

Kenneth Nilsson, professor, ordförande i Cancerfondens forskningsnämnd

Riksstämmans allmänna möte 2001:

Nationell cancerplan krävs för att möta alarmerande ökning av cancersjuka

|| Vid riksstämman 2001 arrangerade Svensk onkologisk förening, Svenska patologföreningen och Svensk kirurgisk förening tillsammans med Svenska Läkaresällskapet och med stöd från Cancerfonden ett brett program på temat cancer. Programmet inleddes med det allmänna mötet, som fått titeln »Cancer – vård, vilja och visioner«. Medverkande var Kenneth Nilsson (moderator), Magnus Stenbeck, Ulrik Ringborg, Stefan Einhorn och Kerstin Wigzell.

Cancer – ingen gåta längre

Under det halvsekel som gått sedan Cancerfonden bildades har den verkat som huvudfinansör av svensk cancerforskning. Samtidigt har kunskapen om cancersjukdomarnas orsaker och biologiska natur ökat enormt. Kunskapsexplosionen är en följd av den snabba utvecklingen framför allt inom grundvetenskaperna cell- och molekylärbiologi och inom epidemiologi. För cancerforskaren är cancer inte längre någon gåta utan en mycket heterogen grupp av sjukdomar med komplexa skador i arvsmassan som gemensam grundorsak. Genskadorna är i allmänhet förvärvade, som följd av påverkan av cancerframkallande ämnen i miljön. Epidemiologiska studier har visat att den enskilt viktigaste orsaken till utveckling av cancer är tobaksrök. Av övriga orsaker är ännu inte helt kartlagda faktorer i kosten och infektioner de mest betydelsefulla. För vissa cancerformer, som bröst- och grovtarmscancer, är dock en ärftlig genetisk defekt en starkt bidragande orsak till tumörutvecklingen i 5–10 procent av fallen.

De nya insikterna om cancersjukdomarna har kommit cancerpatienterna till godo. Förbättrad diagnostik och nya behandlingsmetoder har lett till att drygt hälften av dem som i dag insjuknar i cancer kan räkna med att bli botade. De som inte botas kan i allmänhet, med hjälp av de vårdmöjligheter som står till buds, leva längre än tidigare och oftast med en acceptabel livskvalitet. För 50 år sedan däremot överlevde endast 20–25 procent av dem som fick cancer. För den stora majoriteten av patienterna var då cancer oftast förenad med stort lidande. Tillgången till effektiv palliativ vård var i det närmaste obefintlig, och cancersjukdom ledde inte sällan till en social stigmatisering.

Komplexiteten kräver nya angreppssätt

Det finns anledning att vara fortsatt optimistisk vad gäller möjligheterna att via forskning och utveckling förbättra be-

SAMMANFATTAT

På riksstämmans allmänna möte arrangerades ett program på temat cancer.

I dag kan drygt hälften av dem som insjuknar i cancer räkna med att bli botade, på grund av förbättrad diagnostik och nya behandlingsmetoder. De som inte botas kan i allmänhet leva längre än tidigare och oftast med en acceptabel livskvalitet.

Enligt beräkningar kommer antalet individer i Sverige som lever med cancer att öka från knappt 130 000 i dag till drygt 200 000 år 2020.

Ökningen av cancerprevalensen leder till stora krav på samhällets planering av omhändertagandet av cancersjuka.

Snabba insatser behövs för att förhindra rökning och övervikt hos befolkningen. Det långsiktiga arbetet bör ske enligt en nationell cancerplan.

handlingen av cancersjuka trots att de senaste decenniernas forskning har påvisat en oant stor biologisk komplexitet hos cancersjukdomarna. De etablerade onkologiska behandlingsmetoderna kirurgi, cytostatikabehandling, hormonbehandling och radioterapi utvecklas ständigt. När nu HUGO-projektet nästan är avslutat och människans arvsmassa därmed till största delen är kartlagd inträder en ny era för den basala cancerforskningen. Nya möjligheter öppnar sig för att studera flera av de komplexa processer som reglerar cancercellers delning, utmognad, överlevnad, död, förmåga till invasiv växt och metastasering och produktion av faktorer som stimulerar angiogenes. De forskningsfält som undersöker möjligheterna att aktivera immunsystemet till försvar mot cancerceller, och att med genterapi påverka tumörtillväxt, genomgår också en snabb utveckling.

