



Cancervård

Välutbildad personal med relevanta yrkeskunskaper är cancervårdens viktigaste resurs. Forskningsframgångar med nya läkemedel, strålbehandling och annan vårdutveckling kommer inte patienterna till godo om det inte finns kompetent personal som kan ta emot dem och utföra behandlingarna. Samma sak med de senaste årens positiva förändring mot patientorienterade processer, som kontaktsjuksköterskor, individuella vårdplaner och standardiserade vårdförlopp: Utan specialiserad personal på klinikerna blir detta bara fagert tal utan förankring i verkligheten.

-
- 24** Onkologklinikerna kraftigt underbemannade
 - 28** Åtgärderna som ska lösa kompetensförsörjningen
 - 34** Södersjukhuset avdelning 21 – från oro till framtidstro
 - 36** Sverige behöver en uppdaterad cancerstrategi
-

Onkologklinikerna kraftigt underbemannade

Stängda eller överbelagda avdelningar, indragna vårdplatser, uppskjutna behandlingar och patienter som tvingas vända i dörren till kliniker. Larmrapporterna avlöser varandra och beskriver en sjukvård i kris. En enkätundersökning som besvarats av samtliga verksamhetschefer inom onkologin bekräftar bilden och ger en dystert beskrivning av personalläget i den svenska cancervården.

Uppmärksamheten i media har hittills mest handlat om den allmänna akutsjukvården men situationen inom cancervården är inget undantag. På de onkologiska klinikerna är bemanning och kapacitet långt under önskvärd nivå. Det visar en sammanställning av personalläget på Sveriges samtliga onkologkliniker, som gjorts av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi på uppdrag av Cancerfonden.

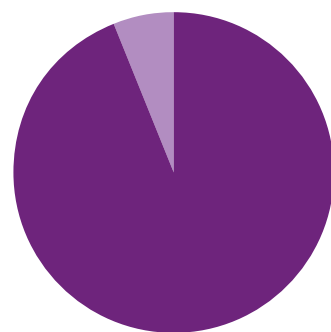
Vården av cancerpatienter tar flera av sjukvårdens specialiteter i anspråk. Till exempel spelar kirurger, hematologer, urologer, patologer och radiologer en viktig roll vid diagnostik och behandling av cancer. De allra flesta cancerdiagnoser handläggs vid, eller involverar, någon av Sveriges 18 onkologiska kliniker. De kan beskrivas som ryggraden i den svenska cancervården.

I en enkät som besvarats av samtliga verksamhetschefer på Sveriges onkologiska kliniker ges en oroväckande beskrivning av verkligheten. 17 av 18 verksamhetschefer uppger att de har brist på personal. Konsekvenserna yttrar sig bland annat i överbeläggningar, stängda vårdplatser, indragna patientbesök och längre tid mellan patient-

besöken. Utöver de negativa effekterna på själva vården orsakar underbemanningen också en sämre arbetsmiljö för både läkare och sjuksköterskor med utmattning och sjukskrivningar som följd. Den höga

Upplevd brist

På samtliga onkologkliniker utom en upplever verksamhetscheferna att det fattas personal.



VILL INTE SVARA – 0%
 UPPLEVER INTE BRIST – 6%
 UPPLEVER BRIST – 94%

arbetsbelastningen leder också till sämre utbildningsmöjligheter för de anställda, svårigheter att nyrekrytera och minimal eller ingen tid för att bedriva forskning.

Undersökningen omfattar de fyra största yrkesgrupperna inom den onkologiska verksamheten: Onkologer, specialistsjuksköterskor inom onkologi, sjuksköterskor utan vidareutbildning inom onkologi och sjuksköterskor med specialistutbildning inom strålbehandling. Sammanlagt utgör dessa personalkategorier i dag 2 023 heltidstjänster (antalet personer är fler, men många arbetar deltid). Enligt verksamhetscheferna är det 442 heltidstjänster för lite. Alltså en underbemanning på 18 procent i förhållande till den optimala mängden tjänster.

Störst brist på sjuksköterskor

Störst är bristen på specialistsjuksköterskor inom onkologi. Enligt enkäten saknas 145 heltidstjänster vilket motsvarar närmare 30 procent av behovet. Men även specialistsjuksköterskorna inom strålbehandling är för få. 97 sjuksköterskor, motsvarande 17 procent av heltidstjänsterna

