landsting/regioner medverkat till

- fler kontaktsjuksköterskor i cancervården
- fler patienter bedöms i multidisciplinära konferenser (MDK)
- fler individuella vårdplaner i form av s.k. Min vårdplan
- en webbportal om pågående kliniska studier som underlättar för vården och patienter att hitta passande studier.

Fortsatta utmaningar

Etableringen av RCC har varit framgångsrik, men det finns fortsatta utmaningar för RCC och för cancervården.

Socialstyrelsen har noterat att det finns några exempel på landstings-, sjukhus- och klinikledningar som är mindre engagerade i utvecklingen av RCC. Enligt intervjuerna vi genomfört, tycks dessa dock bli allt färre och allt fler uttrycker fördelarna med RCC.

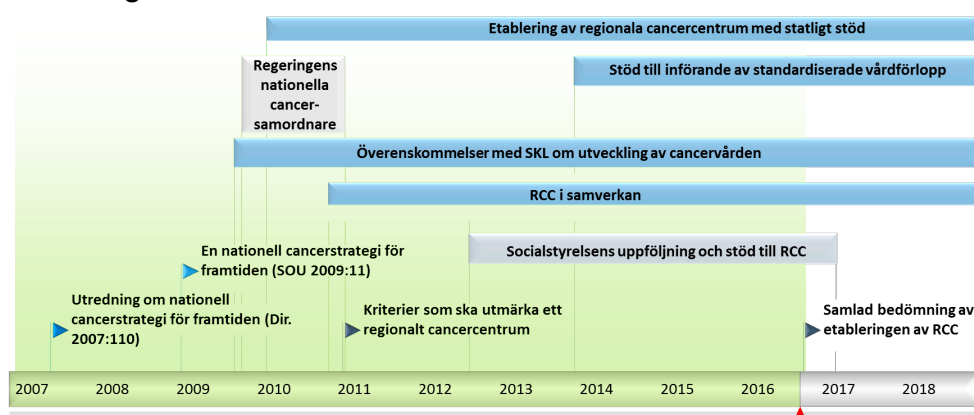
Ett kriterium som det har varit svårt att nå framgång i gäller kompetensförsörjning där många aktörer har ett ansvar. Ett par andra områden som har fortsatta utmaningar är nivåstrukturerings och förebyggande insatser.

I vissa regioner uttrycks en oro för RCC:s framtid som är oklar efter 2018. Regeringens intentioner är att ge statligt stöd till RCC åtminstone mandatperioden ut, i satsningens inledning var det uttalat att stöd skulle ges under etableringsperioden. Att landsting/regioner ännu inte har tagit beslut om den fulla finansieringen av RCC efter 2018 ökar oron för att det kan finnas en risk att regionala cancercentrum väsentligt minskar i omfattning när det statliga stödet upphör.

Inledning

Den statliga satsningen på utvecklingen av cancervården startade med utredningen om en nationell cancerstrategi, som beslutades 2007. Staten har sedan dess bland annat genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fortsatt stödja en utveckling av cancervården, den nuvarande regeringen avser fortsätta satsningarna på cancervården mandatperioden ut. I bilden visas nationella insatser i form av milstolpar och pågående processer sedan 2007.

Utvecklingen av nationella insatser sedan 2007



Nedan ges en närmare beskrivning av dessa insatser.

En nationell cancerstrategi för framtiden

En utredning tillsätts

Mot bakgrund av den väntade ökningen av antalet personer som insjuknar i cancer och som lever med en cancersjukdom tillsatte regeringen i juli år 2007 en utredning, *En nationell cancerstrategi för framtiden* (Dir. 2007:110), i syfte minska insjuknande och dödlighet samt förbättra kvaliteten i omhändertagandet av cancerpatienter.

Utredaren skulle föreslå en evidensbaserad strategi utifrån ett helhetsperspektiv som omfattar primär och sekundär prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård, kunskapsbildning och kunskapsspridning. I uppdraget ingick också frågan om att stärka patientperspektivet, exempelvis rörande en vårdkedja uppbyggd med hänsyn till patientens behov av kontinuitet, tillgänglighet, förutsägbarhet, pålitliga besked och tydlig information.

Betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden

Utredaren överlämnade i februari år 2009 betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11).

I betänkandet identifieras frågor av vikt för framtiden och förslag till innehåll i en nationell cancerstrategi samt övergripande mål och former för uppföljning och genomförande. Bland frågor för framtiden lyfts fram att

- en långsiktig strategi är nödvändig för att klara en framtida ökning av prevalens
- samhället måste öka sina investeringar i prevention – det mest betydelsefulla för att minska sjuklighet och död i cancer
- kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervård och prevention måste förbättras
- cancervårdens organisation behöver utvecklas
- nationell samordning blir alltmer nödvändigt och måste ges fastare former
- cancervården måste möta framtida patienters krav på information och kvalitet i omhändertagandet
- särskilda insatser behöver göras för att minska skillnader mellan befolkningsgrupper
- utvecklingen kommer att ställa stora krav på prioriteringar och ställningstaganden till finansieringsformer.

Fem mål för strategin

En strategi behöver ha tydliga mål som drivkraft för genomförandet och för att man ska kunna bedöma om avsedda effekter har uppnåtts. I betänkandet föreslogs fem övergripande mål för strategin, dessa är att

1. minska risken för insjuknande i cancer
2. förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer
3. förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
4. minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos
5. minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

En rad förslag till åtgärder lämnades i betänkandet. Bland förslagen fanns etablering av regionala cancercentrum (RCC).

Etablering av regionala cancercentrum

Enligt regeringens bedömning var bland utredarens förslag det strategiskt viktigaste att etablera regionala cancercentrum (RCC), eftersom det på ett konkret sätt avser att stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning i cancervården. Regeringen valde att ta förslaget vidare. Syftet med etableringen var att stimulera en organisation av hälso- och sjukvården i form av regionala cancercentrum för att ytterst nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Regeringen vidtog flera åtgärder för att underlätta en etablering av regionala cancercentrum.

Enligt betänkandet skulle regionala cancercentrum etableras i anslutning till universitetssjukhusen. RCC skulle

- innehålla såväl diagnostik, behandling och befolkningsinriktad prevention som preklinisk och klinisk forskning samt utbildning
- främja överföring av kunskap mellan forskning och vård
- präglas av ett multidisciplinärt omhändertagande och bedrivs utifrån ett helhetsperspektiv
- ha informations- och utbildningsansvar gentemot länssjukvård och primärvård inom regionen.

Vidare var det enligt betänkandet önskvärt att en eller två RCC uppnår sådan kvalitet och styrka att de kvalificerar sig som s.k. Comprehensive Cancer Centre (CCC) enligt etablerade internationella kriterier. RCC skulle ha både en kunskapsstödjande roll och utföranderoll i cancervården. Emellertid förändrades rollen för RCC i takt med att förhandlingarna med landsting och regioner pågick under framtagandet av kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum.

En nationell cancersamordnare

För att underlätta etableringen av regionala cancercentrum tillsatte regeringen i november 2009 en nationell cancersamordnare med uppdraget att samordna processen och främja utvecklingen av RCC. I uppdraget ingick även att utifrån de principer som anges i betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden*, ta fram kriterier för vad som ska utmärka ett RCC.

Cancersamordnaren föreslog, efter dialog med huvudmännen och andra intressenter, att ett RCC borde bildas för varje sjukvårdsregion. Med en sådan lösning skulle det vara möjligt att utnyttja redan existerande strukturer för sjukvårdsregionens styrning. RCC:s arbete med att stärka svensk cancervård kunde därmed initieras utan fördröjande diskussioner om geografisk indelning. Cancersamordnaren framhöll också vikten av samarbete över sjukvårdsregionsgränserna. RCC skulle därmed bildas som kunskapsstödjande organisation vid sidan om sjukvården och inte vid universitetssjukhusen för att samtidigt vara utförare av vård så som föreslagits i betänkandet om en nationell cancerstrategi.

Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC)

Regeringens nationella cancersamordnare presenterade i januari 2011 en promemoria om *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum*. I arbetet med att ta fram dessa kriterier har hänsyn tagits till synpunkter från remissinstanser, möten med företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, patientföreningar, profession och andra intressenter inom svensk cancervård.

Promemorian innehåller tio kriterier med en beskrivning av vad som ingår i dem. De preciserar vad RCC ska uppnå med utgångspunkt i principerna i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden. Kriterierna är indelade i tre delar:

- patientcentrerade kriterier
- kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning
- kriterier gällande RCC:s organisation.

Kriterierna tjänar som utgångspunkt för RCC:s arbete med utvecklingen av cancervården. Kriterierna anger också att RCC ska ha en tydlig ledningsorganisation med stark förankring i landstings- respektive regionledningarna i sina respektive sjukvårdsregioner.

Till kriterierna presenteras en tidplan om fyra år för genomförandet, efter dessa fyra år anses RCC vara fullt ut etablerade. Idag när dessa år har gått är RCC, tillsammans med sina landsting och regioner, i slutet av början på arbetet med att stödja utvecklingen av cancervården. Se vidare information om kriterierna i bilaga 1.

Stimulansmedel för inrättande av RCC

Sedan 2010 har regeringen avsatt medel för att stimulera inrättandet av sex RCC. Under de senaste åren har varje RCC årligen erhållit 8 miljoner kronor i statligt stöd. Utbetalning av medlen görs genom Socialstyrelsen. Se vidare kapitlet *På rätt väg – bra resursanvändning?*

Nationell samverkan

Samtidigt har också statliga medel getts till SKL genom överenskommelser om nationell samordning och uppgifter inom särskilda områden för cancer-vården. RCC i samverkan bildas efter uppdrag av landstingsdirektörernas nätverk i december 2010. RCC i samverkan består av RCC-cheferna och samordnare på SKL, med uppdrag att bidra till genomförandet av cancerstrategin.

Socialstyrelsens uppdrag att följa och stödja etableringen av RCC

Socialstyrelsen har för perioden 2013 – 2015 haft i uppdrag att följa upp och stödja etableringen av regionala cancercentrum, bland annat genom dialog och årliga platsbesök, samt lämna en årlig rapport till regeringen om hur etableringen av RCC utvecklas. I den årliga rapporten redovisas också intressenternas bedömningar av framgångsfaktorer, utmaningar och behov av fortsatta insatser. Hittills har Socialstyrelsen lämnat tre sådana rapporter:

- Uppföljning av regionala cancercentrum 2013
- Uppföljning av regionala cancercentrum 2014 – Uppbyggnad, styrkor och utmaningar
- Uppföljning av regionala cancercentrum 2015 – Förebyggande insatser och tidigt upptäckt, forskning och innovation.

I december 2015 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta följa upp och stödja etableringen av RCC för det fjärde och sista året av etableringsperioden.

Socialstyrelsens uppdrag om samlad bedömning av etableringen av RCC

I uppdraget som lämnades i december 2015 fick Socialstyrelsen även i uppdrag att göra en samlad bedömning av etableringen av RCC mot bakgrund av de kriterier som tagits fram inför etableringen. Denna rapport

bygger på Socialstyrelsens erfarenheter från bland annat de årliga uppföljningarna av RCC:s arbete, genomförda intervjuer med olika intressenter samt relevant dokumentation från respektive RCC, landsting och regioner.

Metodbeskrivning

Socialstyrelsen har i arbetet med den samlade bedömningen använt en metod där bedömning utgått från

- tidigare rapporter om uppföljningen av RCC som Socialstyrelsen lämnat
- intervjuer med olika intressenter om utvecklingen
- dokumentation från RCC, bl.a. websidor, och andra källor
- inhämtat data från olika register.

Under de år Socialstyrelsen haft i uppdrag att följa upp och stödja etableringen av RCC har vi genomfört 360 intervjuer. Intervjuerna har genomförts med politiker, landstings- och regionledningar, professionsföreträdare, patient- och närståendeföreträdare samt processledare och anställda vid RCC. Några personer har vi intervjuat varje år vilket innebär att vi kunna följa deras syn på utvecklingen, det gäller RCC-chefer, företrädare för samverkansnämnder och regionsjukvårdsledningar, patient- och närståendeföreträdare. Intervjuerna har vi systematiskt sammanställt och grupperat utifrån de olika grupperna som intervjuats och sökt områden där samma synpunkter hörs från flera personer i och mellan de olika grupperna. Utöver dessa intervjuer har ett antal intervjuer genomförts i samband med arbetet med samlad bedömning. Därtill har vi haft årliga möten med centrala patientorganisationer för att höra deras syn på utvecklingen.

Socialstyrelsen har valt att redovisa data av betydelse för utvecklingen mot målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi. Dessa data kan dock oftast inte direkt knytas till resultat som RCC åstadkommit eftersom RCC är ett kunskapscentrum som lämnar förslag till landsting och regioner, men kan oftast inte besluta om genomförandet. Utvecklingen i cancervården och utvecklingen av befolkningens hälsa beror såväl på landstings och regioners insatser som på andra aktörers. Därtill är det viktigt att poängtera att det är för tidigt att se effekter av RCC:s arbete eftersom de är i slutet av etableringsfasen.

I rapporten ges exempel på åtgärder som RCC genomför, exemplen gäller ofta enskilda RCC och innebär inte nödvändigtvis att alla RCC genomför dem, de tjänar enbart som exempel för att visualisera vad RCC gör. För närmare information om vad respektive RCC gör, se Socialstyrelsens tidigare rapporter och RCC:s gemensamma webbsida www.cancercentrum.se.

Triple Aim

Socialstyrelsen har valt att använda *Triple Aim* som angreppssätt för arbetet med kapitlen om *På rätt väg?*

Triple Aim är ett koncept för optimering av hälsosystems prestationsförmåga utvecklat av Institute for Healthcare Improvement (IHI) [1]. IHI menar att många reformer eller förändringsarbeten kan gynnas och stärkas genom

Triple Aim-tänkande. Metoden handlar om att man vid nya initiativ, förbättringsarbeten, uppföljning och utvärdering bör bära med sig tre dimensioner:

- förbättra invånarnas hälsa (kunskap och förebyggande insatser)
- förbättra vården till patienterna (kvalitet och nöjdhet)
- effektiv resursanvändning (organisation, kompetens, utrustning, kostnader).

IHI:s Triple Aim illustreras med en triangel, där varje hörn representerar en av dimensionerna. Ett systematiskt arbete med alla tre dimensioner samtidigt krävs enligt IHI för ett effektivt förändringsarbete. När man positiva effekter i alla tre dimensioner har man grund för att bedöma att förbättringsarbetet varit framgångsrikt.

Triple Aim i Socialstyrelsens rapport

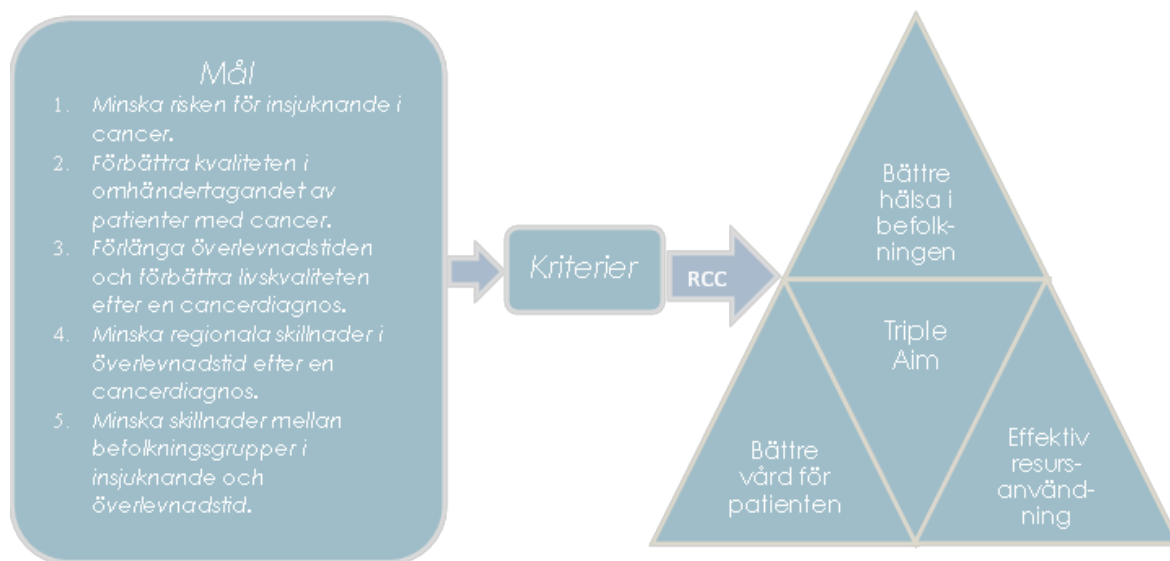
Utgångspunkterna för Socialstyrelsens arbete med rapportens kapitel *På rätt väg?* är de fem målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden, syftet med satsningen på RCC och de tio kriterierna för vad RCC ska uppnå. Syftet med satsningen på RCC är att stimulera en organisation inom hälso- och sjukvården i form av regionala cancercentra för att ytterst nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat, ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser och att stärka patientperspektivet i cancervården.

Kriterierna som ska utmärka ett RCC är indelade i tre områden som i stort ligger i linje med de tre dimensionerna i Triple Aim och gäller

- patientcentrerade kriterier
- kriterier gällande kunskapsstyrning, utbildning och forskning
- kriterier gällande RCC:s organisation.

De begrepp som Socialstyrelsen använder i Triple Aim-modellen är *Bättre hälsa i befolkningen*, *Bättre vård till patienten* samt *Effektiv resursanvändning* som beskriver vad satsningen på RCC, strategin och målen syftar till, vi illustrerar detta i följande bild.

Bilden visar hur Socialstyrelsen använder Triple Aim i rapporten



Upplägg av rapporten

Rapportens delar

Rapporten innehåller en sammanfattning, en inledande del med beskrivning av bakgrunden till etableringen av RCC, Socialstyrelsens uppdrag samt metodbeskrivning för arbetet med rapporten. Sedan kommer följande kapitel

1. Samlad bedömning av satsningen på RCC
2. På rätt väg – Bättre hälsa i befolkningen?
3. På rätt väg – Bättre vård för patienten?
4. På rätt väg – Effektiv resursanvändning?

Kapitel 2–4 ligger till grund för den samlade bedömning som ges i kapitel 1. I kapitel 1 ges reflektioner om utvecklingen av RCC.

Kapitel 2–4 har sin utgångspunkt i ett angreppssätt som benämns Triple Aim. I dessa kapitel redovisas för respektive dimension

- vad betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden lyfter fram
- de kriterier som är relevanta
- exempel på insatser som RCC och RCC i samverkan genomfört
- några exempel på mått som kan visa på utvecklingen för uppfyllelse av målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi.

Socialstyrelsen har valt ett nationellt perspektiv utan redovisning av respektive RCC. För en mer fullständig bild av RCC:s verksamhet och arbetet vid respektive RCC hänvisar vi till de tidigare rapporter som Socialstyrelsen tagit fram och RCC:s webbplats www.cancercentrum.se.

I slutet av rapporten finns följande bilagor

- kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum

- referenslista
- urvalet av data i förhållande till Triple Aim
- lista över nationella vårdprogram
- beslutade och rekommenderade nationella vårdenheter.

Samlad bedömning

Regeringen tillsammans med landstingen har genomfört en flerårig satsning på etablering av regionala cancercentrum (RCC). Socialstyrelsen har sedan 2013 haft i uppdrag att följa upp och stödja RCC:s arbete med att uppfylla de kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. Kriterierna har en tidplan om fyra år för etableringen av RCC. Mot den bakgrunden har vi i uppdrag att göra en samlad bedömning. Grund för vår bedömning har varit Socialdepartementets promemoria *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum*, se bilaga 1.

Kriterierna handlar om att etablera RCC i sjukvårdsregionerna och har därför stort fokus på strukturer. Exempelvis planer för olika områden, som RCC tar fram utifrån förutsättningarna i sina respektive sjukvårdsregioner. Enligt kriterierna ska RCC nu vara fullt ut etablerade. Eftersom RCC är så nyetablerade är det tidigt att uttala sig om resultat på patientnivå av RCC:s arbete i cancervården, men Socialstyrelsen ser framgångar vad gäller struktur och process.

Genom årliga platsbesök och ett stort antal intervjuer har vi nära kunnat följa etableringen av alla RCC.

RCC – En framgångsrik satsning

Alla RCC är idag etablerade och har klarat att uppfylla de flesta av de tio kriterierna som ska känneteckna ett RCC. De har en väl fungerande organisation regionalt som når in på lokal nivå i sina regioner och nationellt genom RCC i samverkan. Socialstyrelsen bedömer att satsningen på etablering av regionala cancercentrum har genomförts på gedigen grund med tydlighet, helhetssyn och processtyrning.

Socialstyrelsen anser att satsningens olika delar har varit grundläggande förutsättningar för etableringen av RCC:

- betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) med beskrivning av utmaningar, mål och förslag till åtgärder
- tillsättandet av en nationell cancersamordnare som i dialog med berörda aktörer förberett etableringen och tagit fram tidsatta kriterier för vad som ska utmärka ett regionalt cancercentrum
- årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om nationell samordning och samverkan samt om olika utvecklingsprojekt
- ett flerårigt statligt bidrag till respektive RCC för etableringen utifrån de tio kriterierna tillsammans med stöd och uppföljning.

Tillsammans med processarbetet som RCC driver anser vi att dessa delar i stort har fungerat väl ihop med det stöd som ges från landsting och regioner till RCC, där de avsatt resurser både personellt och ekonomiskt.

RCC har haft fokus på de uppgifter som kriterierna lyfter fram, vilket vi menar visar att de fungerat som styrmedel i satsningen.

Socialstyrelsens bedömning är att en viktig förutsättning för hur väl RCC-etableringen lyckades också har varit den inledande dialogen med berörda aktörer, förankringen och tydligheten i vad som ska åstadkommas. Det har funnits en samsyn om satsningen utifrån både betänkandets beskrivningar av utmaningar och mål och de tio kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum.

Framgångsfaktorer

Socialstyrelsens bedömning är att konceptet som etableringen bygger på kan vara en förebild när det gäller att utveckla lokal, regionall och nationell samverkan om utvecklingsarbete och kan fungera som generisk modell inom andra områden. En lärdom är att inför en liknande satsning behöver centrum-en från början tillsammans med landsting och regioner utveckla strukturer för involvering av berörda ledningsnivåer inom specialist- och primärvården.

Socialstyrelsen vill särskilt lyfta fram följande områden som framgångsfaktorer som varit betydelsefulla för etableringen

- patientcentrering och patientinvolvering
- professionsdriven utveckling med god förankring
- en kunskapsstyrningsmodell finns etablerad
- förutsättningar för en mer jämlik vård
- hög kompetens och acceptans
- alltmer nationell samverkan
- brett uppdrag ger helhetssyn.

Här går vi igenom våra slutsatser kring dessa områden.

Patientcentrering och patientinvolvering

En av de stora förtjänsterna med RCC är den starka patientmedverkan och patientcentrering som vuxit fram under etableringen av RCC. RCC har arbetat med patientmedverkan och patientcentrering i alla de delar som lyfts fram i kriterierna för vad som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. Sex delar Socialstyrelsen särskilt vill lyfta fram är patientperspektiv, patienters och närståendes medverkan, kontaktsjuksköterskor, min vårdplan, patientregistrerade mått och multidisciplinära konferenser (MDK).

Patientperspektiv

Den första delen vi vill lyfta fram gäller RCC:s processarbete som präglas av ett patientperspektiv där patientens behov och säkerhet sätts i centrum och i hög utsträckning utgår från medicinska resultat för patienter, patienters berättelser och upplevelser. Detta syns bl.a. i arbetet med utveckling av vårdprocesser, nivåstrukturer och patientinformation. Ett exempel är också hur RCC tillsammans med vården genomför projekt med patientdagböcker för att fånga patienters upplevelser och behov.

Socialstyrelsen har uppmärksammat att patientcentreringen varierar något, det ser lite olika ut och har kommit olika långt i olika processer, men vår bedömning är att det sker en kontinuerlig och positiv utveckling. Socialsty-

relsen anser att RCC bör fortsätta hålla starkt fokus på patientperspektivet i utvecklingsarbetet.

Patienters och närståendes medverkan

Den andra delen gäller patienter och närståendes medverkan i utvecklingen av cancervården.

RCC:s patient- och närståenderåd är grunden för patienters och närståendes inflytande och medverkan i utvecklingen av cancervården. Representer för patient- och närståenderådet ingår i de regionala processgrupperna, medverkar i lokala utvecklingsprojekt, yttrar sig över vårdprogram och riktlinjer samt informationsmaterial som RCC tar fram. Representer för rådet ingår också i RCC:s styrelse/styrgrupp.

Representer för både profession och patienter och närstående har i intervjuerna under de år Socialstyrelsen arbetat med uppföljning av satsningen på RCC lyft fram styrkan i RCC:s patient- och närståendemedverkan. De menar att kvaliteten i RCC:s projekt och vårdprocessarbete ökar när patienters och närståendes erfarenheter och kunskap tas tillvara. Socialstyrelsen anser att RCC har haft en väl utvecklad struktur för patient- och närstående medverkan med bl.a. utbildningspaket och uppdragsbeskrivningar för dem.

Införande av kontaktsjuksköterskor i cancervården

Den tredje delen gäller utvecklingen mot allt fler kontaktsjuksköterskor. Även om ännu inte alla kvalitetsregister rapporterar utvecklingen om erbjudande av kontaktsjuksköterska så berättar RCC, patient- och närståenderepresentanter och representanter för kliniker i cancervården om en positiv utveckling.

RCC har drivit på utvecklingen om tillsättande av kontaktsjuksköterskor och har även utformat uppdragsbeskrivning och högskoleutbildningar för kontaktsjuksköterskor. I intervjuer har det dock framkommit att de uppdrag som ges i praktiken ibland inte möter den uppdragsbeskrivning som tagits fram nationellt, alla har inte heller fått en uppdragsbeskrivning. Det har också framkommit att det är viktigt att tillräckligt med tid avsätts för att klara alla delar i uppdraget. Socialstyrelsen menar att det är angeläget att uppgifterna för kontaktsjuksköterskorna renodlas och att de ges tillräckliga resurser för att klara sin uppgift. Det är också angeläget att tillgången till kontaktsjuksköterskor ökar så att alla patienter med cancersjukdom kan erbjudas en kontaktsjuksköterska.

I betänkandet anges att patienten behöver en kontinuerlig kontaktperson under hela utrednings- och behandlingstiden. En cancerpatient kan genomgå flera övergångar mellan olika vårdenheter. Idag är kontaktsjuksköterskor knutna till respektive vårdenhet, vilket inneburit ett ständigt arbete för aktiva överlämningar av patienten mellan vårdenheter. Det kan vara bättre för patienten att få en och samma kontaktsjuksköterska genom hela vårdkedjan, här menar Socialstyrelsen att organisationsperspektivet har fått styra framför patientperspektivet. Å andra sidan framkommer från kontaktsjuksköterskorna själva att det är viktigt att de är specialiserade inom det område som kliniken ansvarar för om hen ska kunna vara det stöd som förväntas. Att patienterna får byta kontaktsjuksköterska mellan vårdenheterna kan också innebära en

svårighet i uppföljningen att bedöma huruvida en patient erbjudits kontakt-sjuksköterska genom hela vårdkedjan.

RCC har verkat för och rekommenderat landsting och regioner införande av kontaktsjuksköterskor, men alla vårdenheter följer inte rekommendationen och flera anser att det räcker med en fast vårdkontakt såsom lagen anger. En fast vårdkontakt har dock inte samma uppdrag som en kontaktsjuksköterska. Socialstyrelsen anser att om vården ska bli jämlik bör alla cancerpatienter erbjudas en kontaktsjuksköterska.

En hälsoekonomisk bedömning som Region Syd låtit genomföra framhåller flera fördelar med att införa kontaktsjuksköterskor. Exempelvis kan inrättande av kontaktsjuksköterskor medföra betydande positiva konsekvenser för sjukvårdens organisation såsom frigörande av resurser för andra personalkategorier, särskilt läkare [2]. Det finns således positiva effekter för både patienter och för vårdens organisation.

Införande av Min vårdplan

Den fjärde delen gäller utvecklingen och införandet av *Min vårdplan*, som ska tas fram i samverkan med patienten. Min vårdplan får patienten för att kunna vara delaktig i sin vård i den utsträckning som patienten önskar. Den ska bidra till att patienten känner sig trygg, välinformerad, har inflytande över sin vård och förstår vad som händer under utredning och behandling. Min vårdplan ska finnas från det att patienten utreds för diagnos till behandling och rehabilitering eller palliativ vård. Det är ofta kontaktsjuksköterskorna som är ansvariga för framtagandet av Min vårdplan.

Socialstyrelsen har iakttagit att införandet av Min vårdplan har varit mödosam och tar tid. RCC har genom åren på olika sätt arbetat för att utveckla en nationell elektronisk Min vårdplan för att bl.a. kunna följa med patienterna över landstingsgränserna. Sedan ett år tillbaka pågår utvecklingen av en elektronisk Min vårdplan på databasen Stöd och behandling i samverkan med 1177. Tre landsting genomför pilotprojekt.

Det är få kvalitetsregister som kan rapportera utvecklingen avseende om patienterna erbjuds Min vårdplan och vi har därför svårt att uttala oss om hur långt införandet kommit. Det finns dock goda exempel, projekt som nått så långt att 100 procent av patienterna erbjudits Min vårdplan och inom bröstcancer får en hög andel av kvinnorna Min vårdplan. Min vårdplan är mer omfattande än de vårdplaner som hittills används och som vården ibland anser räcker. Vi anser att fortsatta ansträngningar behövs i vården för att alla patienter med cancer ska erbjudas Min vårdplan, det är viktigt för att göra patienten mer delaktig i sin vård och väl informerad.

Utvecklingen av patientregistrerade mått

Den femte delen vi vill lyfta fram gäller utvecklingen av undersökningar om patientupplevelser och uppföljning i kvalitetsregistren med patientupplevelser s.k. patientregistrerade mått (PREM och PROM). På detta sätt fångas löpande information om cancerpatienters upplevelser in. Patientregistrerade mått kan ge viktig kunskap och används för uppföljning och fortsatt utveckling av cancervården och är ett viktigt komplement till den kunskap och medverkan som patient- och närstående råden bidrar med. Flera sådana

undersökningar genomförs av RCC. Inom ramen satsningen kortare väntetider har en nationell PREM-enkät utvecklats som för närvarande skickas till alla patienter som utretts med standardiserat vårdförlopp.

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen och användningen av patientregistrerade mått bara har kommit en bit på väg men att det krävs fortsatta ansträngningar från flera aktörer för att kunskapen om patienters upplevelser ska kunna öka. Ännu återstår fortsatt arbete med att utveckla PROM och PREM samt skapa anpassningar till respektive diagnosgrupp samt öka användningen av patientrapporterade mått i kvalitetsregister.

Utveckling av multidisciplinära konferenser

Det sjätte delen vi vill lyfta fram gäller utvecklingen av multidisciplinära konferenser (MDK). RCC har stimulerat till en ökad tillämpning genom utbyggnad av möjligheterna för både sjukvårdsregionala och nationella MDK. I de nationella vårdprogrammen anges för vilka patienter som MDK böra genomföras.

Genom arbetet med nivåstrukturering utvecklas allt fler nationella MDK. Genom MDK ökar möjligheterna till en mer genomtänkt vårdplan för patienterna. Flera kvalitetsregister redovisar utvecklingen av MDK och Socialstyrelsen ser att en ökad andel patienter bedöms vid MDK.

Professionsdriven utveckling med god förankring

Vid sidan om samverkan med patient- och närstående som beskrivits ovan vill vi särskilt lyfta fram det systematiska arbetssätt som RCC utvecklat där vårdprofessionen är involverad i utvecklingen av vården från lokal till regional och nationell nivå. I de flesta utvecklingsarbeten ingår personer som är dagligt aktiva i cancervården och som har hög kompetens inom sitt område.

Vårdprofessionsdriven utveckling utgår från verklighetsanknytning och frågor som direkt berör dem som arbetar i vården och har ett engagemang i frågorna. Det gynnar genomslaget i vården eftersom personalen är direkt involverad i arbetet. I intervjuerna har framkommit att när man vet vilka som deltagit i framtagandet av t.ex. ett vårdprogram så får det också hög acceptans i professionen.

Kunskapsstyrning med processarbete

Ett syfte med RCC är att nå en ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat. Det innebär att vården ges utifrån aktuellt kunskapsläge, att rätt vård och behandling ges till rätt patient vid rätt tillfälle. Det är också en förutsättning för att resurserna i hälso- och sjukvården används mer effektivt. En fungerande kunskapsstyrning är tillsammans med kompetensförsörjning och resurser för utförandet en avgörande faktor för att uppnå en effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Kunskapsstyrning och processarbete är något som Socialstyrelsen särskilt vill lyfta fram som en framgångsfaktor i etableringen av RCC.

Kunskapsstyrningsmodellen som RCC har utvecklat är genomtänkt och sammanhållen. Den bildar en kedja mellan nationell nivå med riktlinjer och vårdprogram som förs vidare till regional nivå och når ända in i vårdenheterna med stöd av lokala processledare och deras team. Arbetet drivs i samverkan inom och mellan vårdprofession och patient- och närståendeföreträdare. Förankring sker även i förvaltning och sjukvårdsledning. Socialstyrelsen har inte funnit ett sådant samlat angreppssätt inom något annat vårdområde.

Användningen av kunskapsstyrningsmodellen har kommit olika långt i landstingen och fungerar i varierande grad i vårdprocesserna. Satsningen kortare väntetider har medfört att den nationella/regionala/lokala nivån har knutits ihop i sin strävan att förbättra patientens vårdprocess. I flera fall har införandet av standardiserade vårdförlopp varit nyckeln till att förbättra vårdprocessarbetet.

Svårigheterna att nå användning av riktlinjer och vårdprogram är väl kända. Socialstyrelsen bedömer därför att det är angeläget att kunskapsstyrningsmodellen tillämpas så långt det är möjligt i alla processer i alla regioner för att öka möjligheterna att vårdprogrammen implementeras.

RCC i samverkan har beställt en utvärdering av hur väl vårdprogrammen implementeras, rapporten väntas i november 2016 men preliminära resultat antyder att vårdprogrammen [3]

- har hög acceptans hos professionen i vården då de uppfattas ha hög medicinsk kvalitet
- används i hög grad av läkare (med undantag av läkare tidigt i sin specialistutbildning)
- används av kontaktsjuksköterskor, beroende på om självständigt patientansvar ingår i uppdraget
- används i utbildningar, (som sektions- och klinikutbildningar, ST-utbildningar, regionmöten)
- används i hög grad vid MDK.

Utvecklingen i kvalitetsregistren avgörande för uppföljning och förbättringsarbete

I arbetet med implementering av vårdprogram och planer för olika områden har RCC utvecklat en förankringsprocess med uppföljning i dialoger med flera ledningsnivåer och personalen i vården. Kvalitetsregistren används flitigt som stöd i dessa dialoger. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att de lokala dialogerna om vårdens kvalitet ständigt pågår och det är viktigt att kvalitetsregistren kan ge underlag för dessa dialoger. Utvecklingen av kvalitetsregistren har därför en avgörande roll för underlag för de kontinuerliga dialogerna, till exempel behöver patientrapporterade mått utvecklas.

RCC är registercentrum för cancervårdens 30-tal kvalitetsregister och samverkar med registrens styrgrupper. Socialstyrelsen menar att den samverkan som uppstått mellan registerhållare, processledare och RCC:s stödteam har lett till att kvalitetsregistren getts en ännu tydligare och viktigare roll inom cancervården. Det har varit en stor fördel att kvalitetsregisterfunktionen ligger hos RCC.

Förutsättningar för en mer jämlik vård

Flera av målen i betänkande om en nationell cancerstrategi gäller jämlik vård och hälsa. Socialstyrelsen anser att RCC har haft ett bra fokus på jämlikhet inom några områden, bland annat genom olika kartläggningar av skillnader mellan befolkningsgrupper och geografiska skillnader i vård och behandling.

Flera projekt riktade till olika befolkningsgrupper genomförs. Det har varit tydligt i exempelvis screeningverksamheten där RCC jobbat med tillgänglighet och utveckling av anpassad information. Projekt i socioekonomiskt resurssvaga områden är andra exempel.

Genom ansatsen med allt mer nationellt arbete, såsom framtagande av nationella vårdprogram – där RCC tagit ett steg längre än kriterierna efterfrågar och lyft upp framtagandet av vårdprogram från regional till nationell nivå – som innebär lika kunskapsstöd över hela landet. Med uppföljning genom kvalitetsregister uppmärksammas skillnader i genomförande och ökar förutsättningarna för en mer jämlik vård. Utgångspunkten är att alla patienter ska få tillgång till samma goda och likvärdiga vård.

Ett annat exempel är nationellt framtagande av underlag för nivåstrukturer med förslag till regional nivåstrukturer, som har sin grund i nationellt framtagna kriterier för bedömning av behov av nivåstrukturer. RCC:s arbete med nationell nivåstrukturer med koncentration av högspecialiserad cancervård till färre platser i landet har en tydlig koppling till en mer jämlik vård eftersom det ska ge tillgång till den allra bästa expertisen för alla patienter i landet.

I intervjuerna har Socialstyrelsen hört flera betona att jämlik vård är ett viktigt utvecklingsområde inom cancervården.

Hög kompetens i RCC

En av förutsättningarna för att få acceptans i vården och nå framgång i etableringen har varit hög kompetens i ledningen i alla RCC och RCC i samverkan. Det är något som varit ständigt återkommande genom åren i de allra flesta intervjuer som Socialstyrelsen genomfört. Exempel på sådant som lyfts fram i intervjuerna är hög akademisk kompetens, klinisk erfarenhet samt kompetens i arbetet med kriterierna. Vidare lyfter många fram ledningens engagemang, drivkraft och fokus på rätt frågor för cancervården samt bra strukturer för arbetet.

Allt mer regional och nationell samverkan

Socialstyrelsen har iakttagit att alltfler arbeten lyfts upp från regional till nationell nivå. För tillfället drivs ett 60-tal projekt nationellt, där kompetens från alla regioner i landet samverkar.

RCC har byggt en struktur med lokal, regional och nationell samverkan. Samordningsvinster har varit möjliga att nå t.ex. genom att alltmer av arbetet med kriterierna görs på nationell och regional nivå.

Genom ökad samverkan på sjukvårdsregional nivå kan effektivisering göras genom att sex istället för 21 gör jobbet, t.ex. i framtagande av planer inom olika utvecklingsområden, projekt och uppföljning.

På motsvarande sätt har det nationella samarbetet ökat där en gör det sex eller 21 skulle göra annars. Det innebär att istället för att framtagande av kunskapsunderlag och vårdprogram, byggande av infrastruktur som cancerportalen mm sker inom respektive landsting (21 gånger) eller sjukvårdsregion (sex gånger) sker arbetet nationellt (1 gång) och kommer alla regioner till del. Socialstyrelsen bedömer att det är rimligt att anta att en resursbesparing görs när allt mer samverkan sker på sjukvårdsregional nivå eller nationellt.

Brett uppdrag ger helhetssyn

RCC har genom de tio kriterierna haft ett brett uppdrag som omfattat prevention, vård och behandling, rehabilitering och palliativ vård samt forskning och utbildning. Socialstyrelsens uppfattning är att det breda uppdraget enligt kriterierna varit en framgångsfaktor för arbetet med de flesta av de områden som RCC arbetat med. Det innebär också att RCC arbetat utifrån en holistisk syn på patienten. Det visar sig också i arbetet med patientperspektivet, arbetet med kontinuitet, integritet och bemötande som genomförs. Det visar sig också genom att prevention, rehabilitering och palliativ vård ingått i arbetet med nationella vårdprogram, att anslaget är bredare än det rent medicinska. Även projekt om stöd för patienterna i vardagen som cancersjuk finns, där bland annat samverkan sker med Försäkringskassan, barnomsorgen, skolan, arbetsgivare m.fl.

I intervjuerna hörs ofta att det är en fördel att RCC har ett brett uppdrag och att RCC inte skulle kommit så långt i alla områden utan det. Samtidigt finns också de som menar att RCC inte kan göra allt, det exempel som oftast framkommit har varit prevention som de menar andra aktörer bör ta ansvar för.

Socialstyrelsen anser att RCC:s arbete bör fortsätta omfatta alla de områden som ingår i kriterierna. I kriteriebeskrivningarna finns ibland delar som inte RCC så lätt kan påverka. Det gäller exempelvis delar inom kriteriet om forskning men här har RCC tolkat och arbetat med kriteriet på ett klokt sätt utifrån de förutsättningar de har.

Regeringen har i stort fått ut det man avsåg med satsningen

RCC har haft i uppdrag att uppfylla de tio kriterier som Socialdepartementet tagit fram inför satsningen. RCC har uppfyllt de flesta av kriterierna. Socialstyrelsen följer för närvarande upp två områden, vårdprocesser och nivåstrukturering, dessa rapporteras i mars 2017.

RCC har under etableringsperioden haft fokus på kriterierna i sin verksamhet och några exempel på vad de avsatta medlen har lett till är:

- sex regionala cancerplaner
- 29 nationella vårdprogram

- stark patientorientering och patientmedverkan
- processarbete med lokala dialoger för en mer kunskapsbaserad vård
- ökad användning av kvalitetsregister i förbättringsarbetet
- flera beslut om regional nivåstrukturering, hälften av sjukvårdsregionerna har genomfört sina planer
- beslut om nationell nivåstrukturering. Från den första januari 2017 kommer 19 nationella vårdenheter finnas på plats
- *Cancerstudier i Sverige* – ett register om pågående kliniska studier.

Vägen till målen?

Socialstyrelsen har valt att beskriva utvecklingen mot målen i cancerstrategin men poängterar att den utvecklingen inte direkt kan hänföras till etableringen av RCC. Utvecklingen mot målen är beroende av många aktörer och trenderna är långa. Vi har valt att göra några nedslag med ett fåtal mått på utvecklingen i cancervården och av hälsan i befolkningen.

Insjuknandet i cancer ökar över tid och insjuknandet är också högre bland män. För flera andra mått ses en positiv utveckling

- i Sverige ökar medellivslängden, dessutom ökar antalet friska levnadsår snabbare än ökningen i medellivslängd
- den hälsopolitiskt påverkbara dödligheten sjunker och skillnaderna mellan könen minskar
- den relativa femårsöverlevnaden i cancer ökar över tid, det är små skillnader mellan könen
- dödligheten i cancer minskar, skillnaderna mellan könen minskar då dödligheten minskar snabbare för män än för kvinnor.

För att minska insjuknandet i cancer krävs fortsatta insatser i det förebyggande arbetet.

Utmaningar för RCC

Etableringen av RCC har varit framgångsrik, men det finns fortsatta utmaningar för RCC och för cancervården.

I arbetet med att följa upp och stödja etableringen av RCC har Socialstyrelsen noterat att det finns några exempel på landstings-, sjukhus- och klinikledningar som är mindre engagerade i utvecklingen av RCC. Enligt intervjuerna vi genomfört, tycks dessa dock bli allt färre och allt fler uttrycker fördelarna med RCC.