För att denna nya basala kunskap snabbare än tidigare skall komma de cancersjuka till nytta krävs dock att forskning och

utveckling inom cancerområdet tillämpar nya arbetsformer. Det nya arbetssättet, överbryggande forskning (translational research), innebär att grundforskare och kliniska forskare/läkare bildar team som bearbetar forskningsproblemen i syfte att utveckla förbättrade metoder för prevention, diagnostik, prognostik och behandling. En framtid förefaller således vara möjlig där precisionen i diagnostiken är hög, där arsenalen av behandlingsmetoder kommer att vara utökad och terapin i allt högre grad individualiserad. Slutligen är förutsättningarna kunskapsmässigt goda för att palliation och terminal vård avsevärt skall kunna förbättras.

Alarmerande ökning av cancerfallen

Det är mot bakgrund av denna relativt ljusa bild av läget inom cancerområdet som en ny, alarmerande beräkning av cancerförekomsten (prevalensen) i Sverige fram till år 2020 skall tolkas. I samarbete med Cancerfonden har docent Magnus Stenbeck vid Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, och dr Pär Sparén, Karolinska institutet, gjort en prognos för prevalensförändringen under tiden 1998 till 2020. Resultatet, som presenterades för första gången vid allmänna mötet 2001, visar att antalet individer som lever med cancer, diagnostiserad inom de fem föregående åren, kommer att ha ökat från knappt 130 000 i dag till drygt 200 000 år 2020. Även när det gäller dessa siffror måste man dock framhålla att de är resultatet av en i grunden positiv utveckling av sjuklighets- och dödlighetsmönstret i framtiden, en positiv hälsoutveckling som leder till ökade krav på hälso- och sjukvården.

Prevalensens storlek påverkas först och främst av hur många som riskerar att insjukna, men måttet påverkas också av hur många som upptäcks, det vill säga hur intensiv diagnostisk aktivitet som pågår. Om man till exempel inför screening för cancer ökar incidensen kraftigt till att börja med på grund av ökade ansträngningar att upptäcka sjukdomen. För det andra påverkas prevalensen av hur länge man överlever med sin sjukdom, vilket i sin tur bland annat beror på vilken cancer man har, när den upptäcks, tillgången till behandling och vård och behandlingens effektivitet. Om överlevnaden ökar så ökar antalet levande med cancer, det vill säga prevalensen. För det tredje påverkas antalet av befolkningens storlek. Fler människor ger fler sjuka. För det fjärde påverkas prevalensen av befolkningens åldersfördelning – äldre har i allmänhet högre risk för sjukdom och kortare förväntad överlevnad.

Cancerprevalensen inte evig

De cancerformer som bidrar mycket till prevalensen är de som på samma gång är vanliga och har god överlevnad. Den i och för sig vanliga men höggradigt dödliga lungcanceren har således ingen stor inverkan på prevalensen. De för prevalensen i särklass viktigaste cancerformerna är prostatacancer och kvinnors bröstcancer, men även hud-, kolorektal- och urinvägscancer. Forskarna har använt sig av data från Epidemiologiskt centrums hälsoregister för att bedöma framtida incidens och dödlighet för var och en av dessa cancerformer individuellt och för de återstående cancerformerna sammanslagna.

Om man i prevalensen räknar in alla som någonsin fått en diagnos och fortfarande lever överdriver man. Cancerprevalensen är inte evig. Hur man räknar beror på syftet med studien. Även om inte alla har sin cancersjukdom för evigt är begreppet »tillfrisknande« svårt att använda i detta sammanhang. Ibland har man använt tid i funktionsnedsättning som kriterium. Här för vi en diskussion om hälso- och sjukvården. Därför ligger det närmast till hands att räkna in alla dem som behöver sjukvårdens resurser. Man har då utgått ifrån att man i genomsnitt behöver sjukvård i fem år efter diagnosen. Alla

som fått sin cancer inom fem år före årsskiftet och som då lever räknas in som prevalentia fall för det året. I denna grupp har de flesta fått sin cancer inom de närmast föregående två åren. För prostatacancer har inklusionstiden dragits ut till tio år, och för malignt melanom och annan hudcancer har den förkortats till två år. Vi kan alltså förvänta oss en procentuell ökning av antalet sjuka med 75 procent för män och 40 procent för kvinnor. I antal blir det över 200 000 personer jämfört med knappt 130 000 i dag.

