

Cancerstrategi för framtiden

Ivåras överlämnades »En nationell cancerstrategi för framtiden« till socialministern. Den är välskriven och belyser problematiken kring en ökad cancerprevalens ur flera intressanta och relevanta perspektiv. Föreslagna insatser är till övervägande del väl avvägda.

Svagheten är att utredningen saknat mandat att föreslå åtgärder som förändrar nuvarande ansvarsrelation mellan stat och landsting/regioner. Att begränsa den här typen av genomgripande strategier till enskilda sjukdomsområden är också problematiskt ur prioriteringssynpunkt.

Synen på prevention som det centrala verktyget för att minska sjuklighet och dödlighet i cancer är en framtidsfråga. Det nationella samarbetet blir allt mer nödvändigt, och utvecklingen ställer allt större krav på öppna och systematiska prioriteringar i vården. Framför allt kommer de ökade vårdbehoven och kraven på finansiering att kräva tydligare definition och avgränsning av det offentliga åtagandet.

Många av förslagen vilar på en välorganiserad, effektiv och kunskapsintensiv första linjens sjukvård. Primärvården ska vara det naturliga navet i cancer vården som i all annan sjukvård, från prevention och diagnostik till palliativ vård. Dessvärre har primärvården länge saknat kapacitet i förhållande till sitt uppdrag. En viktig orsak till de brister i tillgänglighet, kontinuitet och vårdplatser vi haft i sjukvården de senaste åren.

Att utredningen i princip avstått från att beakta allmänläkarens centrala roll och de konsekvenser strategiförslagen får för primärvården blir i det perspektivet förvånande.

Det är också en brist att så lite utrymme ägnas åt länsonkologins roll. Länsonkologin sköter trots allt en tredjedel av landets samtliga cancerpatienter. Dessutom saknas nästan helt reflektioner kring hematologisk sjukvård. Handläggningen av patienter med hematologiska maligniteter kräver en annan kompetens än onkologins. Framför allt saknas en bedömning av den framtida kompetensförsörjningen inom området. Även bristen på slutenvårdsplatser och särskilt intensivvårdsplatser inom hematologin är oroande.

Att det ska bildas ett fåtal regionala cancercentrum (RCC) är cancerstrategins i särklass skarpaste förslag. Dessa RCC ska bland annat utveckla strategier för prevention på befolkningsnivå, utveckla vårdprocesser, medverka i framtagande av nationella riktlinjer, utgöra nav för cancerforskningen och fortbilda personal med mera. En viktig utgångspunkt är att kunna erbjuda en decentraliserad vård av hög kvalitet till

alla patienter, sålunda erbjuda lika bra vård oavsett bostadsort och inkomst. Bildandet av få och starka RCC och strävan att ge en decentraliserad vård kan stå emot varandra. Ett sätt att lösa denna motsättning är att RCC utvecklar samarbete med de enskilda vårdgivarna i patientens närhet. Det finns i dagen stor samlad kompetens på länssjukvårdsnivå och väl fungerande struktur som riskerar att försvinna om centralisering av behandlingar drivs för hårt.

Viktigt är att det inte finns ekonomiska hinder för samarbete och för det gemensamma ansvaret för vård, utveckling och klinisk forskning. Att rekryteringen av patienter kan ske decentraliserat är också nödvändigt för att upprätthålla hög kvalitet på den kliniska forskningen.

Det statliga stödet till cancerforskningen måste öka. I dag bedrivs mycket av den kliniska cancerforskningen på klinikanknutna forskningsenheter. Behovet av dessa enheter har ökat allt mer med tiden. Forskningsenheterna saknar dessvärre i regel ekonomiskt stöd från landstinget. Det är dags att ta ett samlat grepp för att säkerställa att behandlingar och teknik som används i vården är rimligt kostnadseffektiva och försvarbara ur ett prioriteringsperspektiv. Detta måste ske på nationell nivå för att säkra likställighetsprincipen.

En nationell myndighet – en så kallad behandlingsförmånsnämnd – bör snarast inrättas som utifrån vetenskapliga underlag och gällande prioriteringsordning prövar vilka behandlingar och metoder som bör ingå i det offentliga åtagandet. Genom behandlingsförmånsnämndens riktlinjer skulle landstingen, inte minst landstingspolitikerna, kunna känna större trygghet att prioritera i den breda flora av behandlingar som den skattefinansierade vården i dag erbjuder.

Vid läsning av strategin är det lätt att byta ut cancer mot exempelvis hjärt-kärlsjukdomar eller psykisk ohälsa emedan resonemanget är giltigt för många andra sjukdomsområden. Det gäller i både problembeskrivning och behovet av långsiktiga satsningar. Motsvarande översyn borde göras inom samtliga sjukdomsområden i vården. Det är först när vi kan avväga alla sjukvårdsbehov som det seriöst går att avgöra hur mycket resurser som bör läggas på exempelvis ett nytt och mycket dyrt cancerläkemedel.

Vad innebär egentligen de föreslagna satsningarna inom cancerområdet? Ska andra delar av sjukvården prioriteras ned? I så fall vilka?

Sjukvårdens svåra prioriteringar, vertikala som horisontella, kräver helhetssyn. En annan, men besläktad komplikation är att strategin i hög grad vilar på sjukvårdshuvudmännens förmåga att göra tydliga prioriteringar och omfördela vårdresurser. Samtidigt är det ett faktum att den politiska ledningen i landsting/regioner sällan orkar fatta beslut med innebörden att viss verksamhet skärs ned. Hur ska cancerstrategin då kunna införlivas i hälso- och sjukvården?

»Att det ska bildas ett fåtal regionala cancercentrum (RCC) är cancerstrategins i särklass skarpaste förslag.«



PER JOHANSSON,
utredare



EVA NILSSON BÅGENHOLM,
ordförande i
Läkarförbundet



Kontaktuppgifter Sveriges läkarförbund:
www.lakarforbundet.se, E-post: info@slf.se
Telefon: 08-790 33 00, Fax: 08-20 57 18
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm
Besök: Villagatan 5, Stockholm