Tre områden har vi valt att lyfta fram som fortsatta utmaningar, det gäller kriteriet om kompetensförsörjning, delar av kriteriet om förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer samt RCC:s framtid. Härutöver finns också utmaningar inom kriteriet om nivåstrukturering, men för närvarande sker en positiv utveckling inom området.

Kompetensförsörjning

RCC har haft till uppgift att ta fram och stödja genomförandet av kompetensförsörjningsplaner för sina sjukvårdsregioner. Socialstyrelsen finner att detta

kriterium har varit en stor utmaning för de flesta RCC, men det finns exempel på RCC som klarat kriteriet. Flera RCC arbetar med frågan etappvis inom olika diagnosområden eller har tagit fram underlag för hur man kan arbeta med kompetensförsörjning. Socialstyrelsen anser att RCC bör kunna öka sina ansträngningar med detta kriterium, i samverkan med andra aktörer som HR-funktioner och universitet och högskolor, eftersom kompetensförsörjningen är en stor utmaning för cancervården. Det är också en utmaning för RCC att HR-avdelningarnas planering av kompetensförsörjning måste utgå från ett helhetsperspektiv där cancervården är en del.

I intervjuerna uttrycker flera att detta är ett komplext och svårt område eftersom det hänger nära samman med nivåstruktureringsarbetet. De anser också att universitet och högskolor saknar intresse att samverka om kompetensförsörjning. Flera av de intervjuade ifrågasätter också kriteriet och anser att det är varje landsting som har ansvaret för dessa frågor och att åtgärder även behöver vidtas på nationell nivå, detta leder i sin tur till att det saknas engagemang och intresse för att arbeta med kompetensförsörjning på regionnivå. Trots detta anser flera att det finns ett behov av en gemensam plan för sina sjukvårdsregioner och att RCC kan bidra med kunskapsunderlag och metoder för det arbetet.

Minska risken för insjuknande i cancer

Enligt WHO kan upp emot 30 procent av cancerfallen förebyggas. Att minska risken för insjuknande i cancer har hög prioritet enligt betänkandet om en nationell cancerstrategi, det syns också i målen för strategin där två mål handlar om att förebygga cancer. Det ena målet gäller att minska risken för insjuknande av cancer, det andra om att minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande.

RCC har i arbetet med att förebygga cancer, vid sidan om insatser rörande HPV-vaccination och screening, inriktat arbetet på rökning, alkoholkonsumtion, övervikt och fetma, fysisk aktivitet, matvanor och solvanor. Insatserna när det gäller levnadsvanor är dock fragmentariska och Socialstyrelsen anser att arbetet med att förebygga cancer bör ges högre prioritet. Det bör noteras att RCC inte har möjlighet att direkt vända sig till allmänheten i arbetet med levnadsvanor utan arbetar tillsammans eller via andra aktörer. Socialstyrelsen anser däremot har RCC:s arbete med screening genom åren varit systematiskt.

Utvecklingen av levnadsvanorna i befolkningen varierar, sammantaget visar utvecklingen på behov av kraftfulla insatser från flera aktörer i samhället för att nå framgång i att minska risken för insjuknande i cancer.

RCC:s framtid

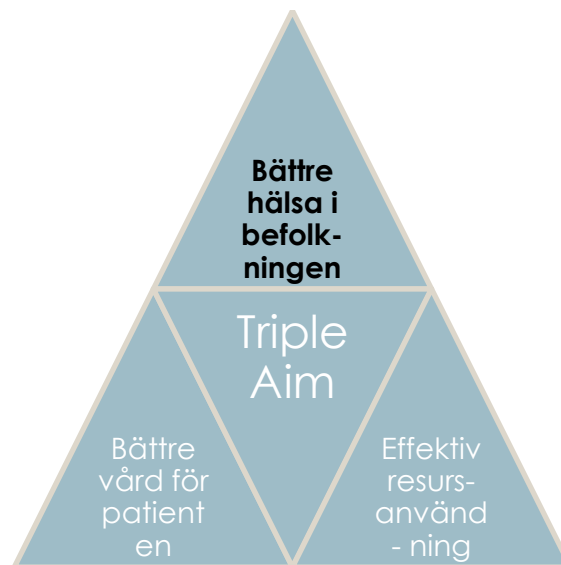
I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har en oro uttryckts i vissa sjukvårdsregioner för RCC:s framtid när det statliga bidraget upphör. De uttrycker att det varit nödvändigt att det statliga stödet har varit riktat och knutet till kriterierna som anger vad som ska uppnås, tillsammans med uppföljning. Tack vare detta har RCC kunna hålla tempo i arbetet menar man. De har också lyft fram att SKL verkar för generella och inte riktade

statsbidrag till kommuner och landsting och dessutom att ofinansierade satsningar bör avvecklas vilket förstärker oron bland de som intervjuats.

Det kan därför vara en fördel om RCC visar sitt mervärde för landsting/regioner i de tre dimensionerna Bättre hälsa för befolkningen, Bättre vård för patienten och Bra eller Effektiv resursanvändning.

En utmaning är också att ta fram och redovisa indikatorer som kan följa utvecklingen och som beskriver att väl använda resurser har lett till en bättre hälsa i befolkningen och en bättre vård av patienterna.

På rätt väg – bättre hälsa i befolkningen?



I detta kapitel redovisas dimensionen *Bättre hälsa i befolkningen* som syftar till att stärka folkhälsan för att minska risken för insjuknande i cancer men också för att de som redan insjuknat ska klara behandlingar så bra som möjligt och minska risken för återfall.

Dimensionen knyter an till målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden om att

- minska risken för insjuknande i cancer
- minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Dimensionen knyter också an till folkhälsopolitikens mål om *Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. Till det nationella målet hör elva målområden för uppföljning. Flera av målområdena är väsentliga för arbetet att minska risken för insjuknande i cancer.

En nationell cancerstrategi för framtiden

Betänkandet om *En nationell cancerstrategi* lyfter fram vikten av förebyggande insatser för att minska risken för cancer. Även om bara en del av orsaksfaktorerna till cancer är klarlagda, så finns det, enligt betänkandet, tillräcklig kunskap om riskfaktorer och preventiva metoder för att kunna påverka den framtida utvecklingen av insjuknande och dödlighet i cancer. Primärprevention och tidig upptäckt av cancer lyfts fram som väsentliga områden för fortsatta insatser. I betänkandet föreslogs

Avseende levnadsvanor

- att samtliga primärvårdsenheter senast 2014 erbjuder lättillgänglig och effektiv rökavvänjning
- att alla patienter tillfrågas om tobaksvanor och att uppgifter om tobaksrökning ingår i patientjournalen
- ökade satsningar på information och utbildning om tobak för personal inom hälso- och sjukvården samt skolan
- ökade insatser för dem som röker mest
- att regeringen överväger införandet av andra tobakspolitiska åtgärder, som t.ex. höjda priser och marknadsföringsförbud
- åtgärder för att öka andelen tumörer som upptäcks i ett tidigt stadium, bl.a. genom att underlätta allmänhetens möjligheter att få hudförändringar undersökta
- en mer ändamålsenlig rollfördelning mellan hudläkare och allmänläkare vid diagnostik
- att en nedre åldersgräns för solarier övervägs.

Avseende screening och vaccinering

- att befintliga och kommande screeningprogram kontinuerligt bör följas upp för att kvalitet och deltagande ska kunna värderas och förbättras
- att framtida screeningprogram bör introduceras samordnat och strukturerat för att undvika regionala skillnader
- att en täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll på minst 85 procent bör uppnås i hela landet
- att en deltagarfrekvens för mammografi på minst 80 procent bör uppnås i hela landet, som ett första steg i avvaktan på att nationell uppföljning etableras
- särskilda insatser för att nå grupper som i dag deltar i mindre utsträckning än andra.

I betänkandet lyftes vikten av fokus på socioekonomiska skillnader fram. Att människor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden löper större risk att insjukna och dö i cancer. Skillnaderna är till största del kopplade till samverkande faktorer, såsom olika livsstilsfaktorer. Men de kan också bero på att information och andra preventiva insatser inte är anpassade till olika grupper i samhället. Det finns tecken som tyder på ökade sociala ojämlikheter i hälsa i framtiden. Dessutom är det, enligt betänkandet, uppenbart att preventiva insatser, som lyckas nå alla grupper i samhället, erbjuder goda möjligheter att minska det totala antalet insjuknanden, t.ex. inom tobakspreventionen.

RCC:s uppdrag enligt kriteriet

Det kriterium som RCC arbetar med som är relevant ur dimensionen Bättre hälsa i befolkningen är *Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer*.

Enligt kriteriet ska RCC utforma och implementera en plan för sjukvårdsregionens arbete med förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer. Planen ska också innehålla system för uppföljning av effekter.

Planen ska innehålla särskilda åtgärder för att åstadkomma öka jämlikhet mellan befolkningsgrupper utifrån kön, ålder, socioekonomiska förhållanden och bostadsort – såväl avseende cancerrisk som tidig upptäckt av cancer. I kriteriebeskrivningen framkommer att det behövs samlade och uthålliga preventiva insatser för att förebygga cancer.

Förebyggande insatser och tidig upptäckt

Nedan beskriver vi strukturen för RCC:s arbete samt exempel på åtgärder som vidtagits av RCC och RCC i samverkan i arbetet med detta kriterium. Vi har också valt att lyfta fram exempel på hur utvecklingen ser ut när det gäller vaccinationer, screening, fetma och levnadsvanor i befolkningen. RCC är, tillsammans med landstingen, en av många aktörer som påverkar utvecklingen och vi kan inte säga att utvecklingen säkert beror på RCC, men vi menar att det är värdefullt för att i någon mån spegla utvecklingen mot målen i cancerstrategin.

RCC:s struktur för arbetet

Alla RCC har tagit fram planer för sitt arbete med kriteriet, som omfattar förebyggande insatser rörande vaccinering, levnadsvanor, screening och alarmsymtom.

Alla RCC har processledare (anställda i olika omfattning från 20–100 procent) och nationell arbetsgrupp som driver utvecklingen av arbetet med att förebygga cancer (prevention). De har också processledare som driver arbetet med att förbättra screeningverksamheten samt nationella arbetsgrupper för utveckling av dessa områden. RCC har dessutom nätverk och arbetsgrupper med övriga folkhälsoaktörer inom landstingen samt samverkan med andra aktörer inom sina sjukvårdsregioner.

RCC har genomfört kartläggningar av riskbeteenden rörande levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, stillasittande eller låg fysisk aktivitet, osunda matvanor och osunda solvanor samt kartlagt arbetet för att förebygga dem.

I de nationella vårdprogrammen som RCC tar fram ingår också förebyggande insatser där det är relevant.

Ökad jämlikhet mellan befolkningsgrupper

Generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser når inte alla grupper i lika stor omfattning. En av de grupper som tenderar att missgynnas av generella insatser (riktade till alla grupper) är individer med låg utbildningsnivå eller socioekonomiskt resurssvaga grupper. Det finns flera troliga förklaringar till att sådana skillnader uppkommer. Det handlar bland annat om tillgänglighet (inte minst fysisk), bemötande, förtroende, barriärer (språkliga, kulturella, sociala) och det som brukar benämnas hälsolitteracitet (förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa och sjukdom och därmed kunna fatta välgrundade hälsorelaterade beslut både som frisk och som sjuk). Individer i utsatt socioekonomisk situation har generellt sett lägre tillit till andra människor och lägre tilltro till sin egen förmåga. Det

är därför angeläget att hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper har hög kompetens i bemötandefrågor och god kunskap om de strategier som finns för att stödja och motivera individer [4].

Inom cancervården handlar hälsofrämjande insatser främst om screening, vaccinationer och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

RCC:s insatser för ökad jämlikhet

När det gäller arbetet med att öka jämlikhet mellan befolkningsgrupper så arbetar flera RCC med projekt som riktar sig till barn och deras föräldrar t.ex. sola sunt, projekt riktade till ungdomar t.ex. om säkrare sex för minskad risk för HPV-infektion och tobaksförebyggande i skolorna. Andra exempel gäller rökavvänjningsprojekt för unga kvinnor med låg utbildning respektive patienter inom psykiatri (som röker i högre utsträckning än andra grupper). Dessutom har ett RCC utvecklat cancerperspektiv i en regional utvecklingsplan för psykiatri.

Det finns också flera exempel på projekt i samverkan med flera olika aktörer som drivs i socioekonomiskt resurssvaga områden. Exempelvis. projekt med mångkulturell inriktning där utbildningar och informationsinsatser genomförs med hjälp av hälsoguider för att öka kunskapen om riskfaktorer för cancer, vikten av att delta i screeningprogram och bättre tillgänglighet till screening. Även projekt med inriktning på information till nyanlända genomförs.

Flera RCC arbetar med olika kartläggningsprojekt om sociala och regionala skillnader i levnadsvanor och cancerincidens och skillnader i behandling och utfall för cancersjukdom. Syftet är att identifiera områden med en ökad risk i regionen att drabbas av cancer, för att sedan göra riktade preventiva insatser där. Även kartläggningar av förebyggande insatser genomförs.

Det finns också exempel där RCC utbildat all sin personal om jämlik vård och jämlik hälsa och som infört krav på alla RCC:s cancervårdsprocesser att redovisa effekter på jämlikhet i sitt arbete, bl.a. med stöd av RCC:s cancerdatabas.

RCC sprider också den europeiska kodexen mot cancer som innehåller 12 rekommendationer om eller råd för att minska den individuella risken för cancer.

Nedan beskrivs utvecklingen av vaccination, levnadsvanor och screening, i dessa avsnitt ges också några exempel på RCC:s insatser.

Vaccination

Det finns förebyggande vaccin mot de virus som orsakar livmoderhalscancer, Humant Papillomvirus (HPV). HPV-vaccinering ingår i barnvaccinationsprogrammet. I Sverige erbjuds också alla flickor födda 1993–1998 kostnadsfri vaccination med start 2012 i ett ikappvaccinationsprogram, så kallad Catch-up, i landstingens regi.

RCC:s insatser avseende vaccination

I projektet Catch-up stöder RCC landstingens arbete med att nå flickor som valt att inte vaccinera sig mot HPV-infektion, bland annat i samverkan med skolhälsovården.

RCC har även arbetat med värdering av primärpreventiv effekt av HPV-vaccination till pojkar inom patientprocessarbetet om peniscancer och huvud- och halscancer, som underlag för ställningstagande om HPV-vaccination till pojkar.

Levnadsvanor

En stor del av arbetet för att förebygga cancer handlar om insatser för att skapa sunda levnadsvanor i befolkningen. I detta avsnitt ges beskrivning av RCC:s insatser när det gäller implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, fetma och levnadsvanor. Utifrån ett urval av de indikatorer som RCC i samverkan föreslår sjukvårdsregionerna att följa presenteras avslutningsvis för varje avsnitt.

Levnadsvanor som tobaksbruk, alkoholbruk, fysisk aktivitet och matvanor beräknas enligt världshälsoorganisationen (WHO) orsaka upp till 30 procent av alla dödsfall i cancer. Den som lever hälsosamt lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor. De fyra levnadsvanorna bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige.

Ett sätt för hälso- och sjukvården att arbeta med levnadsvanor är att utgå från rekommendationerna i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I dessa riktlinjer rekommenderar Socialstyrelsen hälso- och sjukvården att använda rådgivning eller samtal för att hjälpa patienten att förändra sin ohälsosamma levnadsvana.

Inom cancervården är hälsofrämjande samtal ett viktigt redskap för att motivera patienter till förändringar av levnadsvanorna. Sunda levnadsvanor kan förbättra prognosen, t.ex. genom att minska riskerna i samband med kirurgi, öka effekten av strålbehandling och förbättra prognosen.

RCCs stöd i arbetet med sjukdomsförebyggande metoder
Rekommendationerna i nationella riktlinjer är utgångspunkt för RCC:s arbete med sjukdomsförebyggande metoder.

RCC stöder implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder bland annat genom utbildning av kontaktsjuksköterskor i motiverande samtalsmetodik. RCC genomför också konferenser om riktlinjen.

Tobaksrökning

De cancerformer som är relaterade till tobaksrökning gäller lungcancer, munhålecancer, öron-, näs- och halscancer, näshålecancer, lever- och gallgångscancer, primär levercellscancer, leukemi, njurcancer och cancer i urinledare, äggstockscancer, livmoderhalscancer, urinblåsa, tjock- och ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer och magsäckscancer. Dessutom finns visst stöd för samband med bröstcancer [5].

RCC:s insatser mot tobaksrökning

RCC driver på arbetet med tobaksförebyggande i olika sammanhang. Ett exempel gäller arbetet med att sprida konceptet TobaksfriDuo med inriktning mot skolor. Tobaksfri duo som är ett tobaksförebyggande program som finns i ett 70-tal kommuner i landet. Metoden inkluderar ett koncept där elever

skriver kontrakt med tobaksfri vuxen om tobaksfrihet fram till skolavslutning i nian.

Vidare har RCC lämnat stöd till rökstopp inför operation och strålningsbehandling genom samverkan med processägare, processledare och samordnande sjuksköterska för tobaksavvänjning.

Andra exempel gäller rökavvänjningsprojekt för unga kvinnor med låg utbildning respektive patienter inom psykiatri (som röker i högre utsträckning än andra grupper).

RCC utbildar kontaktsjuksköterskor i motiverande samtalsmetodik i arbetet med införande av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Inom RCC i samverkan har en Nationell handlingsplan om tobak tagits fram, och RCC är engagerade i kampanjen Tobacco End Game om ett tobaksfritt Sverige 2025. RCC har också utvecklat modulen för registrering av tobaksvanor i journaler.

Alkoholkonsumtion

De cancerformer som är relaterade till alkoholkonsumtion är cancer i munhåla, matstrupe, svalg- och luftstrupe, lever, tjock- och ändtarm samt bröst [5].

Det är därför angeläget att arbeta för en låg alkoholkonsumtion i befolkningen. Nedan redovisas diagram för andelen i befolkningen med beräknad riskkonsumtion utifrån svar på tre frågor i enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor*.

RCC:s insatser avseende alkoholkonsumtion

Alkoholkonsumtion är ett prioriterat område i RCC:s planer för att förebygga cancer och ingår i de kartläggningar RCC genomför.

Insatser som RCC gör när det gäller alkohol är främst inom arbetet med att införa nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Det finns även exempel där RCC bildat nätverk för alkoholprevention i sin sjukvårdsregion.

Fetma

Flera cancerformer är relaterade till övervikt och fetma. Det gäller tjock- och ändtarmscancer, njurcancer, cancer i matstrupe, bukspottkörtelcancer, gallblåsecancer, bröstcancer hos kvinnor (efter menopaus), livmodercancer, äggstockscancer [5].

RCC:s insatser mot fetma

Ett RCC-initierat projekt är *Viktiga supportrar i träning (ViSiT)*, med inriktning på övervikt bland supportrar. Projektet är ett samarbete med idrottsförbund och idrottsklubbar.

Ett RCC arbetar med att ta fram en regional riktlinje om fetma och övervikt. I förslaget finns åtgärder för olika vårdnivåer samt användbara verktyg för individen och verktyg för vården utifrån både vuxen- och barnperspektiv. I riktlinjen finns också förslag om uppföljning i nationella kvalitetsregister för barnfetma och obesitaskirurgi.

Sunda matvanor

Flera cancerformer är relaterade till mat och övervikt, det gäller tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer, livmoderkroppscancer, matstrupscancer, njurcancer, cancer i mun, svalg och struphuvud. WHO:s rekommendationer är att äta mycket fullkorn, baljväxter, grönsaker och frukt samt undvika livsmedel med hög kalori- och fetthalt, undvika söta drycker, processat kött, rött kött och livsmedel med hög salthalt. Att följa rekommendationen för frukt och grönt är en god indikator för sunda matvanor i stort [5].

RCC:s insatser för sunda matvanor

I RCC:s cancerpreventionsplaner ingår insatser för sunda matvanor. RCC:s insatser handlar om utbildningen av kontaktsjuksköterskor i motiverande samtalsmetodik i arbetet med införande av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

RCC har också genomfört kartläggningar av osunda matvanor i sina sjukvårdsregioner.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet minskar risken att drabbas av tjock- och ändtarmscancer, bröst- och livmodercancer. Fysisk aktivitet främjar även en hälsosam vikt, vilket ger ett indirekt samband till njurcancer, matstrupscancer, bukspottskörtelcancer, gallblåsecancer och äggstockscancer [5].

RCC:s insatser för fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ingår som prioriterat område i RCC:s planer för förebyggande insatser.

RCC har exempelvis tagit fram en folder som informerar om fysisk aktivitet under cancerbehandling.

Fysisk aktivitet ingår också i arbetet med införande av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, där RCC utbildar kontaktsjuksköterskor i motiverande samtalsmetodik.

Solvanor

Skadlig solstrålning kan ge upphov till hudcancer, särskilt farlig är malignt melanom. Hudcancer är den cancerform som ökar mest.

RCC:s insatser avseende solvanor

Insatser som RCC gör avseende solvanor är projektet Sola sunt, en samverkan mellan RCC och barnhälsovården om hur man skyddar sig och sitt barn från skadlig solstrålning. Detta projekt sprids nu över landet. RCC har också bidragit till spridningen av information om sunda solvanor på 1177.se.

Inom RCC i samverkan har en handlingsplan mot skadlig UV-strålning tagits fram.

Minimera fördröjd cancerupptäckt – alarmsymtom

Det är viktigt att öka kunskapen om alarmsymtom i primärvården och i befolkningen för att minimera fördröjd cancerupptäckt. Alarmsymtom kan t.ex. vara

- anemi (blodbrist)
- blod per rektum (blod i avföring)
- dysfagi (sväljningssvårigheter)
- hematuri (blod i urinen)
- hemoptys (hosta blod)
- knuta i bröstet
- malignitetsmisstänkt prostatapalpation
- postmenopausal gynblödning.

En delredovisning av ett forskningsprojekt visar att de flesta patienter som får någon av de sju vanligaste cancerformerna har sökt i primärvården ett år före diagnos. Både antalet besök och symtom ökade dessutom före cancerdiagnosen. Av de patienter som fick cancer hade 87 procent sökt i primärvården vid minst ett tillfälle året innan de fick sin diagnos. Både antalet besök och antalet sjukdomar och symtom i form av diagnoskoder steg samtidigt 50–100 dagar före diagnosen. Studien beräknas vara klar 2018 och syftar till att hitta symtom och kombinationer av symtom som vara tecken på cancer samt ta fram verktyg för riskbedömningar i primärvården [6].

RCC:s insatser avseende alarmsymtom

I arbetet med att minimera fördröjd cancerupptäckt har RCC utvecklat information och utbildning om alarmsymtom särskilt riktad till primärvården. Det finns även exempel där regional medicinsk riktlinje om välgrundad misstanke om cancer tagits fram för tidig upptäckt av alarmsymtom i primärvården.

Ett RCC har genomfört projekt *Röda telefonen*, som innebär att ett snabbspår för patienter med synlig blod i urinen, projektet har nu införts i ordinarie verksamhet. Ett annat RCC har utvecklat en lathund som riktar sig till allmänläkare, med alarmsymtom och allmänna symtom som kan signalera cancer. Den innehåller listor över symtom per diagnos och förslag på utredning.

Vid ett RCC bedrivs också ett forskningsprojekt om tidig upptäckt av cancer.

Andra exempel för tidig upptäckt där RCC bidragit till utvecklingen gäller

- kartläggning av primärvårdens förmåga att diagnosticera cancersjukdomar
- utveckling av nya arbetssätt för att korta väntetider till fastställande av diagnos
- ökad samverkan mellan primärvård och specialiserad vård
- arbetet med bildandet av diagnostiska centrum som etablerats för att snabba på utredning och diagnos för patienter med oklara symtom
- stöd till utveckling av prickmottagningar och teledermatoskopi (bildöverföring) för tidig upptäckt av hudcancer malignt melanom.

Minimera fördröjd cancerupptäckt – screening

Screening är när symtomfria personer i en viss åldersgrupp erbjuds undersökning i syfte att hitta tidigt stadium eller förstadiet av cancer när sjukdomen fortfarande är botbar.

I Sverige finns idag nationella screeningprogram för bröstcancer och livmoderhalscancer. Socialstyrelsen rekommenderar även screening för tjock- och ändtarmcancer.

RCC:s arbete med screening

Genom RCC i samverkan har två nationella arbetsgrupper bildats, en för mammografi och en för gynekologisk cellprovtagning, med uppgift att

- arbeta för regional och nationell samordning
- definiera kvalitetsindikatorer och sätta målnivåer
- ansvara för att utveckla nationellt kvalitetsregister inom mammografi.

Arbetet avser hela vårdkedjan från kallelse till överlämnande till annat klinikersvar. I arbetet med att utveckla och effektivisera arbetet med screeningprogrammen har RCC tagit flera initiativ:

- RCC har tagit fram nationella kallelsepaket som innehåller malldokument för respektive screeningprogram, som omfattar kallelse, olika svarsbrev, påminnelse, frågor och svar samt information inför första besöket. I paketet ingår även fördjupad information om för- och nackdelar med screening.
- Kallelserna till screening har också utvecklats. Bland annat har man nu kallelsor på flera språk respektive lättläst på svenska.
- RCC ger även stöd till införandet av HPV-test inom screeningen för livmoderhalscancer. Ett stort projekt genomförs för samordning, bland annat har ett vårdprogram tagits fram, utbildning av personal har förberetts och information till allmänheten på 1177 ska uppdateras.
- Flera insatser för bättre tillgänglighet genomförs, exempelvis med cellprovsveckor med informationsspridning och cellprovtagningsbussar, bättre öppettider och utveckling av bokningssystemen.
- Dessutom genomförs åtgärder när det gäller tillgänglighet för särskilda grupper som personer med funktionsnedsättning.

I Sverige genomförs nu en stor nationell tarmcancerscreeningsstudie (SCREESCO) där man undersöker olika nya metoder för att förbättra tarmcancerscreeningen, 19 landsting/regioner deltar i studien. I övriga har redan ett screeningprogram införts eller är på gång att införa det. Tarmcancerstudien innebär också att man förbereder införandet av screening i dessa landsting. Studien har tillkommit genom initiativ från RCC i samverkan och har beslutats av 19 ingående landsting/regioner och har RCC i samverkan som styrgrupp.

Ett nationellt kvalitetsregister för mammografi är under uppbyggnad. Arbetet med att skapa ett nationellt kvalitetsregister har varit en av de viktigaste uppgifterna för den nationella arbetsgruppen för mammografi. Syftet med kvalitetsregistret är att få en mer jämlik vård i Sverige inom radiologisk bröstdiagnostik. Registrets syfte är också att bidra till att det krav som nu ställs på screeningprogram kan uppfyllas.

Under ledning av den nationella arbetsgruppen för mammografi pågår ett projekt för att starta upp ett nationellt mammografinätverk. Det långsiktiga målet med nätverket är att höja kompetensen hos radiologer inom bröstdia-

agnostik och att skapa möjligheter till enkelt samarbete mellan mammografi-avdelningar.

Arbetsgruppen för mammografi har även formulerat rekommendationer, som utgör en viktig grund för RCC:s fortsatta arbete med screening inom respektive region. I de gemensamma rekommendationerna sägs bland annat att alla landsting bör skicka påminnelser och att landstingen bör analysera deltagandet för att om möjligt identifiera områden eller grupper med lågt deltagande, och att i förekommande fall genomföra riktade insatser.

Även identifiering av individer med ärftlig cancer genomförs i syfte att erbjuda riskindivider förebyggande åtgärder och ingår i RCC:s cancerförebyggande arbete. Det finns exempel på cancertenetisk mottagning som organisatoriskt tillhör RCC. För personer med risk för ärftlig cancer finns där särskilda program för utredning och uppföljning. Detta kan ses som screening av högriskindivider, oftast med mer omfattande tester än vid allmän screening. Ett RCC har även genomfört en utredning med förslag till regionalt centrum för ärftlig cancer, men ännu har det inte bildats.

På rätt väg!

Mot bakgrund av ovanstående beskrivningar ges här en bedömning av hur dimensionen Bättre hälsa i befolkningen har utvecklats.

På rätt väg Triple Aim: En bättre hälsa i befolkningen

Sammantaget visar dimensionen Bättre hälsa i befolkningen att utvecklingen i huvudsak är god. Tre delar lyfter Socialstyrelsen fram, utvecklingen av hälsan samt utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer som är beroende av insatser från många aktörer, samt RCC:s arbete med kriteriet om förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer. Socialstyrelsens slutsats är att

- RCC har uppfyllt kriteriet
- hälsan överlag blir bättre över tid. Målen i bedömningstabellerna nedan visar grönt med undantaget att insjuknande i cancer ökar.
- utvecklingen för valda bestämningsfaktorer (t.ex. fetma och levnadsvanor) visar varierande resultat. Socialstyrelsen anser att kraftfulla insatser krävs för att minska risken för insjuknande i cancer.

På väg mot målen i En nationell cancerstrategi för framtiden?

Målen om en bättre hälsa i befolkningen är att minska risken för insjuknande i cancer och minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Hälsan i befolkningen – en motsägelsefull utveckling?

En positiv utveckling av hälsan generellt ses över tid, den hälsopolitiskt påverkbara dödligheten minskar, den relativa 5-årsöverlevnaden i cancer ökar och dödligheten i cancer minskar. Trots detta ökar antalet i befolkningen som insjuknar i cancer. För mer information och diagram över utvecklingen se bilaga 2.

År 2040 beräknas över 100 000 personer få en cancerdiagnos, en ökning med 86 procent jämfört med 2014 [7].

Bättre hälsa i befolkningen?	Skillnader mellan befolkningsgrupper	Riktning
Antalet friska levnadsår ökar snabbare än den förväntade livslängden	skillnader mellan könen minskar	
Antal per 100 000 i befolkningen som insjuknar i cancer ökar över tid	Män har en högre dödlighet än kvinnor	
Dödligheten i cancer minskar	skillnader mellan könen minskar	
Den relativa femårsöverlevnaden ökar över tid	skillnader mellan könen små och har minskat	

Insatser för sunda levnadsvanor måste öka

Socialstyrelsen anser att det krävs omfattande insatser från alla berörda aktörer för att minska risken för insjuknande i cancer genom att uppnå sunda levnadsvanor i befolkningen.

Ökade insatser mot fetma behöver vidtas. Det är angeläget att fortsätta arbetet för att minska rökningen i befolkningen. Likaså krävs insatser för ett minskat riskbruk av alkohol. Sunda levnadsvanor som en timmes fysisk aktivitet om dagen samt intag av frukt och grönt ligger på en låg nivå och behöver öka för att stärka folkhälsan.

Socialstyrelsen har redovisat ett urval av indikatorer rörande bestämningsfaktorer för folkhälsan. Urvalet är gjort ur de indikatorer som RCC valt för att följa utvecklingen. Det gäller fetma, rökning, alkoholkonsumtion, matvanor, fysisk aktivitet och solvanor. Nedan sammanfattas och bedöms utvecklingen över tid för dessa. Resultatet är varierande, och visar på behov av fortsatta insatser. För mer information se bilaga 2.

Utveckling avseende bestämningsfaktorer för hälsa i befolkningen	Skillnader mellan befolkningsgrupper	Riktning
Daglig rökning har minskat	Minskar för alla grupper, stora skillnader mellan grupper efter utbildningsnivå, fler kvinnor än män	
Riskkonsumtionen av alkohol ligger stabilt	Män har högre riskkonsumtion än kvinnor	
Andelen feta i befolkningen ökar. En av sex personer i befolkningen beräknas vara fet	Ökar i alla grupper, stora skillnader efter utbildningsnivå och skillnaderna ökar.	
Sunda matvanor ligger stabilt på låg nivå. En av fyra äter frukt/grönt minst tre gånger per dag	Fler kvinnor än män har sunda matvanor, stora skillnader mellan grupper efter utbildningsnivå	
Fysisk aktivitet ligger stabilt på en låg nivå. En av tre är fysiskt aktiv	Ingen större skillnad mellan kön eller utbildningsnivå	
Sunda solvanor. Fyra av tio solar mindre än för tio år sedan	I kommande enkätundersökning kan skillnader mellan grupper tydliggöras	
HPV-vaccination, målnivån ligger på 90 procent, rikets genomsnitt är 81 procent	Ingår i barnvaccinationsprogrammet, inget landsting har uppnått målnivån, variationen mellan landsting 76–89 procent	
Screening – livmoderhalscancer, målnivån ligger på 85 procent, rikets genomsnitt är 82 procent	Ökar men alla landsting har inte uppnått målnivån, variationerna mellan landsting ligger på 69 – 91 procent	

RCC på rätt väg mot kriterierna?

Socialstyrelsen finner att arbetet med förebyggande åtgärder ofta är fragmentariskt och att det finns möjlighet till fortsatt utvecklingsarbete för att nå intentionerna om att förebygga cancer i kriteriet. Trots detta är Socialstyrelsens bedömning att alla RCC uppfyller de krav som kriteriet ställer. Det krävs också fortsatta ansträngningar för att ytterligare öka vaccinationsdeltagandet och screeningdeltagandet för att målnivåerna ska nås.

Samtidigt har vi konstaterat att det pågår diskussioner om vem som egentligen bär ansvar för genomförande av åtgärder för att förebygga cancer. RCC kan behöva mer stöd från landsting och regioner, insatser krävs också från många andra aktörer för att fullt ut uppnå intentionerna i betänkandet.

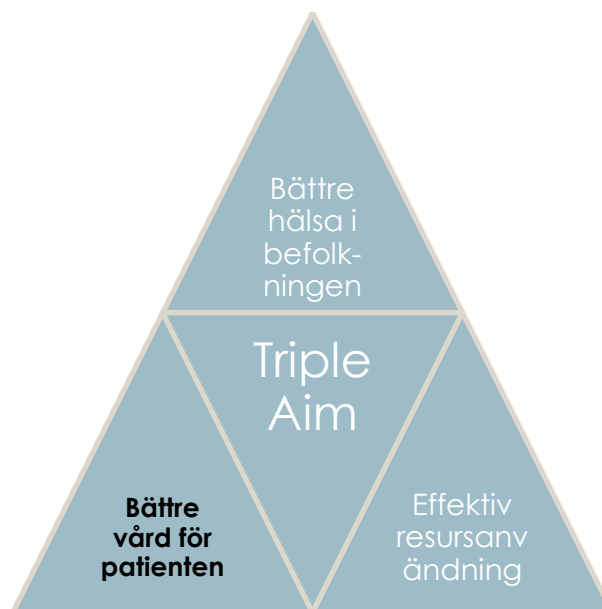
RCC:s uppfyllande av kriteriet om förebyggande insatser och tidig upptäckt	RCC:s insatser	Kriteriet
Plan för förebyggande insatser och tidig upptäckt	Alla RCC har en plan	
Implementering primärprevention	Implementering pågår	
Implementering tidig upptäckt (alarmsymtom och screening)	Många insatser genomförda	

De planer som är framtagna är långsiktiga och innehåller förslag till insatser och hur man kan följa upp dem. Planerna är rätt nyligen beslutade varför implementeringen pågår.

RCC:s arbete med att stödja utvecklingen inom screening och tidig upptäckt är dock systematiskt och i full gång både avseende projekt för att öka deltagande i screening och stöd avseende strukturer i landstingen. Fortsatta insatser behövs för att målen i cancerstrategin ska uppnås.

Bedömningsgrunder för ovanstående tabeller	
	Kriteriet uppfyllt eller utvecklingen går i riktning mot målen
	Enstaka insatser eller svag/ingen riktning mot målen
	Inga insatser ännu eller utvecklingen mot målen går åt fel håll

På rätt väg – bättre vård för patienten?



Med dimensionen *Bättre vård för patienten* avses att vården och omsorgen ska vara

- Kunskapsbaserad och bygga på bästa tillgängliga kunskap.
- Säker, riskförebyggande verksamhet ska förhindra vårdskador.
- Individanpassad och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- Jämlik och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- Tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Dessa aspekter bygger på Socialstyrelsens God vård-modell.

Dimensionen knyter an till målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden om att

- förbättra kvaliteten i omhändertagande av patienter med cancer
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos.

En nationell cancerstrategi för framtiden

Rehabilitering och palliativ vård

Målsättningen med rehabilitering skiljer sig mycket under cancers olika skeden. Också typen av rehabilitering skiljer sig beroende på cancerform,

men till exempel lindring av symtom vid cytostatikabehandling är ett gemensamt mål i rehabilitering av flera cancerformer. Flertalet av cancerpatienterna har behov av rehabilitering, enligt betänkandet.

Angående palliativ vård framhålls i betänkandet att

- resurser tillförs den palliativa vården för att den ska kunna svara upp mot framtida ökande behov och för att minska regionala och lokala skillnader
- åtgärder vidtas för att stärka kunskapsstyrning och kvalitetsuppföljning av palliativ vård.

Patientens ställning

För att förbättra informationen och kommunikationen mellan patient och vårdare och för att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården föreslås i betänkandet att

- varje patient vid diagnostillfället får en fast kontaktperson på den cancervårdande kliniken
- ett multidisciplinärt vårdteam redan från början engageras i vården av varje cancerpatient
- en individuell vårdplan tas fram för varje patient.

I betänkandet lyftes att det är viktigt att den information som riktar sig till patienter och anhöriga tar hänsyn till olika individers förutsättningar att ta till sig kunskap beroende på ålder, utbildningsnivå, språk, religiösa och kulturella särdrag m.m. Vidare att kontaktsjuksköterskan kan ha en viktig roll i att tolka och individualisera cancerinformationen och därmed öka dess användbarhet för patienter och anhöriga.

Kunskapsstyrning och forskning

Enligt betänkandet finns det ett tydligt behov av en förstärkning av kunskapsutveckling och kunskapsstyrning på cancerområdet. En resurs som kan ta emot och värdera nya rön och ge underlag för beslut om införande, respektive utmönstring, av medicinska metoder. Utbildning, klinisk cancerforskning, implementering av nya rön samt uppföljning och utvärdering inom cancervården bör, enligt betänkandet, således vara funktionellt integrerade. Mot denna bakgrund var det enligt förslaget i betänkandet att alla regionala cancercentrum, förutom sin kliniska del och forskningsverksamhet, bör innehålla en stark resurs som svarar upp mot det framtida ökade behovet av kunskapsutveckling. I betänkandet föreslogs att följande uppgifter skulle ingå i detta uppdrag:

- samverkan med den statliga kunskapsstyrningen på cancerområdet, inklusive stöd till implementering av nationella riktlinjer
- stöd till arbete med nationella vårdprogram
- samordning av det regionala vårdprogramarbetet för cancersjukdomar
- stimulera kunskapsspridningen inom cancerområdet i respektive region,
- insatser för att förbättra arbetet med inrapportering av data (såväl innehåll som rutiner) till nationella och regionala register för cancervården
- uppföljning av riktlinjer och vårdprogram för cancervården

- stöd till epidemiologisk, preklinisk och klinisk forskning, resurser för bl.a. biostatistik och hälsoinformatik
- samarbete med centrum inom andra discipliner och kunskapsområden (exempelvis för utveckling av ”förbättringskunskap” och övrigt förändringsarbete).

Enligt betänkandet krävs det fortsatta, långsiktiga och kraftfulla satsningar för att stödja cancerforskningen. Forskningsgenombrott håller på att ske inom flera områden och nya möjligheter till prevention, diagnostik och behandling är i sikte. Translationell forskning (d.v.s. sjukdomsproblem som identifieras i sjukvården får ligga till grund för forskningen) bör stödjas och RCC bör utgöra viktiga nav i den utvecklingen.

Utbildning och kompetensförsörjning

Enligt betänkandet bör landstinget/regionen eller sjukvårdsregionen göra en plan för kompetensförsörjningen inom cancervården, åtminstone fram till 2020, med hänsyn till förutsedda ökade vårdbehov samt personalens pensionsavgångar.

Vidare bör enligt betänkandet personal i vården användas på ett mer flexibelt sätt, vilket bör innebära en större effektivitet i sjukvårdssystemet. Vårdgivarna bör pröva möjligheterna att använda kompetens från andra yrkesgrupper än traditionell hälso- och sjukvårdspersonal för olika arbetsprocesser och stödjande funktioner, bl.a. inom teknik, IT och logistik.

Nivåstrukturering

Enligt betänkandet är den förväntade ökningen av antalet cancerpatienter ett starkt skäl till att både centralisera och decentralisera fördelningen av arbetsuppgifter mellan primärvård, länssjukvård och RCC/universitetssjukhus. Den ökade specialiseringen gör att en större andel av framtidens patienter behöver den utrednings- och behandlingskapacitet som endast regionala centrum kommer att kunna erbjuda. Det ökande antalet personer som lever med cancer, med åtföljande vårdvolymökning, kommer att kräva kapacitetsökningar inom både länssjukvård och primärvård. Vissa delar av vårdprocessen bör lokaliseras nära patienterna, t.ex. olika rehabiliterande insatser, palliativ vård, kontrollundersökningar och kompletterande medicinsk behandling av olika slag.

I framtiden krävs en tydligare ansvarsuppdelning mellan universitetssjukhusen och övriga sjukhus i regionen samt inbördes mellan universitetssjukhusen för att uppnå en tillräcklig koncentration av såväl patienter som resurser. Inte minst gäller detta avancerade ingrepp, ovanliga cancerformer och mycket kostsam teknologi. I betänkandet bedömdes att

- varje sjukvårdsregion bör ta fram en regional strategisk plan för ansvarsfördelningen och nivåstruktureringen inom cancervården.

RCC:s uppdrag enligt kriterierna

RCC:s arbete inom dimensionen *Bättre vård för patienten* omfattar kriterierna

- vårdprocesser
- psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård
- patientens ställning
- kunskapsstyrning
- klinisk forskning och innovation
- utbildning och kompetensförsörjning.

Kriterierna beskrivs närmare i respektive avsnitt nedan.

Vårdprocesser

RCC:s uppdrag enligt kriteriet är att leda och samordna sjukvårdsregionens arbete för att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården. Kriteriet om vårdprocesser har ett stort fokus på patientperspektiven gott bemötande, integritet, kontinuitet, patientsäkerhet, tillgänglighet och väntetider.

RCC:s arbete med detta kriterium följer Socialstyrelsen för närvarande upp, närmare information om RCC:s arbete kommer i den rapport *Uppföljning av regionala cancercentrum 2016* som ska överlämnas till regeringen i mars 2017.

RCC:s insatser med vårdprocesser

I RCC:s arbete med patientprocesser ingår de områden som kriteriet lyfter fram. I patientprocesserna utvecklas de olika delarna i patientens väg genom vården i syfte att nå en effektiv sammanhållen vårdkedja för patienten.

Det finns exempel på patientföreträdare som anställts av RCC för att driva utvecklingsprojekt för att stärka patientperspektivet i vården, exempelvis har *Jag är mer än bara cancer-arbetsmaterial för verksamheter som vill bli bättre på att möta cancerberörda*. Materialet tar upp frågor om vad ett gott bemötande är, hur olika aktörer – från sjukvård, primärvård, arbetsgivare, skola, förskola, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och CSN – kan samarbeta för att skapa ett bättre stöd och hur man kan utveckla förmågan att möta cancerberörda med ett helhetsperspektiv. I materialet ingår också en film om bemötande. Vidare har en informationsbroschyr om bemötande av cancerpatienter *Så vill vi ha det* tagits fram, som alla RCC:s patient- och närståenderåd står bakom. Ett RCC har också tagit fram en *Handlingsplan för bättre bemötande och mot fördomar om cancer*, som nu genomförs.