Viktigt att planera vården

Den dramatiska ökningen av cancerprevalensen ställer naturligtvis stora krav på samhällets planering av omhändertagandet av cancersjuka. Den redan nu delvis underdimensionerade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kommer att belastas ytterligare. På allmänna mötet redovisade professor Ulrik Ringborg, Radiumhemmet, Karolinska sjukhuset, den pågående planeringen av cancersjukvården, som kommer att sammanfattas i form av »Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancersjukvård«. Han betonade starkt betydelsen av att en effektiv patientfokuserad vårdkedja skapas.

Den svenska cancersjukvården, som vid internationella jämförelser visar goda resultat, fick under 1970- och 80-talen en organisatorisk form som syftade mot ett vårdkedjetänkande. Man skapade vårdprogram för de vanligaste tumörformerna, program som byggde på samsyn vad gäller diagnostik och primär behandling. Under 1990-talet har det funnits krafter av olika slag som har motverkat ett vårdkedjetänkande. Trots detta har den initiala delen av vårdkedjan, den som omfattar diagnostik och primär behandling, ofta fungerat väl. I en nyligen genomförd undersökning av Socialstyrelsen med mål att undersöka patienters och anhörigas uppfattning om cancersjukvården bekräftades detta.

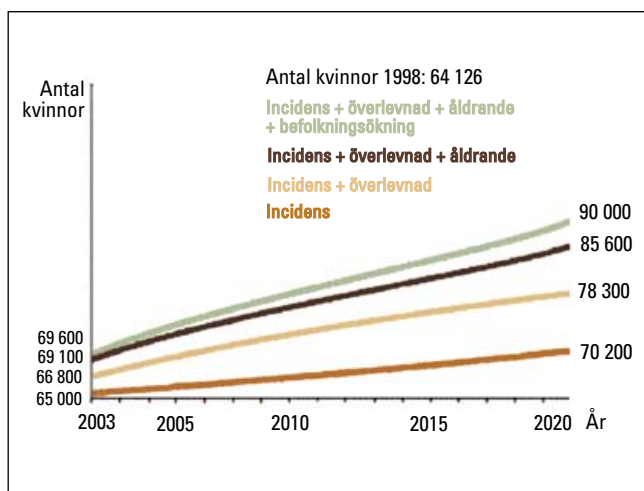
Den senare delen av vårdkedjan, det vill säga uppföljning efter primär behandling, återfallsbehandling och vård i livets slutskede, fungerade mindre väl. Bland annat upplevde patienter och anhöriga en otydlighet vad gäller ansvar från sjukvårdens sida. En utredningsgrupp, som på uppdrag av Socialstyrelsen för närvarande arbetar med att utveckla nationella riktlinjer för cancersjukvård, har haft den totala cancervårdkedjan som utgångspunkt. Väsentliga komponenter i denna utgör psykosocial onkologi, rehabilitering, stödjande behandling (supportive care) och palliativ onkologi. Resurser för dessa funktioner är på många ställen i landet ofullständigt utbyggda, och i den senare delen av vårdkedjan finns utrymme för förbättringar.

En helhetssyn vad gäller cancerpatientens totala problem är väsentlig, och för denna fordras en multidisciplinär och multiprofessionell samverkan. Det är betydelsefullt att förbättra patientfokuseringen, inte minst i den senare delen av vårdkedjan.

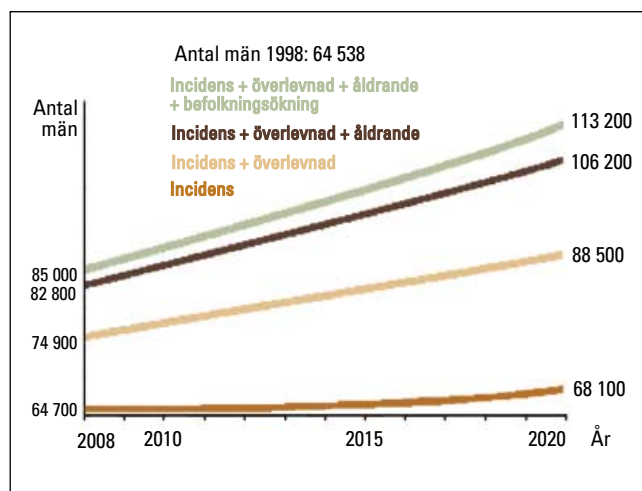
Övergripande mål för cancersjukvården är att minska dödligheten, öka överlevnaden och förbättra livskvaliteten. I dag botas närmare 60 procent av samtliga patienter som får en cancerdiagnos. Detta innebär att cirka 40 procent av patienterna går in i ett kroniskt sjukdomstillstånd. Med olika behandlingsmetoder finns möjligheter att förlänga överlevnaden. Att få en god livskvalitet trots närvaron av en cancersjukdom blir allt väsentligare.

