

Shave and Save

STÖD KAMPEN MOT PROSTATACANCER OCH RÄDDA LIV

Minska dödligheten i prostatacancer.
1 000 liv kan räddas varje år med en förbättrad prostatacancervård!



**MUSTASCH
KAMPEN
2020**

Rädda liv – förbättra prostatacancer vården!

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancersjukdom. Av många anledningar har sjukdomen kommit lite i skymundan. Förr var sjukdomen den gamle mannens sjukdom. Få upptäcktes i tidiga skeden, effektiva behandlingar saknades och männen dog med spridd prostatacancer.

Men de senaste 25 åren har bättre diagnostik lett till att sjukdomen kan upptäckas tidigt och allt fler kan räddas från lidande och för tidig död. 120 000 män lever nu med sjukdomen och antalet fortsätter öka. Samtidigt sjunker medelåldern för de drabbade. Många har nu 20–40 år kvar att leva.

Trots stora framsteg när det gäller diagnostik och behandling upptäcks prostatacancer betydligt senare än andra cancersjukdomar och har 2–3 gånger så lång väntetid. Varje år avlider cirka 2 300 av sjukdomen. Med införande av screening och ett mer offensivt och effektivt arbetssätt i vården skulle cirka 1 000 liv räddas varje år och mycket onödigt lidande kunna undvikas. I denna broschyr berättar vi hur detta kan ske. Värdet av liv bör prioriteras!

Kjell Brissman Ordförande Prostatacancerförbundet

*- Prostatacancerförbundet med Mustaschkampen och våra 27 lokala patientföreningar arbetar aktivt för att påverka politiker att förbättra prostatacancer vården, säger **Kjell Brissman**, ordförande.*



1. Stora skillnader i svensk cancervård

Det finns betydande skillnader i cancervården som saknar medicinsk förklaring. Prostatacancervården sticker genomgående ut negativt.

VARIATION MELLAN REGIONERNA

En grundprincip i Hälso- och sjukvårdslagen är att vården ska vara jämlik. Trots det är variationen omfattande i landet i de flesta avseenden och har senast bekräftats i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Omotiverat olika - Socioekonomiska skillnader i cancervården. (Rapport: 2019:18)

Här är några exempel rörande prostatacancer:

- Väntan på behandling konstateras vara betydligt längre än för de andra cancerformer som jämförts. Det finns också stora regionala skillnader i väntetid. Enligt nationella prostatacancerregistret varierade väntetiderna från misstanke till operation, mellan regionerna från 81 till 260 dagar (2018).
- Variationen är också stor när det gäller hur tidigt prostatacancer upptäcks, och omvänt hur stor andel som upptäcks för sent för att botande behandling ska vara möjlig.
- Skillnaden mellan regioner som låter patienter genomgå multidisciplinär bedömning före behandlingsbeslut är stor.

Vårdens kvalitet varierar inte bara inom de olika diagnoserna utan också mellan dem. Den mest adekvata jämförelsen är mellan bröstcancer och prostatacancer som båda är dominerande cancerdiagnos eller cancerform för respektive kön, med cirka 8 000 nya varje år för bröstcancer och 10 000 för prostatacancer. I båda fallen har tidig upptäckt stor betydelse för utgången. Dödligheten i bröstcancer är väsentligt lägre, 1 400 per år mot 2 300 för prostatacancer, vilket bäst förklaras med mammografi och effektiv vård.

Bröstcancervården hanteras vanligen vid specialiserade enheter med ansvar för hela vårdkedjan och med fast vårdkontakt i form av bröstsköterskor. Prostatacancervård bedrivs vid en stor mängd olika, ofta mindre enheter, utan specialisering på sjukdomen och med stor variation i kvalitet. Väntetiderna skiljer sig dramatiskt mellan diagnoserna. Onödig, så kallad icke värdeskapande väntetid mellan remiss och till exempel behandling var för bröstcancer 3 dagar i median och för prostatacancer 71 dagar. Förutsättningen för att prostatacancervården ska komma i kapp är en genomgripande översyn av vårdens organisation och resurser med patienternas behov som utgångspunkt.