RCC i samverkan har utvecklat cancerinformationen på 1177. Där finns också information om och nummer till lokal cancerrådgivning som drivs av ett RCC.

För utvecklingen i cancervården driver RCC tillsammans med vården projekt med patientdagböcker för att fånga patienters upplevelser och behov.

Sedan 2013 har också alla RCC väntetidsmätningar, med kvalitetsregistren som underlag, för tiden till behandling. RCC arbetar också med satsningen som regeringen för närvarande gör på att korta väntetiderna i cancervården.

RCC i samverkan har tillsammans med professionen tagit fram de standardiserade vårdförlopp (SVF) som nu införs inom flera cancerdiagnoser i syfte att korta väntetiderna från väl grundad misstanke till start av första behandling. Vid varje RCC finns också projektledare som ger stöd till landstingen vid införandet av SVF.

Ett område som är angeläget av patientsäkerhetsskäl och som RCC arbetar med är att få patienten rök- och alkoholfri inför operation – eftersom risken för komplikationer minskar. För säker hantering av cytostatika har RCC tagit fram regimbiblioteket (se sid 51). RCC har också tagit fram en utbildning för cytostatikakörkort för säker hantering för både patienten och personalen. Ytterligare ett område som är viktig för patientsäkerheten gäller tillgången till multidisciplinär konferens. MDK har visat sig förbättra vårdens kvalitet och ökar förutsättningarna för att rätt vård ges. RCC har bland annat verkat för ökade möjligheter till sjukvårdsregionala och även nationella MDK.

Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

RCC:s uppdrag enligt kriteriet är att ta fram en plan som tillförsäkrar cancerpatienter tillgång till psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård av god kvalitet inom hela sjukvårdsregionen. Vidare anger kriteriet att RCC ska arbeta för att stödet till närstående till cancerpatienter utvecklas.

RCC har i arbetet med rehabilitering respektive palliativ vård inkluderat psykosocialt stöd.

Rehabilitering

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av en cancersjukdom och dess behandling. Insatserna ska ge patienten och de närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt. Cancerrehabilitering innebär att se hela människan i sitt livssammanhang.

RCC:s insatser inom rehabilitering

Varje RCC har tagit fram planer för arbetet med rehabilitering för sin sjukvårdsregion. RCC har också särskilda processledare utsedda för att utveckla cancerrehabiliteringen.

Ett nationellt vårdprogram är framtaget för cancerrehabilitering. Dessutom anpassas de diagnosspecifika nationella vårdprogram med diagnosspecifik rehabilitering. Indikatorer och målnivåer ingår i det nationella vårdprogrammet för rehabilitering. Indikatorerna föreslår man inkluderas i befintliga kvalitetsregister och därefter följas upp för lokala, regionala och nationella jämförelser.

RCC har skapat strukturer för samverkan mellan landstingen. RCC utarbetar också regionövergripande rutiner för cancerrehabilitering, som dessutom anpassas efter diagnosgrupp där det finns specifika behov. RCC har satt mål för arbetet, exempelvis för andel patienter där cancerrehabilitering ingår i Min vårdplan. Kontaktsjuksköterskan ges en nyckelroll i att identifiera

behoven av rehabiliteringsinsatser. Några RCC har initierat och stöttat utvecklingen av särskilda specialiserade cancerrehabiliteringsenheter.

Under 2016 har samtliga RCC tagit fram projektplaner för förbättrad rehabilitering av bäckenkomplikationer, som en del i överenskommelsen mellan SKL och regeringen om kvinnors hälsa.

Palliativ vård

God palliativ vård i livets slutskede avser de lindrande åtgärder som kan vidtas när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända till det är mycket kort tid kvar att leva. Det är därmed viktigt att konstatera att palliativ vård är mer än vård i livets sista veckor.

RCC:s arbete med palliativ vård

Varje RCC har tagit fram planer för arbetet med palliativ vård för sin sjukvårdsregion. RCC har särskilda processledare utsedda för att utveckla palliativ vård. En nationell arbetsgrupp finns och regionala och lokala palliativa råd har bildats i flera regioner.

Det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, tillsammans med det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede som Socialstyrelsen tagit fram, utgör grund för arbetet på regional nivå. Indikatorerna och målnivåerna i kunskapsstödet används för uppföljning och utvecklingsarbete.

RCC arbetar också för att palliativ kompetens ska finnas tillgänglig och delta i MDK, tidigt i cancerutredningar eller vid komplexa problem.

Det finns också exempel där RCC tagit fram breddutbildning i palliativ vård för personal i landsting och kommuner.

RCC har genomfört kartläggningar som visat på skillnader i tillgång och tillgänglighet av palliativ vård.

Patientens ställning

Enligt kriteriet ska RCC arbeta för att:

- en individuell skriftlig vårdplan tas fram för varje cancerpatient
- cancerpatienter får stöd från en kontaktsjuksköterska eller motsvarande kontaktperson
- patientrapporterade uppgifter samlas in och används i arbetet med att utveckla cancervården
- kunskapen om patientens rätt till förnyad bedömning ökar bland hälso- och sjukvårdspersonalen och att berörda cancerpatienter får information om denna rätt.

Min vårdplan

Min vårdplan är ett samlat dokument som kontinuerligt ska uppdateras.

Namnet Min vårdplan tydliggör att vårdplanen skrivs för och med patienten. Oftast är det kontaktsjuksköterskan som har till uppgift att tillsammans med

patienten ta fram en individuell vårdplan. I bilaga 3 visas lägesbild för Min vårdplan inom bröstcancervården.

Min vårdplan ska innehålla:

- Kontaktuppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer.
- Tider för undersökningar och behandlingar samt en beskrivning av när olika åtgärder ska ske.
- Stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering.
- Svar på praktiska frågor och på vad patienten kan göra själv.
- Information om patientens rättigheter, till exempel rätten till ny medicinsk bedömning.
- Efter avslutad behandling: Tydlig information om hur den fortsatta uppföljningen ser ut, till exempel vem patienten ska vända sig till.
- Efter avslutad behandling: En sammanfattning av vården som beskriver vad patienten har varit med om och vad som är viktigt att tänka på.

RCC:s arbete med Min vårdplan

Arbetet med min vårdplan var ett av de första projekten som drevs i RCC i samverkan. I projektet utformades en mall för vad som ska ingå i Min vårdplan.

RCC i samverkan har tillsatt en nationell arbetsgrupp med uppdrag att driva det fortsatta utvecklingsarbetet när det gäller Min vårdplan i cancervården. Flera olika projekt drivs för att utveckla Min vårdplan, både avseende digitalisering och projekt för anpassning av min vårdplan till olika diagnoser.

RCC driver också projekt för att stimulera till ökad användning, exempelvis inom gyncancerområdet där Min vårdplan införts för samtliga gyncancerpatienter i en avsjukvårdsregionerna.

Kontaktsjuksköterska

Ett stöd för patienterna när det gäller kontinuitet, integritet och bemötande utgör tillgången till kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för patienten och närstående under hela vårdkedjan.

En kontaktsjuksköterskas roll och uppgifter, enligt RCC:s uppdragsbeskrivning, är att vara tydligt namngiven och tillgänglig, bevaka väntetider och informera patienten om kommande steg, förmedla kontakt med andra yrkeskategorier, ha ansvar för den allmänna omvårdnaden samt att tidigt identifiera psykosociala behov och rehabiliteringsbehov.

I bilaga 3 visas en lägesbild avseende andelen patienter med bröstcancer, prostatacancer eller malignt melanom som erbjudits kontaktsjuksköterska.

RCC:s arbete med kontaktsjuksköterskor

Alla RCC arbetar för att öka tillgången till kontaktsjuksköterskor t.ex. genom att tydliggöra behovet genom åtgärdsförslag och målsättning i planerna för cancervården i sjukvårdsregionen.

RCC har också tagit fram uppdragsbeskrivningar och utbildningar för kontaktsjuksköterskor.

RCC i samverkan har tillsatt en nationell arbetsgrupp, med uppdrag att driva det fortsatta utvecklingsarbetet när det gäller kontaktsjuksköterskor i cancervården.

Patientrapporterade mått

Patientrapporterade mått kan ge viktig information för uppföljning och fortsatt utveckling av cancervården. De brukar delas i två områden, det ena beskriver patientens upplevelse av vården, det andra hur patienten upplever sin sjukdom och hälsa.

Patient Reported Experience Measures (PREM) är ett mått avseende patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården. Detta kan innefatta bemötande, delaktighet, information, förtroende för vårdgivaren och tillgänglighet.

Patient Reported Outcome Measures (PROM), är mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention. Mätningen omfattar symtom, funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet.

RCC:s arbete med patientrapporterade mått

PROM-center vid Linköpings universitet och RCC har utvecklat och validerat en patientenkät, *Vad är dina upplevelser av cancervården? Hjälp oss att förbättra den*. Syftet är att mäta patienternas erfarenheter av vård i olika skeden och ge idéer till vårdutveckling. Enkäten omfattar områdena:

- väntetid
- diagnosbesked
- kontakt och samordning (delaktighet)
- information
- symtomlindring, rehabilitering och stöd samt
- bemötande och förtroende

En särskild nationell PREM-enkät har också utvecklats för de patienter som ingår i standardiserade vårdförlopp som nu införs. Den följer rutinerna för landstingens arbete med nationell patientenkät NPE.

Flera av kvalitetsregistren genomför arbeten med att ta fram och registrera PROM och PREM-mått. Hittills är det endast Nationella prostatacancerregistret som påbörjat en öppen redovisning av detta.

Rätt till förnyad bedömning

Rätten till ny medicinsk bedömning, ”second opinion”, finns i patientlagen (2014:821). Vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada kan patienten få möjlighet att diskutera den egna sjukdomen och behandlingen med ytterligare en läkare i valfritt landsting.

RCC:s arbete med rätten till förnyad bedömning

I RCC:s mall för Min vårdplan ingår information om patientens rättigheter, till exempel rätten till ny medicinsk bedömning.

I de temasidor om cancer på 1177.se som RCC utvecklat finns även en länk till information om förnyad bedömning.

För vårdpersonal finns information på cancercentrum.se.

Kunskapsstyrning

Enligt kriteriet om kunskapsstyrning har RCC till uppgift att

- delta i arbetet med nationella riktlinjer och vid behov utarbeta regionala vårdprogram
- stödja regional implementering av nationella riktlinjer och vårdprogram i hela sjukvårdsregionen, det innefattar även nationella målnivåer
- nationella kvalitetsregister används för cancervårdens verksamhetsutveckling.

I arbetet med kunskapsstyrning är det viktigt att följa utvecklingen av de kvalitetsindikatorer som finns i nationella riktlinjer och nationella vårdprogram. Socialstyrelsen har valt att redovisa ett litet urval av dessa för att i någon mån ge en bild av utvecklingen, se bilaga 3.

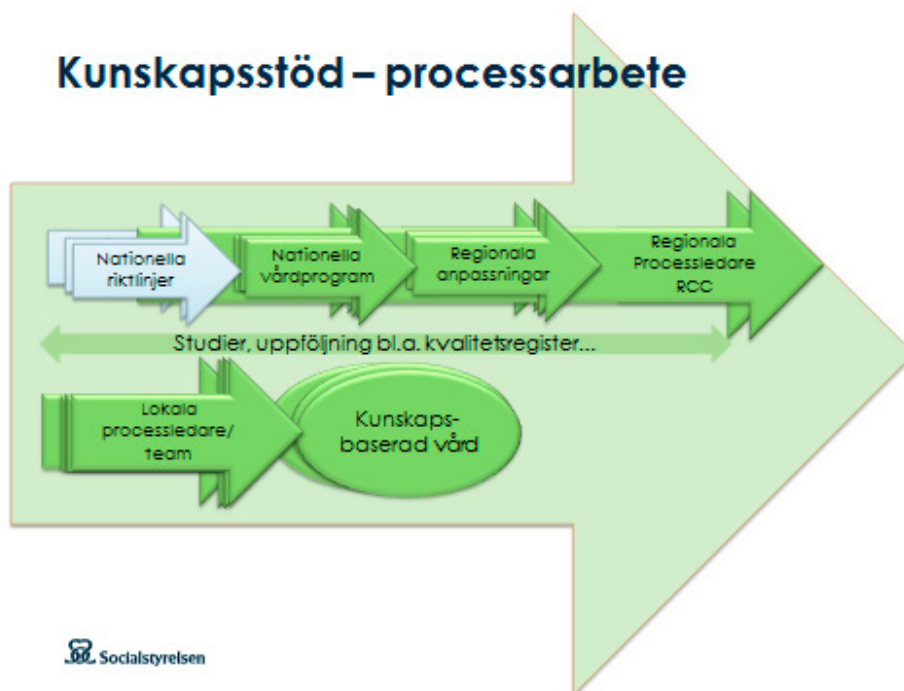
RCC:s arbete med kunskapsstyrning

Redan innan RCC etablerades fanns organisationer och rutiner för kunskapsstyrning inom både landsting/regioner och sjukvårdsregionerna, för att exempelvis ta emot och införa nationella riktlinjer. I kriterierna fastslogs RCC:s uppdrag att ansvara för kunskapsstyrning i sjukvårdsregionernas cancervård.

RCC:s arbete med detta kriterium har varit omfattande och inneburit utveckling av ett processorienterat arbetssätt där RCC tillsammans med både profession och patient- och närståendeföreträdare driver utvecklingen. RCC har med målet jämlik vård tagit initiativ till att ta fram nationella vårdprogram istället för regionala vårdprogram som kriteriet efterfrågade.

Bilden nedan visar hur kunskapsstöd tas fram på nationell nivå som sedan implementeras med stöd av processledare på sjukhus, kliniker och vårdcentraler.

Kunskapsstöd – processarbete



På detta sätt kommer ny kunskap patienterna snabbt till del. Detta koncept som beskrivs närmare nedan och som utarbetats av RCC är unikt för sjukvården. Det omfattar inte bara framtagande av kunskapsstöd på nationell nivå utan även implementering av dessa genom aktivt processarbete med uppföljning på regional (sjukvårdsregion) och lokal nivå (landsting/region och sjukhus/klinik, vårdcentral). Socialstyrelsen finner inte ett sådant samlat angreppssätt, som tillämpas inom cancervården i hela landet, inom någon annat vårdområde. Här följer en kortfattad beskrivning av bilden:

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram Nationella riktlinjer. I denna process deltar representanter från professionen, patientföreningarna och sjukvårdshuvudmännen. I dag finns fem nationella riktlinjer inom cancerområdet. Den senaste utkom 2014 och omfattar bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. Under 2015 gjordes vissa uppdateringar av riktlinjerna. Det finns också nationella riktlinjer för lungcancer. Riktlinjerna omfattar rekommendationer, kvalitetsindikatorer och målnivåer.

Arbetet är för närvarande inriktat på att tillsammans med huvudmännen och RCC granska och värdera kontroversiella avgränsade områden i cancervården som kan få avgörande betydelse för RCC:s arbete med nationella vårdprogram. Ett exempel på en sådan genomförd granskning och rekommendation från Socialstyrelsen är HPV-testning i screening mot livmoderhalscancer.

Nationella vårdprogram

Genom RCC i samverkan tas nationella vårdprogram fram. En processbeskrivning och mallar som stöd för att ta fram och revidera ett vårdprogram har utformats. För vårdprogramarbetet utses regionala representanter, som oftast är de regionala processledarna. Därutöver ingår alltid patientrepresentant och oftast representanter från primärvård, omvårdnad och patologi.

Vårdprogrammen bygger på bästa medicinska kunskap och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning. Vårdprogrammen omfattar även kvalitetsindikatorer och målnivåer.

Ett förslag till vårdprogram går sedan ut till professionella organisationer och patientorganisationer på remiss. Därefter uppdateras förslaget och skickas, för bedömning av organisatoriska och ekonomiska konsekvenser, till sjukvårdshuvudmännen på remiss. Efter remissrundorna tas ett slutgiltigt förslag fram som fastställs av RCC i samverkan och lämnas sedan över till respektive RCC, sjukvårdsregion och landsting/regioner för beslut och implementering.

I dagsläget finns 29 nationella vårdprogram. För närvarande är ytterligare 10 vårdprogram under framtagande. Vårdprogrammen ses årligen över och uppdateras vid behov.

Regionala anpassningar

På sjukvårdsregional nivå görs sedan eventuella anpassningar av vårdprogrammen.

Regionala processledare/RCC

Varje RCC har regionalt utsedda processledare. Deras uppgift är bl.a. att föra ut vårdprogrammen i hela regionen och följa upp utvecklingen av vården inom sitt diagnosområde. Dessutom finns vid varje RCC regionala processledare med ett övergripande ansvar för prevention, rehabilitering och palliativ vård.

Lokala processledare/team

De regionala processledarna samarbetar med lokala processledare eller team på sjukhus/kliniker/vårdcentraler. De lokala processledarna/teamen är utsedda av den egna organisationen.

I flera RCC genomförs de regionala och lokala processledarna regelbundet så kallade lokala kvalitetsdialoger, uppföljningar som sker utifrån framtagna uppgifter från kvalitetsregistren. De lokala dialogerna har fokus på implementeringen av vårdprogrammen och vilka resultat kliniken eller sjukhuset har. I kvalitetsdialogen deltar även närmast ansvarig chef för verksamheten.

Behov som uppmärksammas på lokal nivå kan via de regionala processledarna föras upp till sjukvårdsregional eller nationell nivå och tas om hand där för vidare åtgärd.

Nationella kvalitetsregister

I vårdprogramarbetet deltar även representanter från de nationella kvalitetsregistren. Kvalitetsregistrens underlag är viktiga när vårdprogrammen tas fram och vid uppföljning av dem, på både nationell, regional och lokal nivå.

Vid RCC finns också en registerstödsfunktion. Dessa utvecklar system för uppföljning och tar fram uppgifter till de lokala kvalitetsdialogerna.

RCC:s arbete med läkemedel

Kriterierna omfattar inte särskilda beskrivningar om läkemedel, men RCC i samverkan har tagit flera initiativ.

Ordnat införande av läkemedel inom cancerområdet
RCC i samverkan arbetar för att nya cancerläkemedel på ett snabbt och jämnt sätt kan introduceras i svensk sjukvård. Kostnaderna för läkemedel förväntas öka, samtidigt är det angeläget att nya effektiva läkemedel når de patienter som kan ha nytta av dem. SKL:s utredning om en modell för ordnat införande av nya läkemedel och har resulterat i bildandet av NT-rådet (nya terapier), som alla landsting och regioner anslutit sig till. Modellen innebär även samverkan med läkemedelsföretagen och myndigheter som Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

RCC i samverkan har också tillsatt en nationell arbetsgrupp för cancerläkemedel (NAC). NAC stödjer RCC, bl.a. i arbetet med vårdprogram, NAC är också rådgivande till NT-rådet när det gäller cancerläkemedel.

Arbetet med ordnat införande har i flera fall påskyndat introduktionen av nya cancerläkemedel. Samverkansmodellen har även lett till snabba rekommendationer till landstingen om att inte använda ett visst läkemedel.

Nationellt regimbibliotek

Vissa läkemedel med antitumoral (läkemedel som ges för att minska tumören och/eller hämma tumörtillväxt) effekter är högriskläkemedel, d.v.s. marginalerna är små om det sker misstag. Tydliga och enhetliga beskrivningar av hur man doserar och kombinerar antitumoral läkemedel är därför ett nödvändigt och viktigt led i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Regimer (dosering och kombination av läkemedel) har hittills skapats och förvaltats lokalt vilket lett till olika lokala behandlingsriktlinjer. Genom nationell samverkan har därför ett nationellt regimbibliotek skapats. Projektet startade som en del i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting gällande *Ännu bättre cancervård*. Regimbiblioteket drivs gemensamt av de sex regionala cancercentrumen. I nationella regimbiblioteket finns idag ett 100-tal fastställda regimer.

Kvalitetsregister för läkemedel

Läkemedelsregistret för tumörsjukdomar startade år 2009 och har drivits av ett RCC sedan 2015. Läkemedelsregistret för tumörsjukdomar kartlägger läkemedelsanvändningen för olika cancerdiagnoser. Under åren har registret förbättrats funktionellt. Alla kliniker i landet kan registrera i den nya versionen av registret.

Klinisk forskning och innovation

Enligt kriteriet ska RCC ta fram en plan för hur klinisk forskning och innovation inom regionens cancervård ska stärkas.

RCC ska verka för att det finns organisatoriska stödstrukturer som stärker klinisk cancerforskning och innovation. RCC:

- bör ha en funktion som bevakar att cancerpatienter ges möjlighet att delta i studier
- ska utveckla strukturer för samarbete med akademisk forskning och den forskande industrin
- ska verka för forskning av yppersta kvalitet

- ska verka för att vetenskapliga framsteg snabbt och strukturerat kommer cancerpatienterna till del.

RCC:s insatser inom forskning

Alla RCC har tagit fram planer för forskning och innovation. Det är vanligt att de ingår i utvecklingsplanen för regionens cancervård men ofta har man också en särskild handlingsplan. Planerna fokuserar på forskning och inte så mycket på innovation, men RCC driver flera innovativa projekt.

Det har visat sig att det är en fördel för patienter att vara med i behandlingsstudier. Inte bara för att de därmed får tillgång till nya och ofta bättre mediciner eller andra behandlingar, utan även för att uppföljningen då ofta är mer omfattande. Enligt kriteriet bör RCC ha en särskild funktion som bevakar att patienterna ges möjlighet att delta i studier. Det finns exempel på RCC som utvecklar strukturer i vården som omfattar en sådan funktion. Bilaga 3 visar några exempel på andel patienter som deltagit i behandlingsstudier.

RCC:s möjligheter att bidra till organisatoriska stödstrukturer har gällt att driva på utvecklingen i sina regioner när det gäller nätverk, tillgång till forskningssjuksköterskor och nätverk för dessa, utveckling av gemensamma studieprotokoll, utveckling av sjukvårdsregional biobankning och på flera håll bildandet av sjukvårdsregionala kliniska prövningsenheter inom cancerområdet. RCC samverkar också med de regionala forskningsnoder som nyligen bildats inom ramen för den nationella satsningen på samordning av kliniska studier.

Det finns exempel där RCC arbetat med s.k. Studieservice som innebär en väg in i sjukvårdsregionen för forskningsprojekt, för att rekrytera patienter till studier. RCC tar emot ansökningar och undersöker intresset i hela sjukvårdsregionen och förmedlar kontakter. En nationell arbetsgrupp undersöker förutsättningar för tillämpning av metoden för flera RCC eller nationellt.

På nationell nivå har RCC bland annat tagit fram:

- Nationella cancerportalen – som utvecklats i samverkan med företrädare för industrin. Portalen kombinerar kvalitetsregisterdata och biobanksdata och blir då en unik källa för forskningen. Lungcancer är pilotprojekt, planen är att portalen ska vidareutvecklas med fler diagnosområden.
- Cancerstudier i Sverige – som samlar pågående kliniska studier i Sverige för att underlätta för patienter och vården att hitta passande studier.

RCC främjar forskning genom utveckling av kvalitet i kvalitetsregister, stödja strukturerad insamling av prover till biobanker och utveckling av biobanksregister samt genom stödet RCC ger till forskare som genomför registerstudier. Många av RCC:s medarbetare bedriver också forskning.

RCC medverkar också i forskarutbildningar avseende forskningsmetodik exempelvis så kallade Good Clinical Practice-utbildningar, samt finansierar även en forskarskola i klinisk forskning med klinisk epidemiologisk metodik.

RCC genomför också årliga forskningskonferenser och veckovisa forskningsseminarier om aktuell forskning som är tillgängliga via webb.

RCC i samverkan är också styrgrupp för den nationella tarmcancerscreeningsstudien, se sidan 35.

Utbildning och kompetensförsörjning

Enligt kriteriet om utbildning och kompetensförsörjning ska RCC utforma och implementera en utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för sjukvårdsregionens cancervård. Kriteriet ställer krav på beslut av landstings/regionledningar. Genom planen ska den långsiktiga tillgången till kvalificerad personal inom sjukvårdsregionens cancervård säkras. RCC har också enligt kriteriet till uppgift att samordna utbildningar för patienter och närstående.

RCC:s arbete med utbildning och kompetensförsörjning

Vid Socialstyrelsens uppföljning 2014 framkom att bara ett RCC fullt ut klarade kriteriet och tre var på god väg. Socialstyrelsens bedömning är att arbetet kräver större samverkan med HR-funktionerna inom sjukvårdsregionen och med universitet och högskolor. Arbetet löper på men fortfarande ses stora utmaningar med detta kriterium.

För att underlätta arbetet med kompetensförsörjning har RCC i samverkan har tagit fram en nationell övergripande plan, *Nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården*, och även en plan för kompetensförsörjning inom patologin.

RCC har också tagit fram och erbjuder, bl.a. i samverkan med universitetssjukhusen, utbildningar inom cytostatikahantering, palliativ vård, strålbehandling och utbildning för kontaktsjuksköterskor.

De utbildningar som RCC gemensamt tar fram finns också tillgängliga på RCC:s gemensamma youtube-kanal.

Utbildning för patient- och närståendeföreträdare

Varje RCC erbjuder också utbildningar till sina patient- och närståendeföreträdare. Utbildningarna ska bidra till att öka patientinflytandet och stärka möjligheterna för enskilda personer att verka som patientföreträdare på cancerområdet.

Genom RCC i samverkan har utbildningspaket för patient- och närståendeföreträdare tagits fram.

Ett flertal utbildningsfilmer har tagits fram som i första hand vänder sig till patientföreträdare inom regionala cancercentrum. De utgör en fortsättning på den nationella patientföreträdarutbildningen, som SKL och RCC arrangerade 2013 på initiativ av Cancerförbund i samverkan. Filmernas teman utgår från patientorganisationernas önskemål och handlar om sådant som

- hälso- och sjukvårdens organisation och styrning
- patientföreträdarrollen och uppdraget
- patienträttigheter
- cancerstrategin
- kunskapsstyrning
- E-hälsa
- forskning, utveckling och utvärdering
- kontaktsjuksköterska och min vårdplan
- tidig upptäckt, cancerrehabilitering och palliativ vård.

Konferenser och föreläsningar

Utöver utbildningarna anordnar också flera RCC årliga konferensdagar med föreläsningar och diskussioner om framtidens cancervård. De riktar sig till ledningsfunktioner i cancervården, vårdpersonal, patient- och närstående samt forskare. RCC erbjuder läkare, forskare och vårdpersonal med intresse för onkologi att delta i en seminarieserie som sänds via video ungefär en gång per månad med syfte att sprida kunskap och nya rön inom cancerforskningen.

Nivåstrukturering

Enligt kriteriet om nivåstrukturering ska RCC utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen och stödja arbetet med att implementera planen. Planen ska vara beslutad av landstings/regionledningar.

Nivåstrukturering kan innebära både en koncentration och en decentralisering av vård. En koncentration av cancervård kan ur resurs och kvalitets-synpunkt innebära flera fördelar. Fördelarna gäller kompetenshöjning, generell kvalitetsförbättring och ökade möjligheter till forskning och utveckling. En decentralisering kan innebära fördelar för patienten i form av geografisk närhet. Nivåstrukturering är ett område som kräver ständig uppmärksamhet i takt med att cancervården utvecklas

RCC:s arbete med nivåstrukturering

Socialstyrelsen har för närvarande i uppdrag att följa upp arbetet med att implementera den plan för nivåstrukturering som skulle vara beslutad år två av etableringen. Resultatet av uppföljningen kommer att redovisas i en rapport till regeringen den sista mars 2017. Nedan ges en beskrivning av erfarenheterna hittills.

Socialstyrelsen har i sin tidigare uppföljning av arbetet med nivåstrukturering konstaterat att det är ett komplicerat område som vid förslag till beslut om koncentration av vård ofta medför utmaningar i form av konfliktsituationer i professionen och konkurrens mellan landsting samt risker för negativ påverkan på annan vård.

RCC arbetar med utveckling av arbetsfördelning/nivåstrukturering i sina regioner. Det har varit ett svårt område för de flesta sjukvårdsregioner och ännu har inte alla RCC planer, men nivåstrukturering genomförs i viss utsträckning trots detta. Det finns flera exempel på RCC där man har beslutade planer som i stort är genomförda.

Främst har arbetet med nivåstrukturering gällt kirurgi, några regioner har också etablerat diagnostiska centrum för patienter med oklara symtom och centrum för cancerrehabilitering.

Ett av områdena som RCC utvecklat gäller regionala och nationella multidisciplinära konferenser.

Multidisciplinära konferenser

En del av RCC:s arbete med nivåstrukturering gäller att öka möjligheterna till regionala multidisciplinära konferenser.

RCC har verkat för att öka möjligheterna för kliniker att ansluta sig till regionala respektive nationella multidisciplinära konferenser bl.a. avseende tillgång till lokaler med utrustning och stöd till tidplanering.

RCC i samverkan har tagit fram ett ramverk för nationell MDK som beskriver process, sekretess, kompetens, teknik, finansiering m.m. Initiativet kom genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL för 2014, där det ingick att ta fram en modell för nationella multidisciplinära konferenser. Samtliga nyupptäckta och återinsjuknade patienter, aktuella för nationell vårdenhet, bör värderas vid en nationell MDK.

Förändring i arbetet med regional nivåstrukturering

Socialstyrelsen har noterat att en förändring har skett i arbetet med nivåstrukturering på regional nivå. Genom det nationella arbetet med nivåstrukturering inom RCC i samverkan lämnas nu även förslag till regional nivåstrukturering.

Nivåstrukturering genom RCC i samverkan

Arbetet med nivåstrukturering på nationell nivå genom RCC i samverkan har till en början gått långsamt. Sedan 1 januari 2015, har behandling av peniscancer koncentrerats till två platser i landet, Universitetssjukhuset Örebro och Skånes universitetssjukhus.

Genom RCC i samverkan har arbetet med nationell nivåstrukturering fortsatt utvecklas och nu tagit fart. Kriterier för nationell nivåstrukturering är framtagna och flera beslut om nivåstrukturering är fattade.

Mot bakgrund av svårigheterna för flera RCC att nå framgång i arbetet med regional nivåstrukturering har under det senaste året förslag om sjukvårdsregional nivåstrukturering lyfts i det nationella arbetet med nivåstrukturering, som genomförs av RCC i samverkan. Härigenom har landsting och regioner fått gemensamt underlag med förslag till både nationell och sjukvårdsregional nivåstrukturering. Det innebär att kriterier för förslag till sjukvårdsregional nivåstrukturering blir lika över landet och att förslag lämnas om antal platser som en viss åtgärd bör utföras i sjukvårdsregionerna.

RCC i samverkan rekommenderade i februari i år landsting/regioner att koncentrera ovanliga och komplicerade åtgärder för ett antal cancerdiagnoser. Dels gäller det nationell nivåstrukturering dels regional nivåstrukturering. Arbetet har fått aktivt stöd av cancervårdens patientorganisationer under hela processen. Samtliga landsting/regioner har nu beslutat följa RCC:s rekommendation att koncentrera ytterligare sex åtgärder inom cancervården till färre ställen i landet. De nationella vårdenheterna ska vara igång från och med 1 januari 2017, då ska totalt 19 nationella vårdenheter finnas i landet. RCC i samverkan avser att två år efter driftstart följa upp de nationella vårdenheternas arbete och resultat samt följa upp hur den regionala rekommendationen har hanterats i sjukvårdsregionerna.

På rätt väg – bättre vård för patienten!

Mot bakgrund av ovanstående beskrivningar ger Socialstyrelsen här en bedömning av hur dimensionen Bättre vård för patienten har utvecklats. Två av kriterierna, vårdprocesser och nivåstrukturering, är inte bedömda då de ska vara uppfyllda först år fyra av etableringsfasen.

På rätt väg Triple Aim: Bättre vård för patienterna?

Sammantaget visar dimensionen Bättre vård för patienterna att utvecklingen i huvudsak är god. För samtliga mått som redovisas ses en positiv utveckling. RCC har uppfyllt de flesta av kriterierna, men kriteriet om kompetensförsörjning har varit svårt för RCC att uppfylla, bland annat då samverkan varit svår att nå med alla berörda aktörer.

De mesta i bedömningstabellerna nedan visar grönt, arbetet är i full gång och riktningen mot målen går åt rätt håll men det förekommer stora skillnader mellan landstingen.

På rätt väg mot målen i En nationell cancerstrategi för framtiden?

Målen om en bättre vård för patienterna är att

- förbättra kvaliteten i omhändertagande av patienter med cancer
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos

Socialstyrelsen har valt att redovisa utvecklingen inom några områden som lägesbild, valet är gjort utifrån målen och med grund i vad kriterierna efterfrågar. Dessa ska ses som exempel och kan oftast inte hänföras direkt till just RCC:s arbete, det är ett flertal aktörer som avgör utvecklingen. Utvecklingen avseende överlevnad har redovisats i föregående kapitel. För mer information och diagram se bilaga 2 och 3.

En positiv utveckling i vården

För att bedöma om utvecklingen går mot målen bör man ta hänsyn till att allt fler lever allt längre efter en cancerdiagnos, se föregående kapitel. Man behöver också ta hänsyn till patienternas egen upplevelse av både vården och av den egna hälsan och välbefinnandet. Ännu har inte utvecklingen av patientrapporterade mått som PREM och PROM i kvalitetsregistren kommit så långt att en jämförelse över tid kan ske. Socialstyrelsen kan inte uttala sig om utvecklingen i hela cancervården, men anser utifrån bedömningen av de processmått som redovisas i bilaga 3 att förutsättningarna för en ännu bättre vård och ett gott omhändertagandet av cancerpatienterna har ökat.

Trenden är positiv för alla mått vi redovisar. Däremot är skillnaderna ibland stora mellan landstingen, vilket också ses på sjukvårdsregional nivå. Det talar för att det krävs fortsatta åtgärder för att insatserna ska nå alla patienter så att vården blir mer jämlik. För genomsnittet i riket syns inga större skillnader mellan män och kvinnor, skillnaderna har varit små över tid.

Bättre vård förpatienter? Trend	Regionala skillnader	Riktning
Brytpunktssamtalen ökar från 63–74 procent de senaste fem åren	Skillnader mellan landsting 61–80 procent 2015	
Smärtskattning ökar, från 23–48 procent de senaste fem åren	Skillnader mellan landsting 28–65 procent, 13 landsting ligger under rikets genomsnitt	
Vidbehovsordination av opioid ökar, från 94–96 procent senaste fem åren	Skillnader mellan landsting 93–98 procent, nio landsting ligger under rikets genomsnitt	
Individuell vårdplan, rikets genomsnitt är 90 procent för individuell vårdplan vid bröstcancer	Skillnader mellan landstingen ligger på 24–100 procent, sex landsting ligger under rikets genomsnitt	
Erbjudande om kontaktsjuksköterska visar en positiv utveckling 2014–2015. Ingående diagnoser är bukspottskörtelcancer, matstrupe- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa och urinvägar	Skillnader mellan sjukvårdsregioner	
97 procent av kvinnorna med bröstcancer har fått erbjudande om kontaktsjuksköterska	Skillnader mellan landsting 54–100 procent, sex landsting ligger under rikets genomsnitt	
70 procent av män med prostatacancer erbjuds kontaktsjuksköterska	Skillnader mellan landsting är 31–95 procent, åtta landsting ligger under rikets genomsnitt,	
50 procent av patienter med maligna melanom har erbjudits kontaktsjuksköterska	Skillnader mellan landsting 9–91 procent, elva landsting ligger under rikets genomsnitt,	
Multidisciplinär konferens för bröstcancer har ökat, från 90–98 procent 2008–2015	skillnader mellan landsting 95–100 procent, 9 landsting ligger under rikets genomsnitt	
Multidisciplinär konferens för män med prostatacancer ökar, från 31–52 procent 2012–2015	skillnader mellan landsting 17–100 procent, nio landsting ligger under rikets genomsnitt	
Multidisciplinär konferens för patienter med tjocktarmscancer har ökat, från 26–95 procent 2007–2015	Skillnader mellan landsting 74–98 procent, sju landsting ligger under rikets genomsnitt	
Multidisciplinär konferens för patienter med ändtarmscancer har ökat, från 74–97 procent, 2007–2015	Skillnader mellan landsting 93–100 procent, 14 landsting ligger under genomsnittet	
Multidisciplinär konferens för patienter med lungcancer har ökat från 50–76 procent, 2002–2015	Skillnader mellan landsting 44–95 procent, 13 landsting ligger under rikets genomsnitt	
Multidisciplinär konferens för patienter med maligna melanom, rikets genomsnitt 34 procent för vissa tillstånd	skillnaden mellan landsting 7–96 procent, nio landsting ligger under	Jämför-elseår saknas
Sammantaget ses förbättrade resultat 2014–2015 inom olika kvalitetsindikatorer, för olika diagnoser. En indikator vald per diagnos för diagnoserna AML, bröstcancer, maligna lymfom, prostatacancer, urinblåsa och övre urinvägar		
En ökning ses över tid när det gäller andel patienter i studier inom tjocktarmscancer och ändtarmscancer (onkologiska studier ej inkluderade). Genomsnittet i riket ligger på 20 respektive 35 procent	Det är stora skillnader mellan landsting, 0–73/83 procent.	

RCC på rätt väg mot kriterierna?

När det gäller arbetet med kriterierna inom dimensionen Bättre vård för patienten så har Socialstyrelsen bedömt att RCC klarat de flesta av kriterierna. Planer finns och implementering pågår.

En stark utveckling har skett när det gäller kunskapsstyrningen i cancer vården. RCC har utvecklat en strategi där vårdprogram tas fram gemensamt på nationell nivå. Implementering sker genom processarbetet med regionala och lokala processledare och team, som innebär att vårdprogrammen når kliniker och mottagningar. Vårdprogrammen är förankrade på alla nivåer. Arbetet med standardiserade vårdförlopp har stärkt det lokala processarbetet.

Andra positiva resultat som vi ser är ökat fokus på rehabilitering, psykosocialt stöd, utveckling av kontaktsjuksköterskor och utbildning av dessa, ökat engagemang i forskningsaktiviteter och ökad användning av kvalitetsregisterdata.

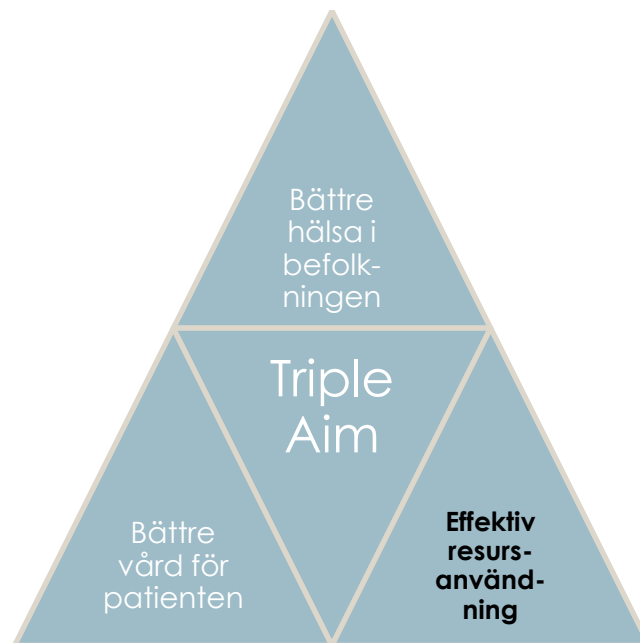
Nivåstrukturering av vården sker i olika utsträckning i sjukvårdsregionerna. Genom arbetet på nationell nivå har landstingen fattat beslut om sex nya områden som koncentreras till ett fåtal platser i landet. Det är ännu tidigt att uttala sig om vad det innebär för patienterna, men utgångspunkten är att en högre skicklighet utvecklas och att mer forskning kommer att ske inom dessa områden. Sammantaget antas att vården för patienterna blir säkrare och bättre.

Kriterierna om utbildning och kompetensförsörjning respektive nivåstrukturering är fortsatta utmaningar för RCC. Samtidigt kan arbetet med nivåstrukturering på nationell nivå underlätta arbetet på regional nivå då RCC i samverkan numera även lämnar förslag till regional nivåstrukturering, med nationellt framtagna kriterier för bedömning av behov av nivåstrukturering ökar förutsättningarna för en mer jämlik vård.

Kriterierna	RCC:s arbete	
RCC ska samordna sjukvårdsregionens arbete för att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården	Mycket arbete pågår, Socialstyrelsen arbetar för närvarande med uppföljning av vårdprocessarbetet	Bedöms 2017
Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	Planer finns och implementering pågår	
Patientens ställning – arbeta för individuell skriftlig vårdplan, tillgång till kontaktsjuksköterska, insamling av patientrapporterade uppgifter, kunskap om patientens rätt till förnyad bedömning	Insatser inom alla delar pågår	
Kunskapsstyrning – nationella riktlinjer och vårdprogram, användning av kvalitetsregister i verksamhetsutveckling	Modell för kunskapsstyrning med vårdprogram och processarbete utvecklad	
Plan för klinisk cancerforskning och innovation	Planer finns implementering pågår	
Utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för sjukvårdsregionens cancervård	Enstaka RCC har en plan, implementering pågår RCC i samverkan har tagit fram en nationell övergripande plan	
Plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen	Flera RCC har sådana planer och har genomfört dem, men inte alla. Nationellt arbete stödjer regional nivå	Bedöms 2017

Bedömningsgrunder för ovanstående tabeller	
	Kriteriet uppfyllt, eller utvecklingen går i riktning mot målen
	Enstaka insatser, eller svag /ingen riktning mot målen
	Inga insatser ännu, utvecklingen mot målen går åt fel håll

På rätt väg – effektiv resursanvändning?



Dimensionen effektiv resursanvändning handlar i detta fall om måluppfyllelse i förhållande till satsningen på RCC och ansluter till alla målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden.

Med effektiv resursanvändning avses i denna rapport hur väl statens respektive landstings och regioners resurser används samt hur väl RCC arbetat med de kriterier som knyter an till resursanvändning för utvecklingen i cancervården.

En nationell cancerstrategi för framtiden

Utvecklingsplan för regionens cancervård

I betänkandet om en nationell cancerstrategi föreslogs varje sjukvårdsregion ta fram en regional strategisk plan för sin framtida cancervård med förslagen i den nationella strategin som minsta gemensamma nämnare.

Uppföljning av vårdens resultat

Uppföljning av vårdens prestationer och resultat är, enligt betänkandet, central för all form av klinisk utveckling. Cancervården har varit en föregångare i uppbyggnad av verksamhetsuppföljning genom det svenska cancerregistret och de regionala onkologiska centrumen. Arbetet med att bearbeta, analysera och använda informationen är, enligt betänkandet, emellertid otillräckligt. Många register har brister, som medför att de inte

används i den utsträckning som skulle vara möjlig. Flera register har också låg täckningsgrad.

Enligt betänkandet bör:

- befintliga hälsodata- och kvalitetsregister samt databaser förstärkas, förbättras och utnyttjas bättre
- de regionala cancercentrumen, med stöd av sina förstärkta strukturer för kunskapsbildning, ha ett överordnat ansvar för kvalitets- och verksamhetsuppföljning inom sin region.

Resurser till cancervård

I betänkandet lyftes vikten av en rad nödvändiga ställningstaganden fram

- prioritering av hälso- och sjukvård i förhållande till behov inom andra samhällssektorer
- prioritering av resurserna för prevention, behandling respektive vård i livets slutskede
- prioritering av cancervård i förhållande till andra sjukdomsområden.