Integrera vård och forskning

Ringborg framhöll att en helhetssyn också innebär att förebyggande insatser beaktas. Inom detta område sker en snabb kunskapsutveckling. Betydelsefulla riskfaktorer identifieras, och möjligheten att med tidig diagnostik minska dödligheten har påvisats för vissa tumörformer. Den molekylära genetiken möjliggör identifiering av högriskindivider. En helhets-



Figur 1. 1998 fanns det 64 126 kvinnor som enligt definitionen levde med cancer. Den omkring 10-procentiga ökningen man kan se fram till år 2020 leder i sig till en ökning av antalet prevalenta fall upp till 70 200 kvinnor år 2020. Denna förändring åstadkoms alltså enbart av förändringen i incidensen. Läger man sedan på en förutsedd 12-procentig ökning av överlevnaden kommer man upp till 78 300 kvinnor. En åldrande befolkning enligt prognosen från Statistiska centralbyrån ger en ytterligare ökning på upp till 85 600 kvinnor, och räknas befolkningsökningen in kommer man upp till ett totalt förväntat antal på omkring 90 000 kvinnor som lever med cancer år 2020.



Figur 2. För männen är utvecklingen än mer dramatisk. Risken för att insjukna ökar inte så mycket (ca 6 procent), men överlevnaden ökar desto mer, omkring 30 procent. Läger man på befolkningsprognoserna kommer man upp till det imponerande antalet av 113 200 män med cancer år 2020 från en utgångspunkt som är i stort sett densamma som för kvinnorna, 64 538 fall år 1998.

syn innebär att förebyggande insatser måste ges ett utrymme när en mortalitetsreduktion är möjlig.

De stora problem som cancersjukdomarna medför innebär att kravet på innovation är stort. Innovation fordrar en systematisk forskning som leder till att diagnostik, prevention och behandling kan utvecklas. För att cancerforskningen skall få en ändamålsenlig karaktär och för att den kliniska forskningen, som i dag är en tydlig flaskhals, skall utvecklas, bör man söka en integrering mellan vård och forskning. Såväl kvalitetssäkring som identifiering av utvecklingsområden fordrar en ständig utvärdering. Traditionen med vårdprogram och databaser kopplade till dessa vårdprogram erbjuder möjligheter till utvärdering av diagnostik och vård. Med hjälp av mer detaljerade databaser för fler tumörformer erhålls verktyg för en ständig utvärdering.

Cancerområdet är under snabb utveckling. För att ta vara på nya innovationer fordras en kontinuerlig vidareutbildning av alla personalkategorier. Det föreligger en tydlig brist på både läkare och sjuksköterskor. Det är väsentligt att det finns en kontinuerlig dialog mellan dem som har utbildningsansvar och dem som ansvarar för sjukvårdsproduktionen. I dagsläget är en sådan dialog ofullständig. Forskarutbildningen tillmäts också stor betydelse. Det är väsentligt att forskare i framtiden kan bidra till att skapa den kultur som fordras för en ändamålsenlig forskning, det vill säga en forskning som leder till utveckling av diagnostik, prevention och vård. Ett annat utbildningsområde utgör utbildning av patienter och anhöriga. En ökad delaktighet av cancerpatienten i vården är önskvärd. En förutsättning för framgång är särskilda utbildningsinsatser för detta ändamål.