- Vård på lika villkor är ett tydligt mål i lagstiftningen och en viktig fråga för patienter såväl som beslutsfattare. Faktorer som bland annat kön, utbildning och ursprung ska inte påverka vilken vård och behandling man får. På samma sätt bör det vara möjligt för alla, oavsett var man bor i landet, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens insatser. Därför är det också av stor vikt att det finns en bra uppföljning av jämlikheten. Vi ser att det finns omotiverade skillnader i vård och behandling av cancersjuka, men också att det finns skillnader redan när cancer upptäcks. Vi menar att skillnaderna i stor utsträckning är påverkbara och går att minska, säger **Åsa Ljungvall, utredare Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.**

PROSTATACANCERVÅRDEN HAR STÖRST SKILLNADER

Skillnad i procentenheter mellan de två regioner med högst respektive lägst andel patienter som genomgått respektive behandling. När det gäller prostatacancer skiljer andelen patienter som genomgår botande behandling med 30 procentenheter mellan regionerna - skillnader som inte beror på patienternas ålder eller viss samsjuklighet. Vilken typ av botande behandling som ges varierar också stort: Andelen patienter som genomgår operation skiljer sig med 70 procentenheter mellan regionerna.

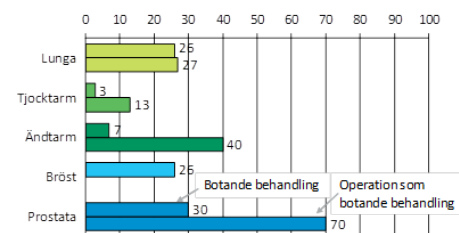


Illustration: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



Dödligheten minskar i Sverige, men skillnaderna mellan regionerna är stora. Aftonbladet 191110



- Utvecklingen av nya behandlingar vid spridd prostatacancer går fort men det går trögt med införandet. Det finns stora olikheter mellan regionerna. Ett nytt nationellt beslutstöd, Patientöversikten för prostatacancer (PPC), kommer underlätta för oss att följa upp och påverka de regioner som sacker efter, säger **Ingela Lissbrant, MD, Specialistläkare Jubileumskliniken Sahlgrenska, Göteborg.**

1 Prostatacancerförbundet föreslår:

Regeringen och regionerna bör intensifiera arbetet för att minska regionala och socioekonomiska skillnader i cancervårdens utformning och prioritera åtgärder för prostatacancer, eftersom prostatacancervården släpar efter.

2. Stora skillnader i hur tidigt cancer upptäcks

Vårdanalys konstaterar i rapporten Omotiverat olika att det är betydande regionala skillnader i hur tidigt cancer upptäcks. Det är också stora skillnader mellan olika cancersjukdomar, där prostatacancer upptäcks betydligt senare än till exempel bröstcancer. Vilket stadium patienten befinner sig i när tumören upptäcks har stor påverkan på behandlingsmöjligheterna.

OM PROSTATACANCER UPPTÄCKTS TIDIG GÅR DEN ATT BOTA OCH LIV KAN RÄDDAS!

Det är därför som alla män över 50 år bör genomgå PSA-test, ett enkelt blodprov som tas på vårdcentralen. Trots att sjukdomen är så vanlig och att den går att bota om den upptäcks tidigt är det många män som undviker att testa sig, medan andra gör det onödigt ofta. En organiserad verksamhet skulle nå fler och öka träffsäkerheten. Varje år upptäcks 10 000 män med prostatacancer i Sverige, 27 män per dag och de flesta av dessa män kände sig helt friska innan diagnosen. Orsakerna till prostatacancer är inte klarlagda men viss ärftlighet finns. Om det finns två eller fler som har prostatacancer i släkten bör PSA-prov därför tas från 40 år.



