

Cancerplan 2010 - 2015



Innehåll:

Sammanfattning och fortsatt inriktning	3
1 Cancersjukvårdens framtida möjligheter och utmaningar	5
2 Nationell cancerstrategi	6
3 Regionalt cancercentrum	7
4 Samarbete mellan Landstinget Blekinge och Landstinget Kronoberg	7
5 Gemensamma vårdprogram och riktlinjer	8
6 Vårdkedjor och processer	8
7 Multidisciplinär samverkan	8
8 Primärprevention	8
8.1.1 Förekomst av cancer i Kronobergs län	9
8.1.2 Bröstcancer	10
8.1.3 Kolorektalcancer	11
8.1.4 Prostatacancer	12
8.1.5 Gynekologisk cancer	12
8.1.6 Blåscancer (urotelial)	13
8.1.7 Njurcancer	13
8.1.8 Lungcancer	13
8.1.9 Hudcancer	14
8.1.10 Hjärntumörer	14
8.1.11 Cancer i övre delen av mag-tarmkanalen	15
8.1.12 Cancer hos barn	16
8.1.13 Maligna lymfom	16
8.1.14 Öron-näsa-hals-tumörer	17
8.1.15 Testikelcancer	18
8.1.16 Patologi	18
9 Palliativ vård	18
10 Läkemedel	20
11 Kostnad för cancersjukvård	20
12 Personal och utbildning	20
13 Utrustning	21
13.1.1 Strålbehandlingsutrustning	21
13.1.2 Robotkirurgi	21
13.1.3 Skopiverksamhet	22
13.1.4 PET-CT	22
14 Öppna jämförelser	22
Bilaga 1. Öppna jämförelser – cancersjukvård	24

Sammanfattning och fortsatt inriktning

Cancer är en folksjukdom. Antalet personer som lever med cancer förväntas att fördubblas fram till 2030. En långsiktig nationell cancerstrategi har utarbetats för att ta tillvara på medicinsk kunskapsutveckling och möta framtida behov och utmaningar. Cancerstrategin har ett helhetsperspektiv och omfattar förebyggande vård, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ (lindrande) vård, kunskapsbildning och kunskapsspridning. Av förebyggande insatser är rökavvänjning viktigast vilket även har effekt på förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar. De förestående stora utmaningarna och nya behov behöver mötas med en utvecklad samverkan för att utveckla och upprätthålla en god kvalitet och utveckling av cancervården.

Den nationella cancerstrategin kommer att påverka den framtida cancervården såväl nationellt i regioner och landsting. Landstinget Kronoberg stödjer tankarna i den nationella cancerstrategin och trycker särskilt på behovet av att kunna erbjuda kvalificerad cancerbehandling på länssjukvårdsnivå. I budget 2010 finns ett uppdrag att ta fram en cancerplan för Landstinget Kronoberg

Cancerplanen i Landstinget Kronoberg omfattar för hela vårdprocessen från förebyggande verksamhet till palliativ vård. Planen omfattar både nationell och regional utveckling. I planen beskrivs förekomsten av cancersjukdomar i Kronoberg samt en genomgång av diagnostik och behandlingar för olika sjukdomsgrupper presenteras.

Med utgångspunkt från sammanställningen lämnas följande rekommendationer för att vidareutveckla cancersjukvården i Kronoberg:

Förebyggande åtgärder och tidig upptäckt

Åtgärder som syftar till att förebygga cancer är att

- Följa nationellt beslutade screening- och vaccinationsprogram (HPV).
- Satsa på förebyggande åtgärder såsom rökavvänjning och ändrade solvanor.
- Genomföra riktade aktiviteter kring hudscreening.

Organisation och struktur

Den nya centrumorganisationen skapar förutsättningar för att kunna utveckla cancervården genom att

- Ta fram en tydligare uppgiftsfördelning och koncentration cancersjukvården för att säkerställa en god kvalitet i vården.
- Inrätta vårdplatser för den palliativa vården.
- Tillskapa en gemensam enhet för medicinsk och kirurgisk skopimottagning i Växjö.
- Utforma en plan för hur en samlad specifik onkologisk behandling ska uppnå optimalt resursutnyttande av kompetensen hos välutbildade undersköterskor, sjuksköterskor och läkare.

Vårdprocess

Inom ramen för samverkan med det regionala cancercentrumet ska vårdprocessen utvecklas genom att

- Kartlägga vårdkedjorna för att öka effektiviteten i vård och behandling samt utveckla mål för ledtider. Ett mål är att garantera patienter med misstanke om cancer en diagnos och påbörjad behandling inom 30 dagar.
- Satsa på specialistutbildade sjuksköterskor för att utveckla specifika mottagningar där bröst enheten kan vara modell.
- Ta fram och genomföra gemensamma vårdprogram.
- Säkerställa det palliativa omhändertagandet av patienter i eget boende genom att förstärka den palliativ kompetensen och samtidigt utveckla konsultverksamheten till slutenvården.
- Utveckla ett standardiserat arbetssätt vid cancerbesked (primär diagnos och återfall) samt riktlinjer för patientens delaktighet vid beslut om vård och behandling.

Samverkan

Samverkan ska utvecklas genom att

- Aktivt bidra till utvecklingen av ett regionalt cancercentrum (RCC).
- I samverkan med Landstinget Blekinge ta fram en strategi för att nyttja kapaciteten och kompetensen som finns inom cancervården i de bägge landstingen för att på bästa möjliga sätt säkra patientkvalitet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet.
- Avsätta särskilda resurser inom landsting och kommun för gemensamma utbildningsinsatser i palliativ vård.

Forskning och utveckling

Ambitionen när det gäller forskning är att

- 10 procent av alla cancerpatienter ska erbjudas möjlighet att få delta i kliniska studier för att hålla oss uppdaterade kring klinisk forskning och läkemedelsutveckling.
- I samverkan med universitet och regionalt cancercentrum delta forskning.

Investeringar

Planera för och besluta om investeringar för

- Linjäraccelerator 3 samt brachyterapi.
- Robotassisterad kirurgi i samverkan med Blekinge.
- PET-CT

Dessa investeringar beräknas kosta cirka 100Mkr under en 5årsperiod

1 Cancersjukvårdens framtida möjligheter och utmaningar

Cancervården är en komplex verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det finns tydliga kopplingar till de opererande specialiteterna, medicinska specialiteterna, medicintekniska verksamheten, laboratorieverksamheten, rehabiliteringen med mera. Onkologin är en central punkt i detta nätverk.

Den medicinska utvecklingen går mot alltmer specialiserade och potenta läkemedel som kan ges i kombination med strålbehandling. Strålbehandlingen ges med större precision och utformas individuellt efter patientens behov, vilket tillåter större, effektivare stråldoser. "Runt hörnet" ligger nya generationer av läkemedel som bygger på genteknik. Allt detta bidrar till att dödligheten kommer att minska.

Samtidigt stiger läkemedelskostnaderna kraftigt. En fortsatt utveckling av radioterapeutiska metoder med åtföljande investeringskostnader förstärker bilden av en accelererande kostnadsutveckling. På sikt kan utvecklingen leda till etiska dilemman som kan kräva tydliga prioriteringsbeslut. Exempel finns redan idag från andra håll inom vården.

Erfarenheterna talar för att det krävs en stabil onkologisk enhet inom landstinget som kan vara "motor" i utveckling av cancervården. Det handlar bland annat om att skapa multidisciplinära "plattformar" att agera från. Vården är komplex och kräver ett effektivt samspel mellan alla berörda aktörer. Samspelet mellan onkologkliniken och de regionala och lokala medicinska programgrupperna måste klarläggas och ges tydliga förutsättningar. De ekonomiska frågorna förs till linjeorganisationen för övervägande.

Behovet av regionalt samarbete kommer att förbli starkt även i fortsättningen, även om vissa förskjutningar av arbetsuppgifter kan ske både åt ena eller andra hållet. Några centrala uppgifter i samarbetet är att bevaka och följa utvecklingen, ta initiativ till gemensamma program och riktlinjer och att tillsammans med Regionalt onkologiskt centrum stödja uppbyggnaden av nationella kvalitetsregister. Data kommer att finnas on-line och vara tillgängliga genom en "knapptryckning".

Kommunikation via video eller IT blir naturliga inslag i vardagsarbetet. Detta skapar förutsättningar för multidisciplinär samverkan på olika plan och långa avstånd. Men också med patienterna, som kommer att ta en aktivare del i sin behandling. Patientmedverkan och en större ambition att se vården genom patientens ögon leder till att nya rutiner växer fram där många moment görs parallellt. Tiden till diagnos och behandling kommer att förkortas.

Den generella trenden är att antalet diagnostiserade cancerfall har ökat under lång tid och kommer att fortsätta öka under kommande år. Samtidigt minskar dödligheten, vilket medför att det kommer att finnas allt fler som lever med sin cancersjukdom och kräver vård och rehabilitering under lång tid.

De senaste två decennierna har antalet cancerfall ökat konstant. Den genomsnittliga ökningen låg på 1,6 procent per år för män och 1,1 procent för kvinnor. Hälften av alla nya fall kan förklaras av den åldrande befolkningen.

Tack vare bättre diagnostik och effektivare behandling lever cancersjuka allt längre. År 2004 var 63 procent av alla cancerfall i Sverige diagnostiserade på personer över

65 år. Det innebär att närmare 40 procent av diagnoserna ställdes på personer som ännu var i arbetsför ålder – eller barn. Risken att drabbas av cancer ökar betydligt för män efter pensionsåldern, medan risken för kvinnor är jämnare fördelad per åldersgrupp.

De vanligaste cancersjukdomarna i Sverige i dag är prostata- och bröstcancer. De tillhör de cancersjukdomar som ökat kraftigt under de senaste decennierna och har successivt svarat för en allt större del av cancerfallen hos män respektive kvinnor. Sett över en 20-årsperiod tillhör malignt melanom samt övrig hudcancer de snabbast växande cancerformerna.

Lungcancer har ökat kraftigt bland kvinnor medan trenden är nedåtgående för män. Till cancerformer som minskat hör livmodershalscancer, beroende på organiserade cellprovstagningar.

Patienter och anhöriga vill få större kunskap inom ämnet. Det kräver större delaktighet i beslutsfattande inom cancervården än idag.

Den enskilde patienten förväntar sig åtgärder inom ett flertal områden såsom prevention, diagnostik, antitumörbehandling, psykosocialt stöd, rehabilitering samt supportativ och palliativ vård. En förbättrad helhetssyn på patientens tumörsjukdom förväntas. Krav på sammanhängande vårdprocesser där man registrerar ledtider som en kvalitetssäkring och en naturlig del av vårdprocessen.

- Nationella riktlinjer och evidensbaserade nationella vårdprogram kommer att krävas för alla cancerdiagnoser
- Det ställs ökade krav på valfrihet på nationell och internationell nivå.
- Vetenskaplig evaluering och bättre redovisning av cancersjukvårdens resultat kommer att krävas.
- Incidensen och mortaliteten måste sänkas med hjälp av satsningar på primärprevention (t ex rökavvänjning och ändrade solvanor) och sekundärprevention (tidig diagnostik och ökad tillgänglighet genom exempelvis mammografiscreening och bröstmottagningar).
- Resultaten av basal, preklinisk och klinisk cancerforskning måste koordineras så att en implementering av nya forskningsresultat i rutinsjukvården snabbt kan ske.
- Samtliga personalkategorier måste genom kontinuerlig vidareutbildning hållas uppdaterade om förändringar av kunskapsläget inom cancersjukvården.

2 Nationell cancerstrategi

Regeringen tillsatte en särskild utredare med uppgiften att ta fram en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Bakgrunden var prognoser som visade att antalet personer som lever med cancer kommer att fördubblas fram till 2030. Även om Sverige har jämförelsevis goda behandlingsresultat för flera cancersjukdomar så står vi inför stora utmaningar framöver.

Det har tecknats en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med överenskommelsen är att få till stånd ett utvecklingsarbete med cancerstrategin som grund. Staten och huvudmännen ska genom riktade satsningar stimulera olika former av utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården inom

cancerområdet. Överenskommelsen preciserar ansvar, tidplan och tilldelning av resurser för genomförandet av en rad insatser av och med olika aktörer.

Fem viktiga mål för arbetet inom cancerområdet slås fast i överenskommelsen:

- Minska risken för insjuknande i cancer.
- Förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer.
- Förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos.
- Minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos.
- Minska skillnader i insjuknande och överlevnadstid mellan befolkningsgrupper.

3 Regionalt cancercentrum

En viktig del för framtiden är hur cancervården ska kunna samverka på delvis nya sätt. Ett förslag är att utveckla ett antal regionala cancercentra i form av samlade cancerverksamheter som innehåller såväl diagnostik, behandling, befolkningsinriktad prevention som preklinisk och klinisk forskning och utbildning. Kjell Asplund är nationell cancersamordnare med uppgift att samordna processen och främja utvecklingen av regionala cancercentrum. I detta ligger att utifrån de principer som anges i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden, ta fram kriterier för vad som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. En viktig del av uppdraget består i att utgöra en samtalspartner till och samordna diskussioner mellan företrädare för sjukvårdshuvudmännen, universitet, myndigheter och andra berörda parter, såsom patientorganisationer.