Vårdkedjan måste länkas ihop

En kartläggning av den totala cancervårdkedjan visar att denna är innehållsrik och mångfacetterad. Olika former av diagnostisk kompetens är nödvändiga. Den primära behandlingen kan vara kirurgisk men också bestå av radioterapi eller medikamentell cancerbehandling. Återfallsbehandlingar kan också vara av olika slag. För att tillgodose cancerpatientens

alla behov fordras också tillgång till psykosocial onkologi, rehabilitering och olika former av understödande behandling. I den senare delen av vårdkedjan blir patientens behov mer accentuerade, och den palliativa onkologin fordrar särskild kompetens och resurser. För en komplett vårdkedja fordras 25-talet olika specialistfunktioner, och dessa kan vara förlagda på 8–10 olika sjukvårdsorganisationer eller vårdgivare.

Patientens önskemål är att få en korrekt diagnos samt god behandling och rehabilitering. Att skapa den av patienten önskade vårdkedjan fordrar en genomtänkt organisation. Läkare- och sjuksköterskekontinuiteten är betydelsefull, och som patient måste man tydligt uppleva vem som har ansvaret för diagnostik och behandling. Organisatoriskt och ekonomiskt är vårdkedjan »skuren på tvären«. Detta leder till en suboptimal kommunikation mellan vårdkedjans olika länkar och en fragmentering av cancersjukvården. Denna fragmentering motverkar den patientfokuserande vården. Det är därför betydelsefullt med en helhetssyn och att denna omfattar alla komponenter i vårdkedjan. Ett tydligt ansvar bör åläggas ett multidisciplinärt team som besitter den kompetens en vårdkedja fordrar. Till detta team bör man också knyta resurser för forskning, utveckling och utbildning, så att dessa i så stor utsträckning som möjligt integreras med vården.

Upphandlingen av den onkologiska sjukvården bör gå i riktning mot upphandling av hela vårdkedjor. Man bör i större utsträckning evidensbasera och säkerställa att förebyggande insatser nyttjas på ett ändamålsenligt sätt. Instrumentet bör vara preventionsvårdsprogrammet. Ett sådant vårdprogram kan utgöra ett underlag för upphandling av onkologisk sjukvård. Om man till detta kopplar registrering av insatser och resultat erhålls verktyg för identifiering av utvecklingsbehov och kostnadseffektivitet, något som i dag saknas i framför allt den senare delen av cancervårdkedjorna, en del som är mycket kostsam. Ringborg avslutade sitt inlägg med att konstatera att organisatoriska förändringar som möjliggör detta leder till betydande vinster. Cancerpatienten får ett patientfokuserat omhändertagande med ökad delaktighet, den medicinska professionen får instrument att redovisa resultat och motivera sina kostnader och möjligheter att skapa incitament som leder till att kostnadseffektivitet kan utvecklas och de som upphandlar sjukvården kan se ett tydligare vårdinnehåll och defi-

ANNONS

ANNONS

nierade sjukvårdsprodukter, vilket ökar möjligheter till prioriteringar.

Träning i etiskt tänkande nödvändig

Professor Stefan Einhorn, Radiumhemmet, Karolinska sjukhuset, belyste de etiska och humanistiska aspekterna på den ökade belastning på sjukvården som blir följd av det ökade antalet cancersjuka under kommande decennier. Han konstaterade att det förutom den pågående ökningen av prevalenta cancerfall sker en utveckling mot alltmer komplicerade och kostsamma behandlingar av cancersjuka. Det är bekymmersamt att detta sker i ett läge när sjukvårdens resurser är bristfälliga, som en följd av att sjukvårdens andel av BNP har minskat under en lång följd av år. Slutsatsen blir att det framöver kan bli nödvändigt att prioritera inom sjukvården i större utsträckning än tidigare. Det blir därför viktigare än någonsin att etiken blir en del av vardagen. Sjukvårdspersonal måste genom systematisk utbildning tränas i etiskt tänkande och öka sin erfarenhet av etiska överväganden för att kunna ta svåra beslut.

Den parlamentariska Prioriteringsutredningen ger oss visserligen riktlinjer för hur vi skall prioritera, men i slutändan ligger i praktiken ansvaret på vårdpersonalen för att vården av cancersjuka lever upp till utredningens högt ställda etiska krav. Einhorn gav flera exempel på hur sjukvårdspersonal måste ta svåra etiska beslut. Hur ger man en god vård när motkrafterna är så många i vardagen – när resurser saknas, när arbetssituationen är pressad och när prioriteringssituationerna är omöjliga?