Enligt betänkandet måste tillräckliga eller adekvata resurser tillföras cancer-vården för att klara de utmaningar som cancervården står inför.

Struktur och resurser till RCC

I betänkandet anges att det inom RCC bör finnas ändamålsenliga strukturer och adekvata resurser för att stödja kunskapsutvecklingen inom cancerområdet i regionen.

Vidare bör, enligt betänkandet, befintliga resurser inom onkologiska centra (ROC) uppgå i RCC och att de resurser som getts ROC behöver fördubblas för RCC vilket skulle innebära ett tillskott på totalt 75 miljoner kronor årligen.

Kriterierna

Kriterierna som ansluter till effektiv resursanvändning gäller organiseringen av RCC och långsiktig utveckling av sjukvårdsregionernas cancervård.

Kriterierna är

- utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen
- ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet.

I denna rapport har delen om uppföljning av cancervårdens kvalitet lagts under kriteriet om utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen.

I rapporten lyfter Socialstyrelsen fram två perspektiv, dels den statliga styrningen i satsningen på att etablera regionala cancercentrum, dels styrningen och organiseringen av RCC.

Vidare har vi valt att lägga till avsnitt om kostnader i cancervården och utvecklingen av friska levnadsår som kan komma att påverka framtida kostnader.

Utvecklingsplan för sjukvårdsregionens cancervård

RCC ska enligt kriteriet ta fram en långsiktig utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen. Kriteriet handlar om att utifrån sjukvårdsregionens förutsättningar och specifika utmaningar ta fram en plan som beskriver grunden för RCC:s långsiktiga arbete med

- förebyggande insatser
- cancervård
- utbildnings- och kompetensfrågor
- forsknings- och innovationsfrågor
- strategier för samarbete med andra RCC och för övrigt nationellt och internationellt arbete.

Planen ska vara beslutat av ingående landsting och regioner.

Enligt kriteriet om ledningsfunktion ska RCC också ha system för att följa upp cancervårdens kvalitet.

RCC:s arbete med utvecklingsplan för cancervården

Varje RCC har i enlighet med kriteriet och i bred samverkan inom sin sjukvårdsregion tagit fram utvecklingsplaner för cancervården i sina sjukvårdsregioner.

RCC:s arbete med kriteriet har lett fram till att det idag finns sex stycken sjukvårdsregionala planer som utgår från regionala förutsättningar. Alla planer är antagna av ingående landsting och regioner och utgör grunden för RCC:s och landstings/regioners arbete med stöd till utveckling av cancervården.

Flera RCC har hunnit uppdatera sina planer och är inne på sin andra eller tredje version. Planerna innehåller inriktning, målsättningar och angreppssätt samt uppföljning. Genomförandet av planerna följs också upp regelbundet.

Sammantaget anser Socialstyrelsen att den struktur som nu finns med beslutade planer som används och följs upp bör fortsätta. Den oro som Socialstyrelsen har hört i intervjuer från en del håll i samband med framtagandet av planerna, om att planer bara blir s.k. hyllvärmare, får anses varit obefogad. En nyckel till framgång är den förankring och uppföljning som sker, tillsammans med att ledningarna börjat efterfråga resultat i vården.

Uppföljning av cancervårdens kvalitet

Enligt kriteriet ska uppföljning kunna göras verksamhets- och klinik-övergripande utifrån ett patientperspektiv, där bl.a. flödesprocesser följs.

RCC:s arbete med system för uppföljning

För arbetet med uppföljning av cancervårdens kvalitet har den fortsatta utvecklingen av kvalitetsregistren varit avgörande, arbetet har skett i nära samverkan mellan registerhållare och RCC.

Syftet med de nationella kvalitetsregistren är att underlätta uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet som grund för

förbättringsarbetet. Ett nationellt kvalitetsregister inom cancerområdet innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandlingar och resultat.

Organisation av nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister för cancersjukdomar byggs upp av professionella yrkesgrupper med en registerhållare/ordförande och en styrgrupp. Styrgrupperna samarbetar med RCC i uppbyggnad, förvaltning och drift av registren. Målsättningen är ett gemensamt arbetssätt för alla register genom nationella stödteam bestående av olika kompetenser. Utvecklingen av respektive kvalitetsregister leds av registerhållaren som är ytterst ansvarig.

Inom samarbetet verkar registerhållare och RCC för att registret används i vårdens förbättringsarbete och öka användandet av registerdata i klinisk verksamhet. Registerhållaren ansvarar för verksamhetsberättelse och registrets årsrapport som redovisar utvecklingen av kvalitetsindikatorerna

Samordning av RCC:s arbete med kvalitetsregistren sker i en arbetsgrupp som kallas AKI, *Arbetsgruppen för kvalitetsregister och INCA*. Databaserna för samtliga register inom cancerområdet finns på IT-plattformen INCA, för hantering av in- och utdata.

Genom samarbetet kopplas kvalitetsregistren till RCC:s arbete med patientprocesser, vårdprogram och kvalitetsindikatorer.

Ledningsfunktion och RCC-samverkan

I kriterierna om uppbyggnaden av RCC:s organisation anges att RCC ska ha en tydlig ledningsorganisation med stark förankring i landstings- respektive regionledningarna i sjukvårdsregionen. Vidare anges att RCC ska samverka med andra RCC.

Organisationsstrukturen för respektive RCC kan utformas olika med hänsyn till olika regionala förutsättningar. Ett gemensamt krav ska dock vara att ledningsfunktionen har ett distinkt mandat, vilket bland annat innebär att rollfördelningen gentemot landstingens och regionernas linjeorganisationer (och i förekommande fall beställarorganisationer) ska vara tydlig.

Ledningsorganisationen kan, enligt kriteriet, utgöras av en styrelse eller styrgrupp samt en exekutiv chefsfunktion.

Enligt kriteriet ska cancerpatienter och närstående finnas företrädade inom RCC:s organisation i beslutande eller rådgivande organ. Med hänsyn till vikten av samarbete med forskningen ska även akademisk forskning vara företrädade i styrelsen/styrgruppen.

Arbetet med RCC:s organisation

Ledning

Alla sex RCC leds av en chef för verksamheten. Till stöd har fem av de sex RCC-cheferna en styrgrupp/styrelse bestående av representanter för ingående landsting/regioner, ofta hälso- och sjukvårdsdirektören eller den som utsetts i dennes ställe. I styrelsen ingår också patient- och närståendeföreträdare, representanter för universitet och högskolor och representanter från RCC – chefen och medarbetare med nyckelfunktioner.

Patient- och närståenderåd

Alla RCC har ett patient- och närståenderåd med företrädare för patienter och närstående. Dessa medverkar i utvecklingen av cancervården och ingår i de flesta processerna som RCC driver.

Patient- och närståenderåden har utvecklats i olika takt och med olika funktioner, från direkt medverkan i utvecklingsarbetet till ibland mer som remissinstans.

RCC har en struktur för samverkan med patient- och närståenderepresentanter, bland annat ska en överenskommelse tecknas mellan patient- och närståendeföreträdare och RCC för varje uppdrag.

Regionala processledare

Alla RCC har regionala processledare för arbetet med diagnosspecifika och diagnosövergripande processarbeten. Varje RCC har omkring 20–35 processledare, de är oftast anställda i vården men har en del av sin arbetstid hos RCC. RCC har tagit fram uppdragsbeskrivningar och tecknar överenskommelser med sina processledare.

RCC i samverkan

Enligt kriteriet och betänkandet ska RCC samverka med andra RCC och nationellt.

För att underlätta samverkan mellan alla RCC har *RCC i samverkan* bildats vid SKL, på uppdrag av landstingsdirektörerna och efter överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om statligt stöd för utvecklingen.

RCC i samverkan består av en nationell cancersamordnare vid SKL och cheferna för respektive RCC. Den nationella cancersamordnaren svarar för ordförandeskapet i gruppen och har till uppgift att stödja utvecklingen av cancervården.

Genom *RCC i samverkan* har samarbetet mellan RCC utvecklats och allt mer arbete görs nationellt. Flera arbetsgrupper har bildats med uppdrag inom ett flertal områden såsom utvecklingen av nationella vårdprogram, utveckling inom forskningen bland annat avseende registret *Cancerstudier i Sverige* och *Cancerportalen*, primär- och sekundärprevention, nivåstrukturering, kvalitetsregisterverksamheten, framtagande av standardiserade vårdförlopp m.m. För närvarande finns ett sextiotal nationella arbetsgrupper som drivs på uppdrag av RCC i samverkan [12].

RCC i samverkan fungerar även som rådgivande instans i cancerfrågor till SKL, Socialstyrelsen och Socialdepartementet och tar fram underlag och rapporterar till landstingsdirektörsgruppen.

Transparens

Allt eftersom RCC och RCC i samverkan utvecklats har de funnit det angeläget att vara öppna med all information, det har ansetts ha varit viktigt för förtroendeskapandet.

Allt från protokoll, remissunderlag och beslutsunderlag till nyhetsförmedling och spridning av kunskapsstöd med mera läggs ut på den gemen-

samma webbplatsen som framför allt riktar sig till vårdpersonal och ledningar och patientorganisationer [12].

Resurser till utveckling av RCC

Statliga insatser som grund för etableringen

Ur resurssynpunkt har regeringen tagit flera initiativ för att möta utmaningarna för den framtida cancervården. Flera av dessa initiativ har utgjort väsentliga resurser för RCC:s arbete med att utveckla cancervården på såväl lokal, sjukvårdsregional som nationell nivå. De viktigaste delarna att lyfta fram gäller

- betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11)
- tillsättandet av en nationell cancersamordnare
- framtagandet av kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum
- överenskommelser med SKL avseende särskilda insatser och nationell samordning
- årliga bidrag till etableringen av RCC
- uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp och stödja etableringen.

En stor del av ovanstående beskrivs närmare i inledningen till rapporten.

Överenskommelser med SKL

En rad överenskommelser har sedan 2009 tecknats mellan regeringen och SKL om insatser inom cancerområdet och det nationella arbetet genom RCC i samverkan.

Statliga bidrag till respektive RCC

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att hantera ansökningar och utbetala bidrag till varje RCC, efter överenskommelse med huvudmännen om kriterierna som grund för uppbyggnaden av RCC.

Sedan 2010 har ett årligt statligt stöd getts till etableringen av RCC. Hittills har ca 293 miljoner kronor betalats ut som stöd för etableringen av regionala cancercentrum, se nedanstående tabell 1 över fördelning. Det statliga stödet till regionala cancercentrum har sedan 2013 uppgått till 48 miljoner kronor årligen, vilket innebär att staten bidragit med mer än hälften av det tillskott som utredningen föreslog om 75 miljoner kronor per år.

Tabell 1. Statsbidrag till respektive RCC 2010–2016, belopp i miljoner kronor

RCC	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Egen eller annan finansiering
RCC Norr	4,0	7,0	7,9	8,0	8,0	8,0	8,0	Ja
RCC Uppsala-Örebro	4,0	5,3	8,2	8,0	8,0	8,0	8,0	Ja
RCC Stockholm-Gotland	4,0	4,0	7,9	8,0	8,0	8,0	8,0	Ja
RCC Sydöst	4,0	5,0	7,2	8,0	8,0	8,0	8,0	Ja
RCC Väst	4,0	5,3	6,0	8,0	8,0	8,0	8,0	Ja
RCC Syd	4,0	5,4	7,8	8,0	8,0	8,0	8,0	Ja
Summa	24,0	32,0	45,0	48,0	48,0	48,0	48,0	Ja

Källa: Socialstyrelsen

Medlen är avsedda att användas för att stimulera inrättande av RCC. Det har inte funnits krav på medfinansiering men landsting och regioner har ändå skjutit till medel till RCC, utöver vad som tidigare gavs ROC, men i olika omfattning.

RCC ansvarar också för stöd till utvecklingen av kvalitetsregistren på cancerområdet för vilka det också finns ett särskilt statligt stöd med gemensam finansiering från sjukvårdshuvudmännen. Regeringen och SKL har sedan 2011 tecknat en särskild överenskommelse om stöd till utvecklingen av kvalitetsregister, där cancerregistren ingår.

Regeringen har också beslutat om en särskild satsning på att korta väntetiderna i cancervården, genom införande av s.k. standardiserade vårdförlopp. Två miljarder kronor har budgeterats för denna satsning under innevarande mandatperiod, åren 2014–2018. Det mesta av dessa medel går till landsting och regioner för arbetet med införandet. RCC i samverkan erhåller stöd för utveckling av vårdförloppen för de diagnoser som omfattas. Respektive RCC erhåller också statligt bidrag för projektledning och stöd till arbetet med införandet av standardiserade vårdförlopp. Arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp följer Socialstyrelsen upp i ett annat regeringsuppdrag, se Socialstyrelsens senaste rapport i detta uppdrag, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11-6>. Nästa lägesbild kommer i november 2016.

Nationell uppföljning och stöd till utveckling

Utöver uppdraget att hantera ansökningar om medel till RCC har Socialstyrelsen fått i uppdrag att följa upp och stödja etableringen av regionala cancercentrum, bl.a. genom platsbesök under 2013 – 2015. I december 2015 fick Socialstyrelsen i fortsatt uppdrag att följa upp RCC:s arbete med kriterierna avseende det fjärde och sista året enligt den tidplan som anges i kriterierna som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. Socialstyrelsens uppföljning har för varje år utgått från den tidplan som anges för kriterierna och vi har lämnat årliga redovisningar till regeringen, se länkar:

- *Uppföljning av regionala cancercentrum 2015 – förebyggande insatser, tidig upptäckt, forskning och innovation.*
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-15>
- *Uppföljning av regionala cancercentrum 2014 – uppbyggnad styrkor och utmaningar.* Rapporten lyfter fram RCC:s arbete med fyra planer; utvecklingsplan för sjukvårdsregionens cancervård, plan för nivåstrukturering, plan för kompetensförsörjning samt plan för rehabilitering och palliativ vård. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-37>.
- *Uppföljning av regionala cancercentrum 2013,*
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-10>.

Sedan 2012 har Socialstyrelsen erhållit totalt 13 900 000 kronor för uppdragen att

- administrera bidragen till RCC
- följa upp och bland annat genom platsbesök stödja etableringen av RCC 2012–2016
- utveckla en modell för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram samt tillämpa den på cancerområdet
- utveckla en modell för att sätta mål för indikatorer, samt att tillämpa modellen för nationella riktlinjer inom cancervården
- göra en samlad bedömning av uppbyggnaden av RCC.

Landstingens insatser

I betänkandet om en nationell cancerstrategi föreslogs att det stöd som ges till Regionala Onkologiska Centrum (ROC) skulle uppgå i RCC. Så har också skett, en betydande del av landstings och regioners stöd till RCC består av detta. Enligt betänkandet skulle dessutom stödet till ROC fördubblas för att RCC skulle klara den omfattande verksamhet som skulle drivas. RCC har getts olika ytterligare tillskott av medel, i vilken omfattning det skett det ser olika ut för alla RCC.

Utöver direkt ekonomiskt stöd till RCC har landsting och regioners del i utvecklingsarbetet i huvudsak bestått av de arbetsinsatser som görs av lokala processledare och team. Andra insatser gäller tid från ledningsfunktioner för arbetet inom cancerråden eller motsvarande.

Landstings/regioners bidrag till utvecklingen i cancervården är, förutom stöden till RCC, att besluta om de förslag till åtgärder som RCC lämnar och se till att erforderliga resurser för förändringar i cancervården avsätts.

Kostnader för cancervården

Cancer är en av de stora folksjukdomarna i Sverige och antalet cancerfall per år ökar. Men idag kan många cancersjukdomar behandlas framgångsrikt och uppgifter från Socialstyrelsen visar på en sakta minskande dödlighet i cancer, se bilaga 2 *På rätt väg – bättre hälsa i befolkningen?*, bland annat tack vare tidig diagnostik, nya effektivare behandlingar och förebyggande åtgärder. Kostnader för cancer kan delas in i tid och resurser för både de som drabbas (patienter och närstående) och för samhället som helhet (såsom sjukvård, sjukförsäkring, arbetsliv) [7].

Samhällsekonomiska kostnader för cancer i Sverige

Institutet för hälsoekonomi (IHE) har beräknat de samhällsekonomiska kostnaderna för cancer i Sverige under år 2013 [7].

Kostnaderna för cancer år 2013 uppgick enligt rapporten till 36 miljarder kronor. Den största kostnaden var produktionsförluster som uppgick till 15,9 miljarder (44 procent) under 2013. Under 2013 var cancerincidensen (antal nya cancerfall) 61 297.

Tabell 2. Kostnader för cancer år 2013 uppdelat på var kostnaden uppstår

Kostnadsområde	Miljarder kronor	Andel av totala kostnader, procent
Produktionsförluster	15,9	44
Slutenvård	6,5	18
Informell vård	4,6	13
Specialiserad öppenvård	4,1	11
Läkemedel	2,8	8
Palliativ vård och omsorg	1,2	3
Screening	0,6	2
Primärvård	0,3	1
Totalt	36	100

Källa: IHE

Utvecklingen av kostnader för cancer under kommande år beror på flera faktorer såsom antal personer som insjuknar i cancer, tid som man kan leva efter en diagnos, vilka behandlingar som finns tillgängliga samt deras effektivitet och användning i sjukvården, hur cancerinsjuknande i framtiden kommer att påverka människors möjligheter att delta i arbetslivet m.m.

Kostnaderna för cancer år 2040 i IHE:s rapport bygger på prognoser för antal personer som insjuknar och antal personer som lever med cancer, för övriga faktorer som påverkar kostnader använder prognosen 2013 års kostnadsbild. Enligt rapporten beräknas kostnaderna för cancer till cirka 68 miljarder kronor år 2040 (i 2013 års prisnivå), vilket motsvarar en kostnadsökning på omkring 90 procent.

IHE redovisar att enligt SCB var de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård 415 miljarder år 2013. Av dessa utgör 15,5 miljarder, enligt IHE:s beräkningar, cancervård. (IHE har tidigare genomfört motsvarande beräkningar för hjärtsjukdom till 61,5 miljarder år 2010 och rörelseorganens sjukdomar till 102 miljarder år 2012)

Positiv utveckling av antalet friska levnadsår

Det finns flera faktorer som påverkar utvecklingen av resursanvändning- en/resursbehoven i hälso- och sjukvården. För framtida utveckling av cancerincidens är arbetet med förebyggande insatser väsentlig men även den generella utvecklingen av livslängd och antal friska levnadsår.

Sett till antal friska levnadsår som är en indikator som mäts i EU inom ramen för arbetet med ECHI-health indicators ses en positiv utveckling i Sverige, se nedanstående tabell 3. Friska levnadsår är ett mått på antalet år som en person i en viss ålder väntas leva med bibehållen funktionsförmåga. Indikatorn används för att

- följa hälsoläget som en produktivitetfaktor och ekonomisk faktor samt införa begreppet livskvalitet
- mäta äldre arbetstagares anställbarhet
- följa upp framsteg i fråga om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, kvalitet och långsiktiga stabilitet.

Indikatorn friska levnadsår (HLY) anses solid och används för att skilja mellan levnadsår fria från aktivitetsbegränsning och antal år med åtminstone en aktivitetsbegränsning och har därmed en koppling till livskvalitet.

Kronisk sjukdom, svaghet och funktionsnedsättning tenderar att bli vanligare i högre åldrar, men om HLY ökar snabbare än den förväntade livslängden i en befolkning lever de också en större del av sina liv utan aktivitetsbegränsande funktionsnedsättning. En sådan utveckling kan innefatta förändrade mönster av resursförbrukning inom hälso- och sjukvården, samt mer omfattande effekter på konsumtion och produktion i hela ekonomin. Indikatorn är viktig för beslutsfattare för att vara medvetna om alternativkostnaden (d.v.s. uteblivna fördelar) att göra för lite för att förebygga ohälsa, vilket resulterar i användningen av begränsade resurser inom hälso- och sjukvården för diagnos, behandling och hantering av förebyggbara sjukdomar och skador. I tabellerna nedan redovisas utvecklingen av både det förväntade antalet friska levnadsår och förväntad livslängd för kvinnor och män från födseln respektive från 65 års ålder [8].

Tabell 3. Utvecklingen av antalet friska levnadsår

Kön	Återstående friska levnadsår vid födseln		Återstående friska levnadsår vid 65 års ålder		Antal nya friska levnadsår sedan 2006,
	2006	2014	2006	2014	från födsel/från 65 års ålder
Kvinnor	67,5	73,6	14,2	16,7	6,1/2,5
Män	67,3	73,6	13	15,2	6,3/2,2

Källa: EUROSTAT

Nedan visas också en tabell över utvecklingen av förväntad livslängd, även här ses en positiv utveckling.

Tabell 4. Förväntad livslängd från födseln respektive förväntad återstående livslängd från 65 års ålder

Kön	Förväntad livslängd vid födseln		Förväntad återstående livslängd vid 65 års ålder		Antal nya levnadsår sedan 2006,
	2006	2014	2006	2014	från födsel/från 65 års ålder
Kvinnor	83,1	84,2	20,9	21,6	1,1/0,7
Män	78,8	80,4	17,7	18,9	1,6/1,2

Källa: EUROSTAT

Tabellerna visar en tydlig och dramatiskt positiv utveckling av antalet förväntade friska levnadsår jämfört med utvecklingen av förväntad livslängd. Antalet friska levnadsår från födseln har ökat med 6,1 år medan förväntad livslängd ökat med 1,1 år för kvinnor under perioden 2006 – 2014. Motsvarande för män visar att antalet friska levnadsår från födseln ökat med 6,3 år medan förväntad livslängd ökat med 1,6 år för samma period. Sett till återstående friska levnadsår från 65 års ålder har de ökat med 2,5 år för kvinnor och 2,2 år för män medan antalet levnadsår ökat med 0,7 år för kvinnor och 1,2 år för män. Värt att notera är också att skillnaderna mellan män och kvinnor för både friska levnadsår och förväntad livslängd minskar. Den positiva utvecklingen av antal friska levnadsår i förhållande till den ökande livslängden, kan förväntas ge positiva resultat för resursanvändningen inom hälso- och sjukvården.

RCC har utvecklat verktyg som stöd för prioriteringar

Befolkningens levnadsvanor är viktiga påverkbara faktorer för många cancerdiagnoser och har en särskild betydelse för den framtida ohälsan. För några cancerdiagnoser kan data om befolkningens levnadsvanor tillsammans med epidemiologiska metoder ge relativt säkra prognoser för framtida sjuklighet.

RCC har tillsammans med Uppsala universitet utvecklat Cancerpreventionskalkylatorn som möjliggör simuleringar av hur förändringar i människors levnadsvanor påverkar insjuknandet i cancer och vilka effekter detta ger på de samlade samhällskostnaderna för cancer. Cancerpreventionskalkylatorn lanserades nyligen, och används bland annat som stöd i arbetet med regionala planer för cancerprevention. Se länk för mer information, <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/prevention/cancerpreventkalkylator/>

På rätt väg – effektiv resursanvändning!

En effektiv resursanvändning bygger på måluppfyllelse i relation till insatta resurser. RCC har fått statliga medel för att uppfylla de kriterier som ska känneteckna ett regionalt cancercentrum.

På rätt väg Triple Aim – Effektiv resursanvändning?

Socialstyrelsens bedömning är att RCC har uppfyllt de flesta av de tio kriterierna och utvecklingen mot målen i cancerstrategin går i rätt riktning, åtminstone sett till de mått som redovias i denna rapport.

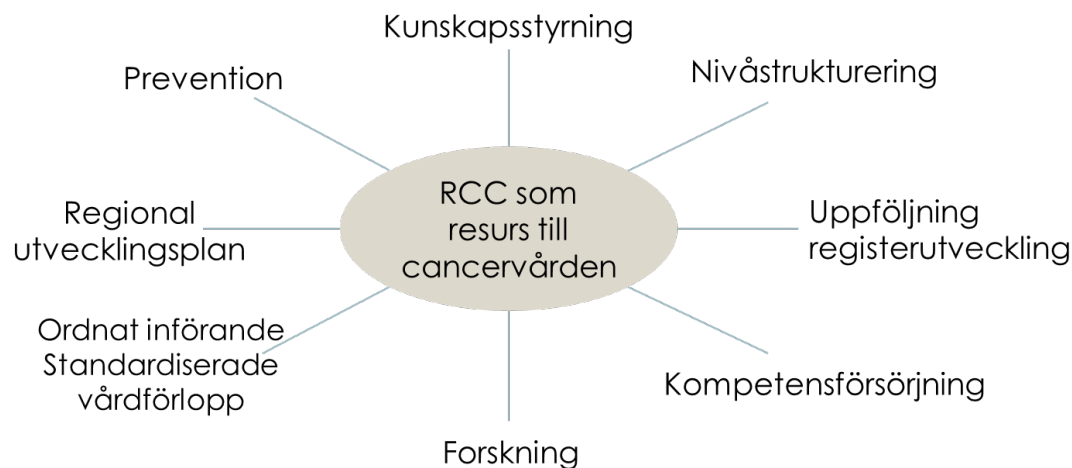
Socialstyrelsen gör bedömningen att med avsatta statliga medel har målen nåtts, d.v.s. kriterierna är i stort uppfyllda, och därmed är resurserna väl använda ur ett statligt perspektiv.

Sammantaget anser Socialstyrelsen att RCC har blivit en resurs för landsting/regioner på regional nivå. Etableringen av RCC har inneburit ett ökat samspel mellan nationell, regional och lokal nivå som medför en bra användning av resurser. Detta beskrivs i de två följande avsnitten.

RCC som resurs i cancervården

RCC har blivit en stödande resurs för utvecklingen av cancervården inom flera områden, se exempel i illustration i bilden nedan.

RCC som resurs för utveckling av cancervården

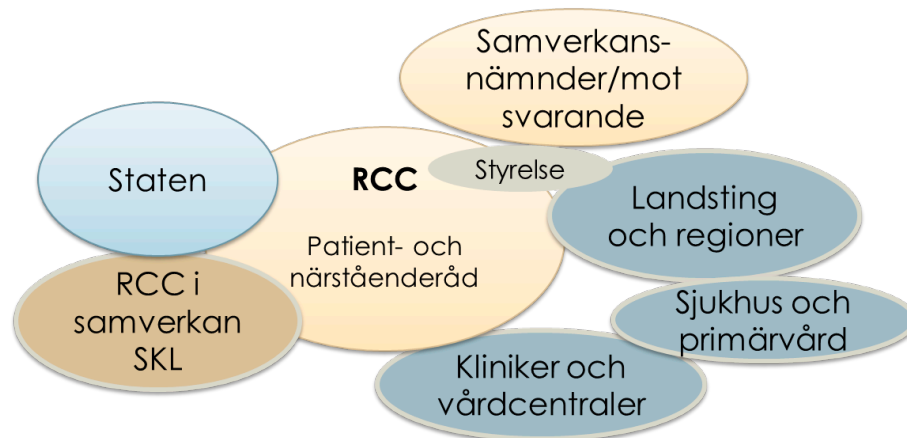


Samspel mellan nationell, regional och lokal nivå

Varje regionalt cancercentrum har etablerats som kunskapscentrum, en resurs för cancervårdens utvecklingsarbete, på sjukvårdsregional nivå. RCC ges stöd av, samverkar med och är beroende av ett flertal aktörer som i sig är resurser för att kunna lyckas i strävan att uppfylla kriterierna.

De huvudsakliga aktörerna är staten med regeringens beslut om stöd till RCC och Socialstyrelsens uppdrag att följa och stödja etableringen, SKL med nationell samordning, RCC:s egen styrelse eller styrgrupp, RCC:s patient- och närstående råd, samverkansnämnderna som fattar inriktningsbeslut, landsting och regioner med politik och förvaltning som styr över resurserna i sjukvården och så utförarna av vården. Aktörerna illustreras i följande bild.

RCC:s plats i strukturen av aktörer



Bra användning av resurser och kompetens genom ökad samverkan

Genom ökad samverkan delas resurser och kompetens. På sjukvårdsregional nivå kan effektivisering göras genom att sex istället för 21 gör jobbet. På motsvarande sätt görs i det nationella samarbetet jobbet tillsammans en gång istället för sex eller 21 gånger. Det innebär att istället för att framtagande av kunskap och vårdprogram, byggande av infrastruktur som cancerportalen mm sker inom respektive landsting (21 gånger) eller sjukvårdsregion (sex gånger) sker arbetet nationellt (1 gång). Socialstyrelsen menar att det är rimligt att anta att en resursbesparing görs när allt mer samverkan sker på sjukvårdsregional nivå eller nationellt. För närvarande pågår ett 60-tal olika utvecklingsprojekt inom RCC i samverkan.

RCC har tagit fram sjukvårdsregionala cancerplaner som har utgått från landstings/regioners förutsättningar och behov och som innehåller mål och prioriteringar. Planerna har därmed varit en viktig del i landstingens arbete med prioritering av resurser inom cancervården.

På rätt väg mot målen?

Socialstyrelsen har i rapporten valt att i någon mån visa på utvecklingen mot målen i betänkande om en nationell cancerstrategi.

Som visas i de föregående avsnitten ses en i huvudsak positiv utveckling i hälsan i befolkningen och i förutsättningar för bättre vård för cancerpatienterna. Men fler insjuknar i cancer och insatserna för att minska risken för insjuknande behöver öka.

RCC på rätt väg mot kriterierna i effektiv resursanvändning!

Socialstyrelsen bedömer att RCC uppfyller de två kriterier som ingår i En effektiv resursanvändning som gäller framtagande av en utvecklingsplan för regionens cancervård och kriteriet om ledning och organisering av RCC.

RCC:s uppfyllande av kriterierna	Exempel på RCC:s insatser	
RCC ska ta fram en långsiktig utvecklingsplan för regionens cancervård	Alla sex RCC har tagit fram en plan som är beslutad av landstings- och regionledningarna	
RCC ska ha system för uppföljning av cancervårdens kvalitet	Uppföljningsplaner finns i cancerplaner och kvalitetsregistren används för systematiska dialoger i regionerna	
RCC ska ha en tydlig ledningsorganisation med stark förankring i landstings- respektive regionledningarna	Strukturer för förankring utvecklas i alla led	
RCC ska samverka med andra RCC	RCC i samverkan	
Företrädare för cancerpatienter och närstående finns företrädade inom RCC:s organisation i beslutande eller rådgivande organ	Alla RCC har patient- och närståenderåd och representanter för dem ingår i RCC:s styrelse/styrgrupp	
Företrädare för akademisk forskning ska vara företrädade inom RCC:s organisation	I RCC:s styrelse/styrgrupp ingår representanter för akademisk forskning	

Bedömningsgrunder för ovanstående tabeller	
	Kriteriet uppfyllt eller utvecklingen går i riktning mot målen
	Enstaka insatser eller svag /ingen riktning mot målen
	Inga insatser ännu eller utvecklingen mot målen går åt fel håll

Referenslista

1. Institute for Healthcare Improvement, IHI Triple Aim Initiative – Better Care for Individuals, Better Health for Populations, and Lower Per Capita Costs.
2. Hjalte F, Ahlberg I, Ragnarson Tennvall G (2014). Hälsoekonomisk bedömning av Regional Cancerplan RCC Syd med särskilt fokus på kontaktsjuksköterskan och den multidisciplinära terapikonferensen. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE).
3. Intervju med Ewa Lundgren 11 oktober 2016.
4. Folkhälsomyndigheten (2015), Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag 30 september 2015.
5. Cancerpreventionsplan för Sydöstra sjukvårdsregionen 2016–2018
6. Ewing Marcela, Studie om tidiga symtom på cancer, Regionalt cancercentrum väst.
7. Lundkvist A, Andersson E, Steen Carlsson K, Kostnader för cancer i Sverige idag och år 2040, IHE Rapport 2016:1.
8. European Commission, DG Health & Consumers, Public Health, ECHI Data Tool.
9. Folkhälsomyndigheten (2016), Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015, Årsrapport.
10. CAN (2016), Skolelevers drogvanor 2015, CAN rapport 154.
11. Strålsäkerhetsmyndigheten (2016), Webbundersökning om solvanor.
12. Regionala cancercentrum i samverkan (2016), Att leda med kunskap.

Bilaga 1. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum

Kriterierna i översikt

Patientcentrerade kriterier	Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning	Kriterier gällande RCC:s organisation
Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	Utbildning och kompetensförsörjning	Ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet
Vårdprocesser	Kunskapsstyrning	Utvecklingsplan för cancer-vården i sjukvårdsregionen
Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	Klinisk cancerforskning och innovation	Nivåstrukturer
Patientens ställning i cancervården		

Patientcentrerade kriterier

Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer
RCC ska utforma och införa en plan för sjukvårdsregionens arbete med förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer.

Vårdprocesser

RCC ska leda och samordna sjukvårdsregionens arbete med att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården.

Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

- RCC ska ha en plan som tillförsäkrar cancerpatienter tillgång till psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård av god kvalitet inom hela sjukvårdsregionen.
- RCC ska arbeta för att stödet till närstående till cancerpatienter utvecklas.

Patientens ställning i cancervården

RCC ska arbeta för att

- en individuell skriftlig vårdplan tas fram för varje cancerpatient
- cancerpatienter får stöd från en kontaktsjuksköterska eller motsvarande kontaktperson
- patientrapporterade uppgifter samlas in och används i arbetet med att utveckla cancervården
- kunskapen om patientens rätt till förnyad bedömning ökar bland hälso- och sjukvårdspersonalen och att berörda cancerpatienter får information om denna rätt.

Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning

Utbildning och kompetensförsörjning

RCC ska utforma och införa en utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för sjukvårdsregionens cancervård.

Kunskapsstyrning

- RCC ska delta i arbetet med nationella riktlinjer och vid behov utarbeta regionala vårdprogram.
- RCC ska stödja arbetet med att införa nationella riktlinjer och vårdprogram och annan frontlinjekunskap inom cancervården i hela sjukvårdsregionen. Detta innefattar det regionala införandet av kommande nationella målnivåer.
- RCC ska arbeta för att nationella kvalitetsregister används för cancervårdens verksamhetsutveckling.

Klinisk cancerforskning och innovation

- RCC ska arbeta för att stärka den kliniska cancerforskningen i sjukvårdsregionen och i landet och för att vetenskapliga framsteg snabbt kommer cancerpatienter till del.
- RCC ska utveckla strukturer för samarbete med akademisk forskning och den forskande industrin samt främja innovationer i cancervården.

Kriterier gällande RCC:s organisation

Ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet

- RCC ska ha en tydlig ledningsorganisation med stark förankring i landstings- respektive regionledningarna i sjukvårdsregionen.
- RCC ska samverka med andra RCC.
- RCC ska ha system för att följa upp cancervårdens kvalitet.

Utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen

RCC ska utarbeta en strategisk utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen.

Nivåstrukturering

RCC ska utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen och stödja arbetet med att genomföra planen.

Tidplan för etableringen av RCC

Vid RCC-starten

Det finns en projektplan och en projektorganisation för att etablera RCC.

Ett år efter RCC-starten

- En RCC-organisation är uppbyggd.
- Det finns ett regionalt program för cancerprevention och tidig upptäckt av cancer.
- Arbetet med att effektivisera vårdprocesserna pågår.
- Sjukvårdsregionens resurser för psykosocialt stöd, cancerrehabilitering och palliativ vård har inventerats.
- Det finns en beskrivning av hur patientens ställning ska stärkas och RCC:s arbete på detta område har inletts.
- Arbetet med ett program för utbildning och långsiktig kompetensförsörjning har påbörjats.
- Det finns en organisation för sjukvårdsregionens kunskapsstyrning inom cancervården.
- Det finns en plan för hur klinisk forskning och innovation inom sjukvårdsregionens cancervård ska stärkas, och den är utarbetad i samarbete med universitet och högskolor i sjukvårdsregionen.

Två år efter RCC-starten

- Det finns en långsiktig utvecklingsplan för sjukvårdsregionens cancervård, som är beslutad av landstings- och regionledningarna.
- Det finns en plan för nivåstruktureringsplan, som är beslutad av landstings- och regionledningarna.
- Det finns en plan för psykosocialt stöd, cancerrehabilitering och palliativ vård av god kvalitet i hela sjukvårdsregionen och arbetet med att genomföra planen har inletts.
- Ett program för utbildning och långsiktig kompetensförsörjning har beslutats och arbetet med att införa programmet har inletts.

Tre år efter RCC-starten

- Det regionala programmet för cancerprevention och tidig upptäckt av cancer är till stora delar genomfört och det finns system för uppföljning.
- Det finns en organisatorisk struktur som stärker klinisk cancerforskning och innovation.

Fyra år från RCC-starten

- Effektiviseringsarbetet är genomfört för samtliga större vårdprocesser.
- Nivåstruktureringsplanen är genomförd.

Bilaga 2 På rätt väg – bättre hälsa i befolkningen?

Insjuknande och dödsfall samt överlevnad i cancer

I Sverige lever idag (uppgifter från 2014) mer än 478 600 personer som har eller har haft cancer, drygt 255 040 kvinnor och drygt 223 560 män. Antalet personer som lever med en cancerdiagnos beräknas öka i framtiden på grund av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar (framför allt befolkningens storlek och åldersstruktur).

Ett sätt att redovisa läget i förhållande till målen i förslaget om en nationell cancerstrategi om att minska insjuknande och öka överlevnaden i cancer är att visa utvecklingen för

- Antal insjuknade i cancersjukdom per 100 000 invånare
- Antal döda i cancersjukdom per 1000 000 invånare
- Relativ femårsöverlevnad

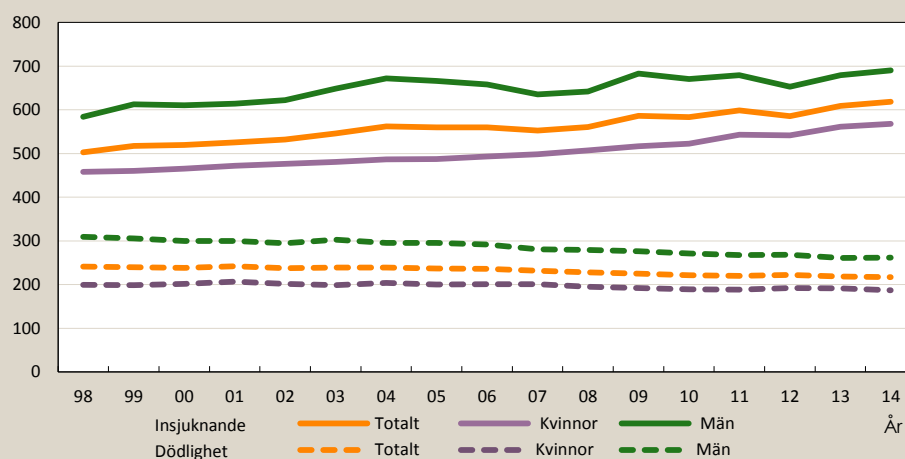
Insjuknade och dödlighet i cancer

Cancer drabbar ofta äldre personer, cirka 60 procent av dem som drabbas av cancer är 65 år eller äldre. Alla åldrar kan dock drabbas även om sjukdomen är mycket ovanlig bland barn och ungdomar.

Diagram 1 visar antal fall och dödlighet i cancer per 100 000 invånare under perioden 1998–2014. Diagrammet visar att samtidigt som antalet nya cancerfall ökat under tidsperioden har antalet som dör legat konstant eller minskat över tid. Diagram 2 visar antal fall per sjukvårdsregion.

Diagram 1. Insjuknande och dödlighet i cancersjukdom, 1998-2014

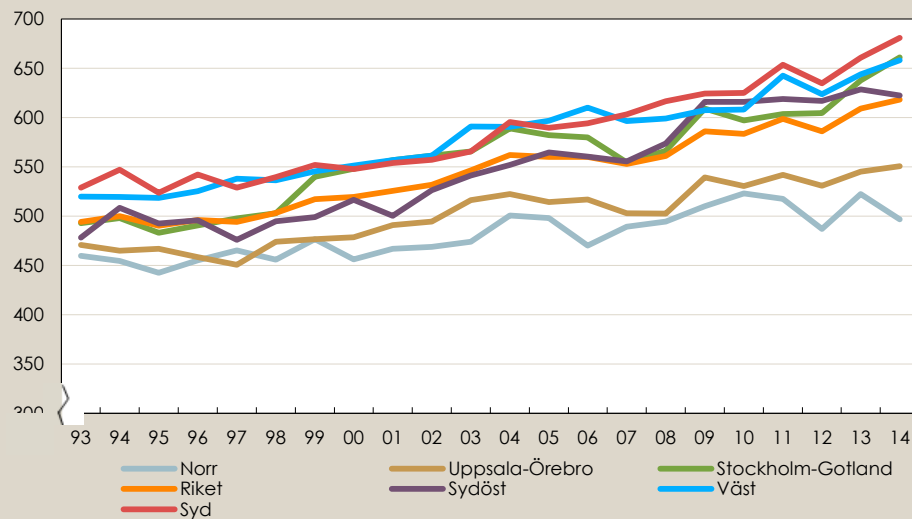
Antal fall respektive dödsfall per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Diagram 2. Insjuknande i cancersjukdom, 1993-2014

Antal fall per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden



Södra Halland ingår i Syd och Norra Halland i Väst
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Relativ femårsöverlevnad

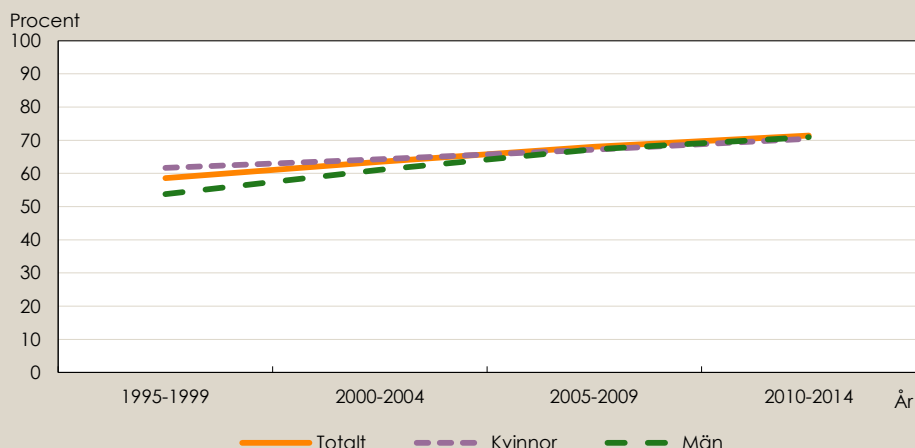
Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnosen har ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar.

I diagrammen nedan redovisas den relativa 5-årsöverlevnaden. Först redovisas trenddiagram, därefter landstingsdiagram. Om den relativa 5-årsöverlevnaden för patienter med en viss typ av cancer är 50 procent så innebär det att de har hälften så stor sannolikhet att leva i fem år eller mer efter cancerdiagnosen, som en jämförbar grupp människor avseende kön och ålder i befolkningen.

Den relativa överlevnaden har ökat bland cancerpatienter sedan början av 1990-talet, mer för män än för kvinnor. Diagram 3 visar att den relativa överlevnaden bland män ökade med nästan 17 procentenheter från 1995–1999 till 2010–2014 och för kvinnor med cirka 9 procentenheter. Det gäller för alla cancerformer. Totalt var den relativa 5-årsöverlevnaden 71 procent 2010–2014.