Region Skåne har startat ett arbete med att bilda ett regionalt cancercentrum (RCC) och föreslår att det ska ske i tre faser. Den första fasen innebär att RCC omfattar Region Skåne. I nästa fas är avsikten att involvera hela Södra sjukvårdsregionen och det slutliga steget, som beräknas kunna uppnås cirka tre år efter det att RCC bildats, innebär att RCC uppnår status av ett s.k. "Comprehensive Cancer Center". Det finns inte några skarpa gränser mellan de olika faserna och redan i förberedelsearbetet inför bildandet av ett RCC i Skåne har representanter från Södra sjukvårdsregionen varit inbjudna. Landstingen söker gemensamt statsbidrag.

4 Samarbete mellan Landstinget Blekinge och Landstinget Kronoberg

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Dagens arbetssätt och traditionella sätt att organisera och fördela resurser till olika delar av hälso- och sjukvården kommer inte att kunna klara förestående stora utmaningar och nya behov.

En grundförutsättning för att kunna utveckla och upprätthålla en god kvalitet och utveckling av vården är att verksamheten har en tillräcklig omfattning och uppnår tillräckligt stor volym inom olika patientgrupper. Små län som Blekinge och Kronoberg kan av dessa skäl inte på sikt rekrytera och upprätthålla kompetens inom alla områden utan måste utveckla konkreta samverkansformer.

Inom området cancersjukvård är inriktningen att utifrån kvalitets- och kvantitetsmål dela upp ansvaret för olika diagnoser mellan Blekinge och Kronoberg. Syftet med detta

arbete är att den samlade kapaciteten och kompetensen som finns inom cancervården ska användas på bästa möjliga sätt för att även på sikt säkra patientkvalitet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet.

Utredning ska göras och idéer presenteras till hur i första skedet ansvaret för bröstcancervården och lungcancervården kan fördelas mellan sjukhusen i länen. När detta är gjort är ambitionen att i ett nästa steg även genomföra detta för kolon-rectalcancervården och prostatacancervården. Utredningen kring cancersjukvården inbegriper även en gemensam satsning på robotkirurgi.

5 Gemensamma vårdprogram och riktlinjer

För att kunna erbjuda en likvärdig behandling oavsett var patienten bor, krävs aktuella vårdprogram och riktlinjer. Vårdprogram kan utarbetas på såväl nationell som regional nivå och ibland även på landstingsnivå. I första hand bör nationella program användas, men i avsaknad av sådana och då behov finns av anpassning till regionala förutsättningar, kan även program utarbetas på initiativ av regionen. Detta är en del i regionsamarbetet och åligger de regionala medicinska programgrupperna och RCC.

6 Vårdkedjor och processer

Cancervården är till sin natur komplex och rör många funktioner inom vården, allt från bedömning av ofta diffusa symptom inom primärvården till specialistvårdens undersökningar, diagnosticering, behandling, uppföljning och rehabilitering. Ofta genomförs olika moment på både läns- och regionnivå. Även om alla inblandade gör sin del av arbetet inom rimlig tid, kan den totala tidsåtgången bli avsevärd. Tillstöter dessutom fördröjningar i vårdkedjan, kan konsekvenserna bli allvarliga. Cancervården kan ses som en utmaning och ett prov för alla berörda att åstadkomma bästa möjliga effektiva processer för att minimera tidsåtgången i den totala vårdkedjan. Utgångspunkten ska vara ett tydligt patientperspektiv som omfattar alla aspekter av patientens behov.

7 Multidisciplinär samverkan

Utvecklingen inom cancervården mot alltmer förfinade och komplexa behandlingsmetoder ställer större krav på multidisciplinär samverkan i olika skeden. Det gäller exempelvis inför val av behandling, men även val av rehabiliterande åtgärder. Inför behandling sker idag diskussion om optimal handläggning vid gemensam konferens med berörda discipliner. Utöver detta skulle vinster i primärdiagnostiken såväl tidsmässigt som kvalitetsmässigt kunna erhållas vid ännu närmare samarbete vid olika provtagningar exempelvis i samband med röntgenologisk diagnostik.

8 Primärprevention

Stora resurser läggs på att bota och lindra följderna av cancer. Samtidigt är det ett välkänt faktum att bästa sättet att förhindra exempelvis lungcancer är att aldrig börja röka. Det väcker frågan om prioriteringen gör på ett optimalt sätt.

Tobaksprevention har särskilt nämnts som den enskilda åtgärd som har störst effekt på cancersjukdom och det finns kunskap om att tobaksrökning varierar i olika miljöer. En annan riskfaktor som uppmärksammas alltmer är den tilltagande övervikten hos befolkningen. Övervikt har främst betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar, men är också en riskfaktor för vissa cancerformer. Ytterligare en riskfaktor är riklig exponering i solen. Sambandet med utveckling av malignt melanom är entydigt och särskilt cancerformen malignt melanom har ökat markant under senare år. Avgörande för att kunna bota är tidig upptäckt. Ett antal försök har gjorts med ”prickmottagningar” och liknade, men det har varit svårt att systematiskt nå alla berörda. En grundläggande åtgärd är att sprida kunskap om riskerna och att lära den enskilde individen att ge akt på hudförändringar. Det utesluter inte att riktade aktiviteter, exempelvis någon form av hudscreening, också bör övervägas.

Vaccin mot humant papillomvirus (HPV) ges för att förhindra insjuknande i livmodershalscancer. Vaccinet kommer att ingå i det allmänna barnvaccinationsprogrammet i samverkan med länets kommuner.

Införandet av screening avseende kolorektalcancer prövades i de nationella riktlinjerna men frågan befanns inte mogen för beslut på grund av brist på vetenskapligt underlag. I dagsläget rekommenderas ej heller screening avseende prostatacancer (PSA-värden).

8.1.1 Förekomst av cancer i Kronobergs län

I tabellerna nedan presenteras de tio vanligaste cancerformerna i Kronoberg län för kvinnor och män.

Cancerform KVINNOR 2007	%	Nya fall i Kronoberg	Cancerform KVINNOR 2008	%	Nya fall i Kronoberg
Bröst	29,2	157	Bröst	29,4	167
Colon	8,4	46	Colon	8,2	49
Hud (exkl. melanom)	7,4	42	Hud (exkl. melanom)	7,5	54
Lung&pleura, bronch, trachea	6,5	26	Lung&pleura, bronch, trachea	6,5	26
Corpus uteri	5,7	34	Corpus uteri	5,6	37
Malignt melanom, hud	4,9	16	Malignt melanom, hud	5,1	23
Rectum och anus	4,0	20	Rectum och anus	3,6	23
Malignt lymfom	3,7	11	Okänt ursprung	3,2	12
Ovarial, tubar och breda ligament	3,1	18	Ovarial, tubar och breda ligament	3,2	18
Okänt ursprung	3,1	17	Non-Hodgkin lymfom	2,9	14

Totalt nya cancerfall i Kronoberg 2007 = 522 Totalt nya cancerfall i Kronoberg 2008 = 552

Cancerform MÄN 2007	%	Nya fall i Kronoberg	Cancerform MÄN 2008	%	Nya fall i Kronoberg
Prostata	34,0	289	Prostata	32,8	339
Hud (exkl. melanom)	9,0	55	Hud (exkl. melanom)	10,0	83
Colon	7,1	51	Colon	7,3	42
Urinorgan (exkl. njurar)	6,6	31	Lung&pleura, bronch, trachea	6,6	29
Lung&pleura, bronch, trachea	6,3	21	Urinorgan (exkl. njurar)	6,4	41
Malignt lymfom	4,6	19	Malignt melanom, hud	4,9	19
Rectum och anus	4,5	24	Rectum och anus	4,4	32
Malignt melanom, hud	4,4	26	Non-Hodgkin lymfom	3,0	16
Njurar	2,4	21	Njurar	2,4	26
Neurologiskt	2,2	12	Neurologisk	2,1	6

Totalt nya cancerfall i Kronoberg 2007 = 649 Totalt nya cancerfall i Kronoberg 2008 = 754

Data tagna ur ”Cancer Incidence in Sweden 2007+2008” publicerad av SoS

	1970	1990	2008
Totalt antal cancerfall	738	1014	1436
Prostatacancer	69	145	370
Bröstcancer	88	150	185
Lungcancer	26	45	61
Gastrointestinalcancer	215	232	242
Njure/urinvägar/testikelcancer	61	82	101

Utveckling av antal cancerfall i Kronoberg under tidsperioden 1970-2008.

8.1.2 bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och svarar för 30 procent av de diagnostiserade tumörerna. Femårsöverlevnaden har ökat från 65 procent i mitten av 1960-talet till 84 procent för kvinnor som fick sin diagnos under mitten av 1990-talet. Den förbättrade överlevnaden beror dels på att mammografiscreeningen medfört att tumörerna nu upptäcks i ett tidigt skede, dels på förbättrade behandlingsmetoder.

Den 10-åriga överlevnaden i bröstcancer hos kvinnor förväntas öka från 75 procent för perioden 1990-1992 till 79 procent för prognosperioden 2000-2002.

Handläggningsstrategier inom bröstcancerområdet baseras på beskrivningar av bröstcancer i Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal och prostatacancer – beslutsstöd för prioriteringar”.

Senaste 5 åren har samarbetet mellan länets sjukhus för omhändertagande av bröstcancerpatienter fungerat väl. Vi har gemensam, såväl pre-som postoperativ konferens där kirurg, onkolog, röntgenolog och patolog deltar varje vecka.

Screeningpatienterna diskuteras på särskild konferens på torsdagar.

Väntetider för preoperativ bedömning av nydiagnosticerad bröstcancer och fullföljd behandling sker inom den tid som anges som eftersträvansvärd i de Nationella riktlinjerna.

Vi har en väl fungerande patologavdelning och mammografiavdelning med hög kompetens. Onkologkliniken är fullbemannad och innebär att kvalificerad onkologisk efterbehandling kan ges i länet. Vi har också den plastikkirurgiska kompetens inom länet som behövs för att ge patienter som önskar en rekonstruktiv kirurgi efter primäroperationen. Fri lambåteknik och omedelbara bröstrekonstruktioner utförs på MAS när detta är indicerat.

Svensk Förening för Bröstkirurgi eftersträvar att följa internationella riktlinjer med uppbyggnad av böstenheter. För att kalla sig bröststenhet krävs ett underlag på omhändertagande av minst 150 nya bröstcancerpatienter per år. Under 2009 opererades cirka 160 nya bröstcancerpatienter i Kronobergs län.

I december 2008 startade ett processarbete mellan de 7 verksamhetsområdena som är inblandade i en framtida bröst enhet. Detta arbete är nu avslutat och ett avdelningsfunktionsprogram har tagits fram. Ytterligare förbättringar i patientflödet kommer att kunna ske, speciellt när det gäller återbesöksdelen. Bland annat kommer en mer sköterskebaserad mottagningsverksamhet att utvecklas som frigör läkarkapacitet för att fortsättningsvis kunna upprätthålla vårdgarantin. En mottagningsenhet förlagd i anslutning till mammografiverksamheten är av stort värde för logistiken. Detta förbättrar patientflöde, samarbete och patientsäkerhet.

Det bör finnas utrymme i enheten för ett större upptagningsområde om önskemål finns om samarbete med annat landsting.

8.1.3 Kolorektalcancer

För att säkerställa kvalitén på diagnostik och behandling krävs enligt de nationella riktlinjerna god koloskopikapacitet. Den framtida manuella koloskopikapaciteten är i Kronoberg god, dels då läkarkompetens till denna undersökning finns och dels inom ett par år även kompetens i form av självständiga endoskopisköterskor. Screening av colorektal cancer diskuteras, varför vår tillgång av endoskopisjuksköterskor är uppmuntrande i det fall preventiv koloskopi införs. För att kunna utnyttja denna goda och ändamålsenliga manuella kapacitet krävs ökade fysiska resurser såsom förbättrade mottagningslokaler.

Tillgången på välutbildad personal är en förutsättning för att bedriva en avancerad och kvalitetssäkrad verksamhet. Det gäller dels långsiktig, grundläggande planering och rekrytering, dels utveckling av spetskompetens. Inom kolorektalkirurgi finns möjlighet att genomgå ackreditering och inom länet finns två stycken ackrediterade kirurger verksamma vid Centrallasarettet i Växjö och ytterligare en kollega avser att i år genomgå ackreditering.

