

LEDAREN

Stimulanspengar löser inte vårdplatskrisen

Sidorna 4-5



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 1/2022

Gaffel- mottagning lockar ST-läkare

Sidorna 14-17

TEMA CANCERVÅRDEN

- Nätverket mot cancer kräver nationell strategi för tidig upptäckt
- Miljardsatsning av EU kan bli ett lyft även för Sverige

Sidorna 18-35

KRÖNIKOR

LARS ROCKSÉN:

Nu sitter vi i smeten

Sidorna 8-10



**STELLA
CIZINSKY:**

Standardiseringen vår tids opium

Sidorna 6-7

Eliquis®
apixaban

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både**:

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin^{1*}
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin^{1*}

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®

Bristol Myers Squibb | Pfizer

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation; Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

432-SE-2100122 PP-ELI-SWE-2147 DEC 2021

Sjukhusläkaren 1/2022 SJUKHUSLÄKAREN DIN TIDNING

I DETTA NUMMER:

TEMA | CANCERVÅRDEN



Sidorna 18-35

ÖVRIGT

- **Ledaren** av Karin Båtelson.....4-5
- **Krönika:** Stella Cizinsky6-7
- **Krönika:** Lars Rocksén8-10
- **Krönika:** Sven Söderberg12
- **Kommentar:** Svenska mastocytosgruppen13
- Specialistutbildningen.....14-17
- Jourkomp.....36-37
- Narrativ medicin38-39
- Föreningsnytt från Sjukhusläkarna40-42

Kontakt redaktionen

▼ Anna Sofia Dahl,
chefredaktör, reporter.
annasofia.dahl
@sjukhuslakaren.se
076-790 04 41.



▼ Christer Bark,
senior adviser, reporter,
redigerare.
christer.bark
@sjukhuslakaren.se



▼ Eva Nordin, reporter.
eva@evanordin.com



Kontakt annonser

▼ Bengtsson & Sundström Media.
sjukhuslakaren@bs-media.se
08-10 39 20

Kontakt Sjukhusläkarna

▼ Emma Wange,
kommunikationschef.
emma.wange@slf.se



Mesalazin Orion

mesalazin
Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

**Välj ett billigt
alternativ!**

Mesalazin Orion – ett generiskt alternativ
med låg behandlingskostnad*

- Välj aktivt vid förskrivning
- Apoteken byter inte till
billigaste alternativ

*TLV:s prisdatabas jan 2022



Vid behandling av
ulcerös kolit

**Välj
ett billigt
alternativ!**

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer [Rx], (F) Indikation och subvention vid: distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) för behandling av lindriga eller måttliga akuta exacerbationer och underhållsbehandling vid remission. Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Senaste översyn av produktresumé: Enterotabletter 500 mg: 2021-10-04. Enterotabletter 1000 mg: 2021-03-05. Suppositorium 500 och 1000 mg: 2022-01-14. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

ORION PHARMA AB
BOX 85 | 182 11 DANDERYD
ORIONPHARMA.SE



Skala upp, men utan stimulanspengar

För ett år sedan så skrev jag om avhandlingen som visar överdödlighet vid för hög belastning på akuten. Författaren Björn af Ugglas sammanfattar avhandlingen och den efterföljande SNS-rapporten med att "Död är enbart den yttersta konsekvensen av hög belastning, det är rimligt att tro att risken för vårdskador ökar redan vid lägre belastningsnivåer".

Detta är naturligtvis sant. Vi springer förstas på akutarmen och räddar liv och dödsfallen är sällsynta medan andra negativa effekter för akuta patienter med väntan och fördröjd vård inte noteras systematiskt. Vittnesmålen från kollegor är dock många och inte minst från Stockholms sjukvårdsupprop som publicerar personalberättelser som förskräcker. Orsaken till dödsfall enligt Björn af Ugglas är i första hand inte ett stort inflöde av patienter utan det är bristen på rätt vårdplatser inne på sjukhuset.