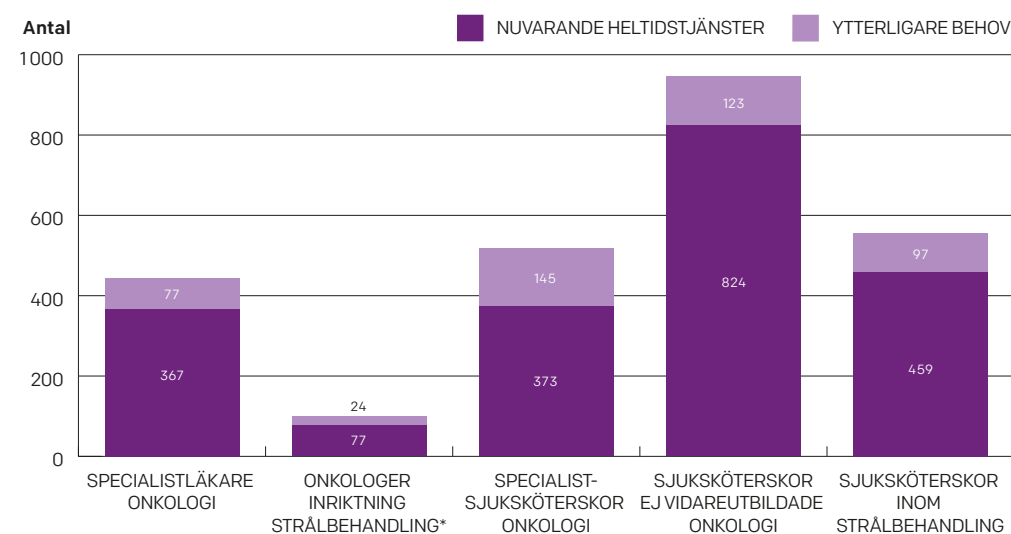
vid en optimal bemanning, skulle behöva anställas. Behovet av sjuksköterskor utan vidareutbildning inom onkologi är också stort. Sammanlagt skulle det krävas ytterligare 123 heltidstjänster för att tillgodose behoven, vilket motsvarar 13 procent av önskvärd personalstyrka.

Personalsituationen för läkare är inte bättre. Verksamhetscheferna anger att det skulle behövas 444 heltidstjänster på landets onkologkliniker. Det finns i dag 367 tjänster. Det innebär ett glapp på 77 tjänster, 17 procent, mellan behov och verklighet. Tittar man på onkologer med huvudsaklig inriktning mot strålbehandling är bristen ännu större, 24 heltidstjänster av 101 saknas. Samtidigt finns det anledning att oro sig för framtida bemanning då nästan 20 procent av alla verksamma onkologer är 60 år eller äldre. Stora pensionsavgångar är alltså att vänta de närmaste åren.

Utöver dessa yrkesgrupper uttrycker fler än hälften av verksamhetscheferna ett behov av att anställa exempelvis fler administratörer, medicinska sekreterare, strålfysiker, dietister och fysioterapeuter.

Heltidstjänster saknas

Det saknas personal inom alla yrkesgrupper. Störst brist är det på specialistsjuksköterskor.



Metod

Undersökningen är baserad på en webbenkät riktad till verksamhetscheferna på Sveriges 18 onkologkliniker. Samtliga tillfrågade svarade på enkäten.

* delmängd av specialistläkare onkologi



Så här drabbas patienterna av personalbristen:

- Överbelagda avdelningar
- Stängda vårdplatser
- Indragna patientbesök
- Längre tid mellan återbesöken

Går åt fel håll

Frågan om brist på specialister och behovet av en fungerande kompetensförsörjning inom cancervården är inte ny utan har funnits på agendan i över ett decennium. Desto mer bekymmersamt blir det då att konstatera att utvecklingen verkar ha gått åt fel håll de senaste fem åren. Drygt 40 procent av verksamhetscheferna anser att bristen på personal är större i dag än för fem år sedan. Knappt 30 procent anser att situationen är oförändrad och bara 29 procent upplever att det blivit bättre. 70 procent lever med andra ord med en personalsituation som är sämre eller lika dålig som den var 2011.

I undersökningen pekar verksamhetscheferna ut flera områden och orsaker som påverkar bemanningen negativt. De två viktigaste är att det utbildas för få specialister och att budgetarna för onkologkliniker är för snålt tilltagna. Låga lönenivåer för sjuksköterskor, uppsägningar på grund av dålig arbetsmiljö samt pensionsavgångar är också starkt bidragande faktorer.

Bilden av underbemanning stärks när man ser till de anställdas arbetstid. På samtliga kliniker där verksamhetscheferna uppgav att det saknas personal förekommer övertidsuttag varje månad. På närmare 60 procent av klinikerna arbetar man övertid varje vecka.

Ett annat sätt som verksamhetscheferna hanterar personalbristen på är att begränsa antalet patienter som läggs in på vårdavdelningarna. 6 av 17 verksamhetschefer, 35 procent, anger att detta görs varje vecka. Andra metoder är att tillfälligt ta in medarbetare som gått i pension eller låna in personal från andra mottagningar, det senare är dock inte särskilt vanligt förekommande.

Inhyrd personal från bemanningsföretag används också i viss utsträckning men inte så frekvent. Ingen klinik gör det varje vecka, några gör det månadsvis eller någon gång per år. De flesta använder sig dock inte alls av inhyrd personal.

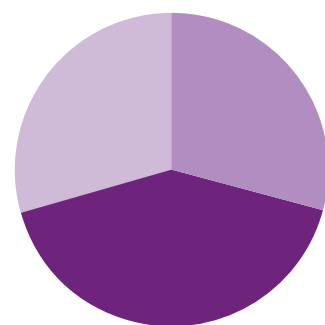
Negativa konsekvenser

Trots ett högt övertidsuttag, inhoppande pensionärer och andra åtgärder är det oundvikligt att den låga bemanningen får konsekvenser för verksamheten. Både på kort och på lång sikt. Stängda vårdplatser, överbelagda vårdavdelningar, förlängda behandlingsintervaller, färre återbesök och brist på telefontider är några av de negativa effekter som drabbar patienterna.