Diagram 3. Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom

Avser patienter 30 – 89 år vid diagnos, ålderstandardiserade värden



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Om man räknar bort de två största cancersjukdomarna för kvinnor och män, bröstcancer och prostatacancer, samt skivepitelcancer (som i regel har en mycket god prognos) så var 5-årsöverlevnaden för kvinnor 59 procent och för män 55 procent 2010–2014.

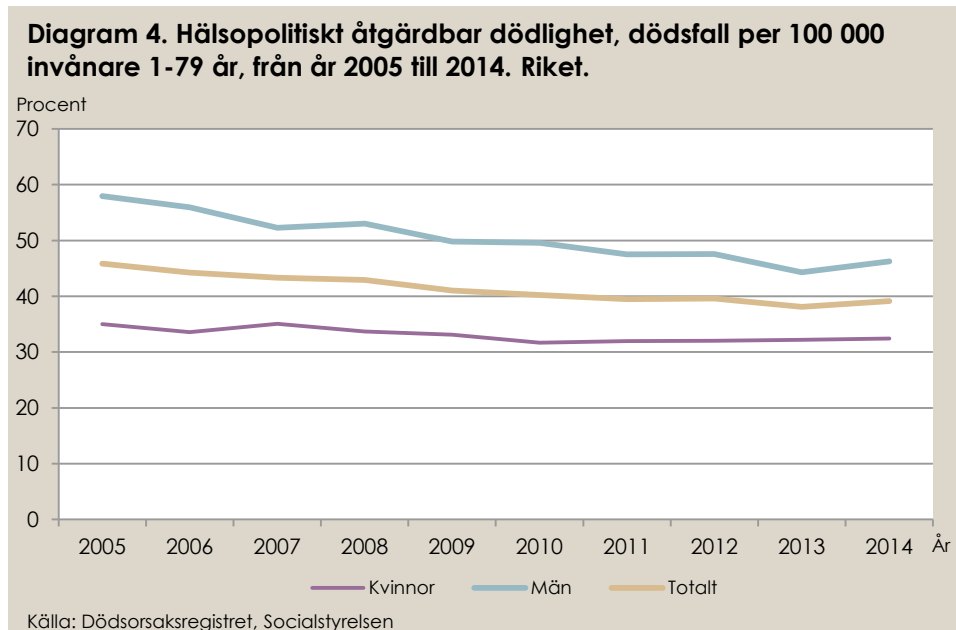
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Med hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet menas dödlighet som kan åtgärdas genom förebyggande insatser. För att följa utvecklingen av åtgärdbar dödlighet har en indikator utvecklats som består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som till exempel kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

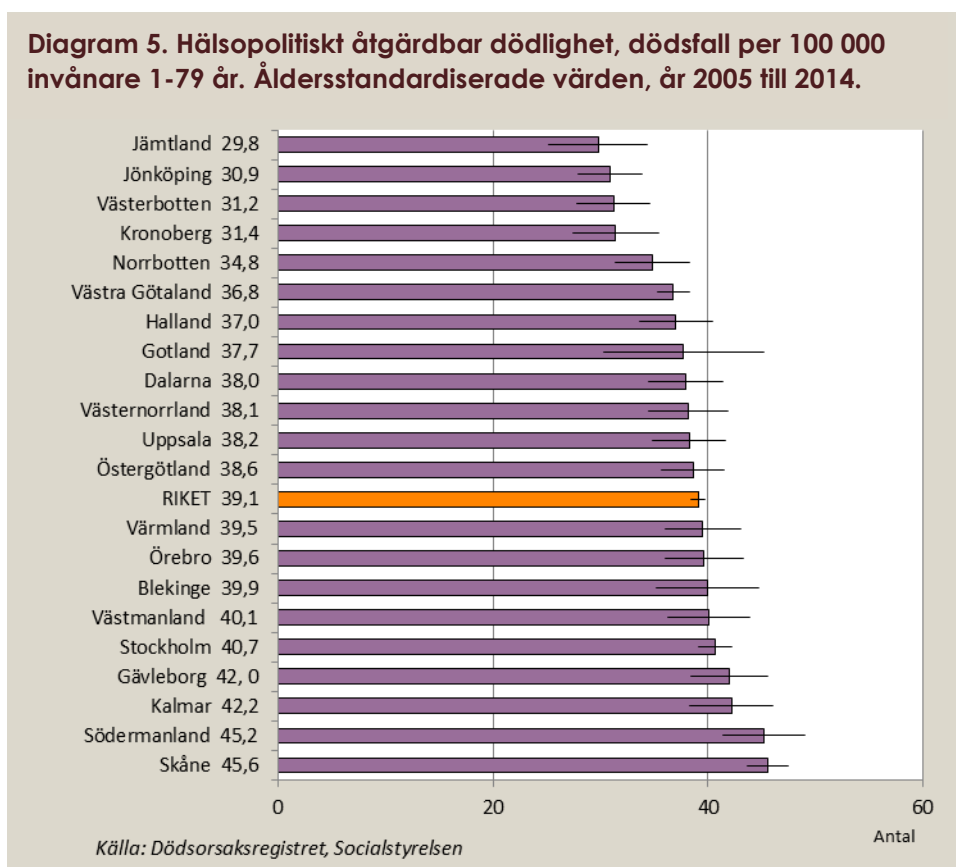
Avsikten är att den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som kan påverkas.

Diagram 4 nedan visar antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldrarna 1–79 år, sammantaget för åren 2011–2014 för att få en säkrare jämförelse. I diagrammet redovisas förändringen från år 2005 till år 2014. Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.

Diagrammet visar en minskning av hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet för män med 11 procent, en minskning ses också för kvinnor men inte lika stor.



I diagram 5 nedan redovisas hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet per landsting.



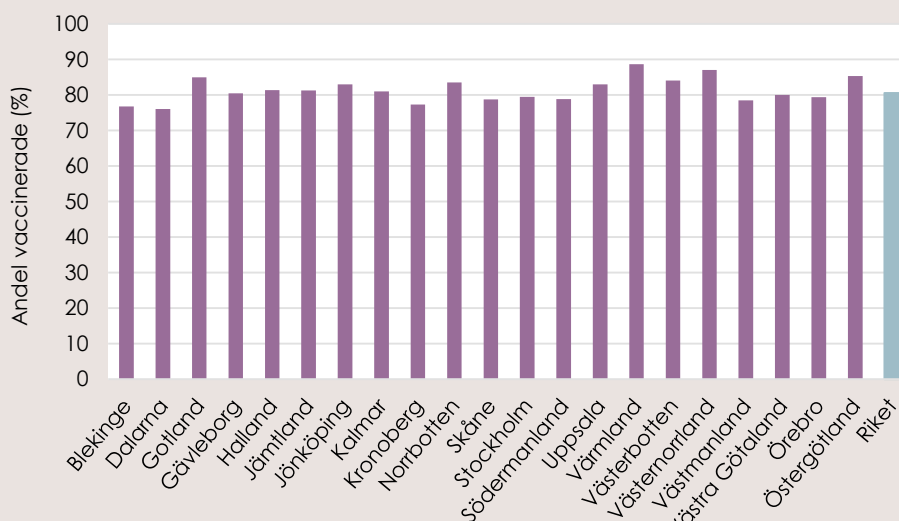
Jämförelsen är åldersstandardiserad, vilket innebär att korrigering gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan landstingen.

Vaccination

Det finns förebyggande vaccin mot de virus som orsakar livmoderhalscancer, Humant Papillomvirus (HPV). HPV-vaccinering ingår i barnvaccinationsprogrammet. I Sverige erbjuds också alla flickor födda 1993–1998 kostnadsfri vaccination med start 2012 i ett ikappvaccinationsprogram, så kallad Catch-up, i landstingens regi.

Enligt 2015 års statistik för HPV-vaccination bland flickor födda 1999–2003 var den genomsnittliga täckningsgraden för minst en vaccindos 81 procent vilket innebär att inget landsting har uppnått målnivån på över 90 procent. Variationen mellan landstingen var 76–89 procent, viss underrapportering kan förekomma.

Diagram 6. Andelen vaccinerade med minst en dos av HPV-vaccin. Flickor födda 1999–2003, data t.o.m. 31 december 2015

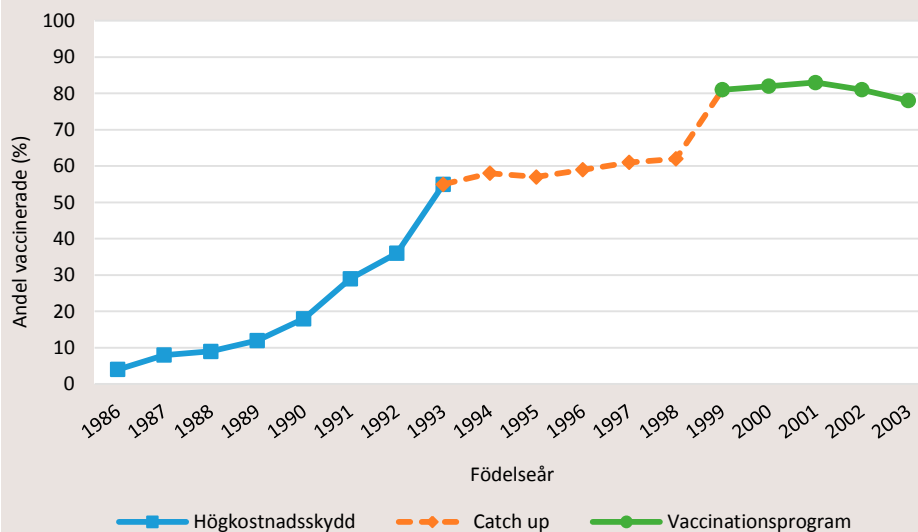


Källa: Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015 Årsrapport, Folkhälsomyndigheten

För flickor födda 1993–1998 (catch up-vaccination) var den genomsnittliga täckningsgraden för minst en vaccindos oförändrad jämfört med statistiken för 2014 (59 procent). Bland kvinnor som är födda tidigare än 1993 är andelen vaccinerade låg, se diagram 7 nedan. Täckningsgraden är dock högre i jämförelse med genomsnittet för riket i län där kostnadsfri vaccination har erbjudits till alla kvinnor upp till 26 års ålder [9].

Diagram 7. Andelen vaccinerade med minst en dos HPV-vaccin per födelsekohort.

Andel flickor och kvinnor födda 1986–2003, uppföljning t.o.m. 31 december 2015, riket.



Källa: Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015 Årsrapport, Folkhälsomyndigheten

Levnadsvanor

En stor del av arbetet för att förebygga cancer handlar om insatser för att skapa sunda levnadsvanor i befolkningen. Utifrån ett urval av de indikatorer som RCC i samverkan föreslår sjukvårdsregionerna att följa presenteras i detta avsnitt.

Levnadsvanor som tobaksbruk, alkoholbruk, fysisk aktivitet och matvanor beräknas enligt världshälsoorganisationen (WHO) orsaka upp till 30 procent av alla dödsfall i cancer. Den som lever hälsosamt lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor. De fyra levnadsvanorna bidrar mest till den samlade sjukdomsördan i Sverige.

Tobaksbruk

Andel kvinnor och män som uppger att röker dagligen

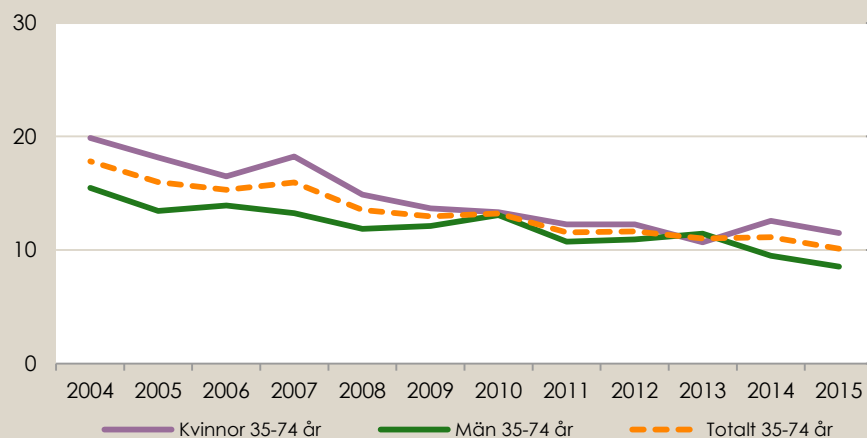
Enligt enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor*, som genomförts årligen av Folkhälsomyndigheten sedan 2004, har andelen som röker dagligen minskat under 2004–2015. År 2015 var det 12 procent av kvinnorna och 9 procent av männen som rökte dagligen. Dagligrökning är vanligast bland personer i åldrarna 45–64 år där 13 procent är dagligrökare. Andelen har dock minskat i alla utom den äldsta åldersgruppen. Bland yngre är det i stället vanligare att röka då och då; drygt 18 procent uppgav 2015 att de röker sporadiskt. Inga förändringar har skett över tid när det gäller andelen personer som röker då och då.

Nedan visas trenddiagram med resultat för andelen individer i åldern 35–74 år som uppgivit att de röker dagligen, för perioden 2004 till 2015, för riket totalt respektive fördelat på kvinnor och män.

Diagram 8. Röker dagligen

Andel individer i åldern 35–74 år som uppgivit att de röker dagligen

Procent



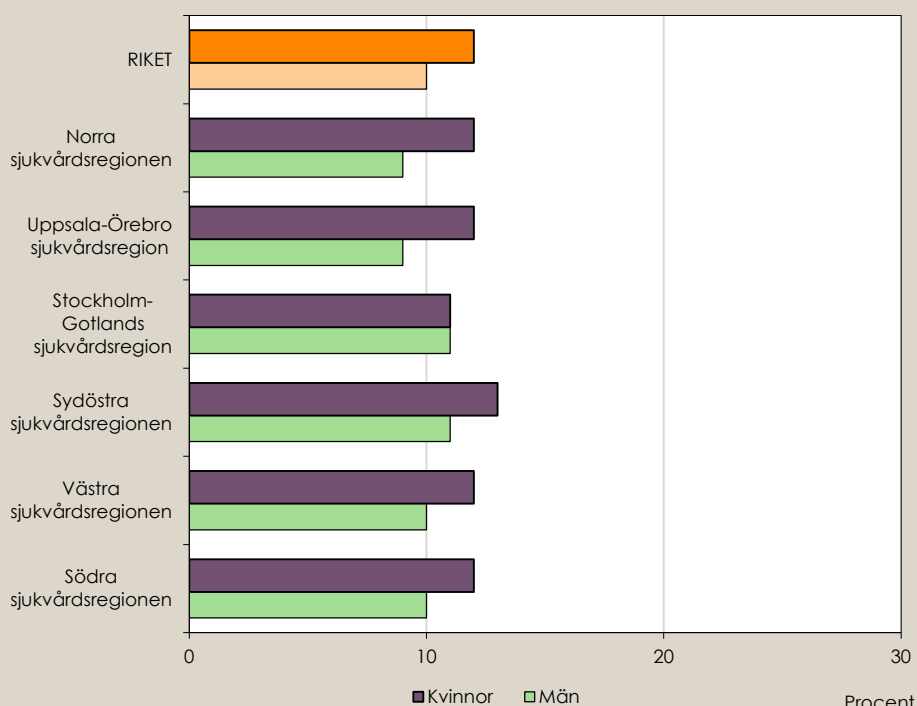
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Diagram 9 nedan visar andelen individer i åldern 35–74 år som uppgivit att de röker dagligen, 2012–2015, fördelat på kvinnor och män och sjukvårdsregion.

Diagrammet visar att i de flesta sjukvårdsregioner uppger fler kvinnor än män att de röker dagligen.

Diagram 9. Röker dagligen

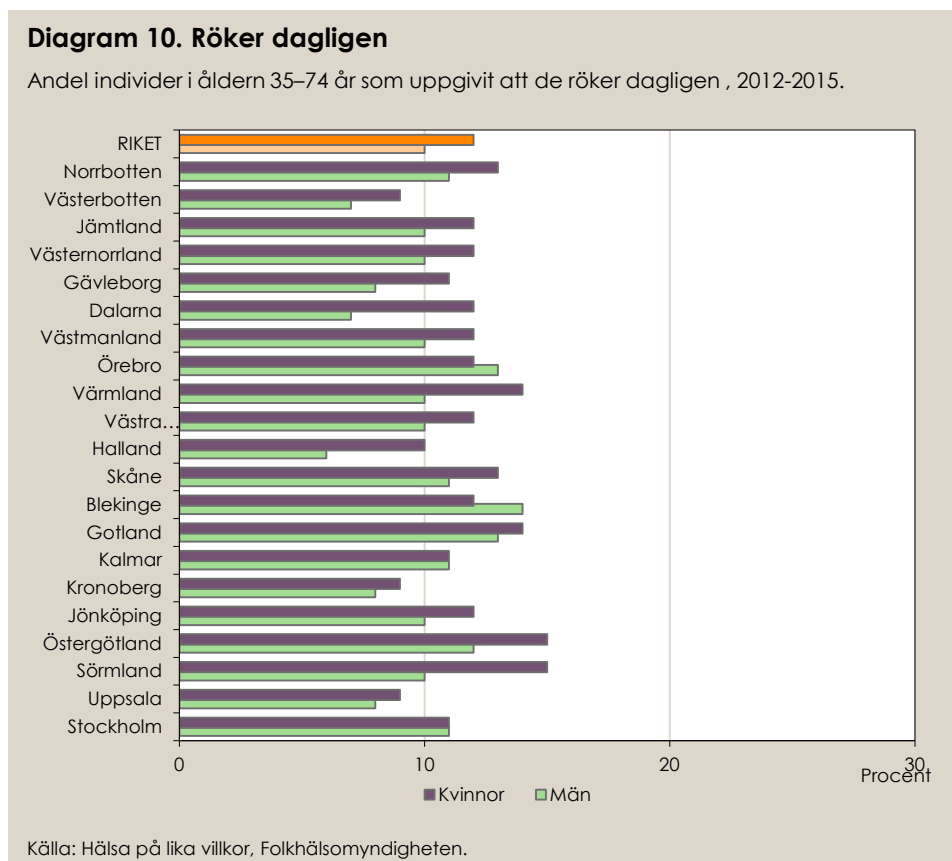
Andel individer i åldern 35–74 år som uppgivit att de röker dagligen , 2012-2015.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I diagram 10 nedan redovisas andelen kvinnor respektive män som uppger att de röker dagligen fördelat på landsting.

Störst andel kvinnor som uppger att de röker dagligen, 15 procent, återfinns i Sörmlands och Östergötlands län. Högst andel män som uppger att de röker dagligen finns i Blekinge där 14 procent av männen uppger att de röker dagligen.



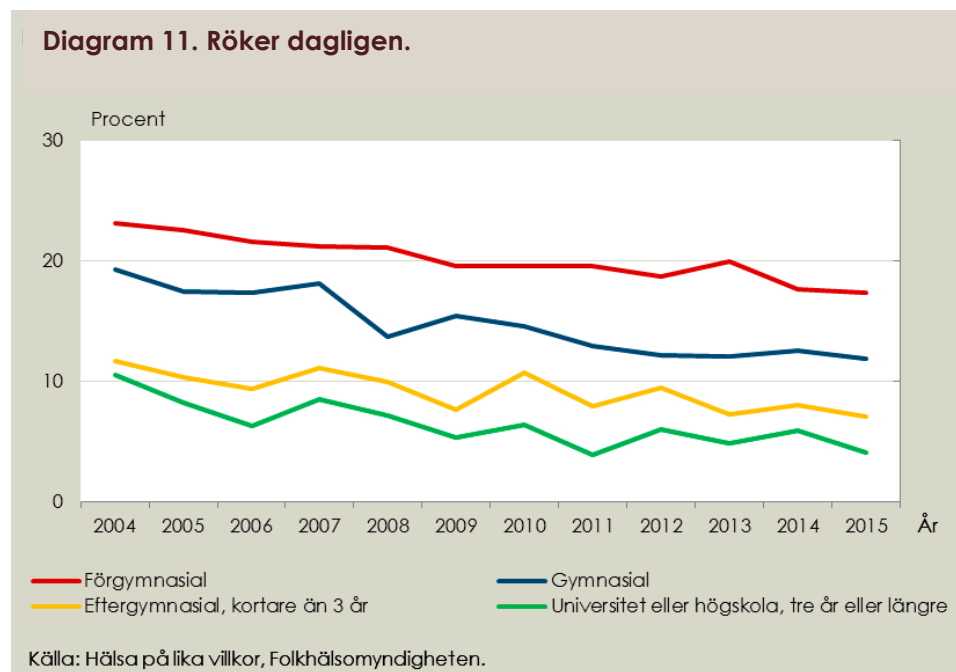
Andelen som uppger att de röker dagligen fördelat efter utbildningsnivå

I diagram 11 nedan redovisas utvecklingen av andelen som uppger att de röker dagligen fördelat på utbildningsnivåer. Utbildningsnivåerna är indelade i fyra grupper

- Förgymnasial utbildning, i denna grupp ingår de som har lägre än två års gymnasieutbildning
- Gymnasial utbildning, i denna grupp ingår de med två års gymnasieutbildning eller högre
- Eftergymnasial utbildning, i denna grupp ingår de med universitetsstudier lägre än tre år
- Universitet eller högskola, i denna grupp ingår de med minst tre års universitets- eller högskolestudier

Andelen som uppger att röker dagligen minskar över tid i samtliga grupper. Men stora skillnader syns när det gäller daglig rökning sett till utbildningsnivåer i befolkningen. Ju högre utbildningsnivå desto lägre andel individer som

uppger att de röker dagligen. Det är mer än fyra gånger så stor andel som uppger att de röker dagligen bland de som har en förgymnasial utbildning, 17 procent, jämfört med de som har en universitets- eller högskoleutbildning, där fyra procent uppger att de röker dagligen.



Utvecklingen av rökning bland ungdomar

Det är angeläget att även följa utvecklingen bland ungdomar. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför årligen undersökningar om drogvanor bland elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2.

Skolundersökningens tobaksdata pekar på kraftigt minskad tobakskonsumtion bland niondeklassare under 2000-talet. Liksom i tidigare undersökningar, var det i årets undersökning fler flickor än pojkar som rökte, medan pojkarna å andra sidan snusade i större utsträckning.

Alkoholkonsumtion

De cancerformer som är relaterade till alkoholkonsumtion är cancer i munhåla, matstrupe, svalg- och luftstrupe, lever, tjock- och ändtarm samt bröst [5].

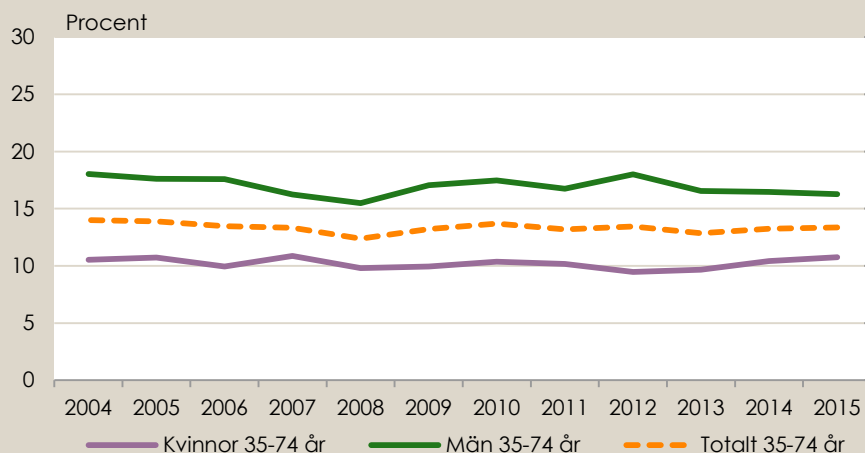
Det är därför angeläget att arbeta för en låg alkoholkonsumtion i befolkningen. Nedan redovisas diagram för andelen i befolkningen med beräknad riskkonsumtion utifrån svar på tre frågor i enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor*.

Riskbruk av alkohol – kvinnor och män

Totalkonsumtionen av alkohol har minskat i Sverige sedan början på 2000-talet. Trenddiagrammet för riket, diagram 12 nedan, visar en svag minskning sedan 2004 av andelen män som beräknas vara riskkonsumenter, från 18 till 16 procent, medan nivån ligger stabilt på 10 procent för kvinnor.

Diagram 12. Riskkonsumenter av alkohol

Andel individer i åldern 35–74 år som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

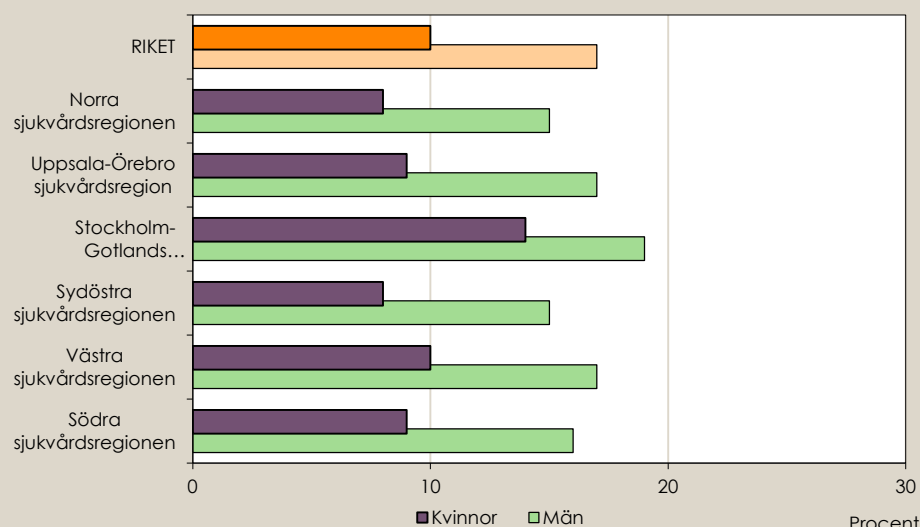
Diagram 13 nedan visar andelen individer som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion 2012–2015 fördelat på respektive sjukvårdsregion.

Diagrammet visar att i samtliga sjukvårdsregioner är andelen män med riskkonsumtion större än för kvinnor. Störst är skillnaden mellan könen i Sydöstra sjukvårdsregionen där 19 procent av männen och 8 procent av beräknas vara riskkonsumenter av alkohol.

I Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion har störst andel kvinnor som beräknats vara riskkonsumenter av alkohol, 14 procent, vilket ligger nästan lika högt som för männen i sjukvårdsregionen, 15 procent.

Diagram 13. Riskkonsumenter av alkohol

Andel individer i åldern 35–74 år som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

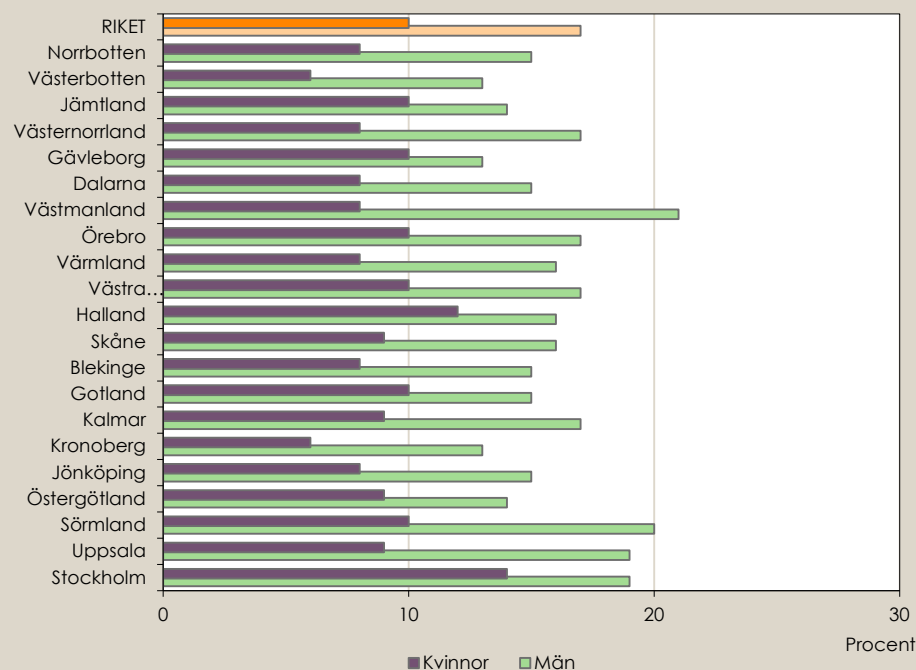
Diagram 14, nedan visar andelen män respektive kvinnor med riskkonsumtion per landsting.

Det är stora variationer i andel män och kvinnor med riskbruk av alkohol. Högst andel män med beräknat riskbruk av alkohol, finns i Västmanland och Sörmland, 21 respektive 20 procent.

Högst andel kvinnor med beräknat riskbruk av alkohol finns i Stockholms län, 14 procent och Halland, 12 procent.

Diagram 14. Riskkonsumenter av alkohol

Andel individer i åldern 35–74 år som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 2012-2015.



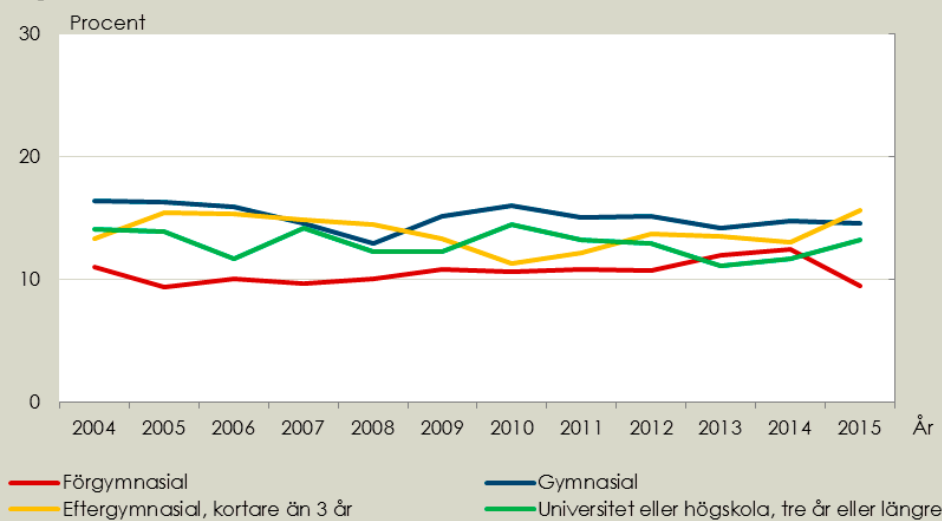
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Riskbruk av alkohol – utbildningsnivå

Till skillnad från för övriga levnadsvanor där gruppen med förgymnasial utbildning oftare har ohälsosamma levnadsvanor har gruppen lägst riskkonsumtion av alkohol, med undantag för perioden 2013–2014. De med gymnasial och eftergymnasial utbildning kortare än tre år beräknas ha högst andel med riskbruk.

Diagram 15. Riskkonsumenter av alkohol

Andel individer i åldern 35–74 år som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Alkoholvanor bland ungdomar

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), gör enkätundersökningar om bl.a. alkoholvanor bland ungdomar i skolår nio och andra året på gymnasiet. CAN redovisar en tydlig trend avseende alkoholkonsumtionen som sjunkit betydligt bland tonåringar sedan år 2000.

År 2015 svarade 42 procent av niondeklassare att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, jämfört med 46 procent 2014. Siffran är den lägsta som uppmätts sedan mätningarna startade.

Fler flickor än pojkar har visat sig vara alkoholkonsumenter under senare år. År 2015 svarade 44 procent av flickorna och 40 procent av pojkarna att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna.

Även bland eleverna i gymnasiet har andelen alkoholkonsumenter minskat sedan startåret 2004; från ca 90 procent till 75 procent 2015. Andelen konsumenter minskade både bland flickorna och för pojkarna 2015 jämfört med 2014 (flickor från 82 till 76 procent; pojkar: från 76 till 73 procent och totalt för båda könen: från 79 till 75 procent).

Andelen hög- och riskkonsumenter och andelen intensivkonsumenter har minskat kraftigt under de senaste ca 10 åren, både i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Det är de lägsta uppmätta sedan undersökningarna startade [10].

Fetma

Flera cancerformer är relaterade till övervikt och fetma. Det gäller tjock- och ändtarmscancer, njurcancer, cancer i matstrupe, bukspottkörtelcancer, gallblåsecancer, bröstcancer hos kvinnor (efter menopaus), livmodercancer, äggstockscancer [5].

Fetma – kvinnor och män

Andelen vuxna med fetma har fördubblats sedan 1990. Enligt WHO:s prognos från 2015 beräknas andelen feta i Sverige fördubblas på 15 år – då

var fjärde man och var femte kvinna beräknas vara feta år 2030. I Sverige beräknas också ungefär varannan man och var tredje kvinna idag vara överviktiga. Det finns också socioekonomiska skillnader beträffande vikt, där fetma är vanligare bland de som uppger svårigheter med ekonomi och bland personer med kortare utbildning. Utvecklingen av övervikt och fetma har samband med olika faktorer i samhället, liksom med våra gener och våra levnadsvanor [5].

Med ett BMI högre än 30 kan man ha fetma (helt friska och muskulösa personer kan dock ha ett BMI över både 25 och 30 utan att betraktas som överviktiga eller feta). Nedan visas diagram 16 trend för riket, diagram 17 per sjukvårdsregion samt diagram 18 per län fördelat på kön.

Trenddiagrammet nedan visar en ökning i riket för både män och kvinnor av andelen individer med BMI högre än 30. Ingen stor skillnad mellan könen syns för riket.

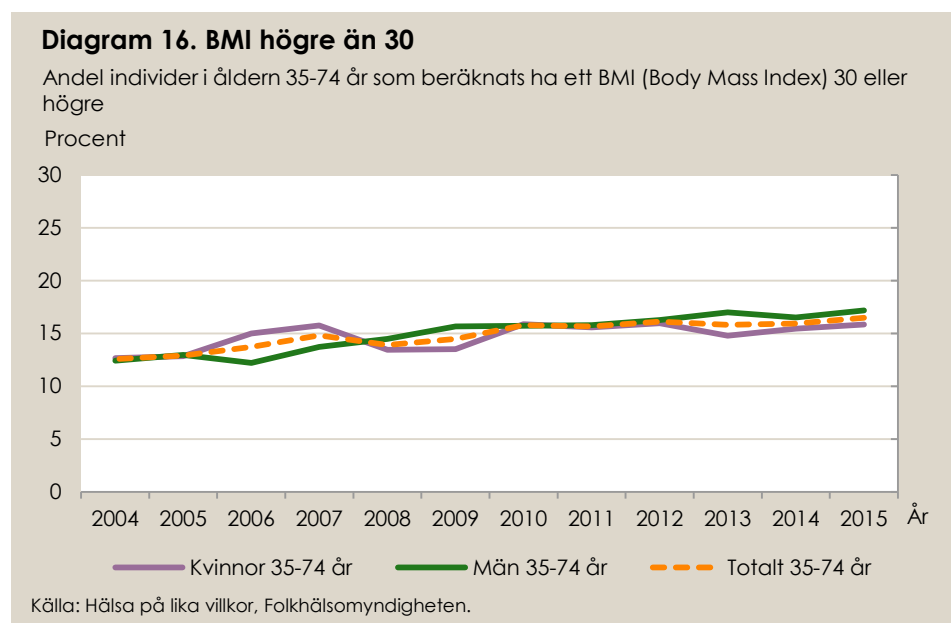


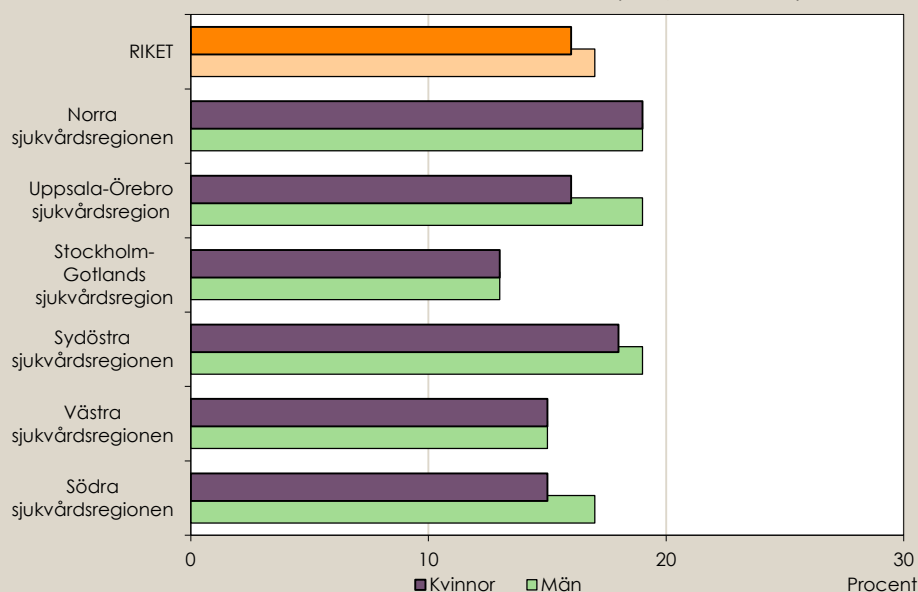
Diagram 17 nedan visar andel individer i åldern 35–74 år som beräknats ha ett BMI 30 eller högre, fördelat på sjukvårdsregional nivå.

Andelen kvinnor och män med BMI 30 eller högre är störst i Norra sjukvårdsregionen, 19 procent.

Andelen män med BMI 30 eller högre ligger lika högt i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och Stockholm-Gotland's sjukvårdsregion som för män i Norra sjukvårdsregionen.

Diagram 17. BMI högre än 30

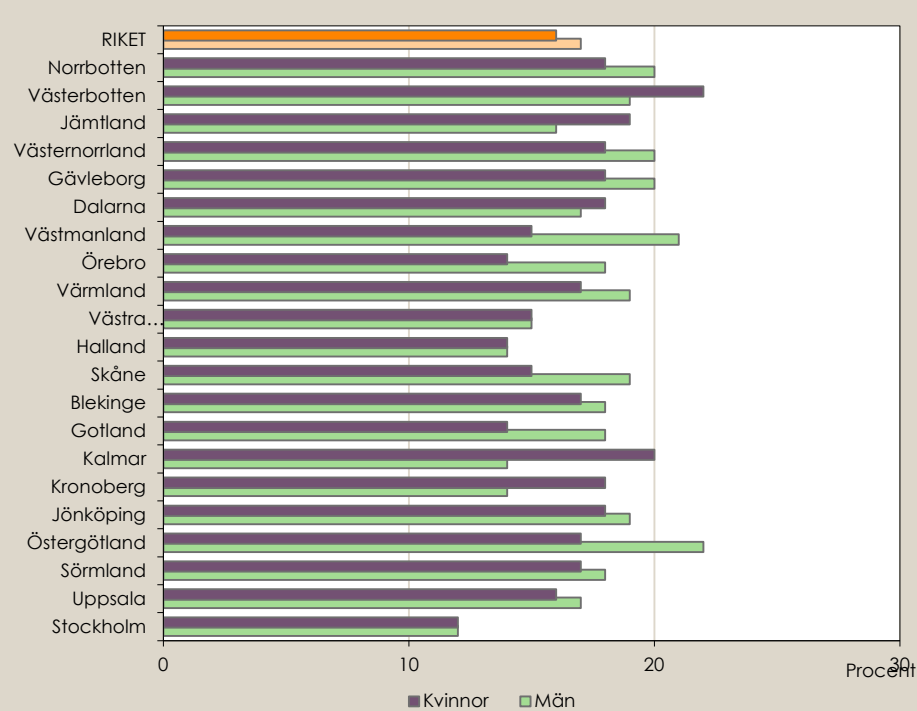
Andel individer i åldern 35-74 år som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller



I diagram 18 nedan visas motsvarande på landstingsnivå. Västerbottens län har högst andel kvinnor, 22 procent, med BMI högre än 30. Östergötlands län har högst andel män, 22 procent, med BMI högre än 30.

Diagram 18. BMI högre än 30

Andel individer i åldern 35-74 år som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre, 2012-2015.



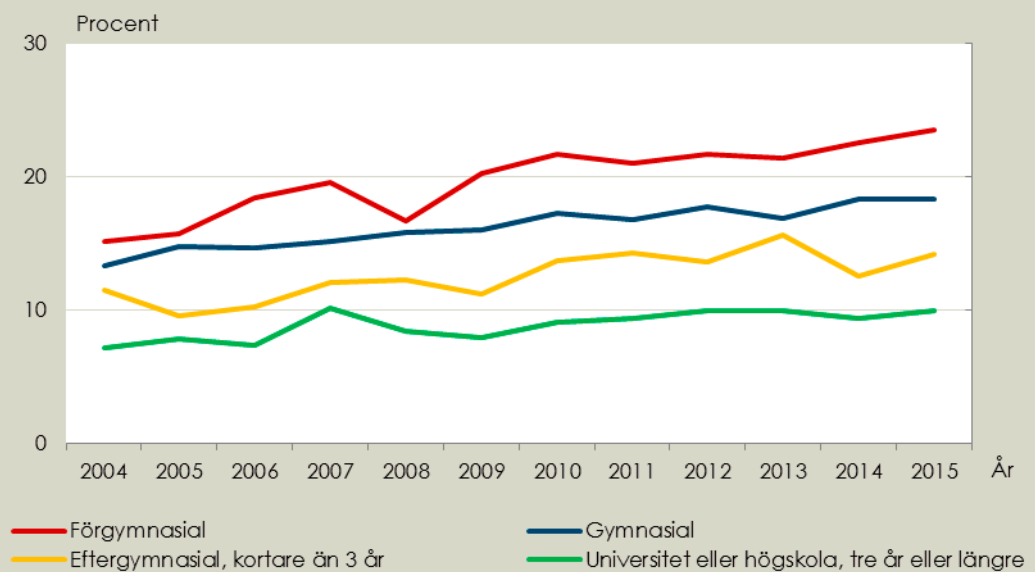
Fetma – utbildningsnivå

I diagram 19 nedan visas en trend över utvecklingen av andel individer i åldern 35–74 år som beräknas ha ett BMI högre än 30, fördelat efter utbildningsnivåer.

Trenden visar en ökning av andelen med BMI högre än 30 för alla utbildningsgrupper, dessutom ökar skillnaderna mellan grupperna. Högst andel individer med BMI högre än 30 finns i gruppen med förgymnasial utbildning, 23 procent.

Diagram 19. BMI högre än 30

Andel individer i åldern 35-74 år som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Sunda matvanor

Flera cancerformer är relaterade till mat och övervikt, det gäller tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer, livmoderkroppscancer, matstrupscancer, njurcancer, cancer i mun, svalg och struphuvud. WHO:s rekommendationer är att äta mycket fullkorn, baljväxter, grönsaker och frukt samt undvika livsmedel med hög kalori- och fetthalt, undvika söta drycker, processat kött, rött kött och livsmedel med hög salthalt. Att följa rekommendationen för frukt och grönt är en god indikator för sunda matvanor i stort [5].

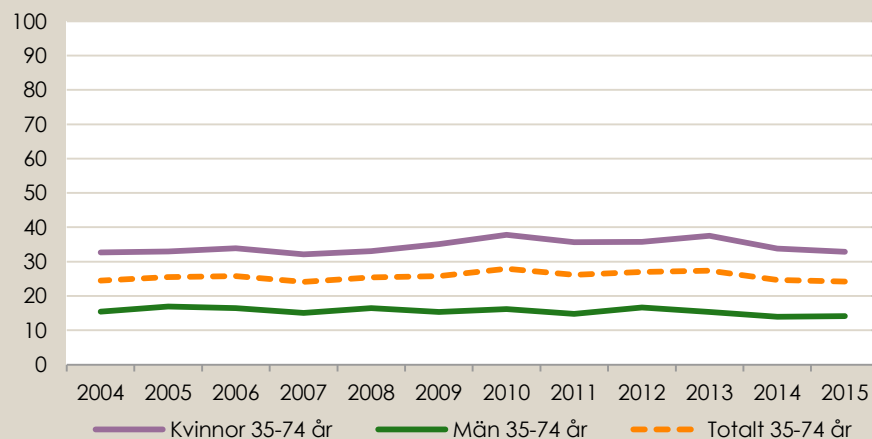
Intag av frukt och grönsaker – kvinnor och män

I enkäten Hälsa på lika villkor ställs frågor om matvanor. När det gäller intag av frukt och grönsaker visar enkätundersökningen att andelen individer som äter frukt och/eller grönsaker minst tre gånger per dag är lågt. Totalt är det 25 procent som anger att de äter frukt/grönsaker minst tre gånger per dag. En större andel bland kvinnorna än män, 33 respektive 14 procent, anger att de äter frukt/grönsaker minst tre gånger per dag. Se diagram 20 nedan.

Diagram 20. Äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag

Andel individer i åldern 35–74 år som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag

Procent

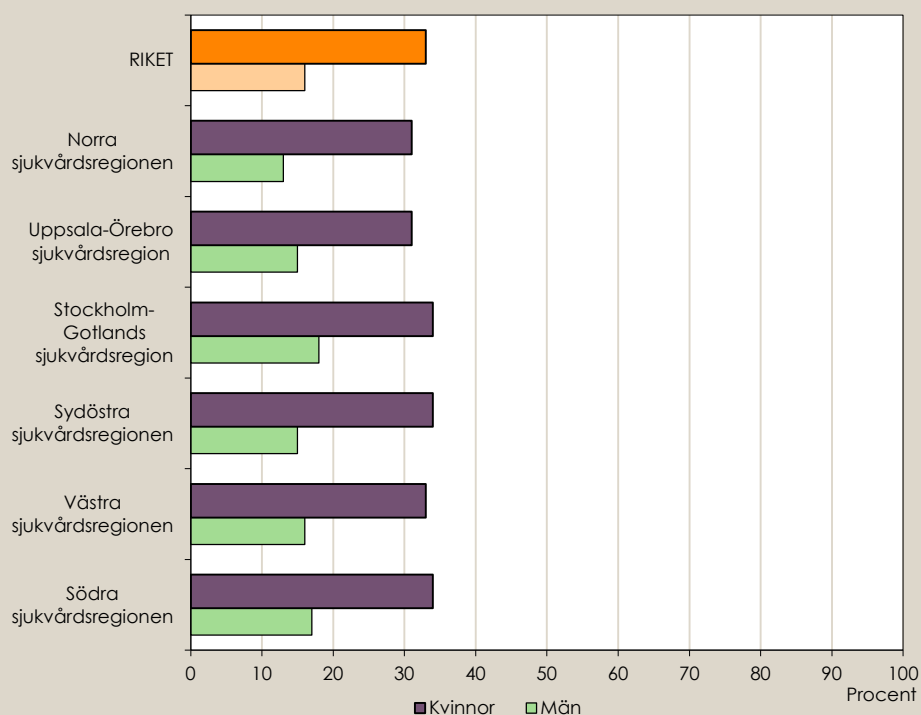


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I diagram 21 nedan redovisas andelen kvinnor och män som uppgivit att de äter frukt/grönsaker minst tre gånger per dag, fördelat på sjukvårdsregional nivå.

Diagram 21. Äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag

Andel individer i åldern 35–74 år som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 2012-2015.



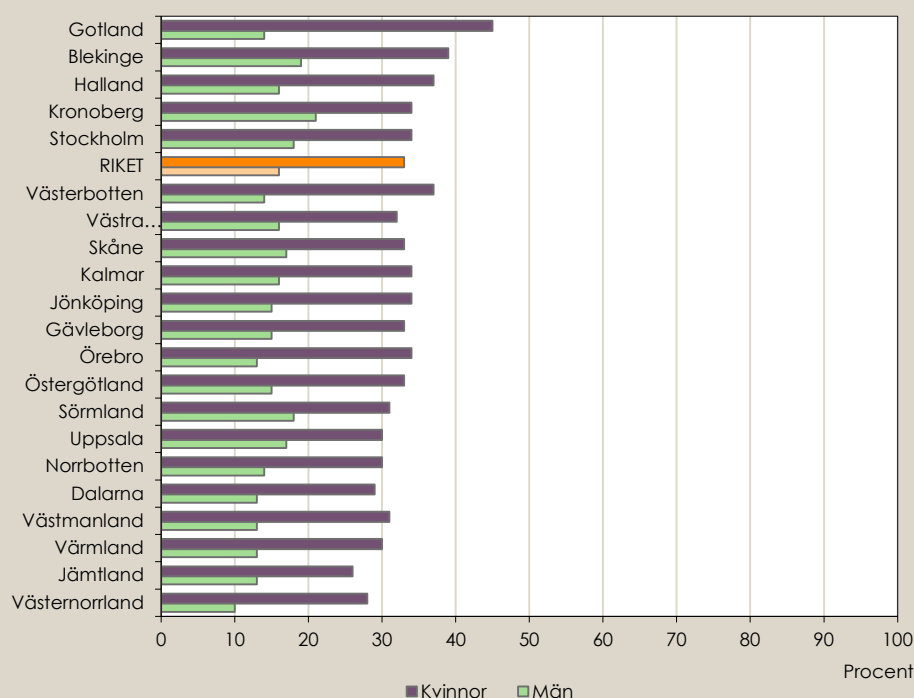
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Det ser ganska lika ut över landet, fler kvinnor än män, 31–34 procent av kvinnorna och 13–18 procent av männen, uppger att de äter frukt/grönsaker minst tre gånger per dag.

I diagram 22 nedan visas motsvarande fördelat på landsting. Lägst andel som äter frukt/grönsaker tre gånger per dag ses för män i Västernorrland, tio procent.

Diagram 22. Äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag

Andel individer i åldern 35–74 år som uppgett att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 2012-2015.



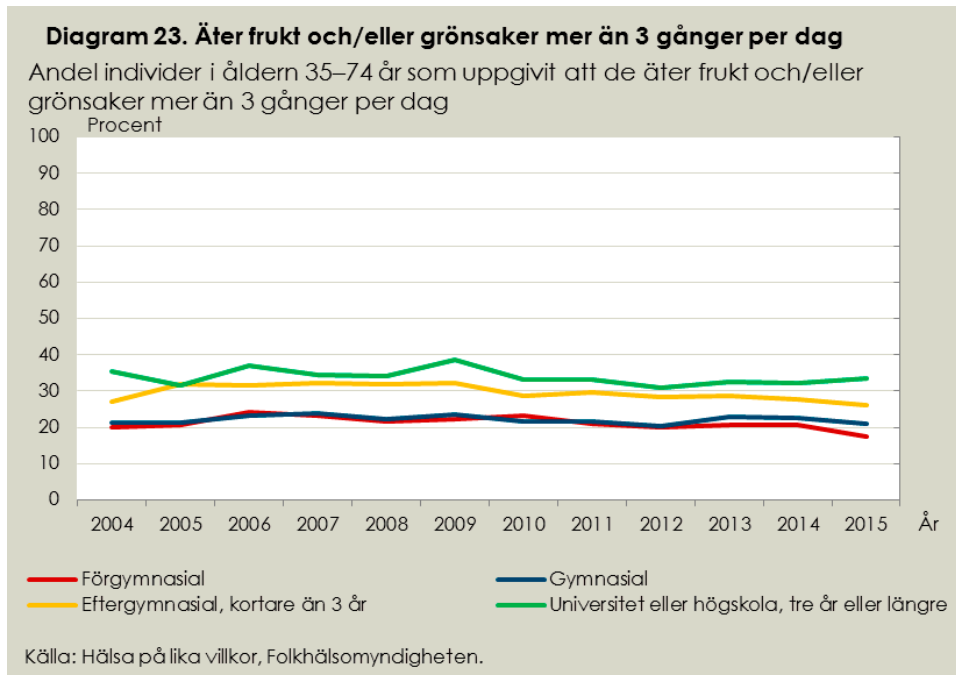
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Intag av frukt/grönsaker – utbildningsnivå

Diagram 23 nedan visar andelen individer i åldern 35–74 år som uppgett att de äter frukt/grönsaker minst tre gånger per dag, fördelat efter utbildningsnivå för riket.

Diagrammet visar på stora skillnader mellan grupperna. Gruppen med högst utbildningsnivå har störst andel individer, 34 procent 2015, som äter frukt och/eller grönsaker minst tre gånger per dag. Dessutom är det endast i denna grupp som intaget av frukt ökar, om än långsamt.

Lägst andelen individer som uppger att de äter frukt/grönsaker minst tre gånger per dag ses bland de med förgymnasial utbildningsnivå, 17 procent 2015.



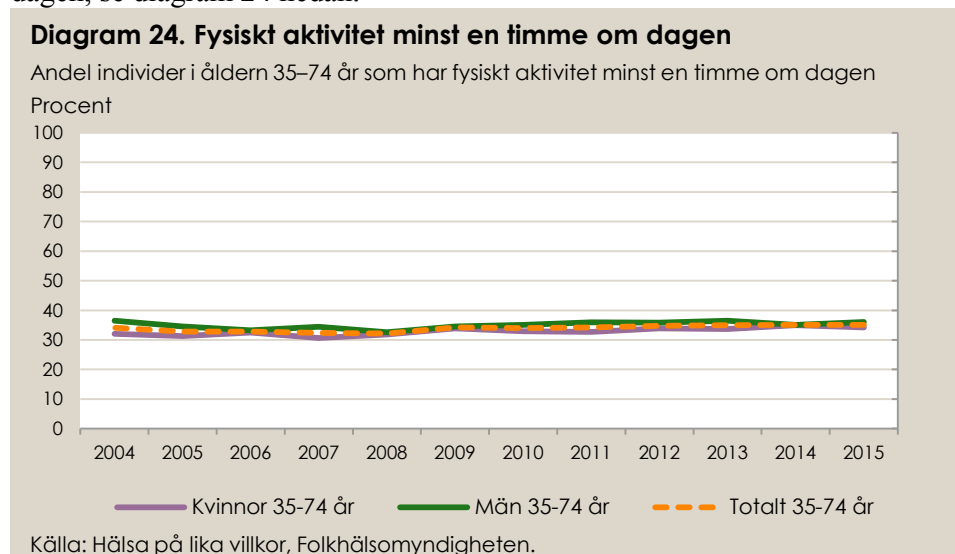
Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet minskar risken att drabbas av tjock- och ändtarmscancer, bröst- och livmodercancer. Fysisk aktivitet främjar även en hälsosam vikt, vilket ger ett indirekt samband till njurcancer, matstrupscancer, bukspottskörtelcancer, gallblåsecancer och äggstockscancer [5].

Andel med fysisk aktivitet minst en timme om dagen, totalt och för kvinnor och män

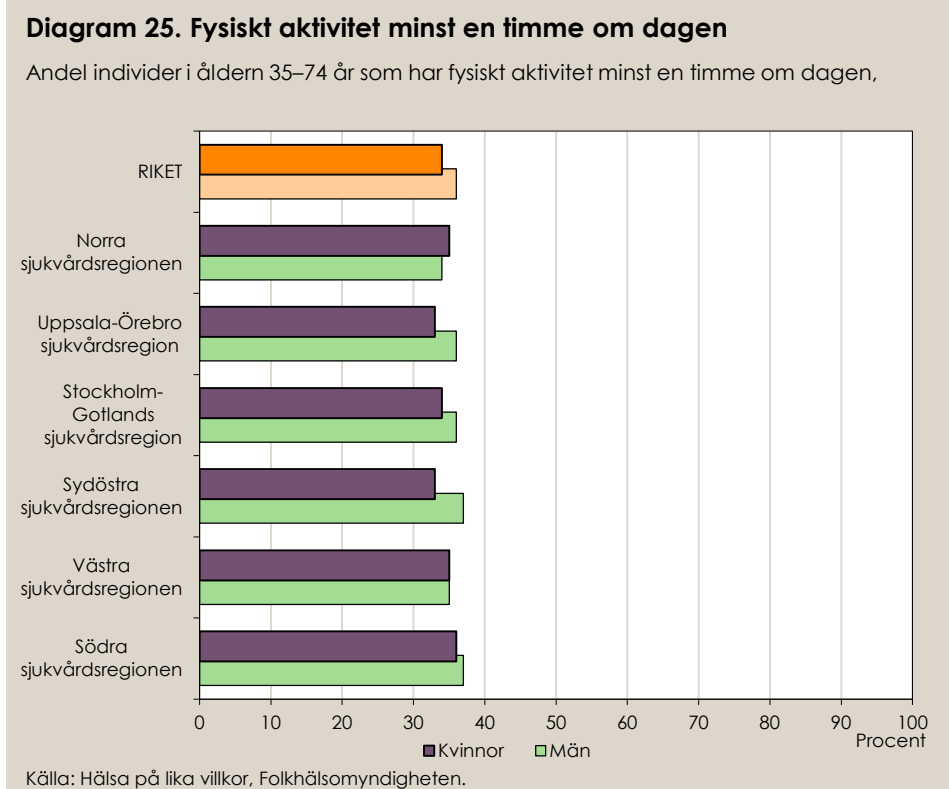
Enligt enkätundersökningen Hälsa på lika villkor är 34 procent av befolkningen fysiskt aktiva minst en timme om dagen, samtidigt har 14 procent av befolkningen en stillasittande fritid.

En liten skillnad syns mellan könen där 36 procent av männen och 34 procent av kvinnorna uppgivit att de är fysiskt aktiva minst en timme om dagen, se diagram 24 nedan.



I diagram 25 nedan visas andelen kvinnor och män som uppgivit att de är fysiskt aktiva minst en timme per dag, fördelat på sjukvårdsregional nivå.

Diagrammet visar inga större skillnader varken mellan könen i respektive sjukvårdsregion eller mellan sjukvårdsregionerna.

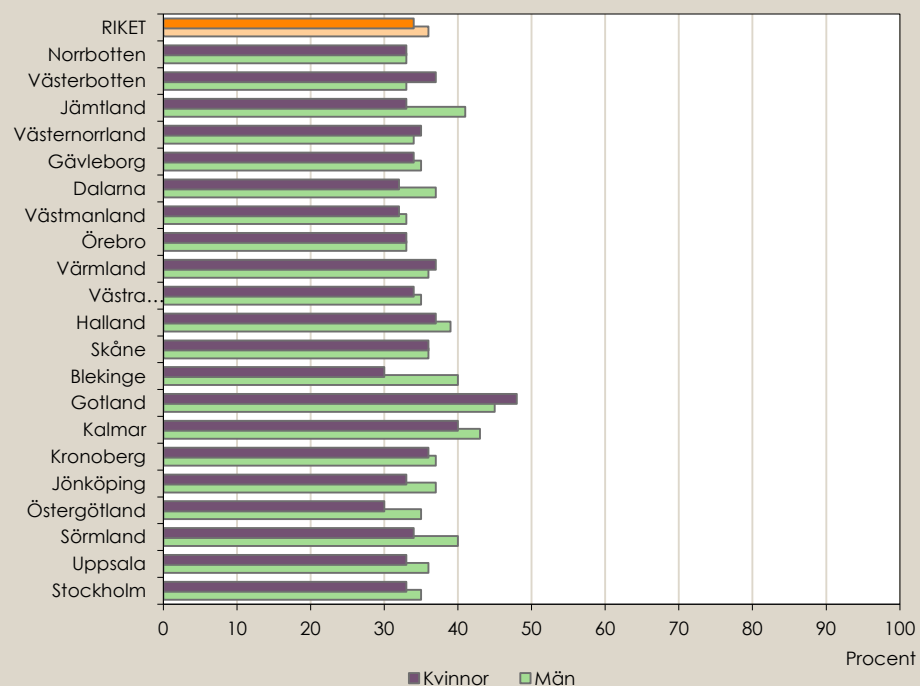


Diagrammet nedan visar andelen fysiskt aktiva kvinnor respektive män, fördelat på landsting. Minst fysiskt aktiva är kvinnor i Östergötlands län och Blekinge län. Mest fysiskt aktiva är kvinnorna på Gotland, 48 procent.

För några län framkommer något större skillnader mellan män och kvinnor jämfört med diagrammet över sjukvårdsregionerna. På landstingsnivå är det vanligare att männen har fysisk aktivitet mer än en timme per dag.

Diagram 26. Fysiskt aktivitet minst en timme om dagen

Andel individer i åldern 35–74 år som har fysiskt aktivitet minst en timme om dagen, 2012-2015.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

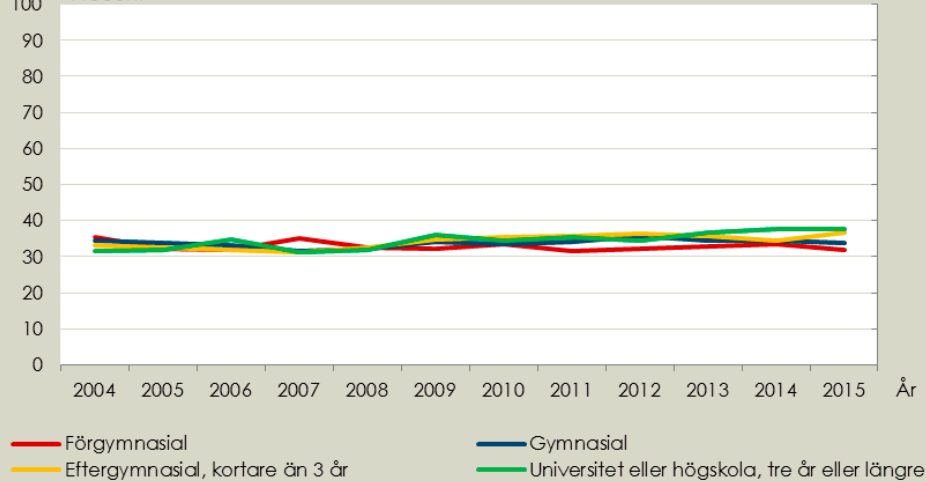
Fysisk aktivitet – utbildningsnivå

Inga större skillnader syns avseende fysisk aktivitet mellan grupper med olika utbildningsnivå.

Diagram 27. Fysiskt aktivitet minst en timme om dagen

Andel individer i åldern 35–74 år som har fysiskt aktivitet minst en timme om dagen

Procent



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Solvanor

Skadlig solstrålning kan ge upphov till hudcancer, särskilt farlig är malignt melanom. Hudcancer är den cancerform som ökar mest.

Att följa befolkningens solvanor är angeläget. Strålsäkerhetsmyndigheten redovisar i en undersökning att det är vanligast att man bränner sig i solen på badplats utomlands.

Fyra av tio uppger att de solar mindre i dag än vad de gjorde för fem år sedan. Det visar en undersökning som Strålsäkerhetsmyndigheten har låtit göra bland 2 600 personer. Enligt undersökningen verkar svenskarna ha blivit bättre på att skydda sig mot solen och undvika att bränna sig. Hälften (57 procent) uppger att de alltid eller ofta tar pauser från solen för att undvika att bränna sig. Närmare fyra av tio (39 procent) vistas i skuggan för att undvika att bränna sig. Däremot ser det ut som om alltför många förlitar sig för mycket på att solkräm är ett tillräckligt skydd för att undvika att bränna sig[11].

Utvecklingen av solvanor i befolkningen kommer att kunna följas ytterligare framöver i och med att frågan om solvanor nu inkluderats i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning Hälsa på lika villkor (HLV).

Minimera fördröjd cancerupptäckt – screening

Screening är när symtomfria personer i en viss åldersgrupp erbjuds undersökning i syfte att hitta tidigt stadium eller förstadiet av cancer när sjukdomen fortfarande är botbar.

I Sverige finns idag nationella screeningprogram för bröstcancer och livmoderhalscancer. Socialstyrelsen rekommenderar även screening för tjock- och ändtarmcancer.

Livmoderhalscancer

Cancer i livmoderhalsen, cervixcancer, är relativt ovanligt i Sverige jämfört med världen i övrigt. År 2014 insjuknade 549 kvinnor i bröstcancer i Sverige. Sjukdomen utvecklas ofta långsamt under många år. Medianåldern vid insjuknande är cirka 50 år och nästan var tredje kvinna är under 40 år. Det årliga insjuknande i livmoderhalscancer har i absoluta tal mer än halverats sedan slutet av 1960-talet då screening med gynekologisk cellprovtagning infördes.

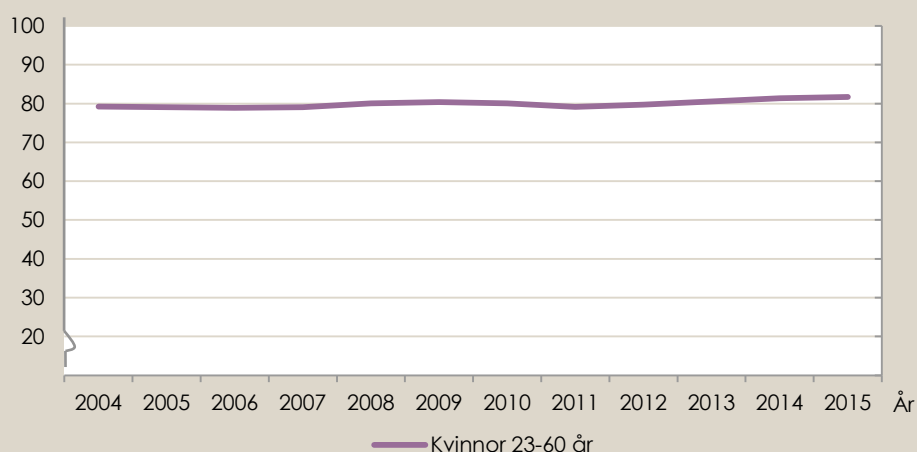
Gynekologisk cellprovtagning syftar till att förebygga livmoderhalscancer genom att upptäcka och behandla cancers förstadier. Enligt Socialstyrelsen rekommenderar att landstingen bjuda in kvinnor i åldern 23–64 år till screening.

I diagrammen nedan redovisas täckningsgraden för gynekologiskt cellprovtagning. I underlaget ingår både de cellprover som tagits efter kallelse till screening och de som tagits vid andra besök i hälso- och sjukvården, till exempel vid gynekologiska mottagningar. Med täckningsgrad avses andelen kvinnor i befolkningen i de aktuella åldrarna som har tagit ett cellprov enligt det rekommenderade tidsintervallet.

Täckningsgraden i riket har i stort sett varit kring 80 procent under de senaste tio åren. Täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning i åldern 23–64 år var 82 procent 2015, se diagram 28. Variationen mellan landstingen var 70–91 procent. I nationella cancerstrategin finns en målnivå om 85 procents täckningsgrad i hela landet.

Diagram 28. Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning

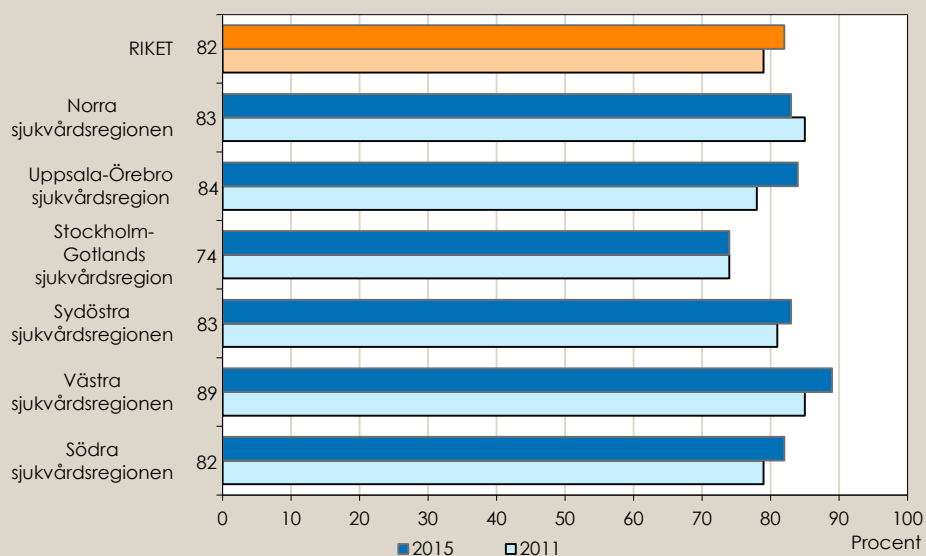
Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning
Procent



Källa: Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention.

Diagram 29. Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk

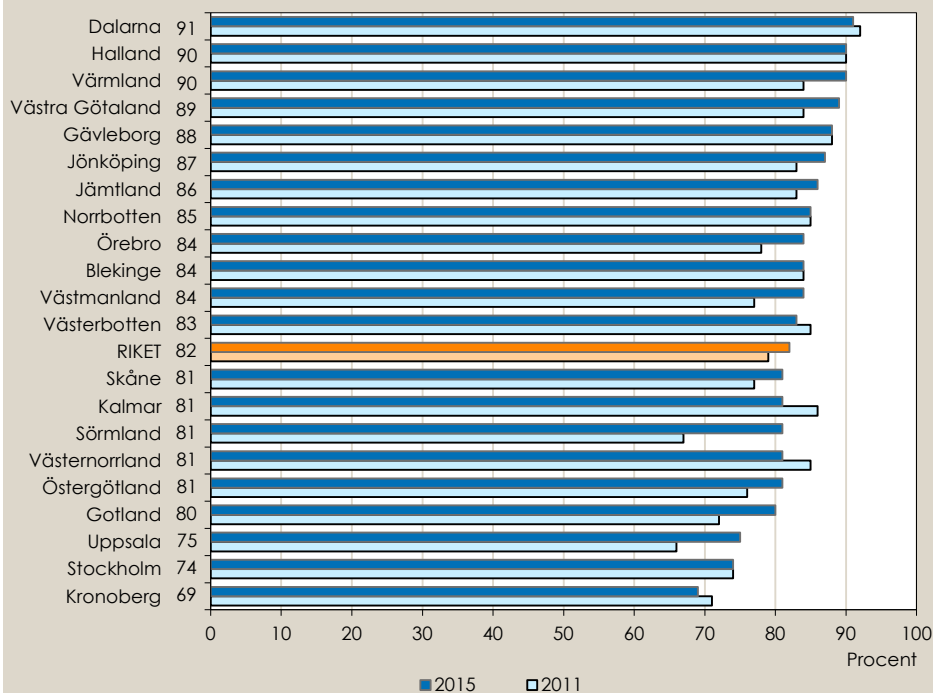
Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning, 2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention.

Diagram 30. Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning

Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning, 2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention.

Bilaga 3 På rätt väg – bättre vård för patienten?

Dimensionen knyter an till målen i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden om att

- förbättra kvaliteten i omhändertagande av patienter med cancer
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos.

Palliativ vård

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas. Palliativ vård avser de lindrande åtgärder som kan vidtas när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända till det är mycket kort tid kvar att leva. Det är därmed viktigt att konstatera att palliativ vård är mer än vård i livets sista veckor.

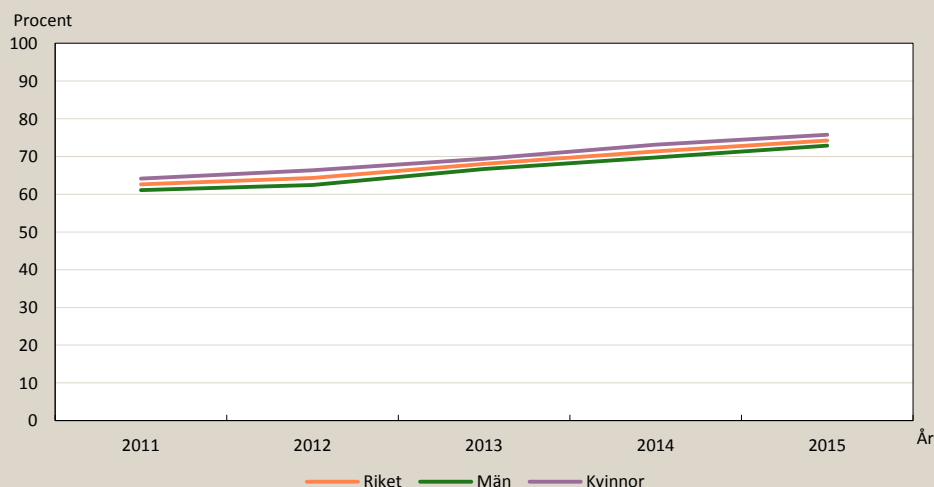
Brytpunktssamtal

När all såväl botande som bromsande behandling avslutas och vården går över till palliativ vård i livets slutskede genomförs så kallade brytpunktssamtal med patient och närstående. I det Socialstyrelsens kunskapsstöd har kontinuerliga brytpunktssamtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede högsta prioritet.

Diagram 31 och 32 visar andelen patienter med cancer i vilkens journal fanns dokumenterat att brytpunktssamtal genomförts, för dödsfall som skedde under 2015. Av de patienter som registrerats med en cancersjukdom i kvalitetsregistret var det 74 procent som hade uppgift om brytpunktssamtal i journalen. Skillnaden mellan landstingen var 61–80 procent. Andelen i riket har ökat från 63 procent 2011.

Diagram 31. Brytpunktssamtal

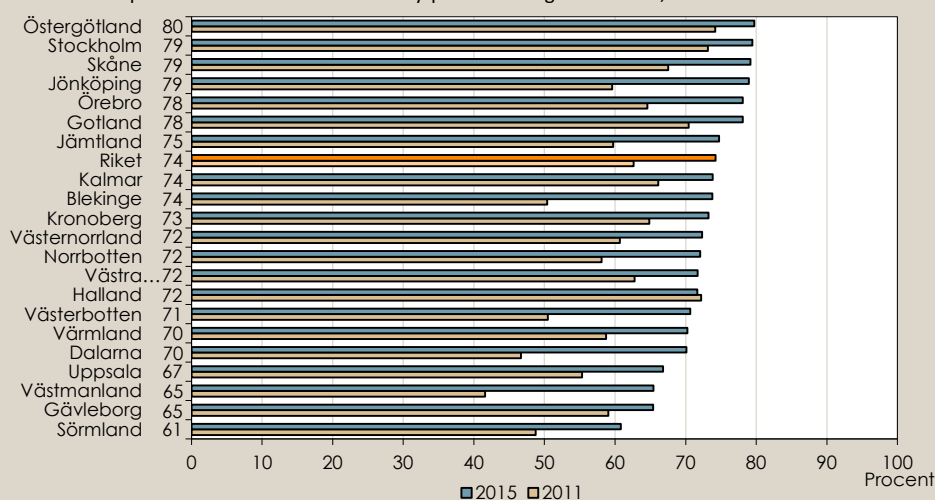
Andel cancerpatienter i livets slutskede där brytpunktsamtal genomfördes



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 32. Brytpunktssamtal

Andel cancerpatienter i livets slutskede där brytpunktsamtal genomfördes, år 2015.



Källa: Svenska palliativregistret.

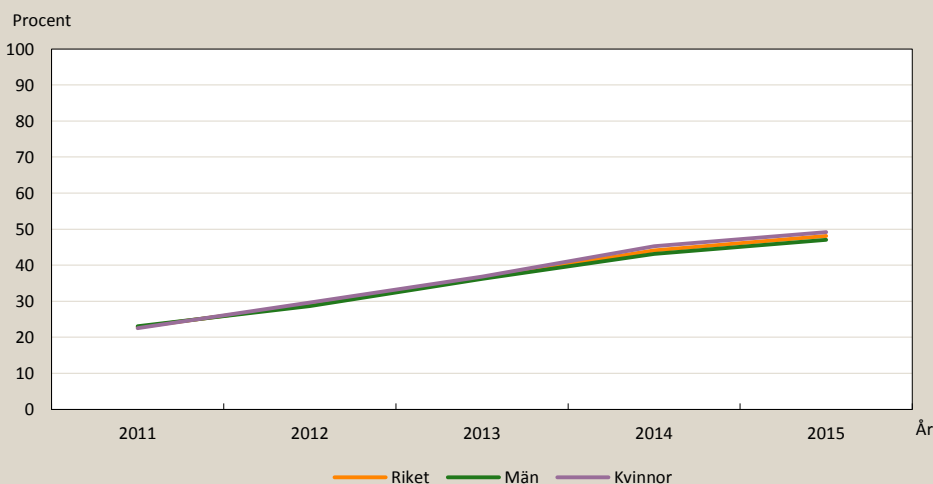
Regelbunden skattning av smärtintensitet

En regelbunden smärtanalys och skattning av smärtintensiteten är en viktig rekommendation i Socialstyrelsens kunskapsstöd såväl som i det nationella vårdprogrammet för god palliativ vård i livets slutskede. Obehandlad smärta ger mindre livskvalitet. Det ökar också risken för medicinska komplikationer.

Diagram 33 och 34 visar att av de patienter som registrerats med en cancersjukdom i kvalitetsregistret hade 48 procent skattat sin smärta med hjälp av ett validerat symtomskattningsinstrument under 2015. Skillnaden mellan landstingen var 28–65 procent. Andelen i riket har ökat från 23 procent 2011.

Diagram 33. Smärtskattningsinstrument

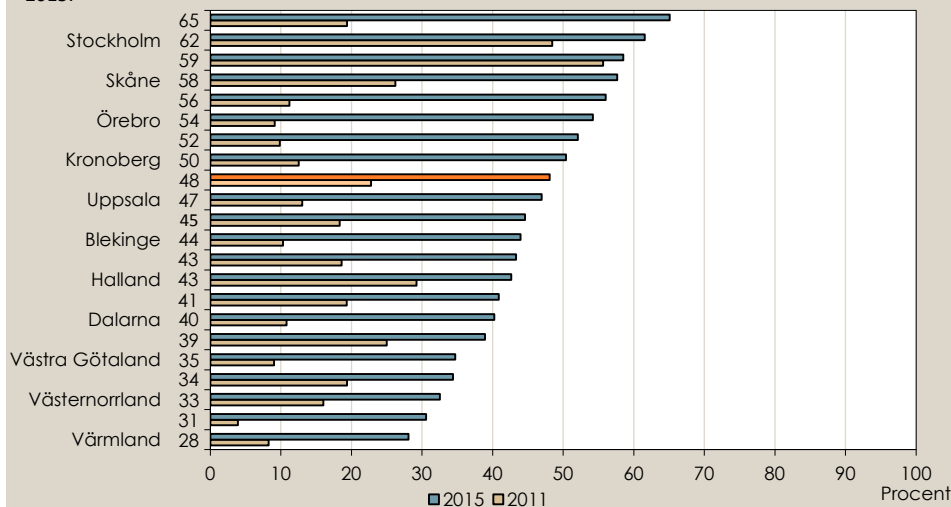
Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan,



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 34. Smärtskattningsinstrument

Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan, år 2015.



Källa: Svenska palliativregistret.

Vidbehovsordination av opioider mot smärta

Det är väl känt att majoriteten av personer som dör i cancer behöver minst en injektion av opioid, smärtstillande morfinpreparat, den sista tiden i livet. Därför är det viktigt att det finns en individuellt anpassad ordination i händelse av smärtgenombrott.

Tiden mellan då patienten får smärta som hen vill ha hjälp med och lindring kan bli onödigt lång. Finns det skriftliga rutiner för hur ordinationer ska göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer.

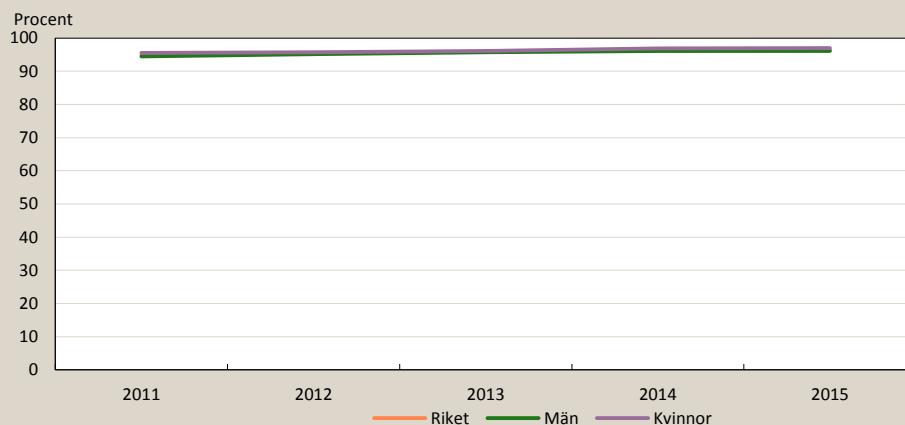
Diagram 35 och 36 visar andelen cancerpatienter som under 2015 hade en vidbehovsordination av opioider. Av de personer som registrerats med en

cancersjukdom hade 97 procent en sådan ordination. Skillnaden mellan landstingen var 93–98 procent.

Svenska Palliativregistret har som mål att 100 procent av patienterna ska ha en vidbehovsordination för smärtstillande behandling.

Diagram 35. Vidbehovsordination av opioid mot smärta

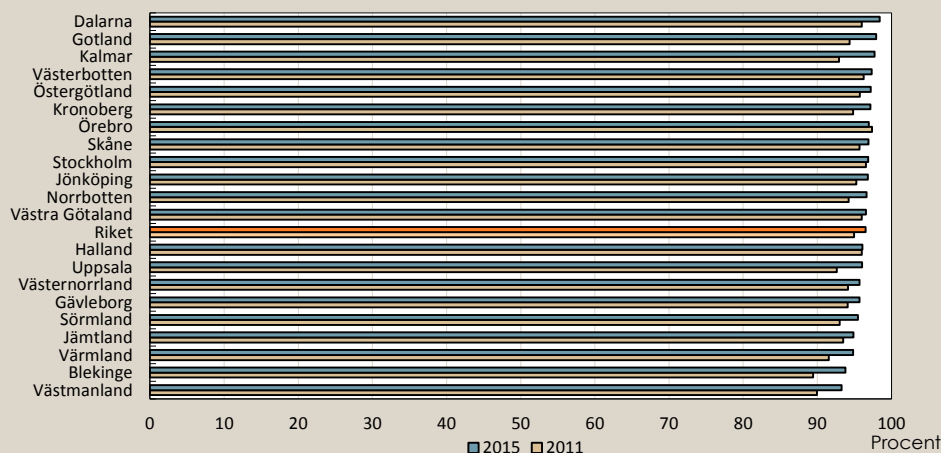
Andel cancerpatienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled, år 2011-2015.



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 36. Vidbehovsordination av opioid mot smärta

Andel cancerpatienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled, år 2015.



Källa: Svenska palliativregistret.

Min vårdplan

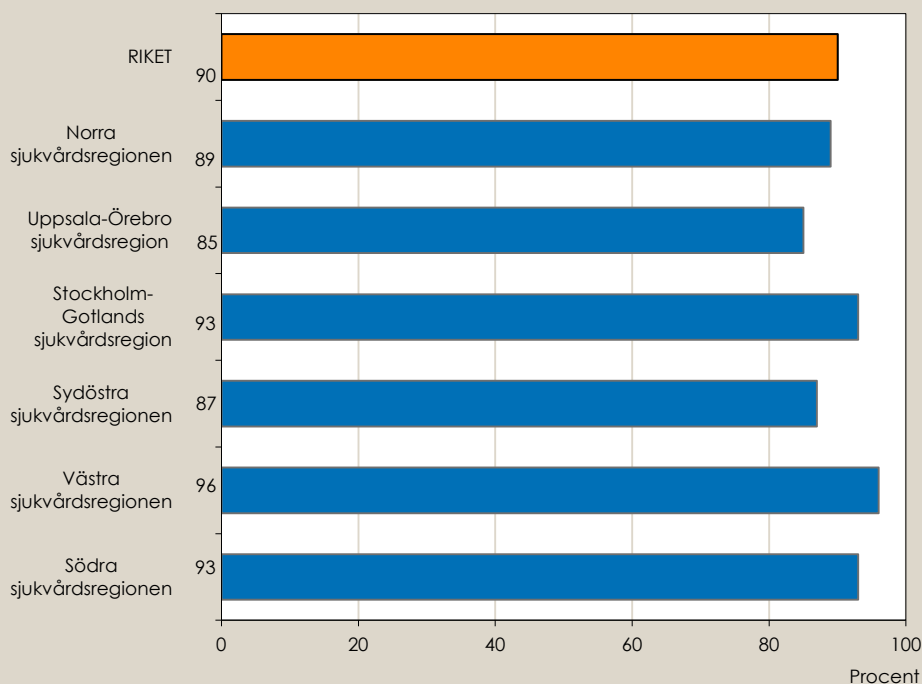
Min vårdplan är ett samlat dokument som kontinuerligt ska uppdateras. Namnet Min vårdplan tydliggör att vårdplanen skrivs för och med patienten. Oftast är det kontaktsjuksköterskan som har till uppgift att tillsammans med patienten ta fram en individuell vårdplan.

Diagram 37 visar andelen bröstcancerfall som hade en individuell vårdplan (Min vårdplan) per sjukvårdsregion. Diagram 38 visar per landsting. I riket hade 90 procent av patienterna en individuell vårdplan. Variationen mellan landstingen var 24–100 procent. Underlaget omfattar 7 380 kvinnor som diagnostiserades under 2015. För flertalet landsting, 16 av 21, hade mer än 90 procent av patienterna hade en vårdplan.

Variabeln infördes i registret januari 2015, varför inget jämförelseår kan redovisas.

Diagram 37. Individuell vårdplan, bröstcancer

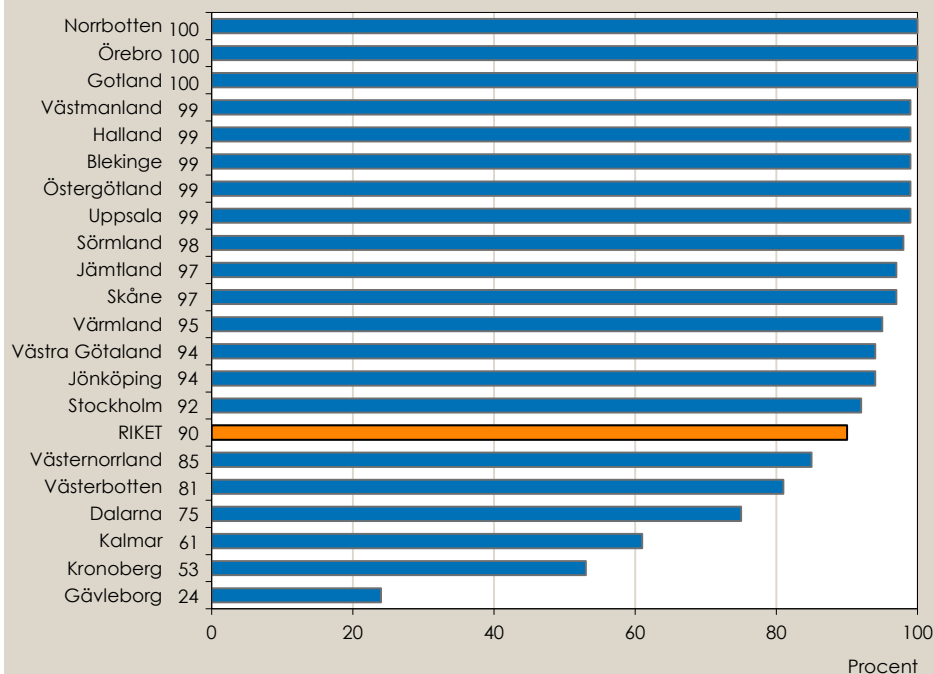
Andel patienter med individuell vårdplan (Min vårdplan), 2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Diagram 38. Individuell vårdplan, bröstcancer

Andel patienter med individuell vårdplan (Min vårdplan), 2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Kontaktsjuksköterska

Ett stöd för patienterna när det gäller kontinuitet, integritet och bemötande utgör tillgången till kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för patienten och närstående under hela vårdkedjan.

Nedan visas andelen patienter med bröstcancer, prostatacancer eller malignt melanom som erbjudits kontaktsjuksköterska.

Kontaktsjuksköterska vid bröstcancer

Diagrammen 39 och 40 nedan visar för fyra diagnoser andelen patienter som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska 2014 respektive 2015 fördelat per sjukvårdsregion.

Diagram 39. Kontaktsjuksköterska 2014

Andel patienter som erbjudits kontaktsjuksköterska, 2014.

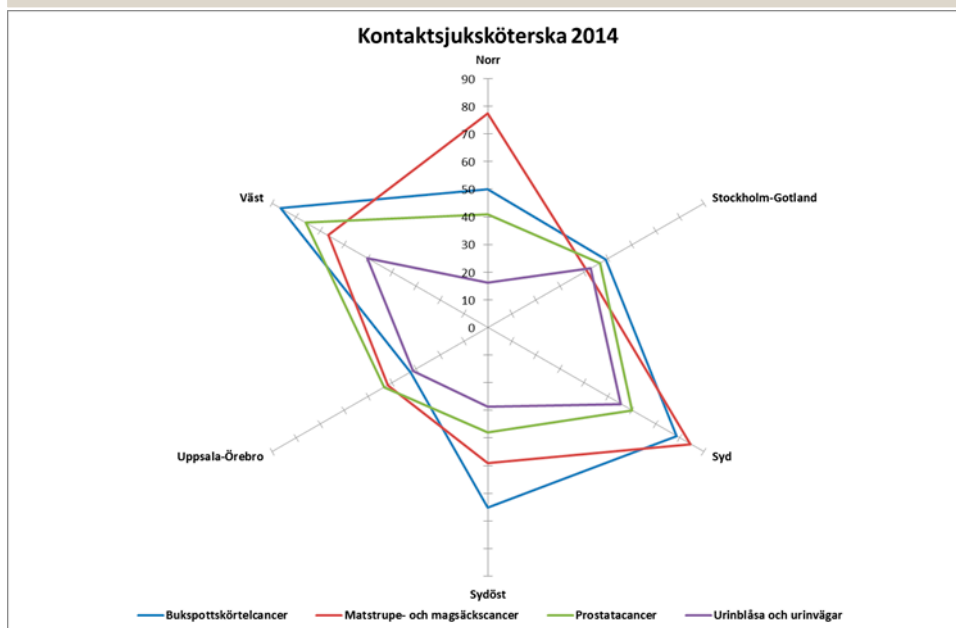


Diagram 40. Kontaktsjuksköterska 2015

Andel patienter som erbjudits kontaktsjuksköterska, 2015.

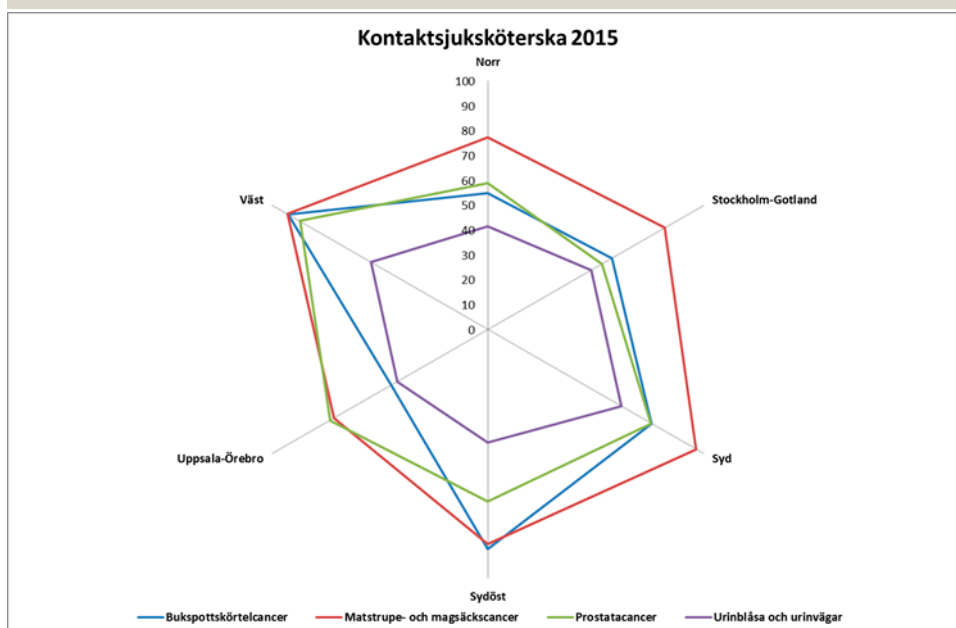
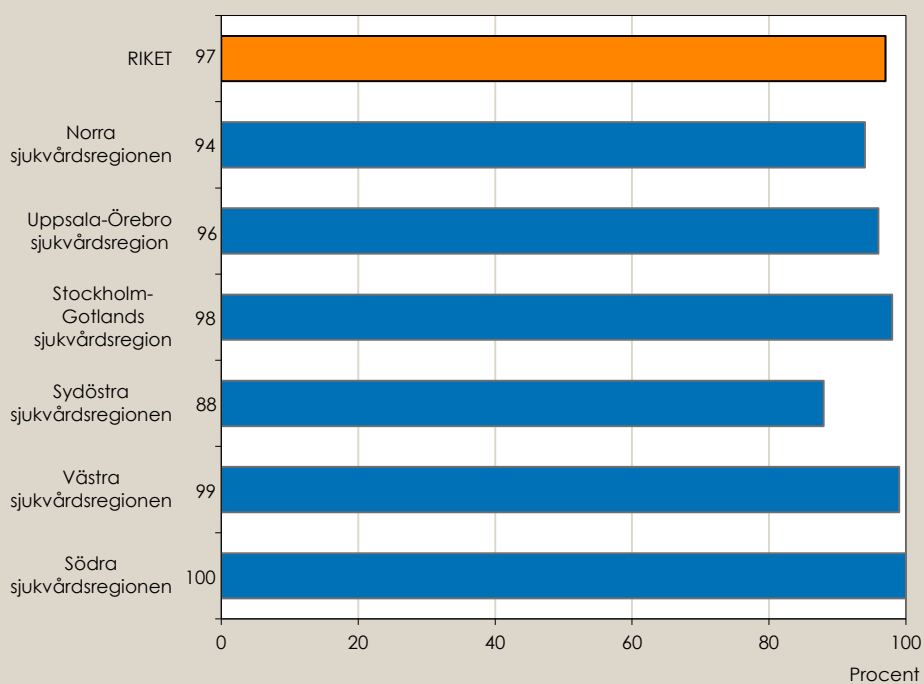


Diagram 41–42 nedan visar andelen patienter med bröstcancer som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska. I riket hade 97 procent av kvinnor med bröstcancer som fanns registrerade i kvalitetsregistret fått erbjudande om kontaktsjuksköterska. Variationen mellan landstingen var 54–100 procent. Redovisningen omfattar 8 127 kvinnor som diagnostiserades under 2015.

Diagram 41. Kontaktsjuksköterska, bröstcancer

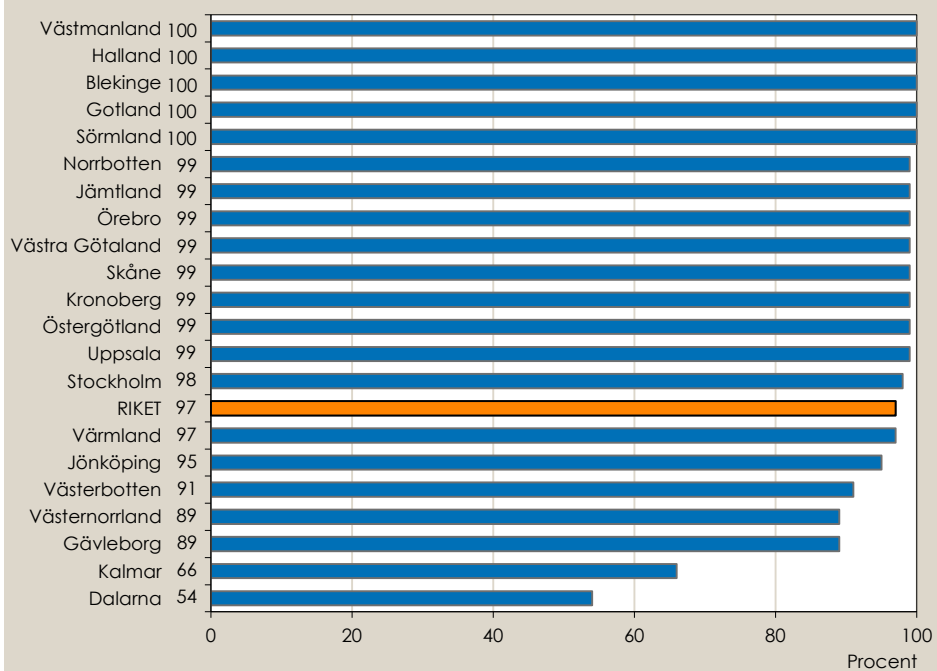
Andel kvinnor med bröstcancer som erbjudits kontaktsjuksköterska, 2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Diagram 42. Kontaktsjuksköterska, bröstcancer

Andel kvinnor med bröstcancer som erbjudits kontaktsjuksköterska, 2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Kontaktsjuksköterska vid prostatacancer

Diagram 43–44 visar att det var 70 procent av männen med prostatacancer som fick erbjudande om kontaktsjuksköterska. Variationen mellan landstingen var 31–95 procent. Redovisningen omfattar 9 636 män som diagnostiserades under 2015.

Diagram 43. Kontaktsjuksköterska, prostatacancer

Andel patienter med prostatacancer som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska,

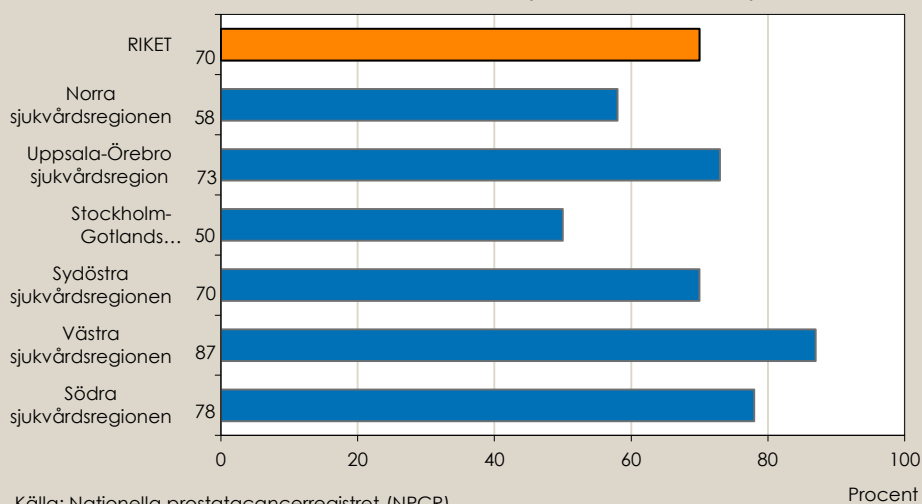
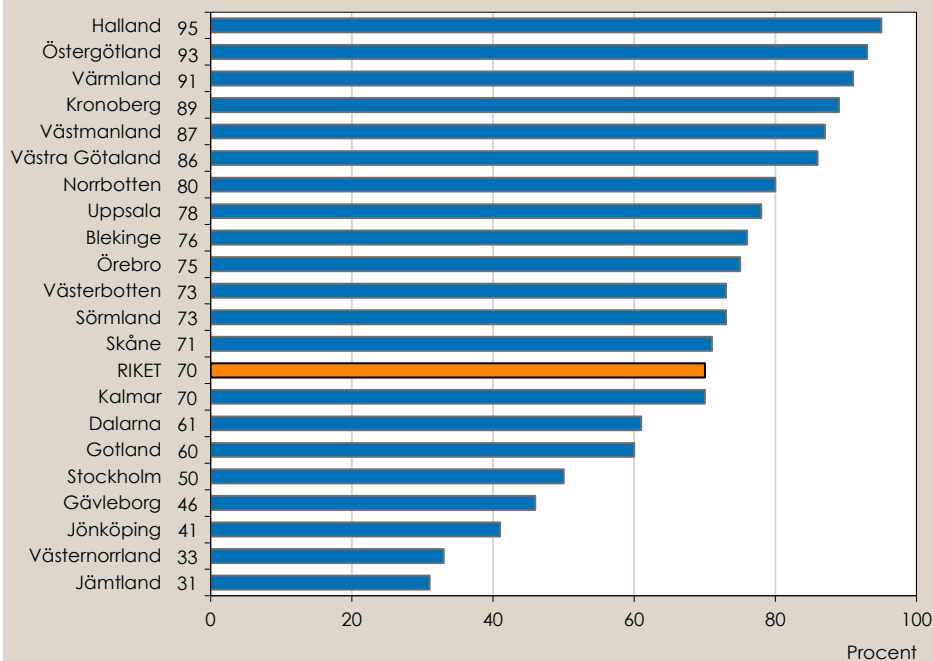


Diagram 44. Kontaktsjuksköterska, prostatacancer

Andel patienter med prostatacancer som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska, 2015.



Kontaktsjuksköterska vid malignt melanom

För patienter med malignt hudmelanom med en tumörtjocklek på mer än 1 mm var det i riket 51 procent som fick erbjudande om kontaktsjuksköterska, se diagram 45–47 nedan. Det var ingen större skillnad mellan könen. Variationen mellan landstingen var stor, 9–91 procent. Redovisningen omfattar 4 426 patienter. Trots att resultaten redovisas för tre år, 2013–2015, bygger underlaget för flera av landstingen på relativt få uppgifter, varför resultatet bör tolkas med försiktighet. Det pekar dock på att införande av kontaktsjuksköterskor är på gång.

Diagram 45. Kontaktsjuksköterska, hudmelanom >1 mm tjocklek

Andel patienter som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska, hudmelanom >1 mm

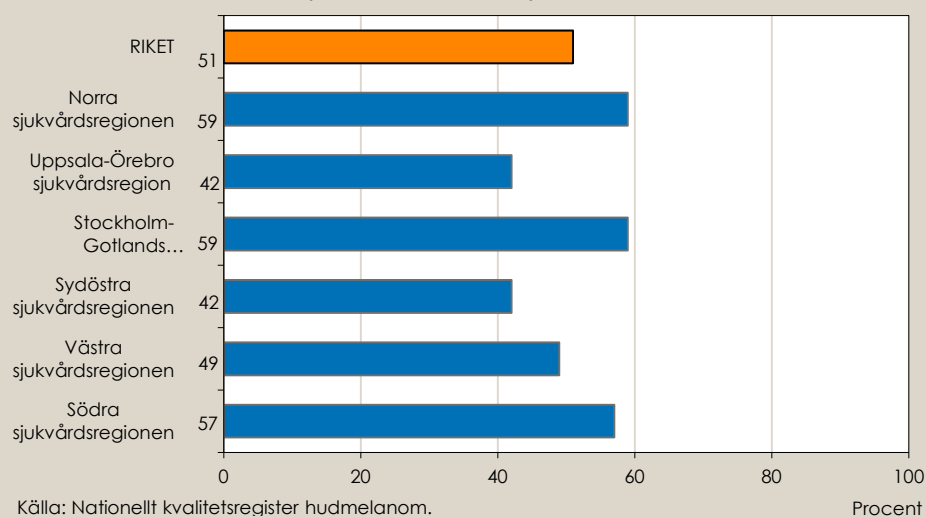


Diagram 46. Kontaktsjuksköterska, hudmelanom >1 mm tjocklek

Andel kvinnor respektive män som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska,

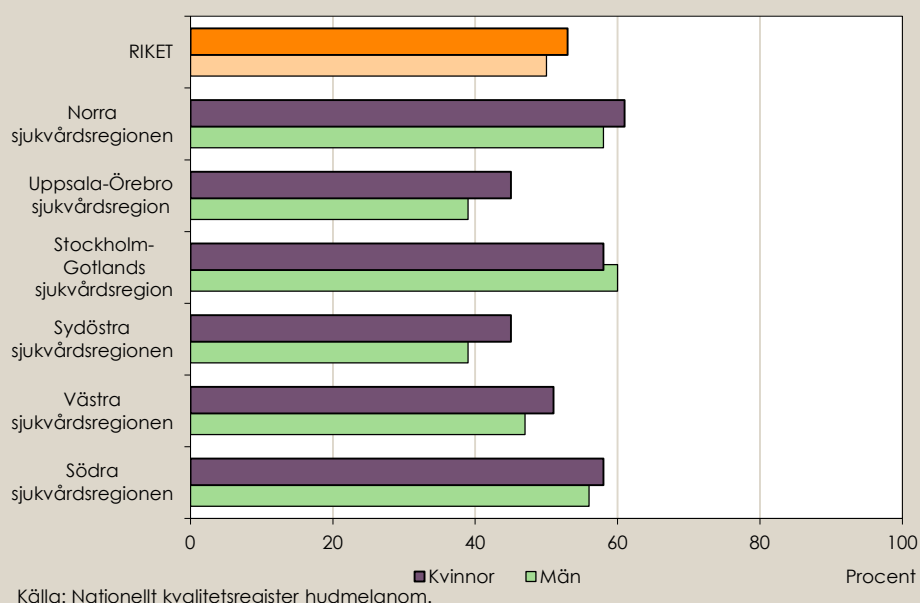
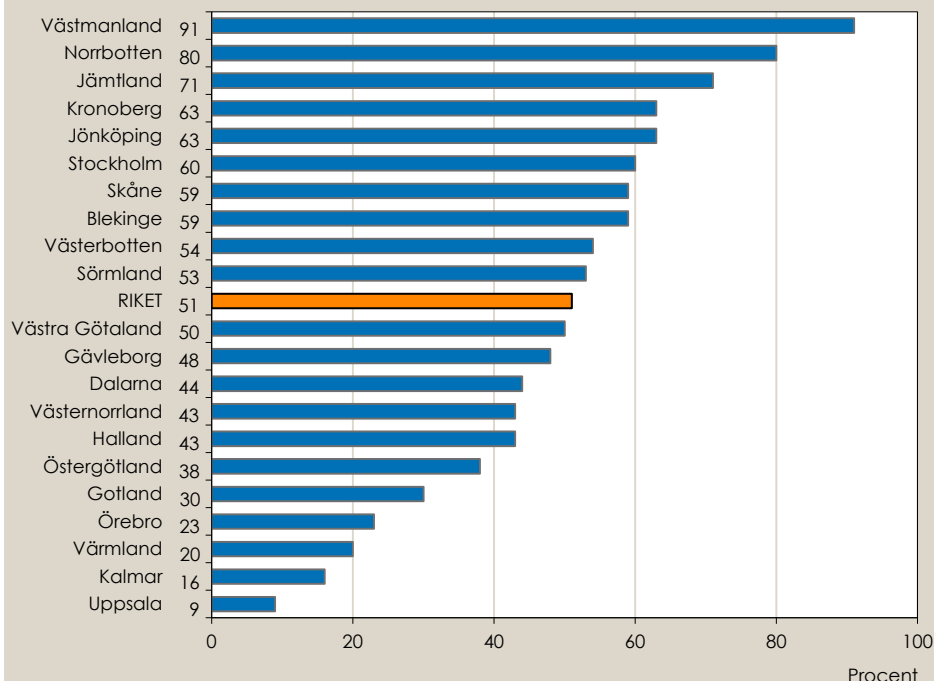


Diagram 47. Kontaktsjuksköterska, hudmelanom >1 mm tjocklek

Andel patienter som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska, hudmelanom >1 mm tjocklek, 2013-2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister hudmelanom.

Patientrapporterade mått

Patientrapporterade mått kan ge viktig information för uppföljning och fortsatt utveckling av cancervården. De brukar delas i två områden, det ena beskriver patientens upplevelse av vården, det andra hur patienten upplever sin sjukdom och hälsa.

Patient Reported Experience Measures (PREM) är ett mått avseende patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården. Detta kan innefatta bemötande, delaktighet, information, förtroende för vårdgivaren och tillgänglighet. Både begreppet tillfredsställelse och upplevelser anses vara multidimensionella begrepp som kräver mer omfattande instrument än en enskild fråga för att ge en bra bild av patientens tillfredsställelse eller upplevelser av vården.

Patient Reported Outcome Measures (PROM), är mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention. Mätningen omfattar symtom, funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet.

Det är ännu få kvalitetsregister som redovisar sådana mått, men utvecklingsarbete pågår.

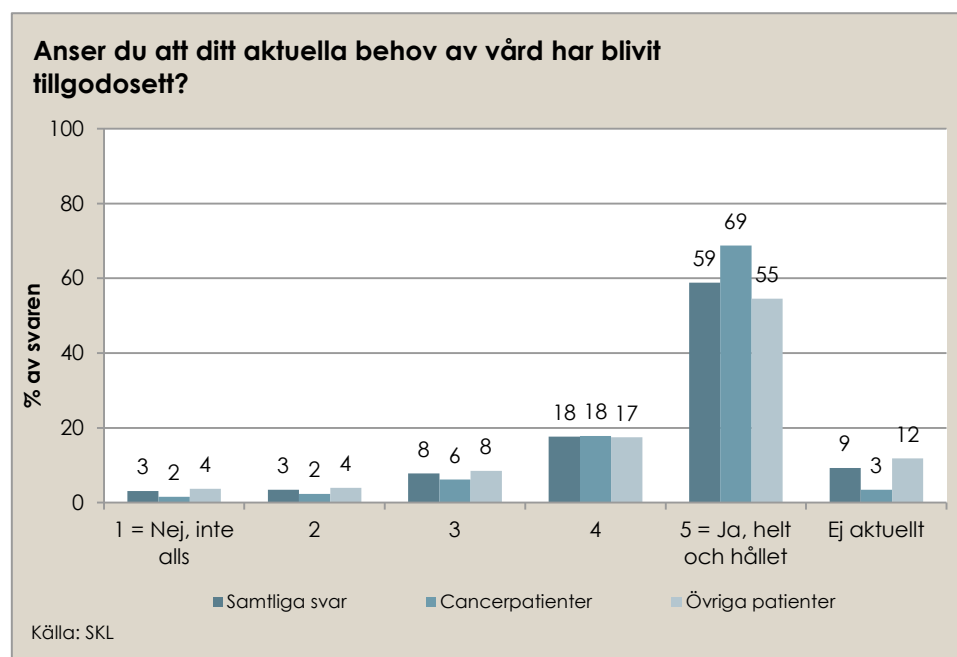
Under 2016 har en undersökning av patienternas upplevelser gjorts för de fem standardiserade vårdförlopp (SVF) som infördes under 2015. Dessa är huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa och urinvägar samt akut myeloisk leukemi (AML). Enkäter

har skickats till samtliga patienter som påbörjat och avslutat en utredning inom något av dessa SVF från och med mars 2016. Den nationella rapport som publicerats av RCC i slutet av oktober är baserad på svar från 2 385 patienter som startat och avslutat ett SVF under perioden mars–juni 2016. De patienter där utredningen bekräftade den misstänkta cancerdiagnosen, och som startade en första behandling, gav genomgående mer positiva svar på enkätens frågor än övriga patienter. Mest negativa var gruppen patienter som hade utretts enligt SVF för cancer i urinblåsa och urinvägar, och där utredningen visade att det inte var cancer.

De flesta av patienterna upplevde att tiden från första besök i vården till behandlingsstart varken var för lång eller för kort. En mycket liten andel, 1–2 procent, svarade att tiden var för kort eller något för kort.

På frågan om de hade fått information om att de hade utretts enligt ett SVF, svarade mindre än hälften av patienterna ja. Eftersom patienter har rätt att få information om misstänkt sjukdom och utredningens innehåll är detta något som behöver förbättras. Ett annat tydligt förbättringsområde är att uppmuntra patienten att ta med en närstående vid diagnosbeskedet.

Nästan alla patienter svarade att de blivit bemötta med respekt och den absoluta majoriteten tyckte att de hade fått ett bra bemötande av vårdpersonalen under utredningen. De flesta tyckte också att deras aktuella behov av vård hade blivit tillgodosett. Av de patienter som hade gått in i en behandling (cancerpatienter) var 90 procent nöjda med hur deras behov av vård hade blivit tillgodosett. För övriga patienter var motsvarande siffra 82 procent.



Kunskapsstyrning

Några kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen redovisar utan särskild prioritering här några få kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator från respektive cancersjukdom. Enbart fem cancersjukdomar ingår i diagrammen. Diagram 48 och 49 nedan visar utvecklingen mellan 2014 och 2015. I stort ses en positiv utveckling mellan åren.

Diagram 48. Kvalitetsindikatorer inom cancervård 2014

Andel patienter inom olika diagnoser.

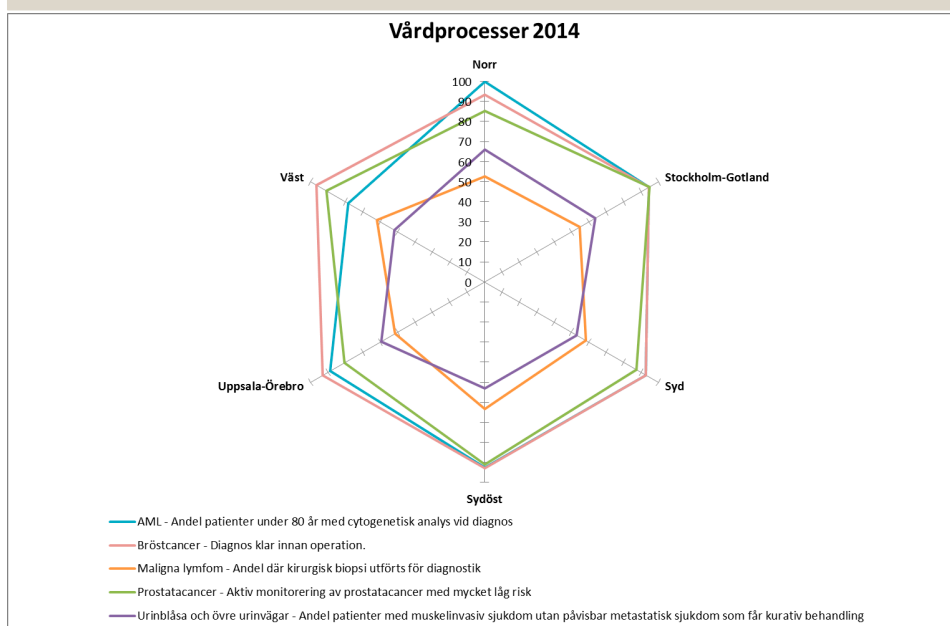
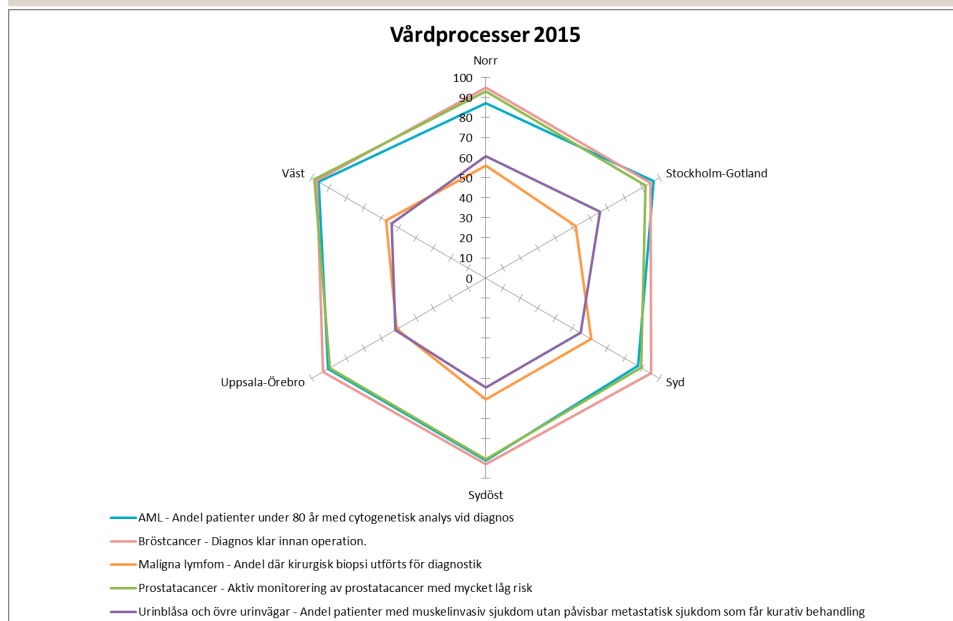


Diagram 49. Kvalitetsindikatorer inom cancervård 2015

Andel patienter inom olika diagnoser.



Multidisciplinära konferenser

Inför behandlingsstart vid nypupptäckt cancer och efter primäroperation genomförs ofta multidisciplinära konferenser (MDK), vilket är en omfattande granskning av cancersjukdomen hos en enskild patient för att kunna optimera behandlingen. MDK är särskilt viktiga för att bestämma rätt tumörstadium och tumörens egenskaper. Tumörens egenskaper och stadium kan helt avgöra om patienter har nytta av en operation, strålbehandling, läkemedelsbehandling eller palliativ behandling. Därför deltar flera olika kompetenser vid en MDK, t.ex. diagnostisk kompetens (som radiologi och patologi), kirurgisk kompetens (eller motsvarande specialist t.ex. urolog vid prostatacancer), onkologisk kompetens och kontaktsjuksköterska. I de nationella riktlinjerna och vårdprogrammen framgår vilka kompetenser som bör delta vid en MDK. Dessutom anges för vilka patienter (beroende på cancersjukdomens svårighetsgrad) det är angeläget att en MDK genomförs.

Bröstcancer

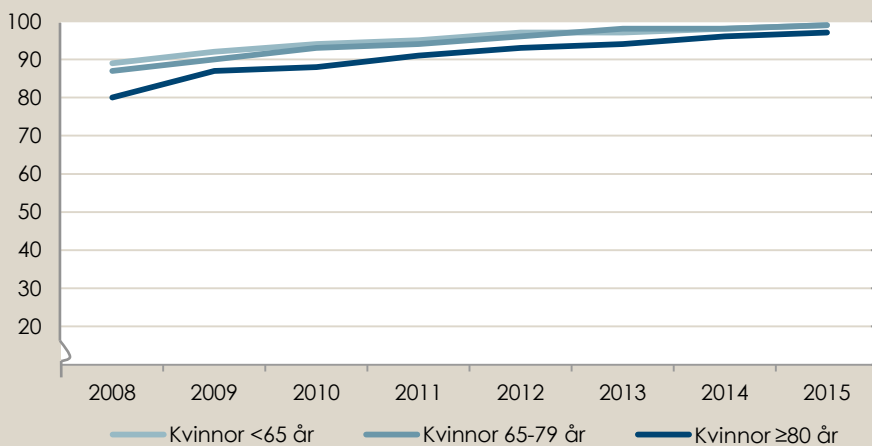
En MDK bör enligt nationella riktlinjer och vårdprogrammet genomföras både inför behandlingsstart vid nypupptäckt bröstcancer och efter primäroperationen.

Här visas resultatet inför behandlingsstart av nypupptäckt bröstcancer. Uppgifterna är hämtade från Nationella bröstcancerregistret, som funnits som nationellt kvalitetsregister sedan 2008. Diagram 50–52 visar att MDK är en vanligt förekommande rutin inom bröstcancervården. I riket fick 98 procent av kvinnorna en bedömning vid en MDK inför behandlingsstart vid nypupptäckt bröstcancer, variationen mellan landstingen var liten, 95–100 procent. Underlaget omfattar 17 162 kvinnor som diagnostiserades under 2014–2015.

Diagram 50. Multidisciplinär konferens, bröstcancer

Andel kvinnor som bedömts vid MDK inför behandlingsstart

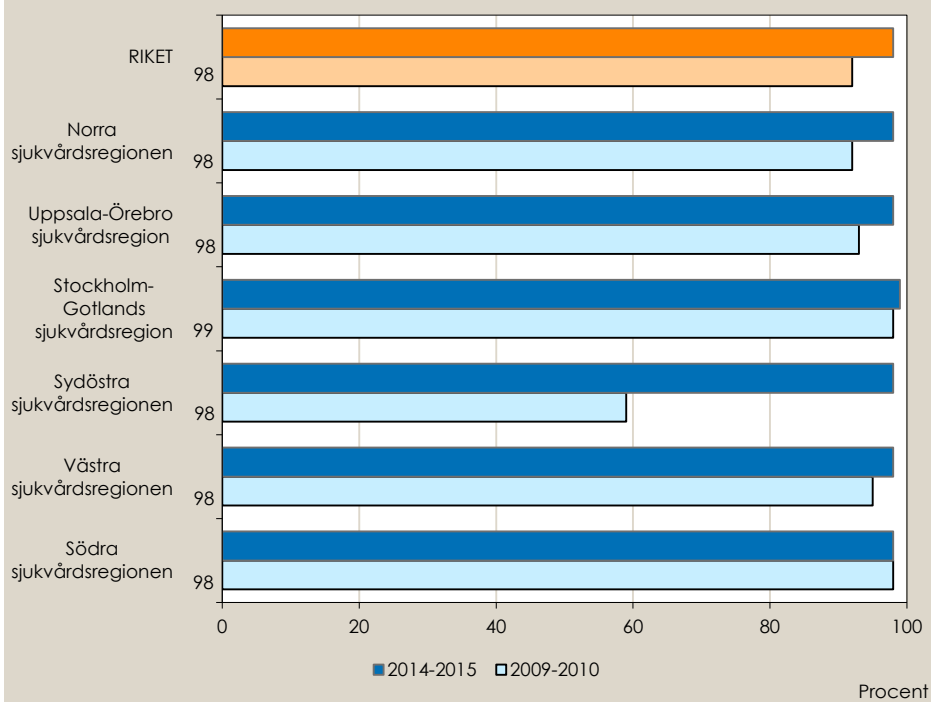
Procent



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Diagram 51. Multidisciplinär konferens, bröstcancer

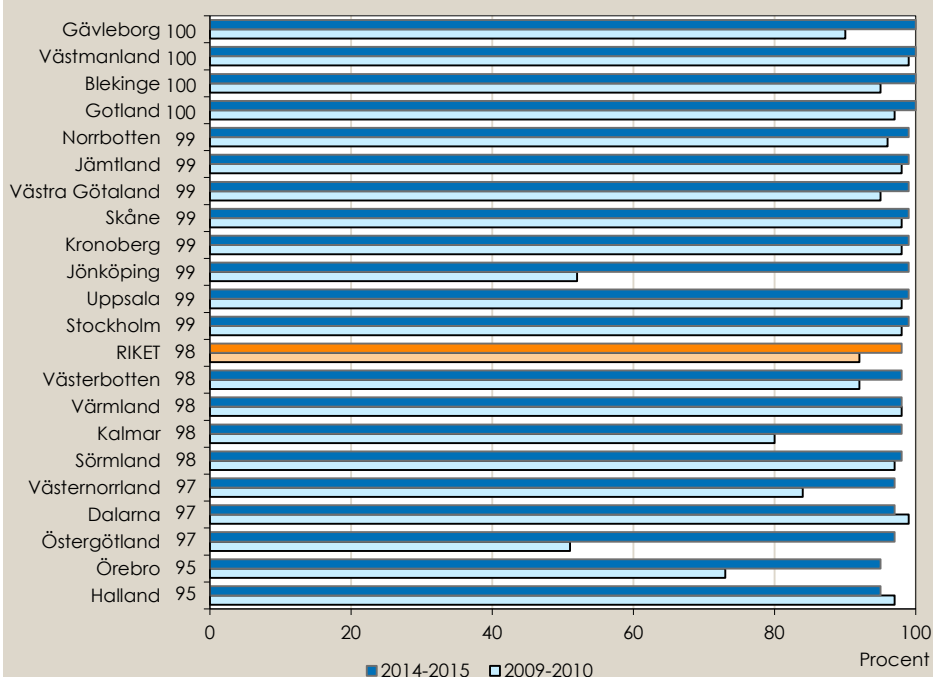
Andel kvinnor som bedömts vid MDK inför behandlingsstart, 2014-2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Diagram 52. Multidisciplinär konferens, bröstcancer

Andel kvinnor som bedömts vid MDK inför behandlingsstart, 2014-2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Prostatacancer

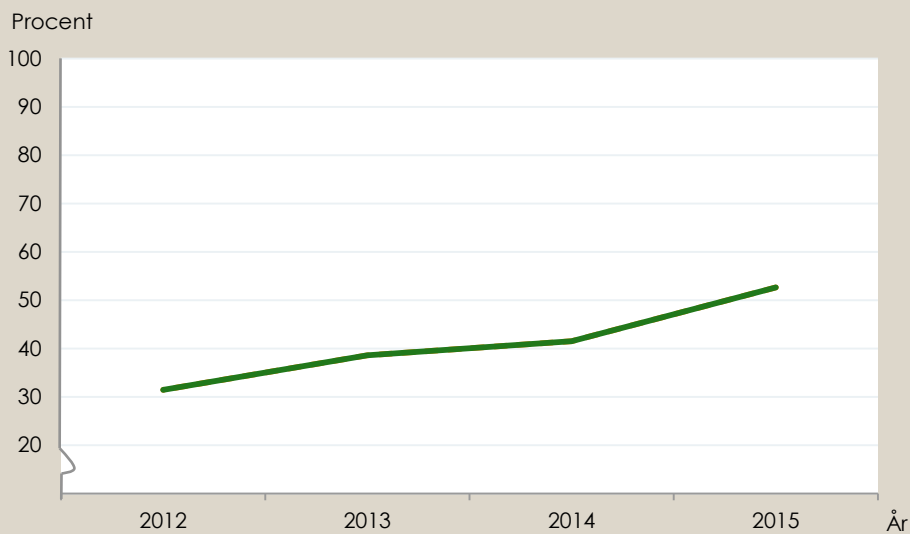
Prostatacancer utan fjärrmetastaser delas in i tre riskgrupper: låg-, mellan- och högrisk. För några år sedan tillkom en undergrupp till lågriskcancer: prostatacancer med mycket låg risk.

Enligt nationella vårdprogrammet för prostatacancer bör män med högrisk prostatacancer bedömas vid en MDK. Av vårdprogrammet framgår också vilka kompetenser som bör delta i en MDK. Rekommendationen i nationella riktlinjer och vårdprogrammet om MDK för män med högrisk prostatacancer är relativt ny. Detta återspeglar i viss mån utfallet i denna redovisning. I riket var det 41 procent av män med högrisk prostatacancer som bedömdes vid en MDK 2015, en ökning från 31 procent 2012, se diagram 53–55 nedan.

På landstingsnivå var det mellan 17–100 procent, med ett genomsnitt i riket på 47 procent, som bedömdes vid en MDK. Underlaget utgörs av 2 921 män som diagnostiserades med högrisk prostatacancer under 2014–2015.

Diagram 53. Multidisciplinär konferens, prostatacancer

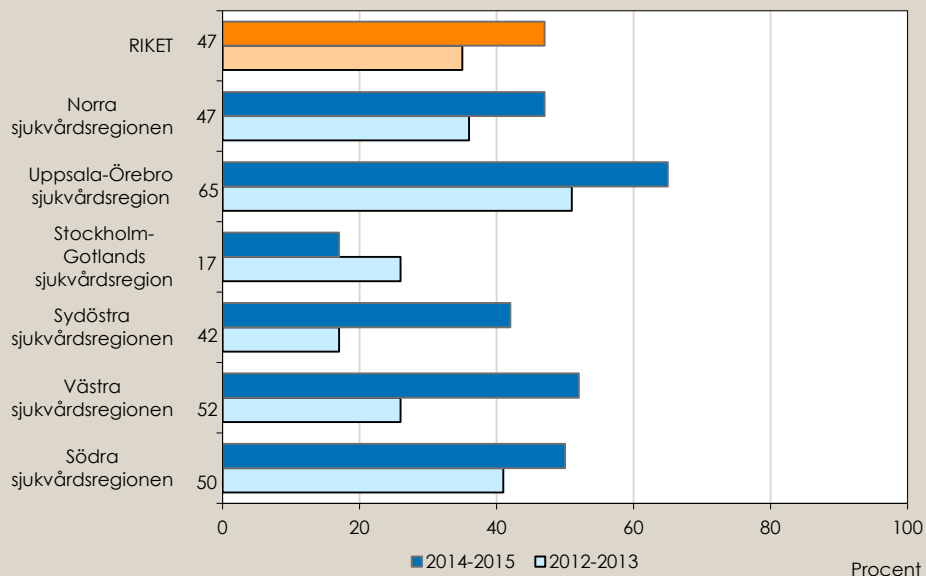
Andel patienter 80 år eller yngre vid diagnos med högrisk prostatacancer som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för prostatacancer



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR).

Diagram 54. Multidisciplinär konferens, prostatacancer

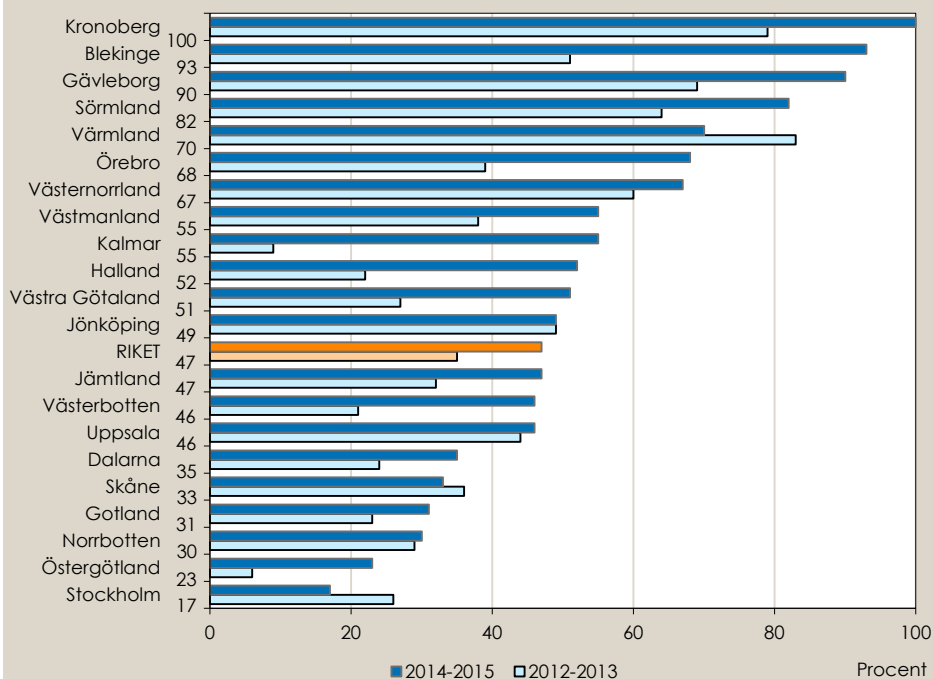
Andel patienter 80 år eller yngre vid diagnos med högrisk prostatacancer som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för prostatacancer, 2014-2015.



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR).

Diagram 55. Multidisciplinär konferens, prostatacancer

Andel patienter 80 år eller yngre vid diagnos med högrisk prostatacancer som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för prostatacancer, 2014-2015.



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR).

Tjocktarmscancer

Det nationella vårdprogrammet rekommenderar att en MDK genomförs både inför behandlingsstart vid nyupptäckt tjocktarmscancer och efter primäroperationen. I nationella riktlinjer och vårdprogrammet framgår vilka kompetenser som bör delta vid en MDK.

Diagram 56 visar en stark utveckling i riket av MDK vid behandlingsstart av nyupptäckt tjocktarmscancer, från 26 procent 2007 till 95 procent 2015. Det var inga större skillnader mellan könen.

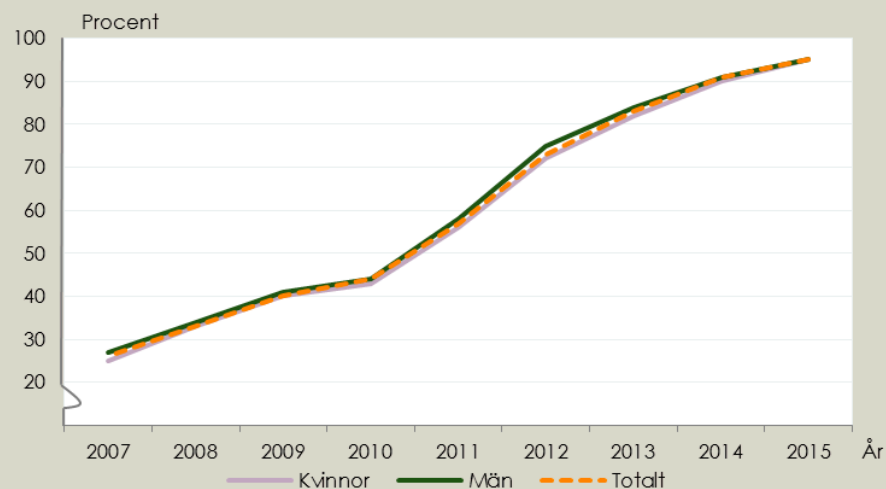
I riket var det 93 procent som bedömdes vid en MDK 2014–2015, variationen mellan landstingen var 74–98 procent, se diagram 57–58 nedan. 16 av landstingen hade ett värde som motsvarar eller var högre än rikets genomsnitt på 93 procent. Det är bara några få landsting som släpar efter, dessa har dock förbättrats sitt resultat kraftigt jämfört med 2010–2011. I jämförelsen ingår alla patienter som diagnosticerats med tjocktarmscancer utom de som opererats akut och de som opererades för polyper.

Från kvalitetsregistret har vi fått uppgifter om vilka kompetenser som deltog vid en MDK. År 2015 deltog i genomsnitt för riket:

- kirurg vid 94 procent av fallen
- onkolog vid 94 procent av fallen,
- patolog vid 66 procent av fallen,
- radiolog vid 91 procent av fallen och
- kontaktsjuksköterska vid 92 procent av fallen med nyupptäckt tjocktarmscancer.

Diagram 56. Multidisciplinär konferens, tjocktarmscancer

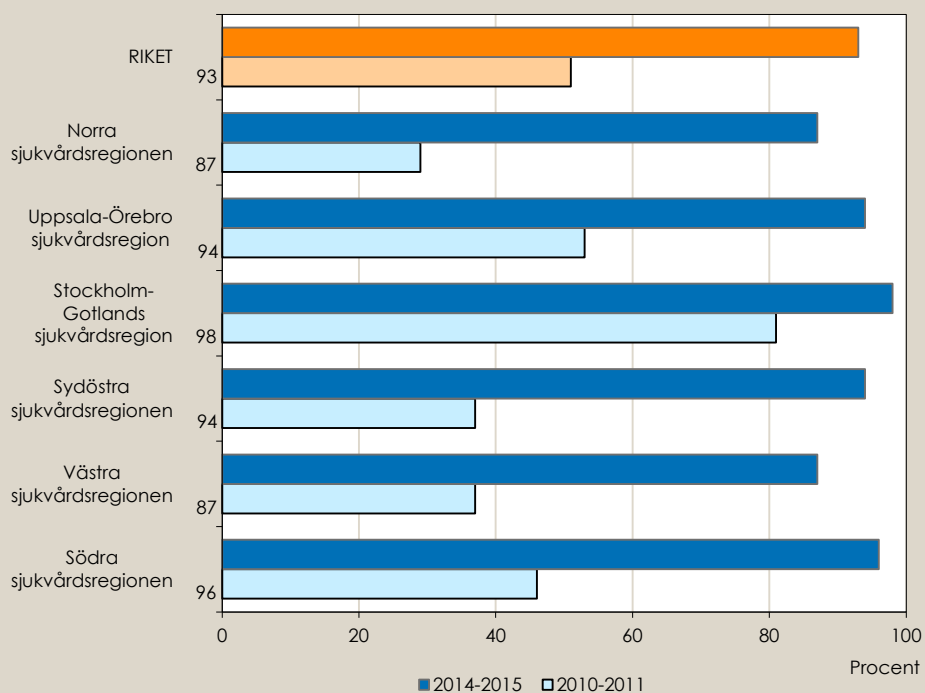
Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för tjocktarmscancer



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Diagram 57. Multidisciplinär konferens, tjocktarmscancer

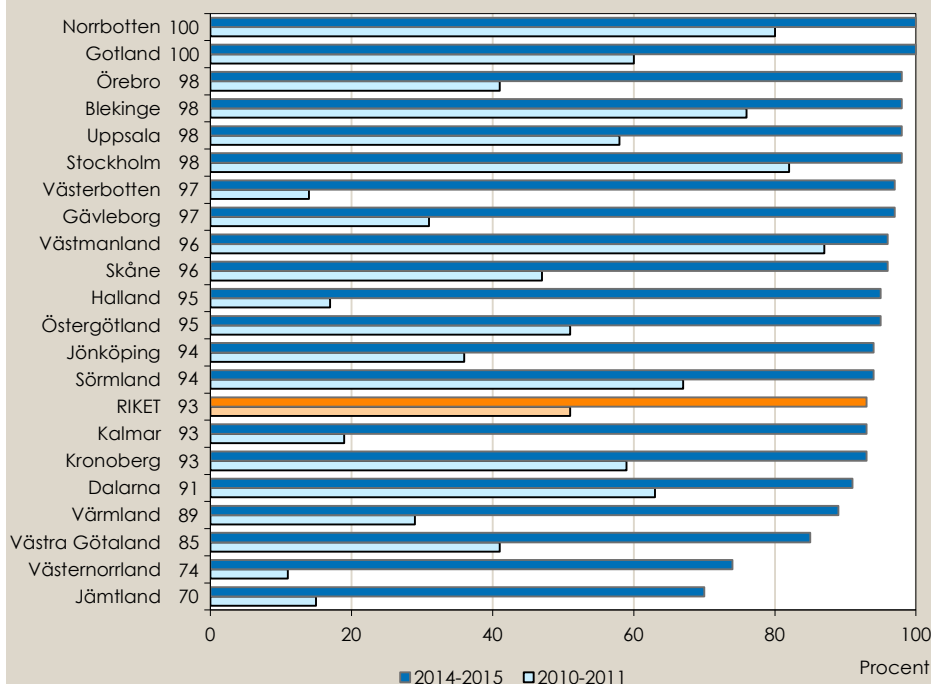
Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för tjocktarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Diagram 58. Multidisciplinär konferens, tjocktarmscancer

Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för tjocktarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Ändtarmscancer

Det nationella vårdprogrammet rekommenderar att en MDK genomförs både inför behandlingsstart vid nyupptäckt ändtarmscancer och efter primäroperationen. I nationella riktlinjer och vårdprogrammet framgår vilka kompetenser som bör delta vid en MDK.

MDK är en vanligt förekommande rutin inför start av behandling vid nyupptäckt ändtarmscancer, andelen har ökat från 74 procent 2007 till 97 procent 2015, se diagram 59. Det var ingen större skillnad mellan könen.

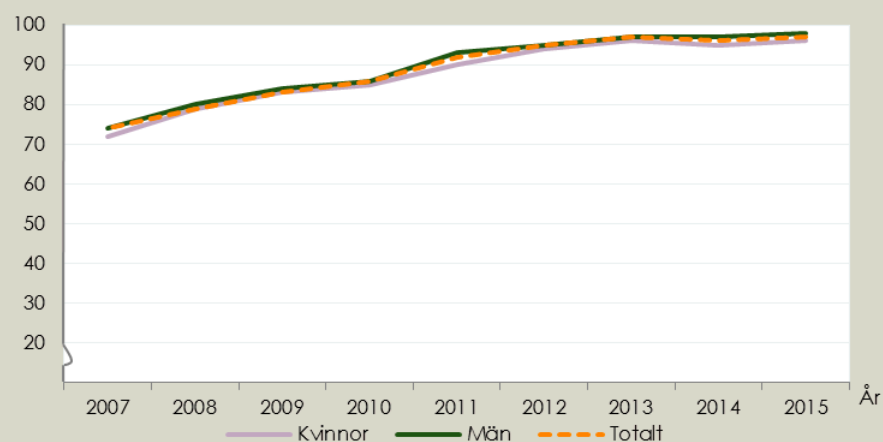
2014–2015 var variationen mellan landstingen 93–100 procent, se diagram 60–61. Jämfört med 2010–2011 har så gott som alla landsting ökat sin andel patienter som bedömdes vid en MDK.

Från kvalitetsregistret har vi fått uppgifter om vilka kompetenser som deltog vid en MDK. År 2015 deltog i genomsnitt för riket:

- kirurg vid 97 procent av fallen
- onkolog vid 96 procent av fallen,
- patolog vid 67 procent av fallen,
- radiolog vid 96 procent av fallen och
- kontaktsjuksköterska vid 95 procent av fallen med nyupptäckt ändtarmscancer.

Diagram 59. Multidisciplinär konferens, ändtarmscancer

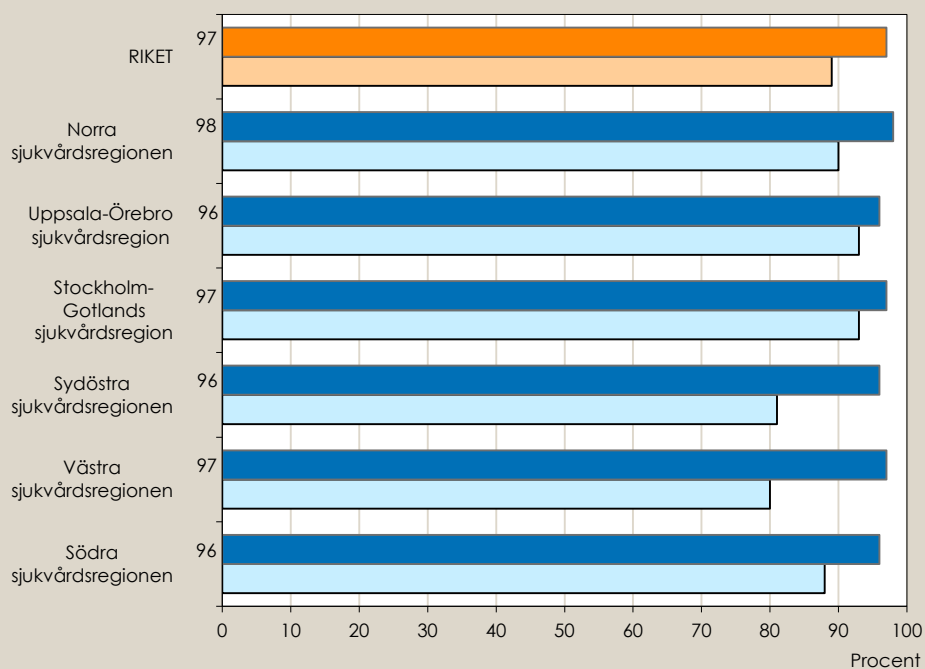
Multidisciplinär konferens, ändtarmscancer



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Diagram 60. Multidisciplinär konferens, ändtarmscancer

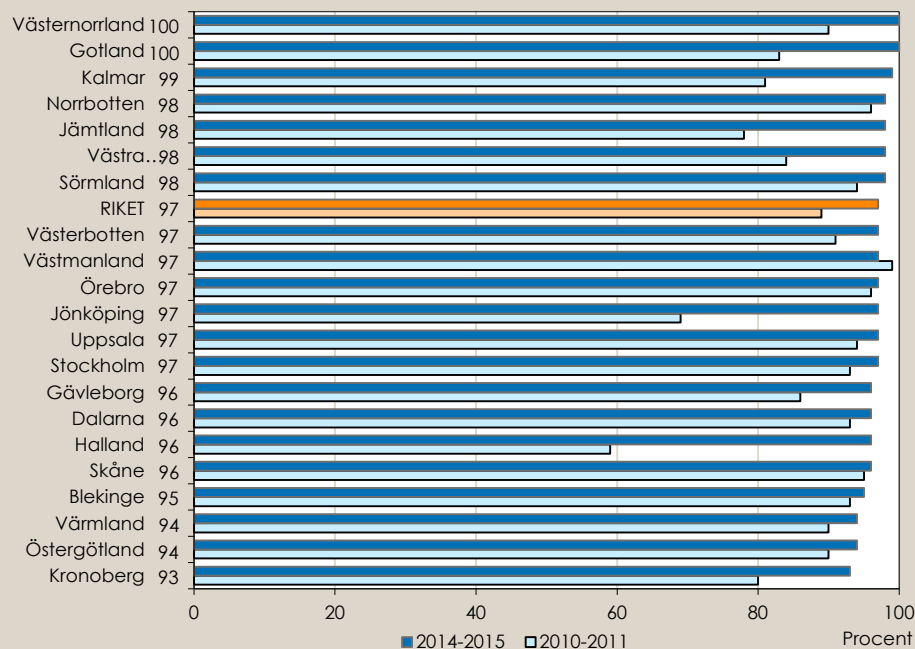
Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för ändtarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Diagram 61. Multidisciplinär konferens, ändtarmscancer

Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför behandlingsstart för ändtarmscancer. Avser jämförelse mellan 2010-2011 och 2014-2015.



Lungcancer

Nedan redovisas behandlingsbeslut som togs vid en MDK för patienter med nyupptäckt lungcancer. Av nationella vårdprogrammet framgår vilka kompetenser som bör delta vid en MDK.

Andelen i riket som bedömts vid en MDK har ökat från 50 procent 2002 till 76 procent 2015, se diagram 62. Det var ingen större skillnad mellan könen.

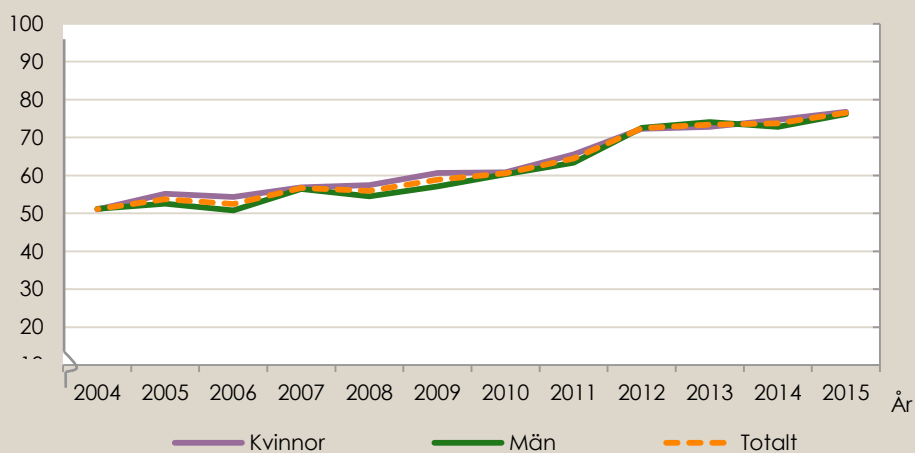
I riket var det 74 procent av patienterna som bedömdes vid en MDK inför behandlingsstart 2012–2015, variationen mellan landstingen var 45–95 procent, se diagram 63–64 nedan.

Underlaget är hämtat från Nationella lungcancerregistret och omfattar 14 728 personer som diagnostiserades under 2012–2015.

Diagram 62. Multidisciplinär konferens, lungcancer

Multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut för lungcancer

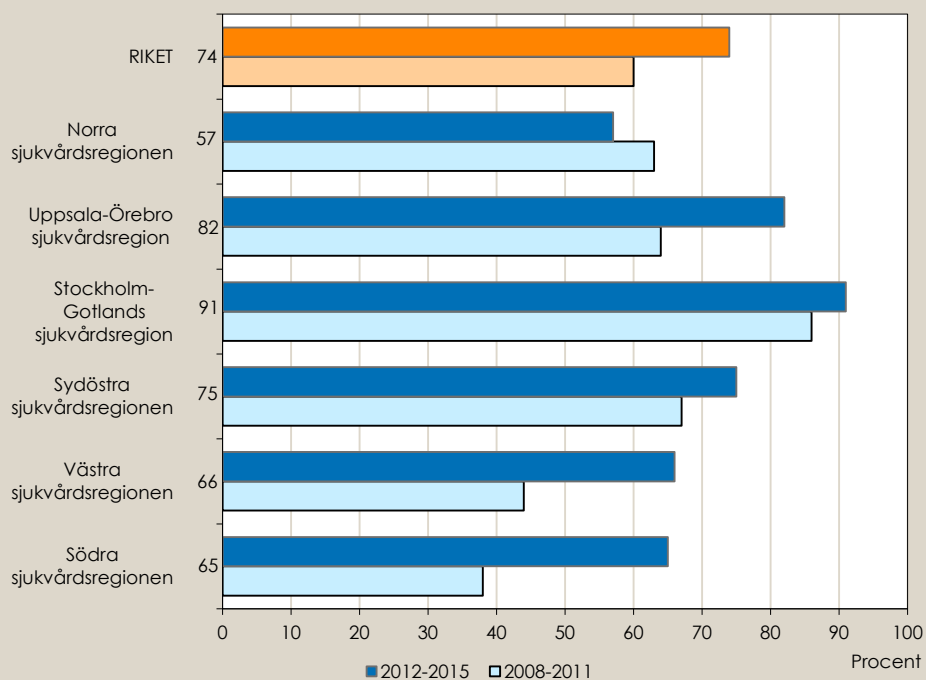
Procent



Källa: Nationellt lungcancerregistret(NLCR).

Diagram 63. Multidisciplinär konferens, lungcancer

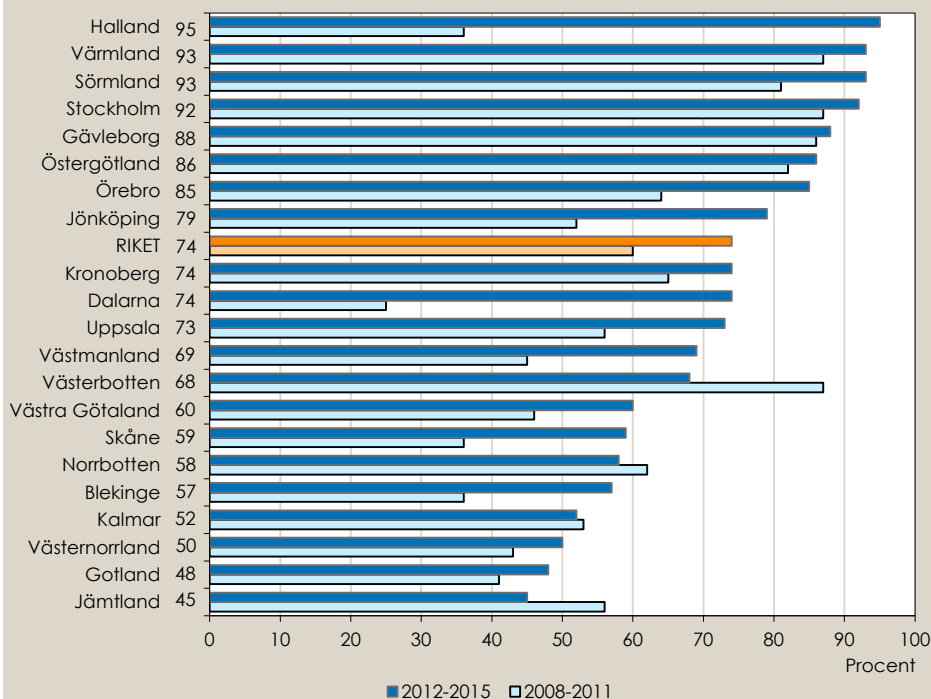
Multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut för lungcancer, 2012-2015.



Källa: Nationellt lungcancerregistret(NLCR).

Diagram 64. Multidisciplinär konferens, lungcancer

Multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut för lungcancer, 2012-2015.



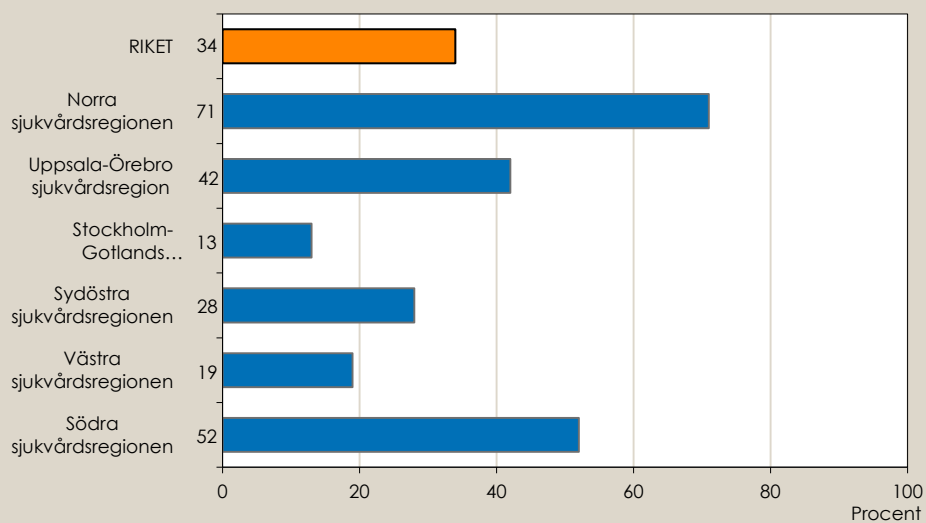
Källa: Nationellt lungcancerregistret(NLCR).

Hudmelanom

Nedan redovisas andelen patienter med hudmelanom som bedömts vid en MDK. Av nationella vårdprogrammet framgår vilka kompetenser som bör delta vid en MDK. Underlaget är hämtat från Nationellt kvalitetsregister hudmelanom och omfattar 3 669 personer som 2013–2015 diagnostiserats med ett hudmelanom som hade en tumörtjocklek på mer än 1 mm och där kirurgi utförts. Trots att uppgifterna inhämtats för flera år blir det små värden för vissa landsting varför resultatet bör tolkas med försiktighet. Det var 34 procent i riket som bedömdes vid en MDK, variationer mellan landstingen var 7–96 procent, se diagram 65–66 nedan.

Diagram 65. Multidisciplinär konferens, hudmelanom > 1 mm tjocklek

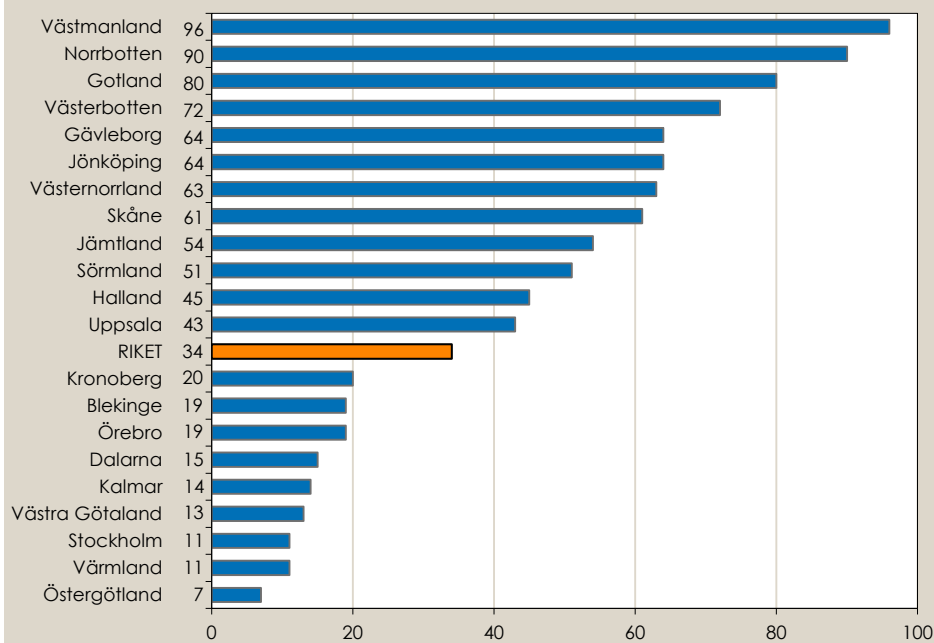
Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens, hudmelanom > 1 mm



Källa: Nationellt kvalitetsregister hudmelanom.

Diagram 66. Multidisciplinär konferens, hudmelanom > 1 mm tjocklek och invasiv kirurgi utförd

Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens, hudmelanom > 1 mm tjocklek och invasiv kirurgi, 2013-2015.



Källa: Nationellt kvalitetsregister hudmelanom.

Multidisciplinära konferenser för några diagnoser 2014 och 2015

Nedan visas andel patienter som bedömts vid en MDK, för sju diagnoser 2014 och 2015 per sjukvårdsregion. I stort ses en positiv utveckling för de flesta sjukvårdsregioner.

Diagram 67. Multidisciplinära konferenser 2014 för några utvalda cancersjukdomar

Andel patienter som erbjudits MDK, 2014.

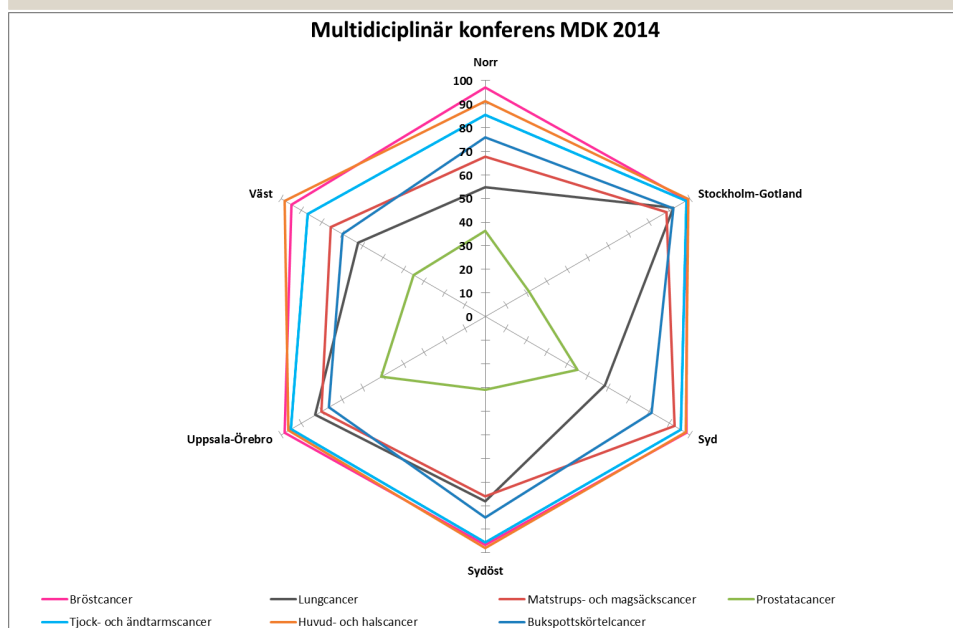
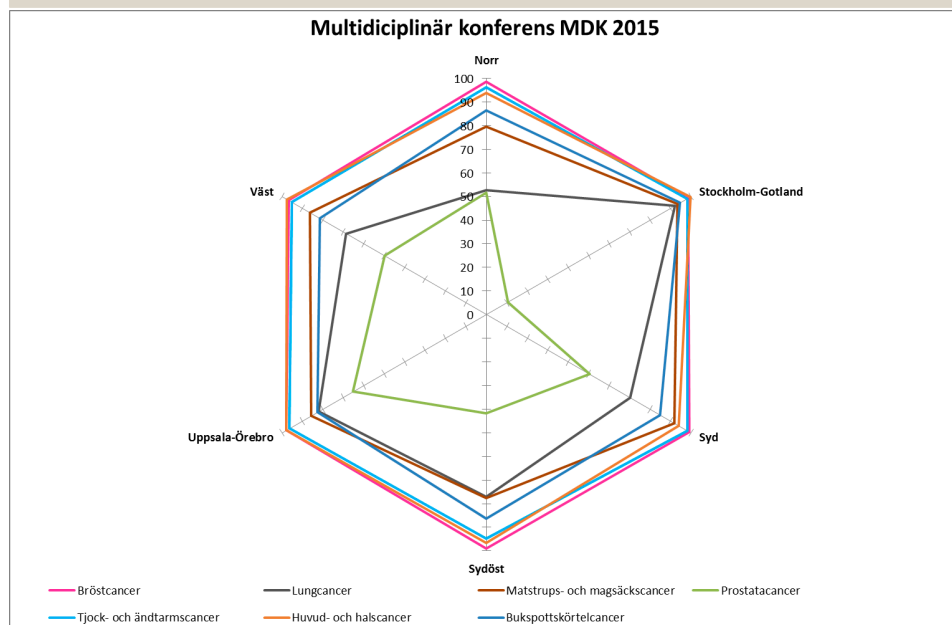


Diagram 68. Multidisciplinära konferenser 2015 för några utvalda cancersjukdomar

Andel patienter som erbjudits MDK, 2015.



Klinisk forskning och innovation

Deltagande i behandlingsstudier

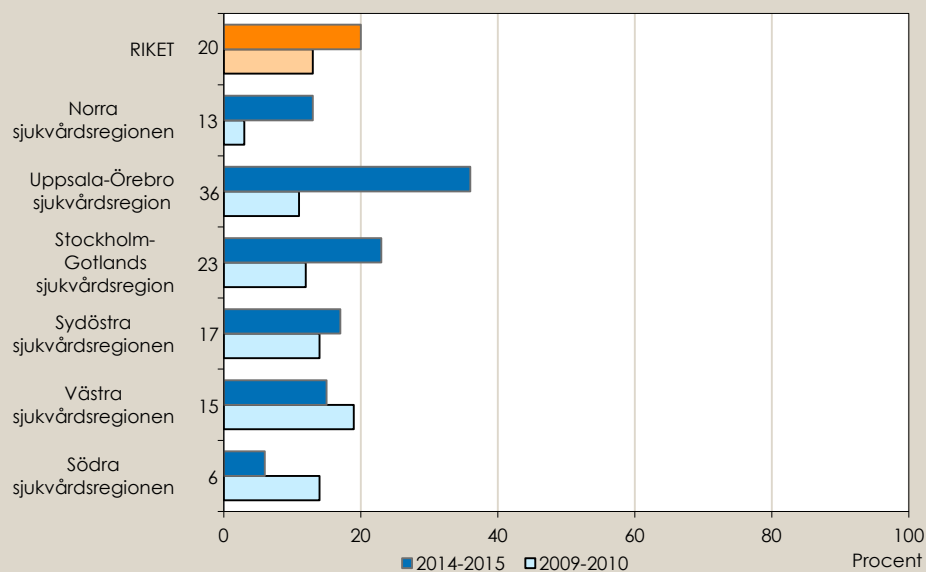
Studier är nödvändiga för att driva utvecklingen framåt på ett säkert sätt. Det har visat sig att det är en fördel för patienter att vara med i behandlingsstudier. Inte bara för att de därmed får tillgång till nya och ofta bättre mediciner eller andra behandlingar, utan även för att uppföljningen då ofta är mer omfattande. Socialstyrelsen redovisar därför utvecklingen avseende patienters deltagande i studier, som exempel visas andel patienter som deltagit i behandlingsstudier inom tjocktarms- respektive ändtarmscancer.

Tjocktarmscancer

Diagrammen nedan visar andel patienter med tjocktarmscancer som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie. Underlaget har hämtats från Svenska kolorektalcancerregistret och omfattar 7 025 patienter under åren 2014–2015. I riket är det 20 procent av patienterna som deltog i strukturerad behandlingsstudie, variationen mellan landstingen är 0–73 procent, se diagram 69–70. En brist i underlaget är att onkologiska studier, som startar efter primärbehandling, inte ingår.

Diagram 69. Strukturerad behandlingsstudie, tjocktarmscancer

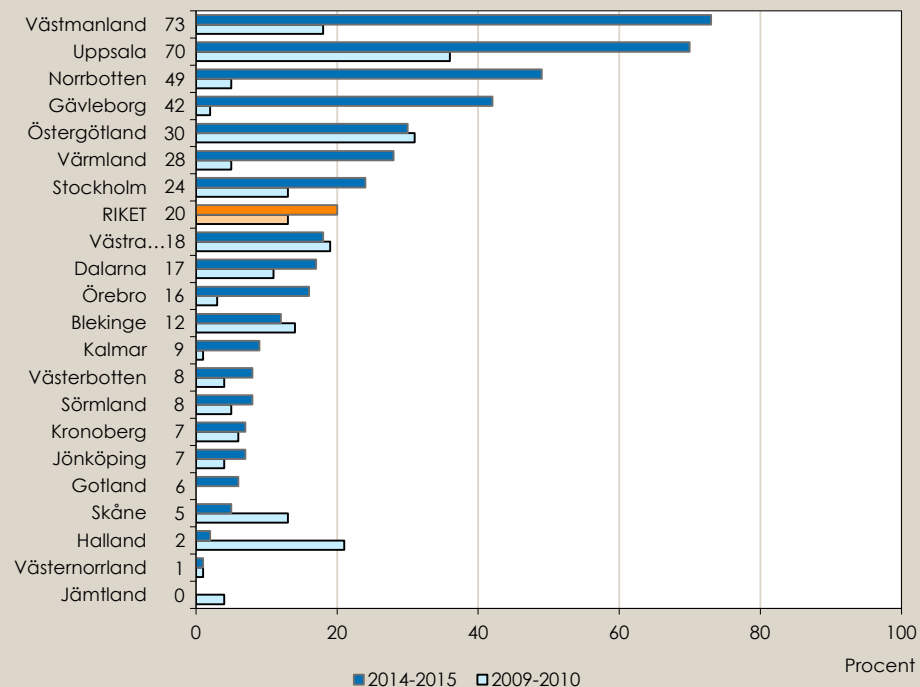
Andel patienter som deltagit i någon form av strukturerad behandlingsstudie, tjocktarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Diagram 70. Strukturerad behandlingsstudie, tjocktarmscancer

Andel patienter som deltagit i någon form av strukturerad behandlingsstudie, tjocktarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

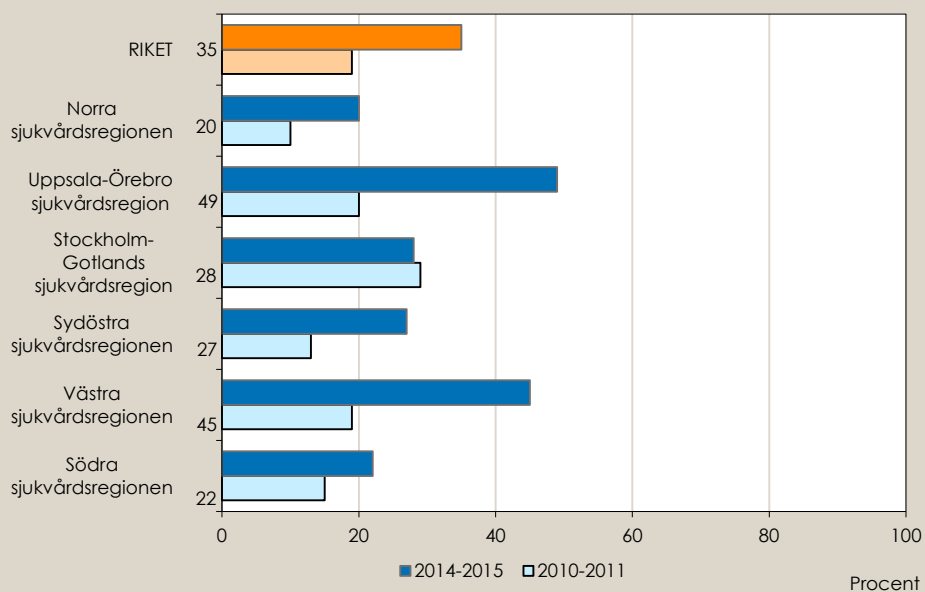
Ändtarmscancer

Diagrammen nedan visar andel patienter med ändtarmscancer som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie. Underlaget har hämtats från Svenska kolorektalcancerregistret och omfattar 3 067 patienter under åren 2014–2015. I riket är det 35 procent av patienterna som deltog i strukturerad behandlingsstudie, variationen mellan landstingen är 1–83 procent, se diagram 71–72 nedan.

En brist i underlaget är att onkologiska studier, som startar efter primärbehandlingen, inte ingår.

Diagram 71. Strukturerad behandlingsstudie, ändtarmscancer

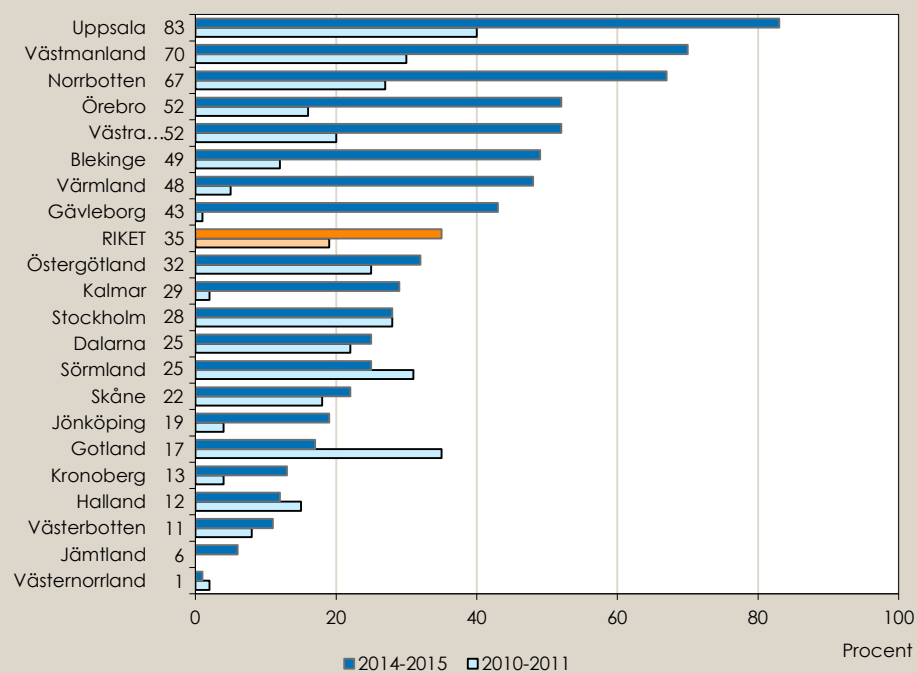
Andel patienter som deltagit i någon form av strukturerad behandlingsstudie, ändtarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Diagram 72. Strukturerad behandlingsstudie, ändtarmscancer

Andel patienter som deltagit i någon form av strukturerad behandlingsstudie, ändtarmscancer, 2014-2015.



Källa: Svenska kolorektalcancer registret.

Bilaga 4: Nationella vårdprogram för cancer

Genom RCC i samverkan tas nationella vårdprogram fram. Målet med de nationella vårdprogrammen är att de ska bidra till en evidensbaserad, jämlik och god vård till alla patienter oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status.

Fastställda vårdprogram

Det finns för närvarande 29 fastställda vårdprogram:

1. Aggressiva B-cellslymfom
2. Akut myeloisk leukemi, AML
3. Barncancer, långtidsuppföljning
4. Bröstcancer
5. Bukspottkörtelscancer
6. Hjärntumörer
7. Hudmelanom
8. Huvud- och halscancer
9. Icke-epiteliala Äggstockstumörer
10. Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
11. Kronisk myeloisk leukemi
12. Levercellscancer
13. Livmoderkroppscancer
14. Lung- och lungsäckscancer
15. Mantelcellslymfom
16. Matstrups- och magsäckscancer
17. Myelom
18. Neuroendokrina buktumörer
19. Njurcancer
20. Okänd primärtumör (CUP)
21. Palliativ vård
22. Peniscancer
23. Prostatacancer
24. Rehabilitering
25. Sköldkörtelscancer
26. Tjock- och ändtarmscancer
27. Urinblåse- och urinvägscancer
28. Äggstockscancer
29. Trofoblastsjukdomar

Bilaga 5: Beslutade och rekommenderade nationella vårdenheter

Beslutade nationella vårdenheter

Akademiska sjukhuset

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer (1)
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan (2)

Karolinska Universitetssjukhuset

- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan (2)
- Kirurgi vid matstrupscancer, definierade ovanliga tillstånd (3)
- Kirurgisk och onkologisk behandling vid vulvacancer (4)

Norrlands Universitetssjukhus

Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer (1)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer (1)
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan (2)
- Kirurgisk och onkologisk behandling vid vulvacancer (4)
- Kirurgi i botande syfte vid analcancer (5)
- Isolerad hyperterm perfusion vid malignt melanom (6)

Skånes Universitetssjukhus

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer (1)
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan (2)
- Kirurgi vid matstrupscancer, definierade ovanliga tillstånd (3)
- Kirurgisk och onkologisk behandling vid vulvacancer (4)
- Kirurgi i botande syfte vid analcancer (5)
- Kirurgi i botande syfte vid peniscancer (7)

Universitetssjukhuset Linköping

- Kirurgisk och onkologisk behandling vid vulvacancer (4)

Universitetssjukhuset Örebro

- Kirurgi i botande syfte vid peniscancer (7)

Rekommenderade nationella vårdenheter

Karolinska Universitetssjukhuset

- Kirurgi i botande syfte vid lokalt avancerad bukspottkörtel- och periampullär cancer (8)
- Kirurgi i botande syfte vid perihilära gallvägstumörer (9)
- Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer (10)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- Kirurgi i botande syfte vid lokalt avancerad bukspottkörtel- och periampullär cancer (8)
- Kirurgi i botande syfte vid perihilära gallvägstumörer (9)
- Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer (10)