Bemötandet av patienterna är av största vikt och upplevs av patienterna som betydelsefullare än att ha inflytande över information och behandling. Einhorn redovisade några etiska principer som kan ge sjukvårdspersonalen vägledning i de alla flesta etiska valsituationer. Enligt Människovärdesprincipen har alla människor samma värde och därmed samma rätt till vård oavsett ålder, kön, etnisk bakgrund, eventuellt handikapp etc. Den så kallade Gyllene regeln, som i kristendomens version lyder »Allt vad ni vill att människor skall göra för er, det skall ni också göra för dem«, är också tillämplig, men den skall enligt Einhorn inte tillämpas på ett fyrkantigt sätt eftersom vi alla har olika förväntningar på vår omvärld. Hans version av den Gyllene regeln, som förutsätter förmåga till empati hos den som tillämpar den, är: »Du skall bemöta dina patienter som de vill bli bemötta«.

Einhorn konkluderade att i den bristsituation som föreligger, och som kan komma att förvärras under de kommande decennierna som följd av den ökade cancerprevalensen, måste vi som sjukhuspersonal »använda begränsade resurser på ett klokt sätt (dvs arbeta enligt en cancerplan), tillskapa mer resurser, förbättra möjligheterna för klinisk cancerforskning och själva göra så gott vi kan«.

Vård på lika villkor

Den av Stenbeck och Sparén prognostiserade ökningen av cancerprevalensen kan komma att leda till att det blir svårt att inom cancervården uppnå målet i Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) andra paragraf – »en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen«. Kerstin Wigzell ställde i sitt anförande frågan »Hur styr lagstiftaren mot vård på lika villkor?« och besvarade den genom att ge en bred översikt över hur läget är inom sjukvården i stort, men också en beskrivning av hur jämlik cancervården är. HSL baseras på samma etiska grundsyn som den av Einhorn redovisade Prioriteringsutredningen. Det fastslås att vården skall ges med respekt för människors lika värde och att den som har största behovet skall ges företräde i vården. Ansvariga vårdgivare har ansvar för att möjligheten till vård inte påverkas av den sjukes ålder, kön,

utbildning, betalningsförmåga, boendeort, nationalitet och etnicitet, sjukdomens art och varaktighet eller förmåga till att ta egna initiativ. Wigzell betonade särskilt det sistnämnda som ett mycket viktigt krav på vården som ofta förbises av ansvariga politiker och vårdpersonal.

Ansvaret för att uppnå en god vård på lika villkor ligger på sjukvårdshuvudmannen, region, landsting och kommun. En ansvarskonflikt uppstår dock ibland då huvudmännens ansvar för planering, resurser och utförande bryts mot statens strävan att bevaka medborgarnas rätt till högkvalitativ och likvärdig vård oavsett var man bor. Statens verktyg i detta arbete är framför allt överenskommelser, till exempel Dagmaröverenskommelserna, nationella handlingsplaner, myndighetsutövande, till exempel Socialstyrelsens, med dess ansvar för normering och tillsyn samt patienträttslagstiftningen. Patienternas allt starkare ställning förväntas fortsätta att öka och bli en betydelsefull kraft i utvecklingen av sjukvården. Genom att patienten får tillgång till mer information kommer hon att veta vad som kan göras utanför det egna landstinget. Hon kommer knappast att acceptera sämre eller mindre vård än det som erbjuds hos »grannen«.

Har vi då i dag en vård på lika villkor? Wigzells sammanfattning pekade på att höginkomsttagare och högt utbildade utnyttjar sjukvården mer än andra grupper, liksom att kvinnor har ett större vårdutnyttjande än män, även om man kompenserar för den vård som ges i samband med graviditet.

Andra viktiga grupper där behoven inte är tillgodosedda är icke facklärd arbetare/invandrare och förskolebarn. För den senare gruppen är vårdutnyttjandet beroende av föräldrarnas socioekonomiska status. Slutligen är det väl belagt att det är ett rejält handikapp i förhållande till vården att ha svårt att ta egna initiativ.

När det gäller cancervården tycks den fungera relativt väl, men stora regionala skillnader finns påvisade. Nya kunskaper sprids inte lika snabbt inom hela landet, och skillnader i behandlingsmetoder föreligger. Generellt gäller också att det finns regionala skillnader i kostnader för patienterna och att det initiala omhändertagandet är bättre än under den kroniska fasen och den palliativa vården. Detta är knappast förenligt med lagstiftarens krav på att sjukdomens »art och varaktighet« inte får spela någon roll i tillgången till vård. Cancervården tycks vara varken bättre eller sämre än vården av andra långvariga och svåra sjukdomstillstånd. Inte heller förefaller de regionala skillnaderna vara mer uttalade.