Förutom en hög arbetsbelastning, med stress och sjukskrivningar för personalen som följd, får underbemanningen även långsiktiga konsekvenser för verksamheten. Både forskning och vidareutbildning åsidosätts för att klara det dagliga omhän-

Få upplever förbättring

Två tredjedelar av klinikerna anser att personalsituationen har försämrats eller varit konstant dålig under de senaste fem åren. En tredjedel upplever en förbättring.



- BALANS NU OCH DÅ – 0%
- VET EJ, FÖREDRAR ATT INTE SVARA – 0%
- MINSKAD BRIST – 29%
- SAMMA BRIST – 29%
- ÖKAD BRIST – 41%



Att låta personalen arbeta övertid är det vanligaste sättet att hantera underbemanningen. 60 procent av klinikerna tar ut övertid varje vecka.

dertagandet av patienterna. Detta skapar en nedåtgående spiral som är svår att ta sig ur.

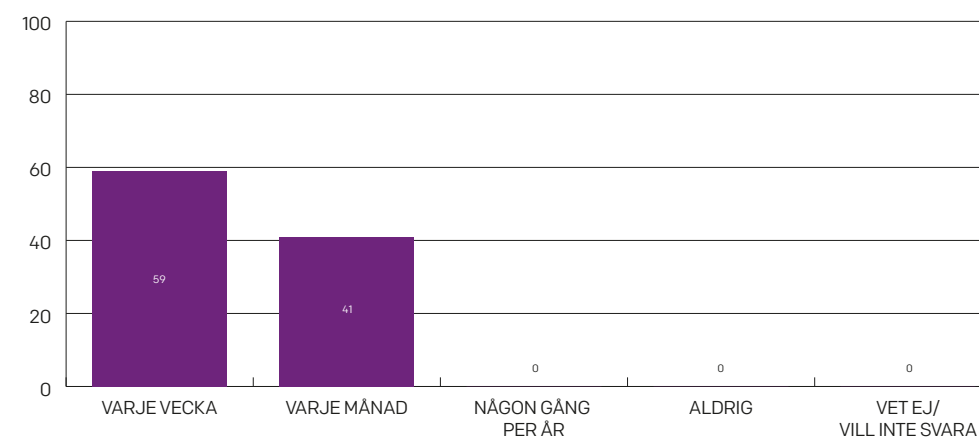
Än så länge klarar klinikerna av att sköta behandlingen av patienterna, men det är en skör tråd att balansera på. De satsningar som nu görs med exempelvis standardiserade vårdförlopp för att korta väntetiderna och höja vårdkvaliteten, riskerar att falla

platt till marken om det inte finns kompetent personal på mottagningarna som får arbeta under drägliga förhållanden.

Ansvaret faller tungt på styrande politiker, sjukvårdshuvudmän och utbildningsväsen att snabbt arbeta fram strukturer och villkor som desarmerar den tickande bomb som personalsituationen inom cancervård och allmän sjukvård utgör.

Rutinmässig övertid

Samtliga kliniker som upplever personalbrist utnyttjar övertidsarbete varje månad. 60 procent av dem gör det varje vecka.



Åtgärderna som ska lösa kompetensförsörjningen

Hur tacklar då politiker, förvaltningar och myndigheter det katastrofala personalläget inom sjukvården? Kunskapen om problemet har funnits länge men konkreta åtgärder verkar dröja. För tillfället finns två spår som berör sjukvården i stort och en plan som inriktar sig specifikt på cancervården.

Knappt ett år innan Alliansregeringen fick lämna ifrån sig makten vid valet 2014 tillsattes en utredning med uppdrag att se över möjligheter till ett mer effektivt resursutnyttjande i den svenska sjukvården. Göran Stiernstedt, före detta direktör för Sveriges kommuner och landsting, SKL, utsågs till utredare. Utredningen som i sitt slutbetänkande fick det kärnfulla namnet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) överlämnades till den nu sittande regeringen i januari 2016.

Utredningen består dels av en mycket grundlig analys och genomgång av sjukvårdens organisation, dels av vilka resurser sjukvården har till sitt förfogande och hur dessa utnyttjas. Analysen mynnar ut i ett antal konkreta förslag i syfte att förändra beslutsgångar, organisationsstruktur och ansvar, i avsikt att skapa ett mer effektivt resursutnyttjande.

Utredningen riktar in sig på de strukturella problem som sjukvården dras med och som i högsta grad påverkar situationen för dem som arbetar där, såväl i kvantitativa som kvalitativa termer. Det handlar om allt från tydligare styrsystem till att hitta nya arbetssätt och möjlighet för personalen att bli mer delaktig i planeringen av sitt eget arbete. En sak som

utredningen pekar ut som ett konkret problem är att många arbetsuppgifter i vården i dag utförs av överkvalificerad personal och att ett minskat antal administrativa funktioner skulle kunna frigöra tid för den medicinskt utbildade personalen att ägna sig åt att behandla patienter i stället för att fylla i blanketter. Undermåliga it-stöd är en annan tidstjuv som rimligen skulle kunna åtgärdas om bara viljan fanns.

Personalfrågorna diskuteras ur flera olika perspektiv i utredningen och bland annat finns det ett avsnitt med fyra konkreta förslag för att komma tillrätta med kompetensförsörjningsproblemet.