Vårdplatsbristen ger inte bara åverkan på akuten som man kan tro av kvällstidningarna utan även vårdköer, inställda både elektiva och akuta operationer och den onda cirkeln med allt mer pressad oetisk arbetsmiljö och ökad personalflykt accelererar utvecklingen.

Vård efter behov enligt vår prioriteringsplattform är för närvarande satt ur spel.

Många möten behövs för att fördela, samordna och koordinera vård istället för att bara göra. På vissa sjukhus har man dagligt möte inte bara inom kliniker, utan för hela sjukhuset gemensamt, för att se vem eller vilka patienter som ska få de åtråvärda op-

tiderna och post-op-platserna. Här pratar vi prioritering med nålsöga som förebild.

Trots detta faktum cirkulerar fortsatt argument som "att diskutera antal är komplext" eller "digitalisering och hemsjukvård kommer att lösa vårdplatsbristen".

Vi ligger lägst i Europa med våra officiella siffror som i verkligheten är ännu lägre på grund av personalflykt. Sjukhusläkarna har länge drivit frågan om 90 procents beläggning i snitt. Att ha det som idag där många kliniker har över 100 procents beläggning under långa perioder är fel.

Nu har det också lagts ett politiskt förslag om en platsmiljard. Att sträva mot 85 - 90 procents beläggning är riktigt – men för guds skull sätt inga pengar på det.

Vården är full av krav på lösryckta processmått som skapar oönskade arbetsuppgifter med ökad administration och snedvridningar.

All administration att uppfostra chefer och personal, registrera, rapportera till regionledning, SKR och myndigheter tar enorma resurser för icke värdeskapande mått.

Ett av dessa mål är "max fyra timmars väntetid på akuten", vilket kan resultera i att den lindrigt stukade fotleden måste avslutas innan man tar sig an den allvarliga senare inkomna frakturen.

Ett annat mått är sk "TTA" – tid till avdelning. Ett sjukhus räknar patienter som ineliggande så fort de är inskrivna till avdelning även om de bevisligen är kvar på akuten. Ett annat sjukhus gjorde samma för några år sedan, men satte då i alla fall upp ett

draperi inne i lokalen och när man flyttades till andra sidan skynket så var man inte heller kvar på akuten.

Många sjukhus rapporterar in siffror om ineliggande och överbeläggningar den tid på eftermiddagen då det finns minst antal patienter efter utskrivningsronder och avslutade behandlingar. Hade man istället fått mer pengar för fler patienter, så hade man lagt räknetillfället en annan tid på dygnet.

Ytterligare ett annat sjukhus som riskerade en inspektion på akuten såg till att patienterna bara flyttades till avdelning oavsett om det fanns någon plats eller inte. Akuten tömdes och det blev kaos inne på sjukhuset.

Ytterligare ett annat sjukhus räknar inga patienter som utlokaliserade så länge en kirurgpatient ligger inom kirurgkliniken. Dvs en patient med oklar buksmärtor som måste läggas in på handkirurgisk avdelning syns inte i någon statistik. Om man räknar hela sjukhuset som en klinik så har man ju inga överbeläggningar alls

Måtten är som gummiband

Ja, nu kan man ju tro att hela vårdapparaten är som Kalle Anka och personal och chefer är extremt lättstyrda och manipulativa och behandlar måtten som gummiband. Men i en ekonomisk pressad verksamhet är man angelägen om att få de extrapengar som erbjuds och man vill också följa uppsatta regler även om det inte bedöms ändamålsenligt. Vi hör ofta med en suck, "politikerna har bestämt" eller "ledningen kräver"...

Nu är det äntligen inne att tala om att fler vårdplatser behövs. Krav på 90

procents beläggning är mycket bra, effektivt och ekonomiskt, men det är personalpolitik och utveckling som ska prioriteras för att nå dit.

På min önskelista

- Ta bort mått på punktmätningar för enskilda företags, men sätt för guds skull inga pengar på det. Det skapar administration, fria tolkningar och undanträngningseffekter

- Mät det som är legitimerat av personalen – ha dialog med oss!