Det onkologiska behandlingsresultatet vid kolorektalcancer vilar på två hörnstenar. Dels en god preoperativ bedömning och utredning inkluderande diskussion i multidisciplinärt team och dels atraumatisk och precis kirurgi. Behandlingsresultatet utifrån det manuella kirurgiska handhavande blir med stor sannolikhet bättre om en opererande kolorektalenhet har stor operationsvolym. Vid den framtida sammanslagningen av länets två kirurgklinker kommer denna fråga att aktualiseras, d.v.s. på vilket sätt bör delar eller all kirurgi vid kolorektal cancer koncentreras. Efter ett samarbete med företrädare för kolorektal kirurg/medicinsk gastroenterologi och primärvård, är det utarbetat och fastställt riktlinjer för primärutredning och diagnostik av bl.a. kolorektal cancer. Vidare pågår samtal med ansvariga företrädare för röntgenavdelningen Centrallasarettet i Växjö, med målsättning att effektivisera den slutgiltiga bildiagnostiska preoperativa bedömningen av enskild patient med colorektal cancer.

Omfattningen och behovet av postoperativ uppföljning av dessa patienter, är under studium i bl.a. en svensk multicenterstudie. I väntan på studieresultat har Centrallasarettet i Växjö valt att tillsvida följa sina patienter i relativt glesa intervall. Om pågående studier indikerar ett förbättrat onkologiskt långtidsresultat vid tätare kontroller kommer framför allt behovet av datortomografi öka.

Sjuksköterskebaserade mottagningar för delar av den postoperativa kontrollen är utmärkt. Goda erfarenheter finns från andra kolorektala enheter i Sverige, där sjuksköterska minst lika bra och inte mer resursdrivande än läkare, utför dessa kontroller. Denna verksamhet bör således prioriteras.

Kronoberg följer nationella och internationella riktlinjer avseende kemoradioterapi för behandling av kolorektal cancer. Grundstenen i beslutet om dessa terapier är de multidisciplinära behandlingskonferenserna, där varje patient diskuteras både före och efter utförd kirurgi. Den kirurgiska behandlingsarsenalen vid kolorektal cancer ökar. Laparoskopisk kirurgi kan utföras. För bevarande av ett lika gott onkologiskt behandlingsresultat som vid öppen kirurgi krävs dock vid laparoskopisk kirurgi större patientvolym än dagens.

TEM, transrektal endoskopisk mikrokirurgi, är en utmärkt form av behandling av vissa rektala tumörer. Kronoberg erbjuder denna behandling, och kan efter informellt tagna kontakter med Blekinge och Kalmar läns landsting erbjuda denna behandling till hela sydöstra Sverige.

En fortsatt strukturerad och högkvalitativ vård kring patienter med kolorektalcancer i Kronoberg ger alldeles säkert ytterligare förutsättningar att förbättra och förfina samarbete mellan våra tre grannlandsting.

8.1.4 Prostatacancer

Ökad PSA-testning kommer att leda till ökat antal besök på Urologmottagningen, ökat antal prostatabiopsier till patologen och ett ökat antal män med prostatacancerdiagnos i behov av kurativ behandling (strålbehandling/robotkirurgi). Cancerprevalensen hos män beräknas öka med 130 % fram till 2030. Vid denna tidpunkt beräknas 57 % av samtlig prevalent cancer utgöras av prostatacancer.

Urologiska cancersjukdomar utgör nästan 50 % av all manlig cancer. Majoriteten av urologiska cancerfall diskuteras vid multidisciplinär konferens som hålls i Växjö med Ljungbylänk en gång per vecka.

8.1.5 Gynekologisk cancer

Den gynekologiska cancervården bedrivs huvudsakligen i samarbete mellan respektive hemortsklinik och gynekologiska specialisterna på onkologkliniken i Lund.

Lågriskpatienterna opereras vanligen på hemortssjukhuset och högriskpatienterna opereras på kvinnokliniken i Karlskrona (Pat från östra delen av länet) respektive kvinnokliniken i Lund (Pat från västra delen av länet).

Cytostaticabehandling ges på cytostaticamottagningen, onkologiska kliniken i Växjö.

En geografisk spridd samarbetsorganisation av denna omfattning förutsätter väl utvecklade samarbetsrutiner och att ömsesidiga åtagande följs.

Södra regionen arbetar efter regionala vårdprogram utarbetade av respektive vårdprogramsgrupp bestående av gynekologer samt gynonkologer (och patolog) från regionen.

Palliativ vård kan i stor utsträckning bedrivas i hemmet, - tack vare rådgivningsgruppens (onkologkliniken) arbete kan avancerad sjukvård erbjudas utanför sjukhuset.

Enstaka cancerpatienter genomgår palliativ strålbehandling på strålbehandlingsenheten i Växjö.

Det skulle vara en stor vinst, framförallt socialt, för de gyncancerpatienter som behöver adjuvant/kurativ strålbehandling (en del patienter med cervix resp. corpusca), om denna kunde ges på hemorten (Växjö) under de cirka 5 veckorna strålningen ges.

8.1.6 Blåscancer (urotelial)

Oförändrad incidens men ökad volym av cystektomi hos äldre medför ökat resursbehov i form av vårdplatser och operationsutrymme. I länet erbjuds nu även kontinent urinavledning, patienter vilka tidigare remitterats till regionklinik. Ökad användning av instillationsbehandling enligt gällande vårdprogram medför ökat behov av urologsjuksköterskor.

Kontroll och uppföljning av blåstumörsjukdom är kostnadskrävande. Sköterske-baserade cystoskopimottagningar förekommer i Storbritannien och vid lasarettet i Eksjö, med högkvalitativ kostnadsbesparande verksamhet. Denna typ av mottagning skulle behöva införas för att länet skall korta tid från remiss till diagnos av blåscancer, där vi för diagnosår 2007 är näst sämst i landet, eftersom fördröjd diagnos kan innebära försämrad prognos för vissa patienter. Således ökat behov av urologsköterskor med denna kompetens.

8.1.7 Njurcancer

Laparoskopisk njurtumörkirurgi och ökad användning av njurresektion är införd i länet, utförs i Växjö.

8.1.8 Lungcancer

Nationellt vårdprogram finns och ett regionalt vårdprogram är under omarbetning. Utredning av misstänkt lungcancer görs i Växjö och delvis i Ljungby. All bronkoskopi görs i nuläget i Växjö men kan eventuellt utvecklas framledes i Ljungby utifrån behov och kompetens. Komplicerade utredningar med behov av ultraljudsledd bronkoskopi eller elektromagnetisk navigation görs i Lund. Funktionsutredning med ergospirometri på patienter som är osäkert om de är i skick för kirurgi görs på klinfys i Lund. För operabla patienter sker huvudsakligen lungkirurgi i Karlskrona medan en del komplicerade fall görs i Lund, där man även har kompetens för thoracoskopiska biopsier. Strålbehandling och cytostatika ges i Växjö. Cytostatikabehandling kan även ges i Ljungby. För patienter med stadium 3B är samtidig strålbehandling och cytostatikabehandling något som kan göras i Växjö. PET-utredningar sker i ambulerande buss och ingår i utredningen vid lungcancer där man hoppas kunna genomföra kurativ kirurgi. Tillgång till PET är en flaskhals eftersom PET-bussen endast kommer en gång per månad. Korta väntetider till CT-

undersökning är vidare viktig. Vissa bronkoskopier behöver göras med genomlysningsmöjlighet på röntgen och det är idag ibland oacceptabla väntetider för att kunna boka rum för en sådan undersökning. Avseende utredningsrutinen för misstänkt lungcancer i Växjö pågår ett LEAN-arbete för att korta ledtiden.

Behovet av palliativa insatser är stort. Med hjälp av rådgivningsgruppen och insatser i kommunerna fungerar detta bra. För en del patienter sker den absoluta terminalvården ineliggande på medicinkliniken i Växjö.

8.1.9 Hudcancer

Fortsatt samarbete med öron-/ögonspecialisterna och se till att det utvecklas, kanske ett multidisciplinärt tumörcentra för gemensam bedömning och åtgärd (hud-öron-ögon-onk). Bristen på hudläkare i landet är påtaglig för oss i Kronoberg och börjar närma sig det akuta. Att specialutbilda erfarna och intresserade dermatologisjuksköterskor är säkert en bra lösning men även utbildningsinsatser i primärvården. Väldigt många patienter vill komma till en hudmottagning direkt för bedömning av hudförändringar då man känner stor trygghet med det.

Inom ÖNH-klinikerna opereras ett relativt stort antal hudtumörer framförallt skivepitelcancer och basaliom men också ibland maligna melanom. I en ideal situation med god tillgång på hudläkare vore en första sortering hos hudspecialist för sortering angående behandling eller ej och typ av behandling optimal. Beaktande stor brist på hudläkare för närvarande är det bättre att dessa patienter, primärt bedöms av primärvård som remitterar vidare till t ex ÖNH-klinik. För komplicerade tumörer har vi precis påbörjat ett försök med rond med ÖNH-Onkolog läkare för beslut om lämpligaste strategi, rimligt att detta samarbete fortsätter och om resurs finnes även inkluderar hudläkare.

8.1.10 Hjärntumörer

Regionalt vårdprogram i södra regionen följs. Patienterna insjuknar vanligen i akut krampanfall eller med andra neurologiska bortfallssymptom. Patienterna utreds på medicinklinikens neurosektion. För utredning är datortomografi och ibland MR viktiga. Flertalet patienter blir föremål för diskussion med neurokirurgen och neuroonkologiskt team i Lund. Många patienter blir föremål för diagnostisk neurokirurgi och ibland kurativt syftande kirurgi. Efter kirurgi bestäms utifrån PAD om malign hjärntumör vidare handläggning i samråd med neuroonkologiskt team i Lund. Från och med augusti 2009 tas patienterna hem till Växjö för palliativ cytostatika/strålterapi. För flertalet patienter är strålning aktuellt medan för enstaka patienter är även cytostatika ett alternativ. Patienterna vårdas på neurosektionen avdelning 4, medicinkliniken i Växjö, där patientansvarig läkare finns. Vården sker i samarbete med onkologens strålenhet och vid behov cytostatikakompetens. Cytostatika ges antingen på onkologen eller på medicinklinikens dagvård. För patienter bosatta långt från medicinkliniken i Växjö skulle hotellplatser likt patienthotellet vara av stort värde. För patienter i palliativt skede kan de vistas på speciellt avsedda vårdplatser.

Den främsta ”flaskhalsen” idag är bedömning av röntgenbilder i Lund inför eventuell kirurgi i Lund och de ibland mycket långa väntetiderna för kirurgi. Operationskapaciteten i Lund är ibland otillräcklig och påverkas av flera faktorer. Storhelger med ett stort antal trafikolyckor som medför urakuta neurokirurgiskt fall

kan blockera operationskapaciteten. Ett hjärntumörsteam i samarbete med onkologen är under uppbyggnad på medicinkliniken i Växjö. Via detta team skall även psykosocialt stöd kunna organiseras.

8.1.11 Cancer i övre delen av mag-tarmkanalen

Cancerfall inom Övre-GI tas upp på multidisciplinär tumörkonferens (kirurger, patologer, röntgenologer och onkologer) för individuellt anpassat beslut om utredningsgång och behandlingsstrategi.

Patienter som vi bedömer kan bli föremål för kirurgi i Lund, med eller utan preoperativ down-stageing, remitteras till respektive tumörkonferens i Lund för bedömning.

Lever-, bukspottkörtel-, gallblåse- och matstrupescancer

Kurativt syftande ingrepp på patienter från Kronoberg med lever-, pankreas-, gallblåse- och esofagus-cancer görs i Lund enligt rådande konsensus om centralisering av dylika operationer.

Eftervård sker på respektive hemortssjukhus. För närvarande sker även palliativ leverkirurgi i Lund.

Magsäckscancer

Vid ventrikelcancer finns god befintlig kompetens i Växjö för kurativt syftande cancerkirurgi. På multidisciplinära tumörkonferensen skraddarsys beslut om preoperativ och postoperativ cytostatika.

Palliativ övre gastro-intestinal cancerkirurgi

All palliativ kirurgi på patienter med lever-, bukspottel-, gallblåse-, matstrupe- och ventrikelcancer utförs i Kronoberg. En stor del sker via endoskopisk palliativ stentning i esofagus, gallvägar och duodenum. Detta är en snabbt växande verksamhet och kräver allt mer utrymme såväl bemanningsmässigt som tidsmässigt. Befintliga resurser räcker inte riktigt till, framför allt för att ingreppen behöver ske i röntgengenomlysning och röntgenresurserna i Växjö är för knappa.

För patienter som blir kandidater för onkologisk behandling övertar onkologkliniken behandlingsansvaret. Primärvården och rådgivningsteamet övertar efter hemgång ansvaret för den hembaserade palliativa vården hos en del av patienterna.

Nationellt vårdprogram från 2005 finns för magsäckscancer, vårdprogram för Södra sjukvårdsregionen från 2005 finns för esofagus- och ventrikelcancer samt från 1999 för pankreascancer. Dessutom finns andra nyare regionala vårdprogram beträffande cancer i bukspottkörtel, lever och galla.

Det är nödvändigt med ytterligare vidareutveckling av sjukhusansluten palliativ vård i hemmet. Utformning av klara riktlinjer för palliativ vård i livets slutskede (i synnerhet när det gäller TPN, PICC-line, subkutan venport etc.) behövs.

Beroende på kommande regionutveckling och ökande indikationer för palliativ kirurgi kan en del av den cancerkirurgi som nu utförs i Lund komma att utföras i Växjö istället. Kompetens skall planeras på regionnivå. Detta kan t.ex. gälla metastaskirurgi i levern.

8.1.12 Cancer hos barn

I Kronobergs län har vi årligen 5-10 barn i aktiv behandling för cancersjukdom och ytterligare ca 25-30 barn som kontrolleras efter cancersjukdom. Leukemi och hjärntumörer är de vanligast förekommande onkologiska diagnoserna. Dessa barn är samtliga allvarligt sjuka och deras familjer är i kris.

Alla nyinsjuknade barn med cancer remitteras akut till regionklinik för utredning, kartläggning och start av behandling. Efter det akuta skedet går behandlingen i allmänhet in i ett mindre intensivt skede och flertalet barn får då underhållsbehandling med cytostatika på hemmaplan på Barn- och ungdomskliniken i Växjö. De senaste åren har allt fler cytostatikabehandlingar tagits hem från regionkliniken med stora psykologiska vinster för de drabbade familjerna och totalt sett lägre regionvårdskostnader.

Barn- och ungdomsklinikens onkologiska verksamhet är förlagd till Barndagvården där det varje onsdag bedrivs tvärprofessionell mottagning för barn med onkologisk diagnos. Cytostatikabehandlingar ges, och kontroller och provtagningar utförs. Läkare, specialistsjuksköterska, barnsköterska, lekterapeut, sjukhuslärare, kurator, sjukgymnast, tandhygienist och sjukhuspräst samarbetar på plats och tillser ett effektivt och samtidigt individualiserat och patientfokuserat omhändertagande. Överlevnaden i cancersjukdom hos barn har ökat gradvis senaste decenniet och är vid leukemi idag 75-80 %. Detta tack vare avancerad och resurskrävande behandling. Ett exempel på ny behandling är haplotransplantation som utförs i Lund och sedan kräver omfattande uppföljning på hemorten. Haplo-transplantation är oerhört kostsam men har räddat flera barn till ett bra liv. Nya metoder medför att fler barn är i behandling och har ökad risk för komplikationer. Vi behandlar ett ökande antal barn med restillstånd efter cancersjukdom som tillväxtrubbningar, andra hormonella rubbningar och njurpåverkan.

Vid cancerbehandling sätts immunförsvaret ner periodvis och många av de onkologiskt sjuka barnen har utöver planerade kontroller frekventa vårdtillfällen på grund av infektioner. Vissa barn har en svår smärtproblematik. De vårdas då på avdelning 11. Vi har påbörjat planeringen av hemsjukvård till denna patientgrupp och hoppas framöver kunna erbjuda antibiotika- och smärtbehandling, viss provtagning och, mest betydelsefullt, palliativ vård i barnets hemmiljö. Denna möjlighet saknas idag i länet och efterfrågas starkt av patienter och personal.

I nuläget finns två överläkare med hög kompetens, dock inte subspecialister, verksamma inom barnonkologin, samt en specialistläkare under utbildning med behov av tjänstgöring på regionklinik.

8.1.13 Maligna lymfom

Maligna lymfom är en grupp av sjukdomar med olika förlopp, prognos och behandling. En stor del av dessa sjukdomar är akut livshotande tillstånd men som i många fall kan botas eller hållas tillbaka under lång tid om behandling ges vid rätt tidpunkt. Vårdprogram för lymfom, södra sjukvårdsregionen, har använts. Behovet av multiprofessionellt samarbete betonas starkt liksom behov av teamarbete. Bland nödvändiga resurser finns patologi, cytologi, radiologi, kemlab, kirurgi, öron-näsahals, med flera.

Det finns en "fast" PET-tid på röntgen till lymfompatienterna per månad. Likaså håller sektionen på att skapa en fast tid på kirurgen för implantation av subcutana venportar, som ofta krävs för den omfattande behandlingen med cytostatika. Ett "orosmoln" är bristen på hematologiskt specialiserad patolog i och med att nuvarande specialist slutar. Ett behov av palliativa vårdplatser finns för denna patientgrupp. Likaså behövs fler vårdplatser med enkelrum när det gäller neutropena, dvs. infektionskänsliga, patienter. Patienterna sköts idag på onkologen 40 och på medicinkliniken i Ljungby, men här finns en brist på denna resurs.

Utöver maligna lymfom handläggs på hematologisektionen akuta och kroniska leukemier, myelom, myelodysplastiska syndrom samt utredning/omhändertagande efter stamcellstransplantation. Dessa sjukdomar kräver omfattande läkarresurser och teamarbete. Rörande diagnostiken är tillgång till flödescytometriska utredningar via kemlab samt hematologisk-patologisk kompetens viktig. Avseende vårdplatser med enkelrum för patienter i behandlingsfas samt palliativa resurser, gäller samma som ovan.

En förutsättning för att sköta hematologi på den nivå som för tillfället kan skötas i Kronoberg (Växjö), krävs en hematologisk beredskapsjourlinje likt den organisation vi har idag. Det har framförts tankar på att slopa denna och andra superspecialistlinjer men ett sådant förfarande skulle allvarligt hota den hematologiska vården i Kronoberg. Många av patienterna kommer då att bli hänvisade till regionklinik för vidare behandling till sannolikt höga kostnader.

8.1.14 Öron-näsa-hals-tumörer

Ca 15-20 individer per år drabbas i Kronoberg av elakartad ÖNH-cancer t ex tonsill, larynx, hypofarynx eller epifarynxcancer. Kurativ behandling är oftast en kombinationsbehandling av avancerad kirurgi och strålbehandling.

Beslut om behandlingsformer tas i hela riket enbart på regionkliniker och detta finner vi rimligt skall fortsätta så.

Att stråla ÖNH-cancrar är ofta komplicerat men om ett samarbete fanns mellan ÖNH/onkolog klinikerna Lund och onkologkliniken i Växjö om hur strålbehandlingen skulle läggas upp och att lämplig strålutrustning finns i Växjö, klara fördelar ur patientsynvinkel att göra behandlingen i Växjö. Fördelar framförallt med närhet till sitt hem men också kanske att kötiden som idag ibland är oacceptabel i Lund kortas. Om ekonomiska fördelar osäker, men rimligt att anta att sådana finns. På åtminstone två stora Centrallasarett (Karlstad och Jönköping) sker strålningen på centrallasarettet.

Av flera skäl ser vi det bäst för våra patienter att kirurgen av större ÖNH-cancrar fortsätter att ske på regionklinik. Detta pga. relativt ovanliga ingrepp och ofta komplicerad som kräver teamarbete mellan plastik- och ÖNH-kirurg.

Eftervård efter kirurg och strålbehandling fortsätter med fördel, som idag, på onkolog avdelning med ÖNH-läkare som ansvariga. Vad gäller strålbehandling i en palliativ situation görs det redan på onkologkliniken i Växjö och är av värde både för korta väntetider och att man snabbt kan koppla in rådgivningsteamet.

Vi har även infört en gemensam mottagning för huvud-hals cancrar där onkolog/öronläkare gör kliniska kontroller varannan gång och varannan gång åker

patienten till Lund. Även detta spar tid, minskar kostnader och en kvalitativt en fördel för patienten.

8.1.15 Testikelcancer

Trots att testikelcancer endast utgör 0,5-1,5 % av all cancer hos män är det den vanligaste cancerformen hos yngre män i åldern 20-40 år. Incidensen i Norden är hög i jämförelse med övriga Europa. Testikelcancer har under de senaste 30 åren ökat markant i västvärlden och i Norden har den fördubblats på 35 år. Någon förklaring till denna ökning har vi inte idag.

Vårdprogram finns inom ramen för svenskt-norskt samarbete där vi deltar både i arbetsgrupper, kvalitetsregister och möten. Stora framsteg terapeutiskt där ju idag cirka 80 % botas (även metastaserad sjukdom) jämfört med att 80 % dog för 20 år sedan.

8.1.16 Patologi

Patologisk (inkl ev. cytologisk) diagnos är i princip en förutsättning för all cancerbehandling. Oftast finns mikroskopisk diagnos innan större terapeutiska insatser, ibland sker diagnostiken med åtföljande prognostik efter operation av kliniskt eller röntgenologiskt påvisad tumör.

I båda fallen är det givetvis önskvärt att i görligaste mån undvika dröjsmål.

Idag har många patologavdelningar problem med personalförsörjning, inte minst finns en stor brist på specialisläkare. Diagnostiken bygger i mycket stor utsträckning på specialkunnig mänsklig kraft med begränsade insatser av tekniska hjälpmedel, varför genvägar är svåra att skapa genom enbart tekniksatsning.

Brist på personal såsom läkare kan leda till svarsfördröjning flera veckor, kanske månader, vilket inte är acceptabelt. Därför är det av största vikt att patologavdelning är adekvat bemannad och preparatgången optimal.

Idag utvecklas snabbt nya molekylärbiologiska metoder som kommer att påverka många svarstider, dessa blir då beroende av vad vi kan göra inom egen avdelning respektive få hjälp externt.

Behov av sådan tilläggsdiagnostik kan förutom svarsförlängning även innebära behov av metodförskjutning t ex från punktionscytologi till mellannålsbiopsi.

Andra metoder som förlänger svarstider är specialundersökningar, immunologi och flödescytometri vid maligna lymfom.

Patologavdelningen är engagerad framför allt i mammografiscreening och gynekologisk cellprovskontroll. Den senare behöver utvecklas metodmässigt, vilket nu påbörjats, men dessutom måste vi nå bättre hörsamhet.

Som framgått av punkten patologi kräver inte minst molekylärbiologiska metoder förutom utrustning även specialkunskap hos personal. Vad som ska göras av lokal patologavdelning respektive centraliseras måste grundligt diskuteras såväl ur kvalitetssynpunkt som resursfråga. Även inom rutindiagnostik blir subspecialisering inom patologin allt mer aktuellt.

9 Palliativ vård

Palliativ vård omfattar alla åtgärder som avser att lindra symtom eller att ge psykologiskt stöd till patienter med obotlig sjukdom. Obotlig cancer kan idag ha ett tidsförlopp som sträcker sig från några veckor upp till 10 år eller längre. Antalet

patienter som bär på en obotlig cancersjukdom ökar då dels antalet cancerfall som diagnostiseras blir fler och bromsande behandling genom främst nya cytostatika blir allt effektivare.

Den palliativa vården utgör en viktig del för den onkologiska patientgruppen men utbyggnaden är tyvärr eftersatt. Detta har påpekats vid upprepade statliga utredningar men även i de av den medicinska professionen skrivna nationella vårdplanerna för de vanligaste cancerformerna påtalas det om brister inom denna del av vårdkedjan.

I samband med att onkologiska kliniken öppnade 1997 i Kronobergs län beskrevs förslag till rutiner för onkologisk rådgivning mot länets slutenvårdskliniker, primärvården och den kommunala vården. Verksamheten skulle vara rådgivande och betoning lades på stöd till hela vårdkedjan, vårdplaneringens kvalitet, utbildning av personal inom den primära och kommunala vårdorganisationen och möjlighet till hembesök från slutenvården. Huvuddelen av teamets insatser utgörs av symtomlindring för anslutna patienter samt stöd till patienterna och de närstående i det egna hemmet.

I bilaga 1 redovisas en genomgång av palliativ vård. Mot bakgrund av redovisningen pekar man på ett antal behov av utveckling/ställningstaganden inför framtiden.

Fortsätta utvecklingen av redan fungerande vårdkedja mellan slutenvård, öppenvård och kommun. Vidare pekar man på att det palliativa omhändertagandet av patienter från slutenvården till eget boende ökar i kommunerna och därmed behovet av stöd av specialiserad palliativ kompetens vilket ger behov av ökade resurser som motsvarar uppdrag. Konsultverksamheten till slutenvården behöver också utvecklas, detta har hittills inte varit möjligt eftersom man prioriterat omhändertagandet av patienter som vårdats i hemmet. Patienter skall erbjudas möjligheten till vård i hemmet med stöd från hemsjukvård och hemtjänst men då detta inte alltid är möjligt skall andra vårdalternativ finnas avpassade för patientens behov.

Vad gäller palliativ vård inom särskilt boende/korttidsplats skall kompetens i basal vård vara en självklarhet, all personal ska vara väl informerade om aktuella patienter, erbjudas återkommande utbildning och möjlighet till reflektion.

Palliativa vårdplatser med hospicekaraktär för patienter där hemsjukvård eller andra platser för palliativ vård i kommunal regi inte är tillfredsställande och varken sjukhusvård eller de palliativa slutenvårdsplatserna inom specialistvård på avd 40 är rätt vårdnivå för patienten. Detta behov är begränsat och man kan tänka sig att fördela dessa platser på en till två platser i länet.

Palliativa slutenvårdsplatser för tillfälliga aktiva åtgärder av högspecialiserad palliativ vård där sjukhusets resurser behövs. Lämpligen förläggs dessa platser inom avdelning 40 som redan har den specialkompetens som erfordras. En större utökad vårdavdelning för att möta behoven inom cancer/palliativ vård behövs därför. Ett nära samarbete med Rådgivningsteamet kan ge ett förbättrat omhändertagande för patienter i länet som i ett aktivt skede kräver slutenvårdens specifika resurser.

Särskilda resurser behöver avsättas inom landsting och kommun för gemensamma utbildningsinsatser i palliativ vård. En lösning är att möjliggöra utbildningsplatser i palliativ vård på avd 40 i samband med utökad vårdavdelning.

10 Läkemedel

Utvecklingen under de senaste åren har gett effektivare och dyrare läkemedel. Denna utveckling väntas fortsätta. Enligt uppgift är antalet cancerläkemedel i utveckling större än antalet läkemedel inom samtliga andra terapiområden tillsammans. Kostnaderna beräknas stiga med 15-20 procent per år. Kostnadsexplosionen kan bli ett såväl etiskt som ekonomiskt dilemma som landstinget måste förhålla sig till. Två frågor framstår som särskilt viktiga i sammanhanget.

- För att alla cancerpatienter i landet ska garanteras en likvärdig vård i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens intentioner, bör såväl landstinget som regionen följa nationell praxis.
- En budgetmässig framförhållning är nödvändig för att möta den förväntade, fortsatta kostnadsökningen.

En diskussion pågår inom den onkologiska professionen i landet, med deltagande av landets 17 kliniker, om en nationell modell för strukturerad läkemedelsintroduktion. Överväganden och rekommendationer om läkemedel på nationell nivå ska föras tillbaka för beslut inom respektive landsting och vid behov bli föremål för etiskpolitiskt ställningstagande. Detta kan vara ett lämpligt sätt tydliggöra prioriteringsfrågorna och skapa en framförhållning och en likvärdig vård. Inom landstinget är det samtidigt viktigt att läkemedelsansvariga aktivt följer utvecklingen och skapar en budgetmässig framförhållning.

11 Kostnad för cancersjukvård

I Jönköping har gjorts ett försök att beräkna kostnaderna för cancersjukvården. Beräkningen motsvarade 8 procent av landstingets kostnader för hälso- och sjukvården. Förmodligen är kostnaderna något högre, gissningsvis upp mot 10 procent av de totala kostnaderna.

Detta stämmer ganska väl med cancerfondens beräkningar (rapport år 2006) som anger att kostnaderna för vård av cancersjuka uppgår till 7-8 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

För Kronoberg skulle kostnaden enligt beräkningen ovan motsvara cirka 300 miljoner kronor (2008).

12 Personal och utbildning

Samtliga personalkategorier måste genom kontinuerlig vidareutbildning hållas uppdaterade om förändringar av kunskapsläget inom cancersjukvården.

13 Utrustning

13.1.1 Strålbehandlingsutrustning

Under de senaste åren har den långsiktiga trenden varit att behovet av strålbehandling ökat med några procent per år och denna trend beräknas fortsätta. Ökningen beror på ökad cancerincidens och på ändrade behandlingsindikationer. Detta medför en ökad patienttillströmning till strålbehandlingsenheten i Landstinget Kronoberg, där ökningen det senaste året varit betydligt större. För att motverka problem med för långa väntetider inför behandling har verksamhet fått utökas från 8 till 12 timmar om dagen.

Acceleratorerna installerades år 2000 och 2001. Även om de tekniskt kan fungera i 15 år så medför teknik- och metodutveckling att vi inte kommer att kunna genomföra vissa behandlingar med den kvalitet som kan erbjudas vid andra kliniker i landet om vi inte byter utrustning. Tekniken i de nya acceleratorerna minskar till exempel biverkningarna av strålbehandlingen för patienten.

För att klara det ökande antalet patienter måste vi bygga ut kapaciteten på strålbehandlingsenheten. Område Kronoberg-Blekinge beräknas inom några år ha patientunderlag för tre accelerators. Det medför behov av planering för en tredje accelerator.

Inom några år borde vi, med den tredje acceleratoren, fördubbla våra intäkter för strålbehandlingen. Med en tredje accelerator finns också möjlighet att ta emot patienter från kringliggande landsting de första åren och på så sätt öka intäkterna ytterligare. Vi får förfrågningar från kringliggande landsting regelbundet idag, eftersom väntetider för strålbehandling är ett nationellt problem. Detta ökar också möjligheterna att profilera oss inom onkologin.

En tredje accelerator innebär stora förändringar i vår verksamhet. Det kräver en noggrann genomlysning och planering av hela strålbehandlingsverksamheten. Vi har en daglig genomströmning på 50-60 patienter. En tredje accelerator innebär ytterligare cirka 25 patienter per dag, vilket medför krav på lokalerna och personalresurser. Detta gäller även för patologen.

13.1.2 Robotkirurgi

Målet med all kirurgi är att nå goda behandlingsresultat med minsta möjliga lidande för patienten. Detta har medfört en utveckling och efterfrågan av så kallad minimal invasiv kirurgi. Roboten har blivit etablerad inom laparoskopisk prostatacancerkirurgi.

I Växjö finns idag viss kompetens för att använda robotkirurgi inom urologi. Under 2008 gjordes totalt 77 radikala prostatektomier på kronobergare. Volymerna förväntas öka framöver. Om det i en framtid blir aktuellt att skicka 80 procent av de totala prostatektomierna kan regionvårdskostnaden bli över 5 Mkr. Operationskapacitet på roboten har av andra landsting bedömts ligga kring cirka 200 operationer per år. Närmar man sig detta tak blir också kostnad per operation allt lägre. Ska man få ekonomi och volym så måste man etablera ett samarbete med annat landsting, förslagsvis Blekinge. Då kan volymer säkerställas, både ur kompetens och ur ekonomisk synvinkel.

13.1.3 Skopiverksamhet

En gemensam enhet för medicinsk och kirurgisk gastro- och skopimottagning på centrallasarettet skulle innebära ett gemensamt utnyttjande av såväl utrustning som personella resurser i länssjukvården. Med en samlokalisering skulle processen med tidbokning och gemensam väntelista kunna förbättras. Det skulle även vara möjligt för andra kliniker, som exempelvis öronkliniken och ortopedkliniken, att genomföra sina undersökningar. I dagsläget finns dyrbar skopiutrustning på flera enheter. Vid en samordning skulle det bli bättre möjligheter för uppföljning och skötsel. Två sjuksköterskor utbildas just nu för att självständigt kunna genomföra olika endoskopiundersökningar, eftersom antalet kommer att öka i framtiden.

13.1.4 PET-CT

Det sker en tydlig ökning av avancerad utrustning som MR-kameror och multislice-datortomografi, ultraljud och PET-CT. Bildinformationen används på ett avancerat sätt för att kartlägga sjukdomstillstånd ända ner på molekylnivå. Undersökningarna blir allt mer komplexa och det tar tid att bedöma med avancerad bildbehandling. Samtidigt ökar patientvolymerna som ett led i de nya vårdprogrammen, främst inom onkologen.

Positron Emissions Tomografi (PET) är en metod som avbildar funktioner i människokroppen och CT, som står för computed tomografi (datortomografi) ger snittbilder av patientens anatomi. Detta ger på så vis en bild av både funktion och anatomi. PET-CT används idag vid såväl utredning som uppföljning av cancerpatienter vilket framgår av en rad vårdprogram. Mycket förenklat kan man säga att en PET-CT undersökning går till så att det radioaktivt märkta ämnet spårsubstansen injiceras intravenöst och sedan avläser kameran hur det tas upp i vävnaden. På så sätt kan man hitta såväl elakartade tumörer som metastaser. Den tid då man inte behöver kameran för att köra PET-undersökningar kan den användas som en "vanlig" CT. Det finns ett klart behov för en satsning på en egen PET-CT i vårt landsting. Idag hyr vi en "PET-buss" som kommer cirka 18 gånger per år.

14 Öppna jämförelser

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting är gemensamt ansvariga för arbetet. Syftet är både att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn och att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. På vissa områden är resultaten i Sverige goda i en europeisk jämförelse. Femårsöverlevnad i vanliga cancerformer är exempel på detta. Efter fem år lever över 88 procent av de bröstcancerdrabbade kvinnorna (86), vilket är en förbättring. Skillnaderna mellan landstingen är små, vilket tyder på att vården är av jämn kvalitet. En viktig faktor är att kvinnor deltar i mammografiscreening (indikator 13). Även för tjocktarms- och ändtarmscancer (84, 85) har överlevnaden förbättrats och resultaten är bra i en jämförelse med europeiska länder, men skillnaderna mellan landstingen är större än för bröstcancer.

Resultaten för cancersjukvården i öppna jämförelser redovisas i bilaga 3. Här redovisas sju indikatorer. Sex avser de vanliga cancerformerna bröstcancer,

tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Fyra av indikatorerna redovisar fem- eller tvåårsöverlevnad, en belyser aktiv behandling vid prostatacancer och en komplikation vid cancerkirurgi. Slutligen redovisas en indikator om tid till behandling av elakartad tumör inom öron-, näs- och halssjukvård. Uppgifterna om överlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från nationella kvalitetsregister.

Bilaga 1. Öppna jämförelser – cancersjukvård

Årligen diagnostiseras över 50 000 fall av cancer i Sverige. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt-kärlsjukdom. Men många överlever och i slutet av 2007 levde cirka 164 000 individer i Sverige som diagnostiserats med cancer under femårsperioden 2003–2007. Denna så kallade prevalens beräknas öka i framtiden, på grund av ökad diagnostisering och förlängd överlevnad.

Cancersjukvården är ett ofta diskuterat område, med nya behandlingsmetoder och lika tillgång till dessa som viktiga teman.

Här redovisas sju indikatorer. Sex avser de vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Fyra av indikatorerna redovisar fem- eller tvåårsöverlevnad, en belyser aktiv behandling vid prostatacancer och en komplikation vid cancerkirurgi. Slutligen redovisas en indikator om tid till behandling av elakartad tumör inom öron-, näs- och halssjukvård. Uppgifterna om överlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från nationella kvalitetsregister.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa fem- eller tvåårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2001–2007, med uppföljning till och med december 2007. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 procent innebär att hälften av cancerpatienterna skulle ha varit vid liv efter fem år, om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Hänsyn har tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingens befolkningar. Patienten redovisas i det landsting där han/hon är folkbokförd vid tidpunkten för diagnos. Med överlevnadstid avses tiden mellan patientens diagnos och död. Överlevnadstiden blir längre både av en tidigare upptäckt tumör och av en förlängd överlevnad, som till exempel kan bero på patientens vård. Tidig diagnos innebär således en längre överlevnadstid, oberoende av om den faktiska livslängden ökar eller inte. Om en tidigt satt diagnos innebär att tumören upptäcks i ett stadium då den är lättare att behandla, vilket leder till att patientens död flyttas framåt, kombineras dessa båda effekter.

En jämförande studie av canceröverlevnaden i Europa är gjord inom projektet EURO CARE-4, som är ett samarbetsprojekt mellan 19 europeiska länder.

Överlevnadssiffrorna i EURO CARE-4 är dock inte direkt jämförbara med de siffror som redo visas här, på grund av att man har en annan analysmetod än den som här använts vid beräkning av canceröverlevnad.

För de tre cancertyper för vilka femårsöverlevnad här redovisas, har Sverige en bättre överlevnad än genomsnittet av de studerade europeiska länderna. För tjocktarms och ändtarmscancer, grupperat som kolorektalcancer, är överlevnaden nästan fyra procentenheter över det europeiska genomsnittet och för bröstcancer cirka sju procentenheter över. De nordiska länderna, förutom Danmark, ligger på samma nivå med undantaget Island som har en högre bröstcancer överlevnad.

84 Överlevnad vid tjocktarmscancer

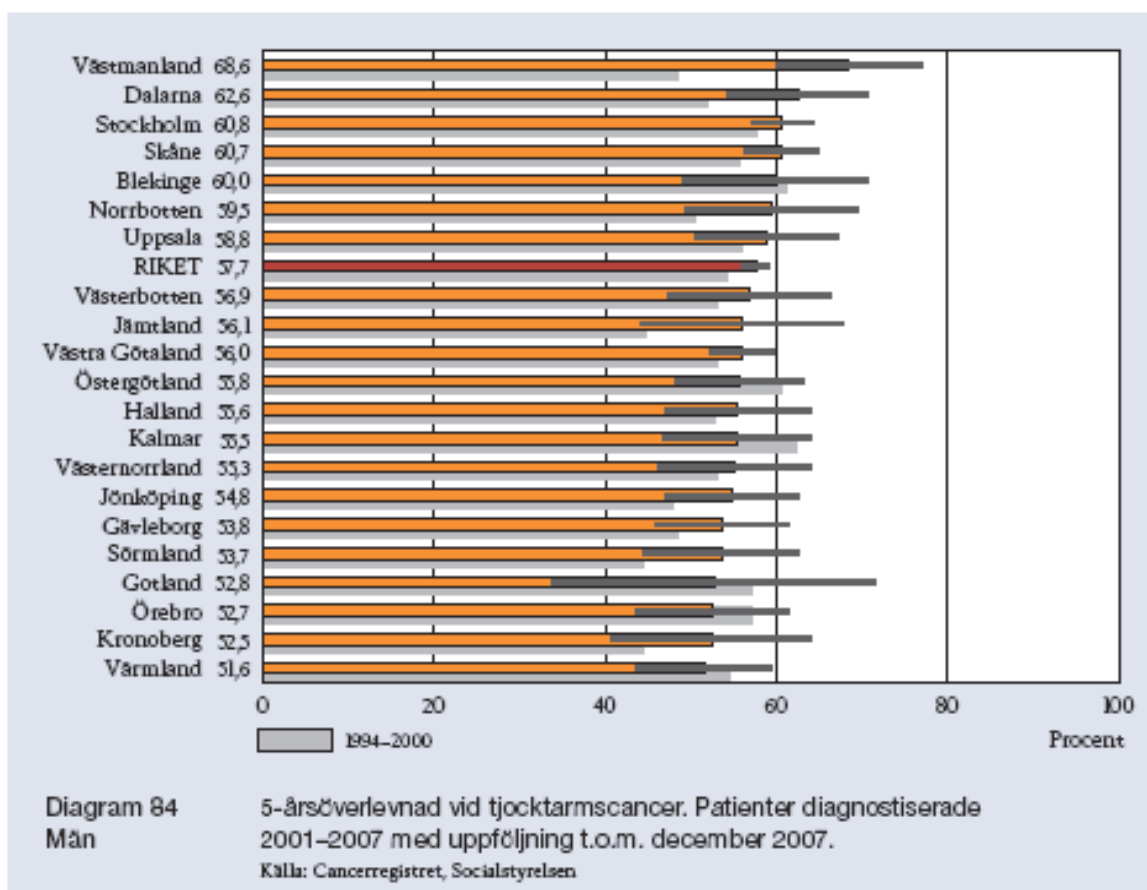
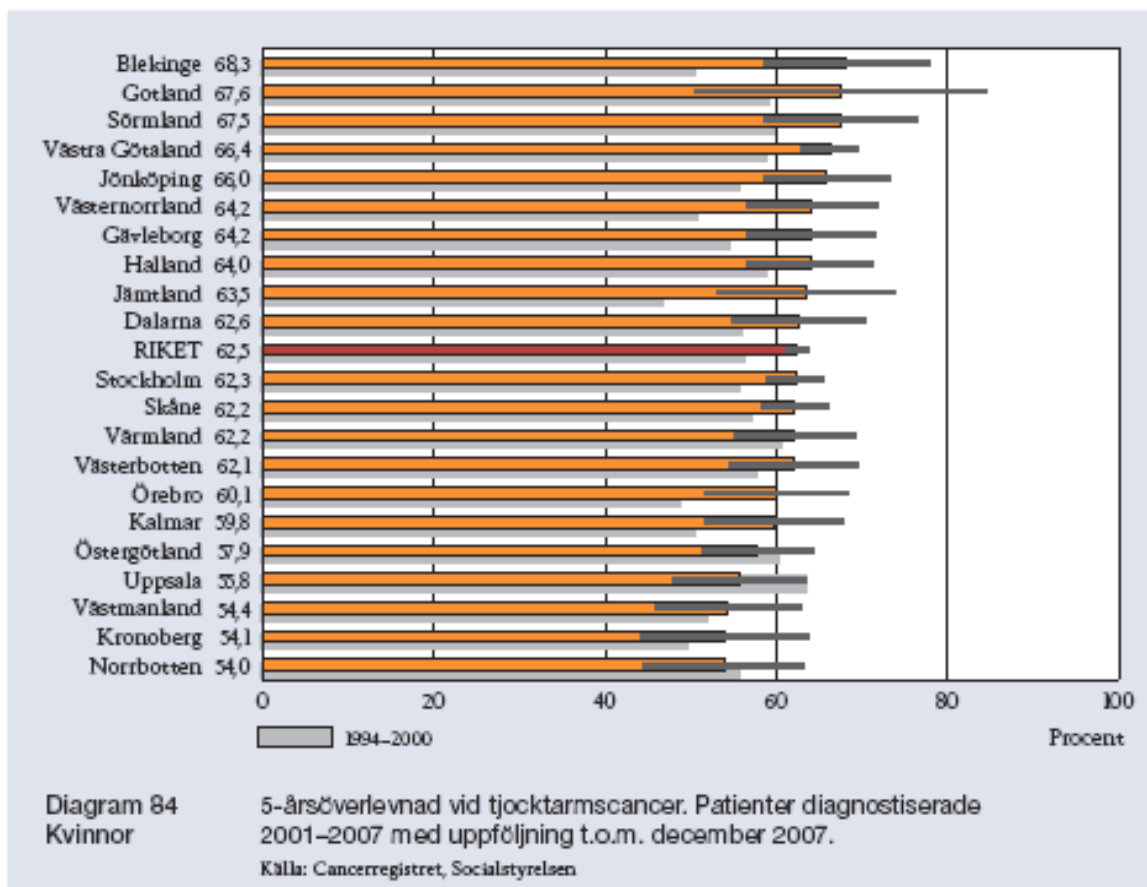
Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer betraktas som en enhet (kolorektalcancer) men eftersom dessa cancer typer skiljer sig åt, till exempel med avseende på behandling, redovisas överlevnaden för dessa cancerformer var för sig i *Öppna jämförelser*.

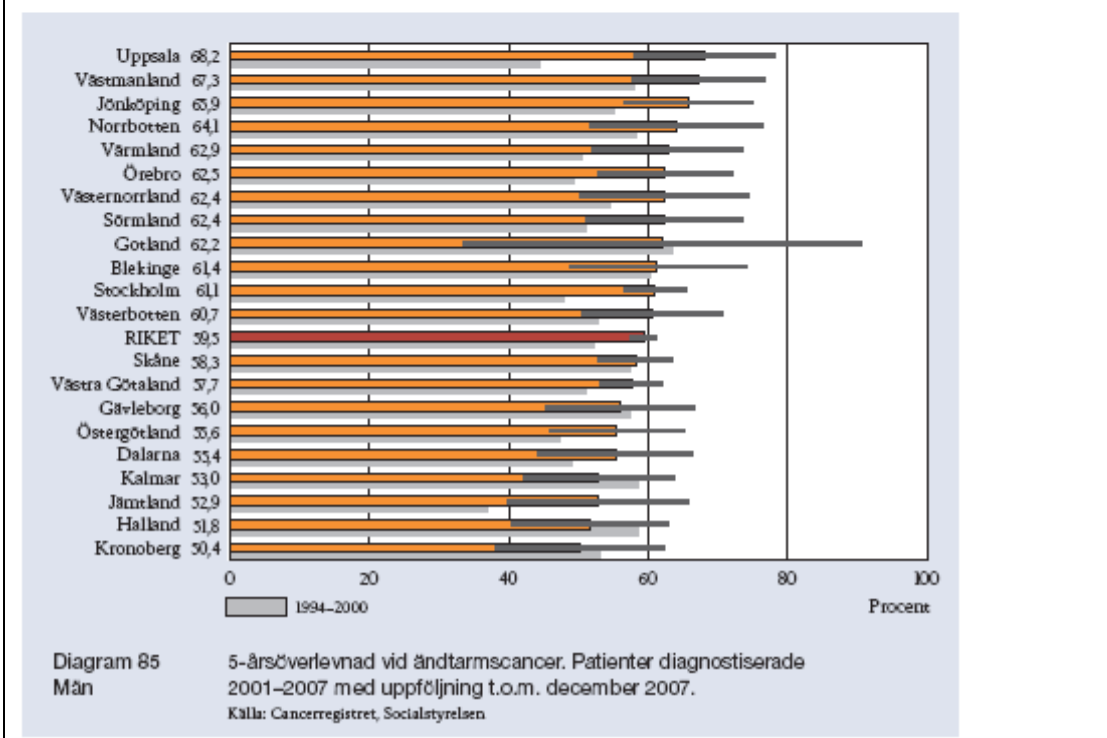
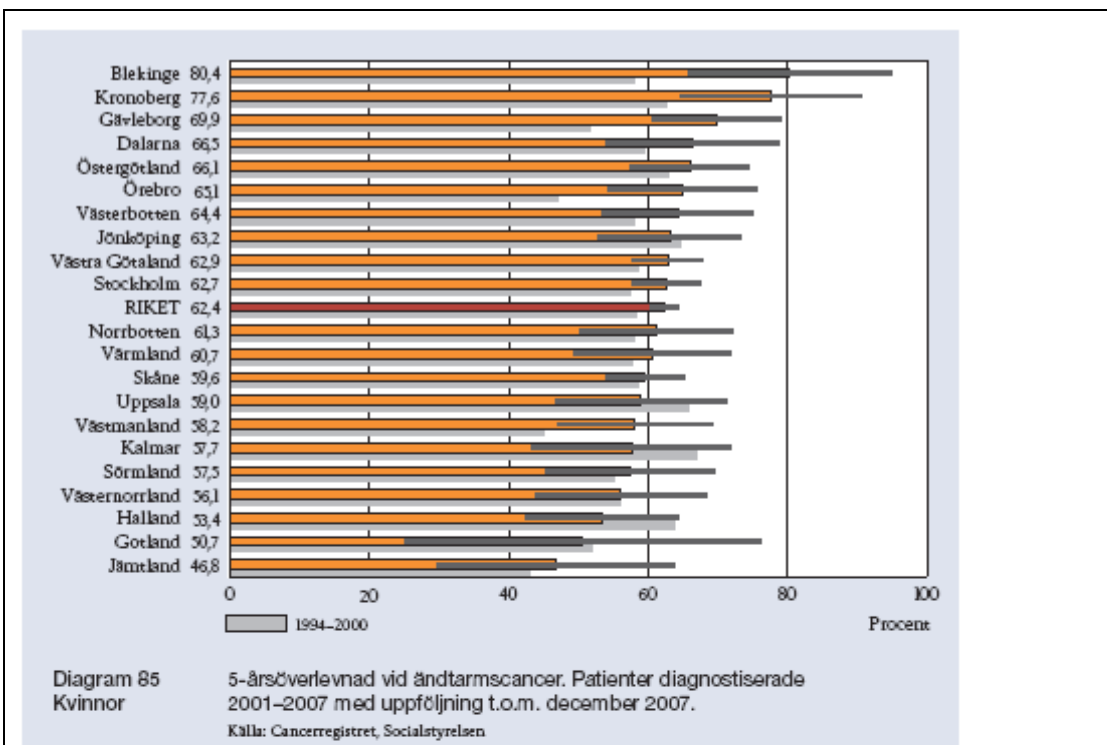
Tjocktarmscancer är en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i tjocktarmen av samtliga cancerdiagnoser 2007, var sju procent för män och åtta procent för kvinnor. Cirka 3 900 personer fick tjocktarmscancer under 2007. Sjukdomen är något vanligare bland kvinnor än bland män. De flesta som drabbas är över 70 år, och det är väldigt ovanligt att människor som är yngre än 30 år får tjocktarmscancer. Den totala prevalensen, det vill säga antalet personer som lever med en diagnos av tjocktarmscancer, var i slutet av 2007 cirka 25 000 personer.

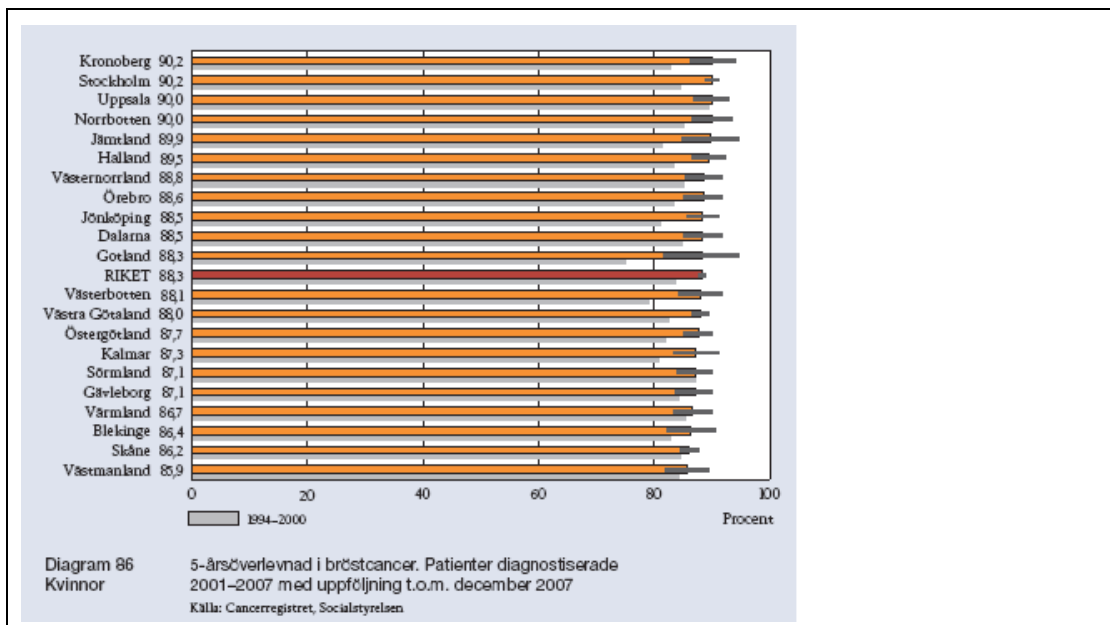
Drygt 11 000 av dem fick sin diagnos under perioden 2003–2007. Över 1 800 personer dog i tjocktarmscancer 2007, ungefär lika många kvinnor som män. Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer är i riket 63 procent för kvinnor och 58 procent för män. Spridningen mellan landstingen är relativt stor. För kvinnorna varierar överlevnaden från 54 till 68 procent mellan landstingen. För männen var variationen från 52 till 69 procent. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få, vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting, vilket också avspeglas i de breda konfidensintervallen.

85 Överlevnad vid ändtarmscancer

Tillsammans är tjock- och ändtarmscancer en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i ändtarmen av samtliga cancerdiagnoser 2007 var något större bland män än bland kvinnor, men utgör drygt 4 procent för både kvinnor och män. Detta innebär att cirka 2 100 personer fick sjukdomen detta år, vilket motsvarar ungefär 1 person av 4 500 i befolkningen. Oftast är man över 60 år när man blir sjuk. Eftersom symtomen ofta visar sig tidigt och de drabbade då kontaktar vården, har många patienter stora chanser att bli botade. Under 2007 avled cirka 800 personer i ändtarmscancer. Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 62 procent för kvinnor och 59 procent för män. Antalet fall av ändtarmscancer är litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna.







86 Överlevnad vid bröstcancer

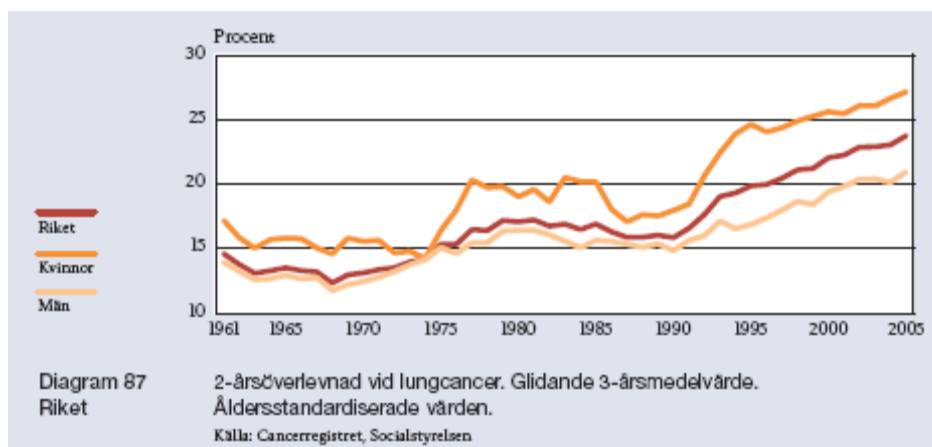
Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige och utgjorde 29 procent av samtliga kvinnliga cancerdiagnoser 2007. Varje år får cirka 7 000 kvinnor diagnosen bröstcancer. Risken att få en bröstcancerdiagnos före 75 års ålder är cirka 10 procent. Bröstcancer är ovanlig före 35–40 års ålder, därefter ökar risken med högre ålder. Majoriteten av bröstcancerpatienterna får sin diagnos före 65 års ålder. Nästan 85 000 kvinnor i Sverige idag lever med en bröstcancerdiagnos och antalet kvinnor som avlider av sjukdomen uppgår till cirka 1 500 per år. Sedan flera decennier ökar antalet som drabbas av bröstcancer, men ökningen går långsamt. Manlig bröstcancer förekommer, men är mycket ovanlig.

Femårsöverlevnaden har ökat från 65 procent i mitten av 1960-talet till 84 procent för kvinnor som fick sin diagnos under mitten av 1990-talet och nu är den 88 procent. Den förbättrade överlevnaden beror dels på att mammografiscreeningen medför att tumörer upptäcks tidigare, dels på förbättrade behandlingsmetoder. Mammografiscreening finns idag i samtliga landsting, men det finns skillnader mellan landstingen dels avseende när screeningverksamheten startade, dels inom vilket åldersintervall som en kvinna inbjuds till screening. Se vidare indikator 13 om mammografiscreening.

Diagram 86 visar att det är liten skillnad mellan landstingen. Femårsöverlevnaden varierar mellan 86 och 90 procent. Detta tyder på att bröstcancer vården i landets olika delar bedrivs med hög och relativt likvärdig kvalitet. I tidigare analyser har skillnaderna mellan landstingen varit större, bland annat beroende på att landstingen med sämre överlevnad inte hade startat med mammografiscreening vid den tidpunkten.

Den intressanta iakttagelsen avseende denna indikator är inte främst vilka inbördes positioner landstingen har, utan istället dels det goda och jämna resultatet i riket, dels det faktum att femårsöverlevnaden ökat i alla landsting.

87 Överlevnad vid lungcancer



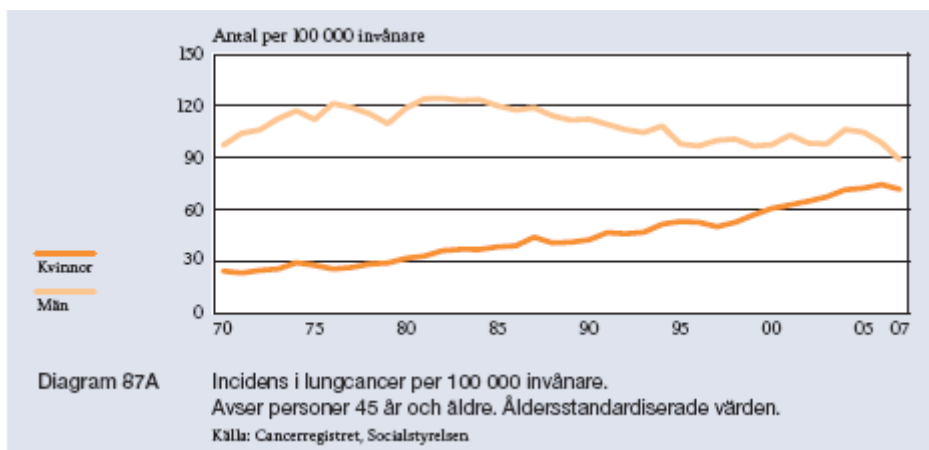
Årligen insjuknar över 3 000 personer i lungcancer i Sverige. Lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken i Sverige. Prognosen vid lungcancer är mycket dålig och sjukdomen är svår att behandla.

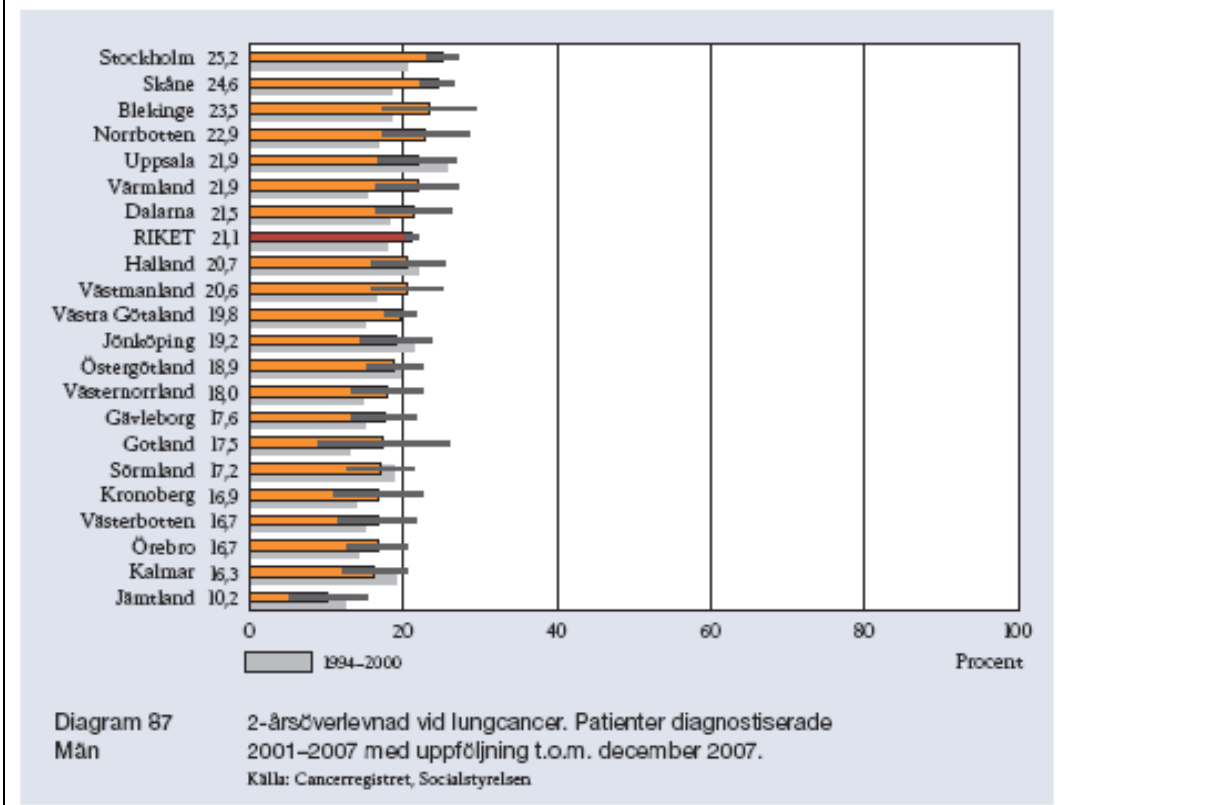
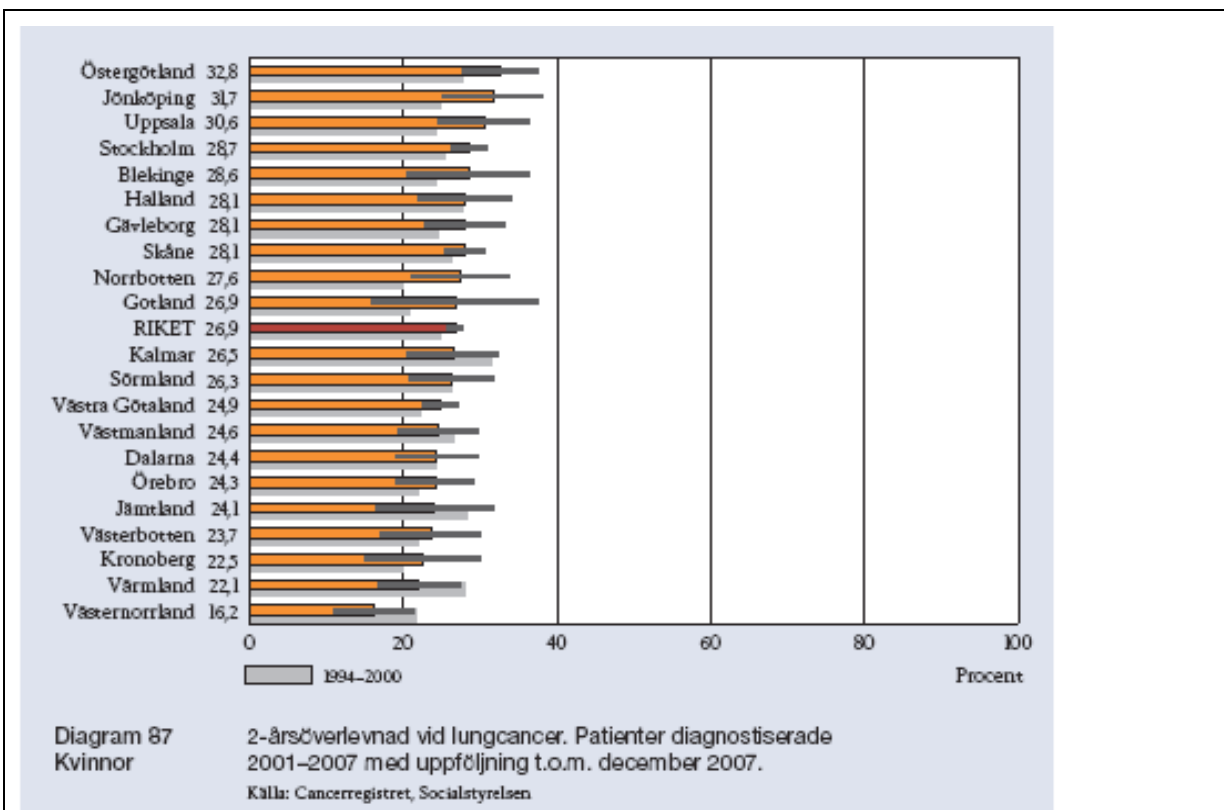
Antalet nya årliga fall är numera rätt jämt fördelat mellan kvinnor och män. Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar hos kvinnor och män, har insjuknandet per 100 000 invånare trefaldigats hos kvinnorna sedan början på 1970-talet. Hos männen har en 30-procentig minskning skett sedan den högsta uppmätta nivån i början på 1980-talet. Den ökande incidensen bland kvinnorna brukar tillskrivas deras förändrade rökvanor. Kvinnorna är också något yngre än männen vid insjuknandet.

Kvinnor med lungcancer lever längre än män med lungcancer, men andelen som blir botade är mycket liten för båda könen. Den relativa 5-årsöverlevnaden för personer under 90 år är idag cirka 15 procent för kvinnor och 12 procent för män.

I diagram 87 visas per landsting 2-årsöverlevnaden för två olika tidsperioder. 2-årsöverlevnaden är idag cirka 27 procent för kvinnor och 21 procent för män. Det är ganska stora variationer mellan landstingen. I riket har överlevnaden ökat något mellan jämförelseperioderna, med två procentenheter.

Tidig diagnostisering kan påverka överlevnaden, men sjukdomen måste idag främst bekämpas med förebyggande åtgärder, framförallt genom rökprevention





88 Reoperation vid ändtarmscancer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns ett flertal viktiga kvalitetsindikatorer vid behandling av ändtarmscancer. En av dessa är andelen reoperationer inom 30 dagar efter den första operationen. Källan är Svenska Rektalcancerregistret.

Registret innehåller i stort sett alla fall med ändtarmscancer i Sverige.

De flesta patienterna med ändtarmscancer opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på den enskilda tumörens lokalisering, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Komplikationer kan uppstå som kräver reoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. Frekvensen av reoperationer kan bero på hur primäroperationen utförs och på patientens sjuklighet. De svenska resultaten avseende denna indikator är betydligt bättre än många andra länders. Dock får cirka en tredjedel av patienterna någon form av tidig komplikation och några av dessa leder till reoperationer. Frekvensen reoperationer har under en följd av år varit oförändrad, cirka 10 procent för riket som helhet, vilket innebär att en av tio patienter blir omopererad inom 30 dagar. Detta kan upplevas som en hög siffra, även om den vid en internationell jämförelse inte är anmärkningsvärd.

I diagram 88 redovisas andelen reoperationer under perioden 2003–2007. Antalet primäroperationer som ingår i materialet är 6 414, varav 666 ledde till reoperation. Utfallet avseende reoperationer är ganska förväntat, dock med en viss ökning 2007 som är svår att förklara. Det är relativt stora skillnader mellan landstingen i ytterpositionerna.

Fyra landsting har reoperationsfrekvenser på under 7 procent, medan de sex med högst frekvens ligger på 12,5 till drygt 14 procent. Det finns inga större könsskillnader avseende andel omopererade. Skillnaderna mellan landsting behöver inte betyda att vården är bättre eller sämre. Det kan också vara en registreringskillnad, där vissa sjukhus registrerar banala ingrepp som reoperationer medan andra inte gör det. Data är inte validerade på denna punkt.

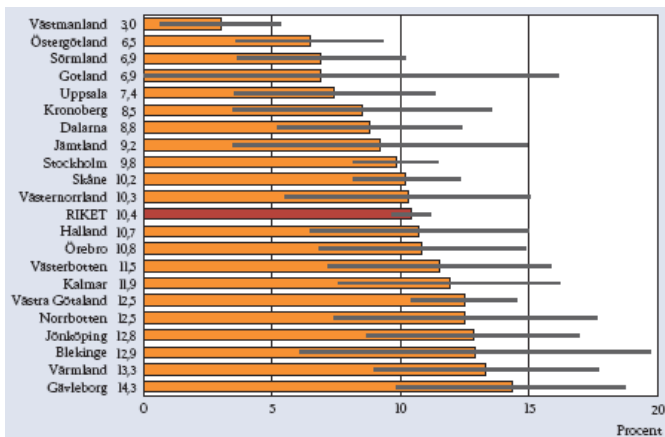


Diagram 88 Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer, 2003–2007. Källa: Svenska Rektalcancerregistret

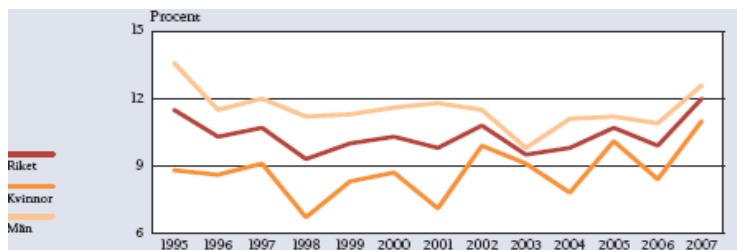


Diagram 88 Riket Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer. Källa: Svenska Rektalcancerregistret

89 kurativ behandling vid prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män i Sverige. År 2007 registrerades 8 870 nya fall av prostatacancer. Var tionde man i Sverige får

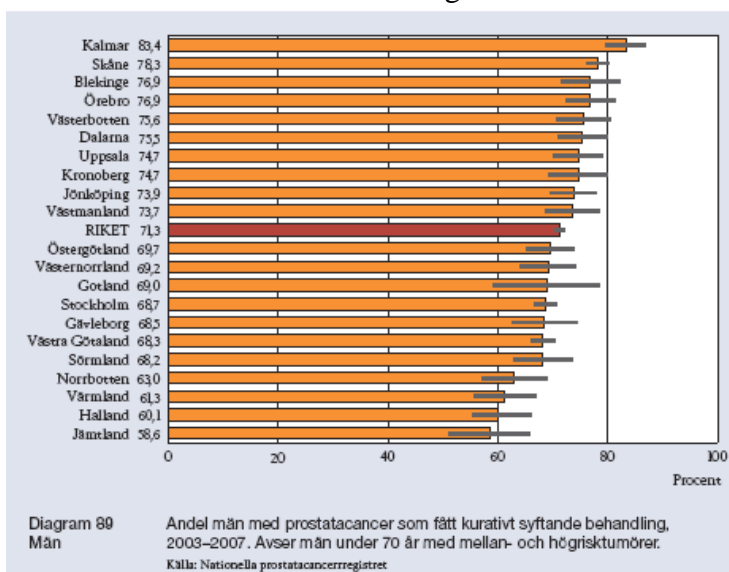
sjukdomen under sin livstid och hälften av alla fall är under 69 år vid diagnostillfället. Antal nya fall har ökat kraftigt de senaste åren, medan däremot dödligheten har varit nästan konstant. Ökningen beror till allra största delen på ökad diagnostik hos män utan symptom och det förklarar också att åldern vid diagnos har sjunkit. Fortfarande saknas kunskap om vilken behandling som är optimal i sjukdomens olika skeden.

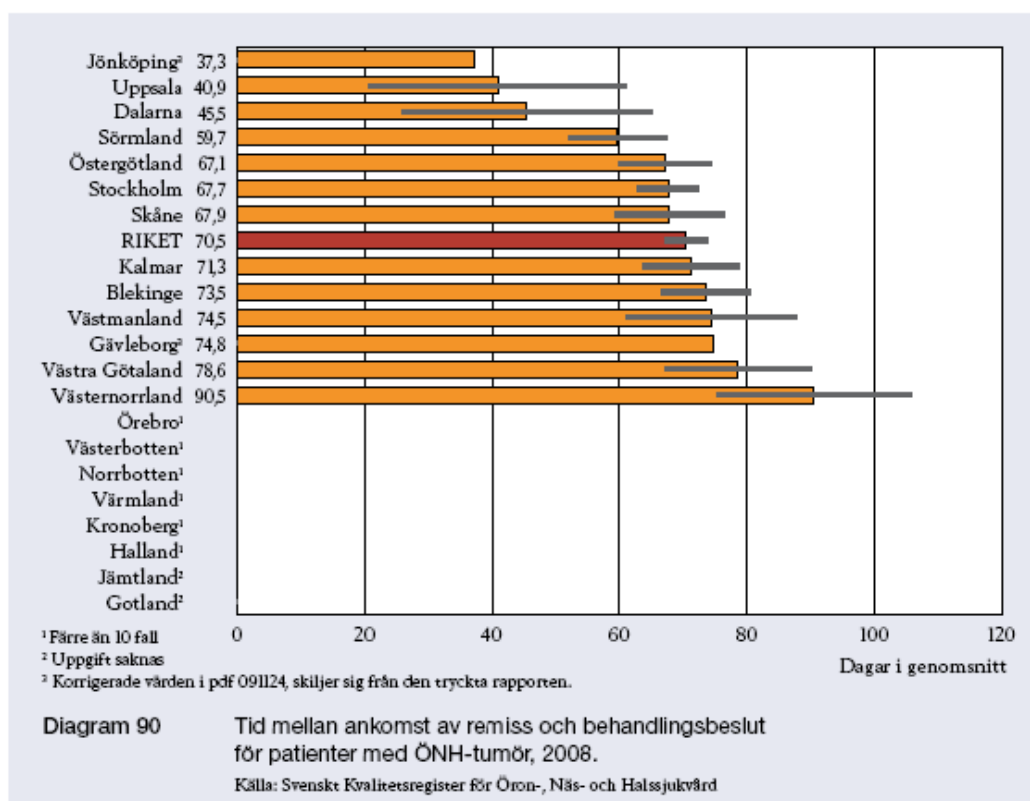
Uppgifterna i diagram 89

kommer från Nationella Prostatacancerregistret (NPCR), som har en mycket hög täckningsgrad, 97 procent. Sedan 2008 gör NPCR fem år efter diagnos en uppföljning av patienter med lokaliserad tumör och som är under 70 år. Då registreras flera variabler som speglar prostatavårdens kvalitet, som allvarliga komplikationer, återfall, spridning och överlevnad. Via enkäter insamlas uppgifter också om patienternas biverkningar som sexuell dysfunktion, urinläckage och ändtarmsbesvär. Framtida rapporter från NPCR kommer i ökande grad att fokusera på utfallet i dessa kvalitetsvariabler.

Indikatorn visar andelen patienter under 70 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling, med vilket menas kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålterapi. Drygt 10 800 patienter som diagnostiserades under 2003–2007 ingår i jämförelsen. I en skandinavisk studie visades att operation minskade dödlighet i sjukdomen, vid uppföljning efter tio år. En annan skandinavisk studie visade att risken att dö av prostatacancer minskade bland män med lokalt avancerad sjukdom som fått strålterapi och endokrin behandling, jämfört med enbart endokrin behandling. Eftersom biologisk och inte kronologisk ålder är avgörande för behandlingsstrategi ska inte samtliga patienter i denna kategori rekommenderas sådan behandling i daglig praxis. Enskilda patienter kan därtill välja att avstå från kurativt syftande behandling för att undvika livskvalitetsminskande biverkningar. Av dessa skäl är inte 100 procent ett givet mål i denna jämförelse.

I landsting som har en andel som klart understiger 75 procent finns sannolikt en underbehandling av denna patientgrupp. Kurativt syftande behandling skulle då sannolikt leda till förlängd överlevnad. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga och skall inte övertolkas, inte minst i ljuset av svårigheterna att fastställa hur stor andel som bör ges och vill ha kurativt syftande behandling.





90 Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör

Debatten om väntetider till behandling handlar ofta om den planerade vården och för vård där tillståndet inte är livshotande. Cancersjukvård är sällan akutsjukvård i gängse mening, men det är viktigt att tiden från misstanke om tumör till genomförd behandling är så kort som möjligt. Indikatorn visar Förra årets redovisning hade fem års mätperiod och baserades därmed på flera fall. Fördelarna med att visa aktuella resultat överväger dock, särskilt som detta är en processindikator som bör vara påverkbar i ett kort tidsperspektiv.

Skillnaderna mellan landstingen är stor och spänner från 37 till 91 dagar. Resultatet är tidigare inte publicerat och variationen är större än vad de registeransvariga förväntat sig. Det finns stora möjligheter till förbättringar. Det finns ingen större skillnad mellan könen i utredningstid. För kvinnor var rikets värde 70 dagar, medan det för män var något längre, 71,5 dagar. Tiden från remissankomst till behandlingsbeslut för elakartade tumörer inom öron-, näs- och halssjukvård. Detta täcker stora delar av handläggningstiden inom ÖNH-sjukvården. Ur patientens perspektiv är hela denna tidsperiod viktig. Källan är Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård. Det aktuella

Malignitetsregistret är ett delregister bland totalt nio register som är etablerade inom Svenskt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård. Registret omfattar varje nyupptäckt primär ÖNH-malignitet i läpp, tunga, munhåla, svalg, spottkörtel, näs-bihålor eller struphuvud. Registret för elakartade tumörer har kopplats till en obligatorisk canceranmälan vilket är ett stöd för god täckning.

I diagram 90 återges genomsnittstiden i dagar per landsting, från det att remiss ankommer till dess att beslut om behandlingstyp tagits. Mätperioden är 2008 och totalt ingår 532 fall i jämförelsen. Några landsting hade mycket få fall under året

och redovisas därför inte i diagrammet. Landstingsredovisningen är baserad på klinikkens lokalisering, inte på patientens hemort. Förra årets redovisning hade fem års mätperiod och baserades därmed på flera fall.