■ Nationell samordning

Utredningen föreslår en ”stående kommitté för samverkan mellan regeringen och huvudmännen avseende kompetensförsörjning och effektivt utnyttjande av befintlig kompetens”.

■ Utred sjuksköterskeutbildningen

Här föreslås att ”regeringen snarast ska besluta om en utredning för att ta ställning till utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning”.



Förutsättningar för personal inom vården att forska måste bli bättre, exempelvis genom olika löne- och karriärincitament.

■ Utred tjänstgöringen inom primärvården i ST-utbildningen för organ-specialister

Utredningen vill att ”regeringen, i avsikt att stärka det framtida samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård, ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården”.

■ Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar

Enligt utredningen bör regeringen ”ge Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer”.

Men utredningens huvudfokus ligger inte på detaljerna utan på att den vill se en genomgripande förändring av hur vårdapparaten grundläggande strukturer är uppbyggda. I detta ligger att på flera områden utmana det kommunala självstyret och ge staten ett större inflytande över sjukvårdens organisation och finansiering. Det är en stor förändring som inte lär ske över en natt.

Kompetensförsörjning inom cancervården

Regionala cancercentrum, RCC, i samverkan har utarbetat en plan för kompetensförsörjningen inom cancervården. Planen är en genomarbetad analys av de specifika förutsättningar som gäller för vården av cancerpatienter och de krav detta ställer på



Bemanningskrisen inom den svenska sjukvården är en påminnelse om ett politiskt styrsystem som har svårt att hantera problem på nationell nivå.

strukturer och kompetens.

Mycket i det bakomliggande resonemanget spänner över samma problemområden som utredningen *Effektiv vård*. Skillnaden är att RCC i samverkansplan innehåller en mängd konkreta förslag på detaljnivå för just cancervården. Men lika skarpa som analysen och förslagen är, lika tydligt är det att RCC inte på egen hand kan genomföra de viktigaste förändringarna. Makten att genomföra de nödvändiga åtgärderna ligger hos arbetsgivarna, det vill säga landstingen. Det är där förutsättningarna för karriärfrämjande vidareutbildning, planer för individuell kompetensutveckling, strukturerad kunskapsspridning, fungerande och effektiva it-stöd, en schemaläggning styrd av patienternas behov, attraktiv lönebildning etcetera skapas.

Inget av de förslag som presenteras i RCC i samverkans kompetensförsörjningsplan är konstigt. Tvärtom är det självklara och jordnära åtgärder som varje arbetsgivare utan vidare åthävor skulle kunna genomföra, eller i alla fall påbörja, innan årets slut. Frågan är varför det inte görs?

Professionsmiljarden

I januari 2016 slöts en överenskommelse mellan staten och SKL som fått namnet "Professionsmiljarden". Som framgår av namnet avsätter regeringen en miljard kronor under en treårsperiod i syfte att "stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sitt kompetensbehov".

Satsningen, som delvis stödjer sig på innehållet i utredningen *Effektiv vård* ska ske inom tre utvecklingsområden:

- It-stöd och processer
- Smartare användning av medarbetares kompetens
- Planering av långsiktig kompetensförsörjning

Inom ramen för överenskommelsen ska processen följas och utvärderas av Socialstyrelsen. I början av sommaren 2017 ska resultatet av den första utvärderingen presenteras.

Från olika håll har det dock redan framkommit att styrningen och samordningen av "Professionsmiljarden" är för svag och otydlig och att det finns en överhängande risk att en del av medlen inte blir strategiska utan används för att fylla igen tomma hål och släcka bränder. En farhåga är också att projekt inom ramen för satsningen förblir just projekt och aldrig förankras i det dagliga, operativa arbetet.

Ett konkret exempel är de 300 miljoner av medlen i "Professionsmiljarden" som avsatts för att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor. Risken är överhängande att det blir en tillfällig finansiell injektion som inte påverkar de grundläggande, strukturella problemen.

Starkare nationell styrning – vägen framåt

Bemanningskrisen inom den svenska sjukvården är en påminnelse om ett politiskt styrsystem som har svårt att hantera problem på nationell nivå. Landsting och regioners ansvar är begränsat till det egna geografiska området. I deras ansvar ligger inte att ha en nationell överblick och de saknar ofta ekonomiska resurser för att på egen hand leda och ligga steget före i en allt snabbare medicinsk, teknologisk och demografisk utveckling. Frågan om hur Sverige bättre ska hantera svårigheter i sjukvården som kräver nationella åtgärder måste högt upp på den politiska agendan.

Den som oroar sig för framtida problem för sjukvården kan sluta med det. Framtiden är redan här. Patienter och personal betalar just nu ett högt pris för att hålla liv i ett politiskt styrsystem vars bäst föredatum gick ut för decennier sedan.

I flera år har patienter, medarbetare i vården, myndigheter, statliga utredningar och intresseorganisationer som Cancerfonden varnat för den akuta personalsituation



Hantering av personalfrågorna inom sjukvården kräver ett genomgripande förändringsarbete. Akututryckningar med statliga medel ger möjligen tillfällig lindring men löser inte problemen.

som nu råder på alltför många av Sveriges sjukhus och vårdcentraler. Beslutsfattare har hörsammat varningarna och det råder konsensus kring problembilden, men när det är dags att leverera lösningar förmår man inte att samla sig till gemensam handling. Bristerna i systemet för styrningen av svensk sjukvård har tydligt uppenbarat sig.

Att 21 självstyrande landsting och regioner med sina egna agendor och lokala utmaningar ska finna gemensamma lösningar på nationella problem har visat sig vara oerhört svårt och tids- och resurskrävande när det gjorts sådana försök. Frågan

om kompetensförsörjningen inom sjukvården är ett tydligt exempel på det.

Hantering av personalfrågorna inom sjukvården har hittills bestått av en lappa och laga-strategi där staten då och då gått in och skjutit till pengar för att mildra effekten av de allra mest uppenbara bristerna. Det senaste initiativet är överenskommelsen mellan staten och landstingen, den så kallade "Professionsmiljarden" där bland annat 300 miljoner kronor ska gå till att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor. Regeringens satsning kan möjligen ha en begränsad positiv inverkan,

men behoven är så omfattande att effekten i bästa fall kan bli marginell.

2015 drabbades 61 100 personer i Sverige av cancer, och om drygt två decennier kommer över 100 000 att drabbas årligen. Undersökningen som presenteras tidigare i detta kapitel visar att 17 av landets 18 onkologkliniker rapporterar om en akut underbemanning på i genomsnitt närmare 20 procent. Cancerfondens undersökning *Personaltillgång på mammografienheter* från hösten 2016 visar att det fattas personal på 85 procent av mammografienheterna. Orimliga arbetsvillkor och kommande pensionsavgångar riskerar att förvärra bristerna inom bara några få år. Den stora ökningen av antalet människor i Sverige som drabbas av cancer och den tilltagande personalbristen är en ekvation som inte går ihop.

För en organisation som Cancerfonden spelar det ingen roll om sjukvården är organiserad på det ena eller andra sättet, hur beslutsnivåerna ser ut och vem som bestämmer. Det är frågor som saknar egenvärde för alla dem som drabbas av cancer och vill ha tillgång till bästa tänkbara vård och omhändertagande, för patienter som inte

ska utsättas för onödigt långa väntetider och inställda eller försenade behandlingar. Det enda som har betydelse är att sjukvårdens organisation och styrning är anpassad till de krav som ställs för att vård och forskning ska fungera. Det duger inte att politikerna avstår från att göra nödvändiga förbättringar av hänsyn till befintliga landstingsstrukturer. Står strukturerna uppenbart i vägen för patienternas behov och personalens förutsättningar för att kunna göra ett bra jobb, måste de tas bort eller ändras och ersättas av något bättre.

Det saknas varken analyser om problemens orsaker eller förslag på hur den negativa utvecklingen ska kunna vändas. På regeringens bord ligger just nu utredningen *Effektiv vård*, en saklig och djupgående genomgång av de grundläggande problemen med svensk sjukvårds organisation, som också innehåller en rad förslag på rimliga förändringar. RCC i samverkan har utarbetat en nationell plan för kompetensförsörjningen inom cancervården. Flera liknande initiativ finns inom andra diagnosområden. Analyserna skiljer sig åt på många sätt men en gemensam nämnare är att de väcker frågan om hur sjukvården styrs.

Cancerfonden anser:

- Att systemet med 21 självstyrande landsting står i vägen för en effektiv cancervård, därför behövs en starkare nationell styrning.
- Att en stående kommitté för samverkan mellan staten, professionen, patienterna och sjukvårdsutförarna ska inrättas, med uppdrag att samordna, planera och utveckla utbildningar, utarbeta nya arbetssätt och leda arbetet med rätt kompetens till rätt uppgift.
- Att sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningen behöver moderniseras med bland annat lön under specialistutbildningen.
- Att sjukvårdens infrastrukturer måste förbättras för att frigöra tid för personalen, it-system, biobanker och register måste kunna kommunicera effektivt på ett nationellt plan.
- Att attraktiva lönenivåer och karriärvägar måste inrättas för att uppmuntra till specialistutbildning och forskning.

Södersjukhuset avdelning 21 – från oro till framtidstro

Vårvintern 2016 gick det inte längre. Avdelning 21 på Södersjukhuset i Stockholm tvingades hålla mer än hälften av vårdplatserna stängda. Svårigheterna kom inte som en blixtnedslag från klar himmel. Spiralen hade vridit sig neråt under lång tid. Varnings signaler saknades inte, men den dåvarande ledningen hade inte förmågan att hejda fallet.



Det viktiga är att skapa en klinik-känsla med god stämning. Mycket handlar om så enkla saker som ordning och reda. Man kan inte driva en vårdavdelning, med till största delen planerad vård, som om den vore en akutmottagning.

– Det hände flera saker som upplevdes som negativa för oss som jobbade här, och på flera andra avdelningar inom onkologin i Stockholm, säger Ulrika Lagercrantz, sjuksköterska på avdelning 21 sedan många år och en av dem som trots allt orkade stanna kvar. Sjuksköterskor med specialistutbildning, till exempel inom smärtt lindring, plockades bort från sina arbetsuppgifter och förflyttades till vårdavdelningar för att göra mer allmänna sköterskejobb.

– Känslan var att kompetensen urholkades och många av dem som omplacerades tappade förstås suget och sa upp sig. Det blev som en ond spiral av dålig stämning och fler och fler slutade, samtidigt som det blev i stort sett omöjligt att rekrytera ny personal.

För Pehr Lind, överläkare och verksamhetschef för den nyskapade, självständiga onkologiska kliniken på Södersjukhuset, som började sin tjänst hösten 2016, är bilden av den tidigare verksamhetens svårigheter inte ny. Han har sett samma sak hända på fler håll i Sverige.

– Det har varit svårt med personalsituationen på slutenvårdsavdelningarna sedan flera år tillbaka, säger han. Det finns flera

bakomliggande orsaker som exempelvis misslyckade organisationsförändringar och schemaläggningar som inte är optimala. Många, framför allt sjuksköterskor i den yngre generationen, har valt att söka sig till öppenvårdsavdelningarna för att få bättre arbetstider. Upplever man dessutom att det inte ”lönar sig” med vidareutbildning och att karriärvägarna är begränsade sjunker motivationen att jobba på obekväma arbetstider.

Situationen på avdelning 21 förbättrades av ett administrativt beslut att åter göra onkologin på Södersjukhuset till en självständig verksamhet i stället för att fortsätta vara en del av onkologiska kliniken på Karolinska universitetssjukhuset. Pehr Lind rekryterades som verksamhetschef, vakanta enhetschefstjänster tillsattes och gavs ett tydligt uppdrag att återuppbygga kliniken.

– Bara vetskapen om att det skulle bli så förändrade mycket, säger Ulrika Lagercrantz. Vi fick tillbaka framtidstron och kraft att ta oss igenom den svåra situation vi befann oss i.

Sakta men säkert har avdelning 21 åter börjat få näsan över vattenytan. 16 av de 18 platserna är nu öppna och rekrytering



Efter en lång tid av personalavhopp och underbemanning som bland annat tvingat avdelningen att stänga vårdplatser har vinden vänt på avdelning 21. Ofta handlar det om att få enkla saker, som tydliga arbetsuppgifter och schemaläggning, att fungera.

pågår för att under våren 2017 kunna belägga samtliga vårdplatser.

– Nu känner vi att vi är på gång. Gemenskapen och arbetslusten är tillbaka. Förhoppningen är att vi kan utvecklas till ett så kallat ”magnetsjukhus” som erbjuder så bra arbetsförhållanden att vi drar till oss folk, säger Ulrika Lagercrantz.

Enligt verksamhetschefen Pehr Lind är det inga magiska trick eller mirakelkurer som ligger bakom förvandlingen.

– Det viktiga är att skapa en klinik-känsla med god stämning. Mycket handlar om så enkla saker som ordning och reda. Man kan inte driva en vårdavdelning, med till största delen planerad vård, som om den vore en akutmottagning, säger han. Det får inte vara rörigt, vare sig det handlar om fördelningen av arbetsuppgifter eller hur schemaläggningen sköts. Medarbetarna måste bli lyssnade på, en avdelning med dålig kommunikation blir varken trivsam eller effektiv.

Ulrika Lagercrantz ser också ett behov av att förändra utbildningsvillkoren för sjuksköterskorna.

– Jag skulle önska att vår utbildning påminde mer om läkarnas. Att man efter grundutbildningen till sjuksköterska får göra en allmäntjänstgöring inom olika sjukvårdsspecialiteter och därefter kunna gå en specialistutbildning som är betald. En tydlig karriärväg som lönar sig skulle få flera att stanna i yrket, säger hon.

Pehr Lind välkomnar att verksamheten i vården utvecklas, men höjer samtidigt ett varningens finger.

– Politikerna får akta sig. Det finns en risk med den affärsmässighet som präglar diskussionen om vården den senaste tiden. Visst ska vi vara effektiva och utnyttja resurserna på bästa sätt, men huvudbudskapet måste ändå vara att skapa rimliga arbetsförhållanden för medarbetarna, vilket också leder till att patienterna får en god vård.

Sverige behöver en uppdaterad cancerstrategi

För tio år sedan väckte bland andra Cancerfonden diskussionen om behovet av en nationell cancerstrategi. Långt ifrån alla insåg eller ansåg att en sådan behövdes. Men argumenten för en strategi var starka och en utredning tillsattes, skickades ut på remiss, processades mellan statsförvaltning och sjukvårdshuvudmän och resulterade i inrättande av de sex regionala cancercentrumen, RCC, och den samordnande funktionen Regionala cancercentrum i samverkan. Så nu har Sverige en nationell cancerstrategi redo att möta utmaningarna i dag och i framtiden. Eller har vi det?

Sedan diskussionen om en nationell cancerstrategi startades och RCC bildades har kraftfulla förbättringsåtgärder genomförts. Cancerfrågan har en helt annan position i den offentliga debatten om vården, men framför allt har synen på patienten och hur cancervården ska bedrivas börjat omvärderas. Ambitiösa projekt, bland annat för att korta väntetider, nivåstrukturera behandlingar, skapa individuella vårdplaner, skriva nationella vårdprogram och stärka uppföljningen av vårdinsatserna genom en satsning på de nationella kvalitetsregistren, har sjuösatts och implementerats. Genom RCC har dessutom en mängd andra frågor kommit upp på bordet och lett till flera åtgärder som har bidragit till förbättringar i vården.

Men det som har åstadkommit sedan RCC:s tillkomst tydliggör också allt som inte blivit gjort och som inte kan göras inom ramen för RCC:s uppdrag och mandat. Mer om det längre fram i texten.

RCC finansieras delvis genom årliga

överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting, SKL. De områden RCC under de första fyra åren ska arbeta med beskrivs i ett dokument med tio olika kriterier som definierar ett RCC. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande utvärdera hur väl RCC uppfyller dessa kriterier. Hösten 2016 publicerade Socialstyrelsen en rapport med en samlad bedömning av RCC:s fyra första år.

Den korta versionen av innehållet i rapporten är att RCC lyckats mycket bra och att regeringen fått ut vad man kunnat förvänta sig. RCC har, utan någon formell makt över den operativa verksamheten i cancervården, lyckats få sjukvårdshuvudmän och profession att enas om flera väsentliga förbättringsåtgärder med tydligt positiva effekter för såväl personal som patienter. Man har dessutom åstadkommit enighet mellan landstingen om gemensamma nationella satsningar på exempelvis nivåstrukturerad behandling av ett antal

cancerdiagnoser. Socialstyrelsen säger till och med att RCC varit så framgångsrikt att organisationen kan tjäna som modell för förbättringsarbete inom andra diagnosområden.

Så långt, allt gott och väl. Men en fråga som aldrig ställs, och därför inte heller får något svar, i Socialstyrelsens rapport är om Sverige nu har en fungerande nationell cancerstrategi.

Flera länder har nationella cancerstrategier. Det vanliga är att dessa uppdateras med jämna mellanrum. Målsättningar höjs, nya insikter vävs in, saker som inte fungerat ändras och annat lyfts ut. Strategierna ser givetvis olika ut i olika länder. De är mer eller mindre konkreta i sina mål och ambitioner, men det gemensamma är att det finns ett officiellt dokument som formulerar strategin och som förbinder regeringar, sjukvårdsmyndigheter och andra instanser att följa den.

Skriver man in sökorden "nationell cancerstrategi" på regeringens hemsida kommer två träffar upp: En länk till den snart tio år gamla utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* och en länk till direktivet som styrde utredningens arbete. Det finns inget dokument som identifierar akuta och långsiktiga problemområden, analyserar orsakerna, uttrycker en viljeriktning, sätter mål, pekar på lösningar och tydliggör konsekvenserna av dessa.

RCC inte tillräckligt

Om mindre än 25 år beräknas 100 000 personer i Sverige insjukna i cancer varje år. Bättre behandlingar gör att fler överlever och 2040 kommer det att leva fler än 630 000 personer som har fått en cancerdiagnos de senaste tio åren. Enligt en utredning som publicerades i Cancerfondsrapporten 2016 beräknas samhällets kostnader för cancer uppgå till närmare 70 miljarder kronor, en fördubbling jämfört med i dag.

Att påfrestningen på vården kommer att öka dramatiskt är uppenbart och att fortsätta utveckla och förbättra cancervårdens organisation är självklart. Men det kommer inte att räcka. Cancer påverkar och påverkas av långt fler faktorer än vad

sjukvården på egen hand kan styra över. De första åren med RCC visar också att organisationen haft svårt att utöva någon verklig påverkan på de frågor som inte direkt ligger under cancervårdens eget ansvar, men som ändå i stor eller mycket stor utsträckning avgör med vilken kraft samhället förmår möta utvecklingen på cancerområdet. RCC:s arbete försvaras också av att det saknas långsiktiga mål och ekonomiska förutsättningar.

Framför allt handlar det om prevention, forskning, kompetensförsörjning och primärvård. I viss mån rör det också frågor om rehabilitering som delvis sker i primärvårdens regi, men också omfattar sjukför-säkringssystemet och återanpassning till ett aktivt arbetsliv.

Prevention

Det finns vissa preventiva åtgärder som är helt och hållet cancerspecifika och där ansvaret måste ligga på cancervården, framför allt när det handlar om sekundärprevention i form av tidig upptäckt genom exempelvis olika slags screeningprogram. Men den övervägande delen av preventionsbehoven är mer allmänt livsstils- och miljörelaterad och där huvudansvar för både strategi och genomförande ligger på andra håll än i cancervården.

Likafullt är det oerhört viktigt – inte minst ur ett cancerperspektiv – att preventionsfrågorna drivs med kraft och tydligt satta mål. Här finns enorma vinster att göra, både ur ett mänskligt och samhälls-ekonomiskt perspektiv. Samstämmig vetenskap pekar på att cirka en tredjedel av alla cancerfall kan förebyggas.

Forskning

Sjukvård, akademi och industri behöver hitta mer fruktsamma samarbetsytter för en framgångsrik forskning, både när det gäller grundforskning och klinisk forskning. Sjukvården måste dra sitt strå till stacken genom att exempelvis bygga forskningsvänliga kulturer på klinikerna, skapa schemaläggning som frigör tid för läkare och övrig personal att forska, premiera forskningsinsatser i karriärstegen



Inrättandet av regionala cancercentrum, RCC, är inte tillräckligt för att hantera det växande antalet cancerfall. Det behövs en nationell cancerstrategi som omfattar många fler områden än dem som RCC verkar inom. Prevention, forskning, kompetensförsörjning och primärvård är problemhårdar där dagens RCC saknar mandat och kraft att åstadkomma förbättringar.



Cancervården utvecklas och blir mer och mer beroende av kvalificerad personal, som specialistutbildade sjuksköterskor. RCC har tagit fram en plan för kompetensförsörjning inom cancervården men måste få stöd genom att hela sjukvården löser den krisande personalfrågan.

och en lång rad andra saker. Men effekterna av sådana åtgärder är begränsade om de inte stöds av, och synkroniseras med, de övriga två aktörerna. Ansvaret för att skapa denna samordning kan inte enbart ligga på cancervården utan måste vara en del i en övergripande strategi som omfattar även akademi och industri. Det behövs med andra ord en enhetlig infrastruktur i vården. Journaldata, biobanker, nationella register, it-baserat kunskapsstöd etcetera ska kunna kommunicera med varandra för att underlätta kvalitetsuppföljning och bättre stödja forskning. Vården måste kunna omsätta nya vetenskapliga rön på ett mycket effektivare sätt.

Kompetensförsörjning

Sjukvården tyngs av en akut personalkris. Trots att Sverige är ett av världens mest

läkar- och sjukskötersketäta länder klarar vården inte av att ta hand om alla patienter på ett bra och individanpassat sätt. Det råder en mer eller mindre permanent brist på specialister inom de flesta discipliner och diagnosområden, och detta leder i sin tur till långa väntetider och skiftande behandlingsrutiner.

För att korta köerna och säkra en hög vårdkvalitet inrättar cancervården, under ledning av RCC i samverkan, standardiserade vårdförlopp och nivåstrukturerar ett flertal diagnoser. RCC i samverkan har dessutom tagit fram en nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården. Men om ingenting snabbt görs åt den strukturella bemanningskris som vården befinner sig i kommer initiativ av detta slag på sikt att duka under.

Primärvården

Räknat i antal läkare per capita, som är verksamma på sjukhus, är Sverige ”bäst” i världen. Till skillnad från många andra länder har den svenska utbyggnaden av sjukvården i huvudsak skett genom att bygga många och stora sjukhus. Det har till stor del skett på bekostnad av primärvård i form av vårdcentraler och privatpraktiserande allmänläkare. Primärvårdens ansvar att upptäcka tidiga symtom på allvarliga sjukdomar, eller hålla de minst vårdbehövande patienterna borta från sjukhusen, är däremot detsamma och har i vissa fall förstärkts.

Resultatet har blivit en till stora delar underdimensionerad och kompetensdränerad primärvård som har svårt att klara sina grundläggande uppgifter. Personalen är satt under hård press och det är hög omsättning på medarbetare, framför allt läkare. För patienter som är i färd att utveckla, eller har tidiga symtom på, cancer kan detta få förödande konsekvenser. Detta skriver vi bland annat om i kapitlet om lungcancer i denna rapport. Att införa standardiserade vårdförlopp är ett sätt att stödja primärvården men det behövs flera åtgärder.

En fungerande primärvård är centralt för att lyckas i kampen mot cancer. Tidig upptäckt, rådgivning i hälsofrågor, medicinsk uppföljning och rehabilitering är exempel på viktiga uppgifter som ligger på primärvården.

Rådslag om framtiden

RCC har uppnått mycket positivt inom ramen för sitt uppdrag. Det mesta talar för att regeringen kommer att förlänga och kanske till och med permanenta organisationen som en brygga mellan stat och sjukvårdshuvudmän och som en kunskapsstung pådrivare av förbättringsarbetet i cancervården. Under första halvan av 2017 kommer regeringen bjuda in flera aktörer till ett rådslag om RCC:s framtid. Ambitionen är att komma med ett inriktningsbeslut under innevarande år, alltså i god tid innan 2018, som är det sista verksamhetsåret inom ramen för den nuvarande överenskommelsen mellan staten och SKL.

Om inte regeringen under detta rådslag tar initiativ till att formulera en verklig nationell cancerstrategi riskerar det förändringsarbete av cancervården som påbörjats att på sikt gå förlorat. Att lösa krisen i bemanningsfrågan, tillgodose behovet av effektivare prevention, vända trenden för en svensk cancerforskning som tappar mark internationellt och rädda en primärvård som är i akut behov av upprustning kräver politiskt ledarskap, och mod att ifrågasätta exempelvis landstingens förmåga att leverera en jämlik och fungerande sjukvård för landets alla invånare.

Att upprätta en verklig nationell cancerstrategi skulle vara ett stort steg på vägen i att visa det ledarskapet.



Om inte regeringen under detta rådslag tar initiativ till att formulera en verklig nationell cancerstrategi riskerar det förändringsarbete av cancervården som påbörjats att på sikt gå förlorat.

Cancerfonden anser:

- Att arbetet med att formulera en nationell cancerstrategi med långsiktig vision och tydliga mål snarast ska påbörjas.
- Att den kunskap och de förslag som beskrivs i bland annat utredningarna *En nationell cancerstrategi för framtiden*, *Effektiv vård*, *Träning ger färdighet* och *Klinisk forskning – ett lyft för vården* tillvaratas i arbetet med en nationell cancerstrategi.
- Att en grundlig utvärdering av regionala cancercentrums uppdrag och förutsättningar behöver göras för att stärka deras fortsatta arbete.