Wigzell konstaterade att Socialstyrelsen kan bidra till god vård på lika villkor på flera sätt. Dels genom att underlätta användningen av de register som finns, bland annat cancerregistret och kvalitetsregister, dels genom att ta fram nationella riktlinjer för de stora sjukdomstillstånden. Socialstyrelsen satsar även på att stödja och driva på utvecklingen av öppna, jämförbara redovisningar av vårdens prestationer, kostnader, kvalitet och resultat.

Wigzells konklusion när det gäller vård på lika villkor var att det är speciellt angeläget att garantera lika vård på lika villkor för cancersjukdomarna eftersom de kan ha långa, plågsamma och hopplösa förlopp som kräver stora vårdinsatser, uppföljning och kontakter inte bara mellan vården och patienten utan också mellan vården och patientens anhöriga. Viktiga förutsättningar för att uppnå vård på lika villkor är att man skapar strukturer som säkerställer vård efter behov, att man tillämpar väl underbyggda och tydliga prioriteringar inom vården och att det sker en öppen redovisning och ständig utvärdering av måluppfyllelsen. I detta arbete spelar det centrala cancerregistret och de regionala registren en central roll.

En heltäckande nationell cancerplan krävs

I min sammanfattning av allmänna mötet föreslog jag att man

med tanke på den ökade cancerprevalensen och dess konsekvenser i form av kraftigt ökad belastning på sjukvården borde utarbeta en heltäckande nationell cancerplan. Nationella cancerplaner, som tillkommit på initiativ av WHO, Internationella Cancerunionen (UICC) och EU och som redan finns i flera länder (Norge, Danmark och England), möjliggör att man på ett ordnat sätt kan bekämpa cancersjukdomarna på alla fronter. Statliga och landstingsfinansierade satsningar kan fördelas på ett optimalt sätt så att synergi uppstår mellan satsningar på utbildning, forskning, prevention, diagnostik, behandling, rehabilitering och palliation. Via utbildning i tid kan man förhindra personalbrist inom onkologin.

Koordinerade forskningsinsatser kan resultera i kunskap som underlag för prevention och evidensbaserad sjukvård och för att bygga upp nödvändig kompetens hos sjukvårdspersonalen. Genom systematiska satsningar på primär- och sekundärprevention kan stora vinster göras. Ett realistiskt mål enligt beräkningar gjorda av National Cancer Institute i USA är en reduktion av cancerincidensen upp till 50 procent. Viktigast just nu är insatser för att förhindra rökning och övervikt i befolkningen och att utveckla screeningmetoder för kliniskt relevant prostatacancer och för kolorektalcancer.

Överbryggande cancerforskning bör stimuleras och arbeta mot målen förbättrad diagnostik och utveckling av nya, kraftfullare behandlingsmetoder. Förutsättningarna för att utveckla diagnostiska metoder med högre precision är goda. Den förbättrade diagnostiken kommer att innebära att den prognostiska bedömningen blir säkrare, liksom det diagnostiska underlaget för val av terapi och uppföljning av behandlingseffekter. Möjligheterna till akademiska kliniska behandlingsstudier behöver förbättras. Evidensbaserade behandlingsmetoder och vårdprogram för enskilda tumörtyper behöver spridas över hela landet. Viss del av cancervården bör superspecialiseras och lokaliseras till få behandlingenheter.

En bred satsning på vårdforskning och tillskapandet av stora resurser för vård av cancersjuka måste ske för att täcka det ökande vårdbehovet.

Min konklusion när det gäller läget inom cancerområdet är entydig: när vi nu står inför en dramatisk ökning av cancerprevalensen fram till år 2020 bör vi agera snabbt för att »mota Olle i grind«. Snabba insatser behöver vidtas på utbildningsområdet och när det gäller tobaksprevention och andra viktiga livsstilsförändringar i befolkningen. Det långsiktiga arbetet bör ske enligt en heltäckande nationell cancerplan som behöver baseras på ett faktaunderlag i form av en ny statlig cancerutredning. •

Särtryck

Läkartidningen

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 45 kronor

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex
av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker