



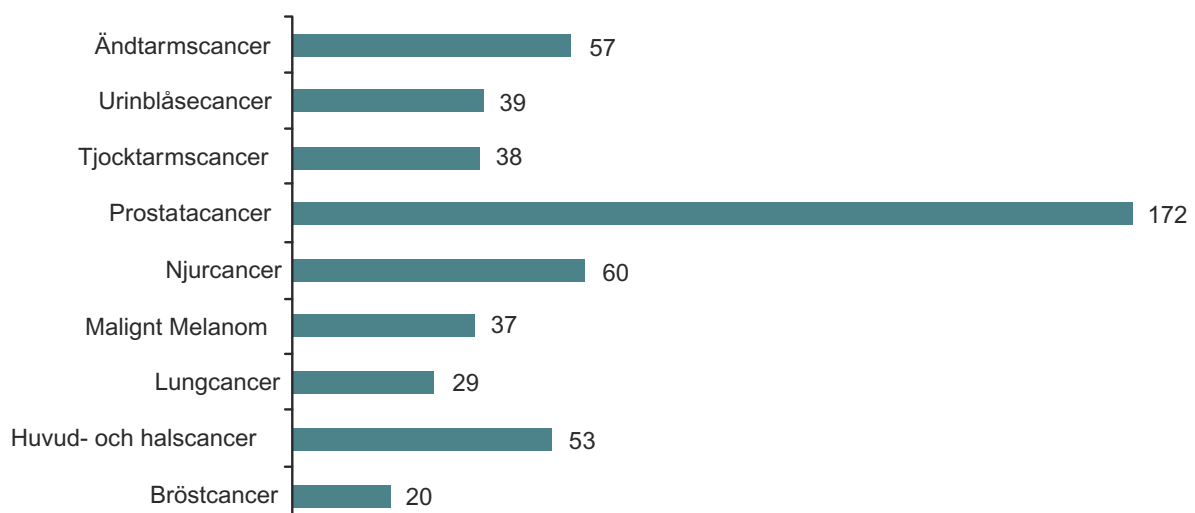
NU RÄKNAS DAGARNA I **CANCERVÅRDEN!**



Bakgrund: Svensk cancervård är framgångsrik med kraftigt ökad överlevnad som yttersta mått. Bilden är annorlunda när det gäller väntetider. Trots uppsatta mål sker ingen eller obetydlig förändring. Regeringen har därför avsatt särskilda medel för att stimulera landstingen att ta tag i frågan. I så kallade **standardiserade vårdförlopp, SVF**, anges för varje diagnos maxtider för varje steg på vägen från misstanke till behandlingsstart. Se mer på www.cancercentrum.se.

Prostatacancervården avviker avsevärt från den ljusa bilden av svensk cancervård. Dödligheten är oförändrad, ca 2 400 per år sedan över 20 år. Prevalensen är 90 000. Underbehandling gäller hela vägen från tidig upptäckt till vård i livets slutskede. Väntetiderna är avsevärda, i median 172 dagar till behandling, vilket framgår här. (Uppgifterna är hämtade från SoS:s väntetidsrapport 2014 och visar när det gäller prostatacancer endast intermediär- och högriskcancer.)

MEDIANVÄNTETIDEN FRÅN REMISSBESLUT TILL BEHANDLINGSSTART FÖR OLIKA CANCERFORMER



De mål som nu angivits i SVF är ambitiösa och utmanande. Utgångspunkten är att inga väntetider ska finnas som inte är motiverade av optimal vård. För prostatacancer gäller att tiden mellan så kallad välgrundad misstanke till påbörjad vård får vara högst 60 dagar.

Det finns ingen rimlig möjlighet att en så dramatisk förändring skulle kunna uppnås utan omfattande och långsiktiga resurstillskott och genomgripande förändringar av organisationen. Det finns också en uppenbar risk för rekyl, dvs att man på olika sätt försöker minska förändringstrycket genom att sänka ambitionen och lägga ut dimridåer. Vi ser redan nu oroande tecken på detta.

En tveksam inskränkning är att kriterierna för vilka som ska inkluderas i SVF har satts högt. Så här är det formulerat:

- PSA över gränsvärdet i samband med symtom eller tecken som talar för prostatacancer
- PSA över 10 µg/l
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi.

Symtomfria män med PSA under 10 är exempel på en grupp som riskerar att nu få sämre uppföljning.

Ett annat sätt att minska förändringstrycket är att män som fått diagnosen låg- eller mellanriskcancer ska undantas från tidskrav mellan diagnos och beslut om behandling. Här

rör det sig om ca 5 000 män, dvs hälften av alla som får diagnosen. Motivet är att det ur medicinsk synpunkt inte är så bråttom med dessa. Men flertalet far illa av osäkerheten och är angelägna att snabbt komma till beslut. Väntetiderna är redan idag extremt långa, vilket främst beror på att kliniker inte har resurser eller kompetens att bistå aktivt med beslutsstöd. Osäker diagnostik medför också risk för att möjligheten till bot hinner passeras.

Ännu ett sätt att mildra förändringstrycket är att tumma på definitioner och inte öppet redovisa brister när det gäller multidisciplinära konferenser, second opinion, tillgång på kontaktsjuksköterskor mm.

Men även en framgångsrik press av väntetiderna kan få allvarliga konsekvenser. Blir vården sämre för andra, till exempel dem i aktiv monitorering, dem som behöver hjälp med biverkningar och uppföljning efter kirurgi och strålning och alla de ca 20 000 som redan passerat fönstret för bot? Detta måste följas upp.

Vi måste ha största respekt för svårigheten att som utförare i vården inför sina ledningar redovisa att man inte klarar de uppsatta målen utan resurstillskott. Men här behövs sammanhållning och mod. Landstingen vill naturligtvis ta del av de extra projektmedlen, men kommer att hålla igen plånböckerna gentemot vården och tacksamt ta emot allt som minskar trycket.

SVF kan bli det bästa som hänt prostatacervården. Men det förutsätter att vi – klinikchefer, läkare, sjuksköterskor och patienter – håller samman i den motvind och de utmaningar som vi utan tvekan har framför oss.

ALF CARLSSON, ORDF. PROSTATACANCERFÖRBUNDET



CALLE WALLER, VICE ORDF. PROSTATACANCERFÖRBUNDET