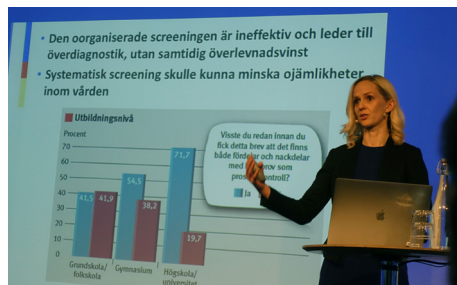
– Kombinationsbehandling i tidigt skede är effektivt. Trots våra ambitioner att upptäcka prostatacancer i tidigt skede ser vi fortfarande många fall med spridd sjukdom redan vid diagnos. De senaste årens kliniska prövningar visar tydligt att kombinationsbehandling förlänger överlevnaden i aggressiv prostatacancer. Min åsikt är att alla patienter med aggressiv prostatacancer ska få tillgång till dessa nya och effektiva behandlingar utan onödigt dröjsmål, säger **Anders Bjartell, Professor och överläkare vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö, Verksamhetsområde Urologi Lunds universitet.**

MÄN MED SPRIDD PROSTATACANCER HAR EN MYCKET SVÅR SISTA FAS I LIVET

Varje år får runt 2 000 män beskedet att de har en redan spridd prostatacancer och att sjukdomen utvecklats för långt för att botande behandling ska vara möjlig. Det beskedet vill ingen få och ingen vill heller lämna budskapet vidare till sina barn, sin partner eller sina vänner. Vad som återstår är bromsande behandling

och för många en för tidig död. Drygt fem procent av alla svenska män dör i prostatacancer, ofta efter lång tids lidande.

Prostatacancer har en mycket plågsam sista obotlig fas, när den vanliga hormonbehandling inte längre hämmar sjukdomen. Majoriteten av dessa män utvecklar metastaser i skelettet vilket kan resultera i frakturer, svåra smärtor och kraftigt försämrad livskvalitet. Prostatacancerförbundet uppskattar att det är cirka 6 000 män som lever med spridd prostatacancer.



INFÖRANDE AV NATIONELL PROSTATACANCERSCREENING

För bröstcancer finns ett nationellt screeningprogram där kvinnor i åldrarna 40 till 74 år erbjuds mammografi. Detta har bidragit till att många upptäckts tidigt och fler liv kunnat räddas. För prostatacancer finns ännu inte något nationellt program. Orsaken är att metoderna att upptäcka allvarlig prostatacancer hittills varit

för osäkra. Men utvecklingen går fort framåt. Socialstyrelsen har rekommenderat regionerna att se över sin diagnostik och inleda försöksverksamhet med att informera alla män i åldrarna 50-75 om sjukdomen och möjligheten att testa sig. Metoderna kan vara olika men ska utvärderas som underlag för ett senare beslut om nationell screening.

PSA-SCREENING MED KOMPLETTERANDE TESTER SKULLE MINSKA DÖDLIGHETEN MED 40 PROCENT

Flera stora internationella studier visar att screening långsiktigt skulle kunna minska dödligheten med 30-40 procent. Ett exempel är en nyligen avslutad studie vid Göteborgs universitet baserad på 20 000 män som följts under två decennier. Ett annat är Prostatacancercentrum vid St Görans sjukhus i Stockholm som har lyckats förbättra diagnostiken av prostatacancer avsevärt genom användning av MR-kamera i kombination med det så kallade Sthlm3-testet. Fler behandlingskrävande cancerfall upptäcks. Väsentligt färre behöver utsättas för vävnadsprov och överdiagnostik minskas med 40 procent.



– Prostadiagnostik förändras i grunden. Magnetkamera införs nu som initial diagnostik vid misstanke om prostatacancer. Då kan runt tusen svenska män årligen komma att slippa få en onödig diagnos på cancer-sjukdomen, enligt professor **Ola Bratt, som är ordförande i Nationella vårdprogramgruppen för prostatacancer. Genom åren har runt 50 000 svenskar blivit överdiagnostiserade med prostatacancer på detta sätt, vilket är förfärligt. Nu kan vi till stor del stoppa denna utveckling”, säger Ola Bratt, professor i urologi Sahlgrenska akademien Göteborg.**

EU-KOMMISSIONEN BÖR REKOMMENDERA SINA MEDLEMSLÄNDER ATT INFÖRA PROSTATACANCERSCREENING

European Association of Urology, EAU har lämnat förslag att EU-kommissionen ska uppmana medlemsländerna att införa prostatacancer-screening.

EAU förordar att diagnostiken görs mer strukturerad, säker och jämlik. PSA-värdet bör kombineras med nya mer träffsäkra metoder som till exempel magnetkamera (MR) och vägas samman med andra riskfaktorer. På så vis kan man med större säkerhet avgöra hur allvarlig

sjukdomen är och om behandling är nödvändig. Ingen ska behandlas i onödan, eftersom operation och strålbehandling ofta för med sig skador som nedsatt sexuell förmåga och urinläckage.

Om ett screeningprogram införs kommer fler patienter med prostatacancer upptäckas och botas och därmed kommer antalet med spridd cancer att minska. EAU anser att prostatacancerscreening är mer effektiv än bröst- och koloncancerscreening. De anser dessutom att patientens livskvalitet inte vägts in när argument för och mot screening diskuterats.



– Det kan ta tid men vi hoppas givetvis på att EU får mandat att stödja sina medlemsstater när det gäller screening för prostatacancer, säger

Per-Anders Abrahamsson, professor emeritus i urologi, Lunds universitet, och tidigare generalsekreterare i EAU.

2 Prostatacancerförbundet föreslår:

Alla män över 50 år uppmanas ta PSA-prov och de som har två eller fler nära släktingar med prostatacancer redan från 40 år. Det är viktigt eftersom sjukdomen går att bota om den upptäcks tidigt.

Så snart som möjligt bör nationell prostatacancerscreening införas för alla män mellan 50 och 75 år.

3. Prostatacancerpatienter har längst väntetider

Prostatacancer har längst väntetider av alla cancersjukdomar. På regeringens initiativ har mål satts upp för hur lång väntetiden maximalt bör vara mellan misstanke om cancer och påbörjad behandling. För prostatacancer är väntetiden 115 procent längre än uppsatt mål medan den för till exempel bröstcancer endast är 10 procent längre.

REGERINGEN SATSADE 2 MILJARDER KRONOR PÅ ATT MINSKA VÄNTETIDERNAS

Såväl regeringen som oppositionen har ambitionen att minska väntetiderna i prostatacancer-vården. År 2015 avsattes 2 miljarder kronor för att stimulera regionerna till en fyraårig satsning på minskade väntetider. Trots endast marginella resultat har projektet förlängts.



Prostatacancer har den längsta kötiden av alla cancersjukdomar i Sverige, 131 dagar från remiss till operation. Väntetider är det tydligaste exemplet på ojämlikhet i vården. Aftonbladet 191125

BARA 4 PROCENT FICK VÅRD INOM MAXTIDEN

För prostatacancer, som hade längst väntetider av alla cancersjukdomar, var målet att ingen skulle behöva vänta mer än maximalt 61 dagar mellan remiss och den hittills vanligaste behandlingen, kirurgi. Utgångsläget var 168 dagar i medianvärde och i de olika regionerna varierade väntetiderna från 127 till 255 dagar (år 2015). Små förbättringar har gjorts och 2019 låg prostatacancer-vården på en medianväntetid på 132

dagar. Bara fyra procent av de med svår prostatacancer fick 2019 vård inom den beslutade maximala kötiden.

För övriga vanligare cancerformer är väntetiderna under 60 dagar.

DE STATLIGA PENGARNA GICK TILL ADMINISTRATION ISTÄLLET FÖR ATT MINSKA VÄNTETIDERNAS

Istället för att reducera onödigt tidsspill, åtgärda flaskhalsar i vården och förbättra en ineffektiv organisation byggdes ett administrativt system ut för att mäta ledtiderna som dessutom ökade det administrativa trycket på klinikerna. Exempel på effektivisering förekommer men är sällsynta.



– Syftet med SVF; standardiserade vårdförlopp var gott; att minska väntetider. Men SVF är dåligt organiserat. Istället för att samarbeta till exempel med Nationella prostatacancerregistret (NPCR) byggdes ineffektiva organisationer för att samla in data i var och en av de 21 regionerna. Trots att miljarder spenderats har inte mycket hänt, säger Pär Stattin överläkare, professor urologi, Akademiska sjukhuset Uppsala, Registerhållare NPCR.

MEDIANTIDERNAS FRÅN REMISSBESLUT TILL KIRURGISK BEHANDLING AV PROSTATA-CANCER.

UPPGIFTERNA NPCR 20 09 02

ANTAL DAGAR	2019	2018
NORRA REGIONEN		
Jämtland	148	132
Västernorrland	108,5	108,5
Västerbotten	175	239
STOCKHOLM-GOTLAND		
Stockholm-Gotland	-	109
Stockholm	150	147
Övriga/privat	105	108,5
SÖDRA REGIONEN		
Blekinge	90	87
Kronoberg	88	93,5
Halland	124	112,5
Skåne	163,5	166
SYDÖSTRA REGIONEN		
Jönköping	103	104,5
Östergötland	120	116
Kalmar	126	116
UPPSALA ÖREBRO		
Södermanland	92	94
Dalarna	150	175
Örebro	139	139
Uppsala	148	161
Västmanland	159	137,5
Värmland	113	121
VÄSTRA REGIONEN		
Västra Götaland	113	119,5
Övrig/privat	144	130
SUMMA RIKET	131	131

3 Prostatacancer- förbundet föreslår:

Dagens situation är skandalös och leder till ett oerhört lidande för de drabbade och medför att sjukdomen förvärras. Regionerna uppmanas till krafttag mot de orimligt långa väntetiderna.

4. Kostnader för prostatacancer-vård

Har vi råd? Har vi råd att låta bli?

ANTALET CANCERFALL ÖKAR I SVERIGE OCH KOSTNADERNA KOMMER FÖRDUBBLAS

Cancer är en av de stora folksjukdomarna. Varje år rapporteras fler än 60 000 nya fall av cancer. Folkhälsomyndigheten och Cancerfonden har bedömt att 2040 är det 100 000 som varje år drabbas av cancer. Cancerfonden bedömer att kostnaderna kommer vara 68 miljarder kronor år 2040.



- Sverige satsar förhållandevis lite på cancerläkemedel. Nummer 7 avseende BNP/capita men bara nummer 14 när det gäller Euro/capita (strax före UK, Slovenien och andra östeuropa-länder). Nya prostatacancerläkemedel (Zytiga, Xtandi) mycket långsam introduktion i Sverige. 2011-2015 fick enbart 30% del av dessa läkemedel. 2018 ligger Sverige på 12 plats när det gäller användningen av Zytiga och Xtandi i Europa, säger **Nils Wilking, MD PhD Associate professor, Karolinska Institutet.**

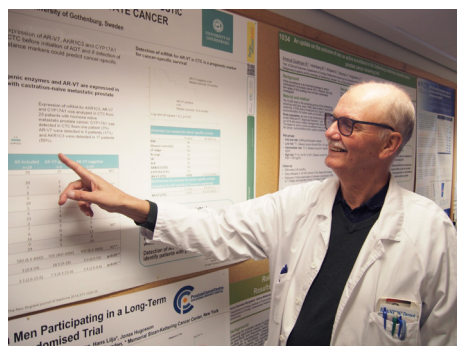
Bristerna i prostatacancer-vården kan förklaras av strukturella förhållanden snarare än brist på resurser. Vården är fragmentiserad med många ofta mindre aktörer med varierande förmåga att ta till sig ny kunskap, nya metoder och ny teknik. Undantag finns med lokala initiativ att försöka skapa en sammanhållen prostatacancer-vård, men de möter motstånd när förutsättningen är organisatoriska och mellanregionala förändringar.

Onödiga kostnader uppkommer på flera sätt som skulle kunna sparas genom en effektivare organisation. Några exempel:

- Väntetiderna är oacceptabelt långa för patienterna och kan leda till att sjukdomen förvärras med ökat vårdbehov som följd.

- Bristen på samordning och ansvarsfördelning mellan aktörerna gör vården svårtillgänglig och leder till dubbelarbete.
- Vårdskador på grund av småskalighet och brist på kvalitetssäkring, 25-30 procent får återfall efter initial behandling, leder till nya vårdbehov och kostnader.
- Monitorering och enklare vårdbehov som nu i hög grad hanteras vid akutsjukhusen skulle bättre och billigare erbjudas i form av specialiserad öppenvård.

Det finns ingen aktuell heltäckande analys av kostnaderna för prostatacancer-vården. Den senaste gjordes år 2016 av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). Eftersom kostnaderna ökat är en ny analys viktig och det är också värdefullt att analysera var det går att spara.



- Intuitivt känns det som om prostatacancer-vården är relativt billigare än många andra cancerformer delvis relaterat till att de stora volymerna patienter som följs med aktiv monitorering och uppföljning efter kurativt syftande behandling. Det är naturligtvis korrekt att ju längre tid patienterna lever med avancerad sjukdom desto större blir kostnaderna, säger **Jan-Erik Damber, professor urologi, Sahlgremska akademien.**

PROSTATACANCERFÖRBUNDETS BERÄKNING AV LÄKEMEDELSKOSTNADER FÖR MÄN MED METASTASERAD PROSTATACANCER

Stora kostnader växer fram som följd av att så många med nuvarande system upptäcks för sent för att kunna behandlas botande och därmed blir beroende av de nya läkemedlen. Kostnaden per individ är inte uppseendeväckande, men antalet patienter gör det till ett stort och växande samhällsekonomiskt problem.

Behandling av en patient med metastaserad sjukdom kostar enbart när det gäller de nya läkemedlen minst 20 000 kronor per månad, dvs en årskostnad på 240 000 kronor. Om de cirka 6 000 patienter som är i detta stadium behandlas blir årskostnaden 1,44 miljarder kronor. Till detta kommer de stora kostnader som alltid är förknippade med vård av svårt cancersjuka.

EAU BEDÖMER ATT DEN ÅRLIGA BEHANDLINGSKOSTNADEN FÖR EN PATIENT MED SPRIDD PROSTATACANCER ÄR 1,5 MILJONER KRONOR

EAU/European Association of Urology har skrivit ett policydokument om PSA-screening för prostatacancer och de bedömer att prostatacancer screening skulle bidra positivt till samhällsekonomi. En operation i tidigt stadium bedömer de kostar under 165 000 kronor och är i många fall botande medan den årliga behandlingskostnaden för en patient med spridd cancer är beräknat till 1,5 miljoner kronor.

Om EAU:s beräkningar stämmer kan kostnaderna för vård av män med spridd prostatacancer då minskas med 1,5 miljarder kronor årligen. Att minska antalet män med spridd prostatacancer är både mänskligt och ekonomiskt värdefullt och en stor samhällsekonomisk besparing.



- EAU:s rekommendationer om införande av prostatacancer screening borde läsas av de som är ansvariga för prostatacancer-vården, säger **Calle Waller, vårdpolitiskt ansvarig inom Prostatacancerförbundet.**

4 Prostatacancer- förbundet föreslår:

En nationell översyn av
prostatacancer-vården.
Hur det ska ske förklaras
på nästa sida.

5. Vad kan göras för att förbättra prostatacancer vården?

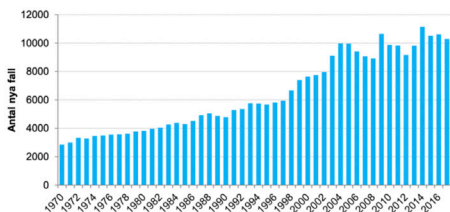
För 25 år sedan levde 30 000 män med diagnosen prostatacancer. De som upptäcktes med sjukdomen var vanligen åldrade män med redan spridd cancer som inte gick att bota.

Eftersom prognosen var dålig och verksamma behandlingar saknades var intresset för sjukdomen inte stort i vården.

En dramatisk förändring skedde när PSA-testet började användas i stor skala i slutet av 90-talet. Sjukdomen kunde nu upptäckas tidigt, långt innan den börjat sprida sig och ge symptom. Antalet män som gick igenom botande behandling i form av kirurgi och strålning ökade mycket snabbt. Idag är antalet män som lever med sjukdomen fyrdubblat, över 120 000, varav många har väsentliga problem, på grund av återfall, biverkningar och behandlingskskador.

Medelåldern har sjunkit kontinuerligt och nu är medianåldern för de som drabbas 69 år. Patienterna upptäcks tidigare och de har kanske 20-40 år av livet framför sig. Dagens patienter ställer därför högre krav på kompetens och resurser för utredning, behandling i tid och för rehabilitering.

ANTAL MED PROSTATACANCER HAR ÖKAT I SVERIGE



Källa: Socialstyrelsen

Kunskapen om sjukdomen fortsatte att förbättras. Nya rön visade att en stor del av de nyupptäckta tumörerna var av beskedlig art utan förmåga att sprida sig, och att många därför i onödan utsatts för behandlingar och skador. Insikten förklarar det då utbredda motståndet



Kevin Lehnberg var bara 38 år gammal när hans prostatacancer upptäcktes tack vare ett PSA-prov. – Om jag hade gjort det här tio år senare så hade canceren med stor sannolikhet spridit sig, säger han. Aftonbladet 19 11 16

mot screening. För att undvika överbehandling och vårdskador infördes så kallad aktiv monitorering för lågriscancer. Idag förs cirka 25 procent av de nydiagnostiserade till denna åtgärd.

De senaste åren har diagnostiken utvecklats ytterligare. En misstänkt cancer ska numera först undersökas med modern bildteknik, MR, som bättre kan identifiera behandlingskrävande tumörer. Endast de med starkt misstanke går vidare, övriga behöver inte få en cancerdiagnos alls, bara följas upp.

Mycket har hänt också när det gäller behandlingar. Kvaliteten i kirurgin är satt i fokus på nytt sätt, och strålbehandlingarna blir tack vare förbättrad teknik alltmer precisa. Men framför allt är inflödet stort av nya läkemedel som bromsar sjukdomen även för dem som inte längre kan botas.

Den oöverskådlighet och stora variationer kvalitativt och kvantitativt, som nu råder inom prostatacancer vården förklaras av att den gamla organisatoriska strukturen inte är anpassad

efter patientvolymen, som fyrdubblats och de helt nya behov som följt av utvecklingen. Vården är fragmentiserad med begränsad förmåga att på ett någorlunda likvärdigt sätt ta till sig ny kunskap och nya metoder samt teknik för diagnostik och behandling. Redan stora skillnader är på väg att bli ännu större.



– Det måste till en total översyn av prostatacancer vården. Den är inte anpassad till förhållandena idag, säger Gert Malmberg ledamot av Prostatacancerförbundets styrelse.

5 Prostatacancerförbundet föreslår:

EN NATIONELL ÖVERSYN AV PROSTATACANCERVÅRDEN

På 25 år har antalet som lever med prostatacancer fyrdubblats och patienternas behov av vård och uppföljning är av helt annan karaktär än tidigare. Såväl diagnostik som behandling har utvecklats explosionsartat. Vårdens organisation och resurser är däremot i det närmaste oförändrade. Sveriges vanligaste och för män dödligaste cancerform borde mötas med en vård som tar patienternas behov som utgångspunkt med multidisciplinära, kvalitetssäkrade och tekniskt välutrustade enheter för de avancerade ingreppen samt med tillgängliga specialiserade närvårdsenheter för diagnostik, uppföljning och rehabilitering.

ETT OMTAG FÖR MINSKNING AV VÄNTETIDERNÄ

För att minska väntetiderna i cancer vården inleddes 2015 projektet Standardiserade vårdförlopp, SVF. Regionerna åtog sig att mot särskild ersättning från staten arbeta för att minska kötiderna. Sedan dess har cirka 3 miljarder kronor fördelats i detta syfte. Prostatacancer stod från början i särklass med väntetider flera gånger längre än den näst sämsta diagnosen. Eftersom prostatacancer också står för det största antalet patienter var förväntningarna mycket stora på projektet. Efter fem år kan dock konstateras att SVF-satsningen endast lett till marginella förbättringar. Trots det uttalade syftet att projektet förutsatte förändringar av organisation och

resurser i prostatacancer vården konstateras att medlen bara på några enstaka platser har använts för att identifiera och åtgärda flaskhalsar eller andra flödes hinder.

FÖRNYAT BESLUT I SCREENINGFRÅGAN BEHÖVS!

Den senaste bedömningen (2018) fastställde att PSA-testet inte är tillräckligt precist för att fördelarna med screening väsentligt skulle överstiga nackdelarna. Två omständigheter har nu förändrat förutsättningarna avsevärt. Diagnostiken har förändrats och är nu betydligt träffsäkrare än enbart PSA-test. På flera håll i landet har det nu startats försöksprogram inom organiserad prostatacancer testning (OPT) för att skapa evidens inför ett förnyat screeningbeslut. Att nya läkemedel som förlänger livet vid sen upptäckt av prostatacancer medför kostnadsökningar bör också vägas in i beslutet.

STÄRK LAGSTÖDET FÖR NATIONELLA VÅRDPROGRAM OCH PATIENTRÄTTIGHETER

Ett omfattande arbete läggs på att utforma nationella vårdprogram inom olika diagnoser. Här beskrivs i detalj hur vården ska bedrivas för att motsvara vetenskap och beprövad erfarenhet. Trots det är variationen i landet mycket stor i många avseenden. Staten saknar sanktionsmöjligheter. Patienternas rättigheter är begränsade. Fritt vårdval gäller inte inom slutenvården. Rätten att fritt välja inom EU är kringgärdad av osäkerhet och för de flesta oöverkomliga villkor.

Fakta prostatacancer

- Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancersjukdom
- 120 000 män lever med prostatacancer. Det är fyra gånger fler än för 25 år sedan och antalet fortsätter öka
- Varje år drabbas 10 000 av prostatacancer.
Var femte man diagnosticeras med prostatacancer
- Prostatacancer går att bota om den upptäcks tidigt.
Därför uppmanar Prostatacancerförbundet alla män över 50 år att kontakta vårdcentral och begära att få ta PSA-prov, ett enkelt blodprov
- Varje år dör cirka 2 300 män av sjukdomen.
5 procent av alla män dör i prostatacancer
- Om vården effektiviseras och screening införs kan 1 000 liv räddas varje år och antalet patienter med spridd cancer minskas!



- Under Mustaschkampen har vi varje år många lokala och regionala möten. Den enskilt viktigaste frågan som flest fört fram är att det bör införas en nationell prostatacancerscreening, säger **Torsten Tullberg**, kampanjledare **Mustaschkampen**.



Patientorganisation med 12 000 medlemmar i 27 lokala prostatacancerföreningar. Driver vårdfrågor, skapar mötesplatser, ger personligt stöd, informerar och debatterar. Arrangerar varje år Mustaschkampen för att skapa uppmärksamhet och opinionsbildning samt samla in medel till forskning.

TEXT

Calle Waller, vårdpolitiskt ansvarig Prostatacancerförbundet
Gert Malmberg, styrelseledamot Prostatacancerförbundet
Torsten Tullberg, kampanjledare Mustaschkampen

UPPGIFTER FRÅN Cancerfonden

Folkhälsomyndigheten
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Nationella Prostatacancerregistret
IHE, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi
EAU/European Association of Urology

PROSTATACANCERFÖRBUNDET

tel: +46 8 655 44 30
kansli@prostatacancerforbundet.se
www.mustaschkampen.se
www.prostatacancerforbundet.se



MUSTASCH KAMPEN 2020



 **PROSTATACANCER
FÖRBUNDET**

Patientorganisation med 12 000 medlemmar i 27 lokala prostatacancerföreningar. Driver vårdfrågor, skapar mötesplatser, ger personligt stöd, informerar och debatterar. Arrangerar varje år Mustaschkampen för att skapa uppmärksamhet och opinionsbildning samt samla in medel till forskning.