- Nationell dimensionering av sjukhuskapacitet där Socialstyrelsen samlar in och sedan anger måttal för antalet vårdplatser på övergripande nivå utifrån vad varje enskilda



Karin Båtelson
Ordförande i Sjukhusläkarna

sjukhus anger. Lokalt har man ofta järnkoll på vad som behövs för att klara just det egna sjukhusets uppdrag.

- Ökad grundbemanning för att skapa säkrare marginaler för vård, men också för utveckling, utbildning, arbetsmiljö.
- Bättre personalpolitik där erfarenhet, utveckling och fortbildning lönar sig.

- Mer budgetanslag och inte köpsälj med ökad möjlighet till kreativitet för kompetenta bransch-kunniga chefer.

Ge oss gärna mer tips på liknande effekter på din arbetsplats. Bra att ha i debatten där vi nu driver att man måste vända på tanken och sluta tänka process eller enstaka mått och istället tänka resultat. En starkare rätt till vård med patienträttighetslagstiftning är en del i det.

Jag kan inte heller låta bli att påminna om att när kömiljarden var som hetast kunde man få följande svar från ett av våra universitetssjukhus: "Tack för remissen, men remissdatumet är för långt från ankomstdatum. Var vänlig skriv en ny remiss".

Vem är du Stella?



▼ Jag är kardiolog i botten och har mest arbetat i Stockholm, Västmanland och de senaste 16 åren i Örebro.

Jag är verksamhetschef för hjärt-, lung- och fysiologikliniken och arbetar fortfarande cirka 50 procent kliniskt.

Jag har nyss fyllt 61 år, är född i Bulgarien och kom till Sverige som liten. Jag har en vuxen son som är min främsta diskussionspartner inom samhällsfrågor.

Senaste decenniet har jag intresserat mig mycket för organisation och ledning, eftersom jag inser att vi idag skulle kunna göra så mycket bättre. Det handlar om alla delar av uppdraget – medicinsk kvalitet, arbetsmiljö, tillgänglighet, ekonomi och FoU.

Jag är ganska snabb på att formulera mig – en del skulle snarast kalla det för "slänga käft" – vilket gör att jag har fått mer uppmärksamhet medialt senaste tiden. Det är inget jag direkt önskar, eftersom jag är ganska introvert i grunden. Men det är nödvändigt att vissa saker sägs, och jag kan kanske vara mindre rädd för att bryta från normerna. Men jag kommer nog aldrig att tävla i "På Spåret", helt enkelt för att jag är usel på sport och populärmusik.

Vilka texter kan vi vänta oss från dig som krönikör?

▼ Kanske lite skarpare än vad man vanligen ser i krönikor. En del kritik kommer också att riktas mot läkare, eftersom jag tycker vi kunde göra lite bättre som grupp. En del kanske blir upprörda, men jag hoppas mest på att folk kommer att hålla med och kanske delta mer i debatt och visa mer samhälls-engagemang. Vi är dåliga på det inom professionen, och tycks inte intressera oss så mycket för vad vi själva kan förbättra i organisationerna. Jag tycker vi skulle kunna lyckas bättre idag – vi har förutsättningar för det på alla sätt.

Jag kan nog också vara lite rolig, men det är i så fall mest en bonus.

Det är valår, vilka tre råd skulle du vilja skicka till landets sjukvårdspolitiker?

1. Beslut ska föregås av kunskap och förankring, ansvar ska kopplas till makt och ansvar ska kunna utkrävas för felaktiga beslut.
2. Vid start av megaprojekt rörande omorganisation, överbyråkratisering, standardisering eller digitalisering – börja med pilotprojekt, gör adekvata jämförelser och utvärdera löpande.
3. Använd professionen på rätt sätt, det vill säga inte i form av enskilda personer som ger legitimitet åt dålig styrning, utan utveckla ett genuint intresse för professionell kunskap, etik och verklig delaktighet från dem som vet.

STELLA CIZINSKY – NY KRÖNIKÖR I SJUKHUSLÄKAREN

Standardiseringen vår tids opium

Det finns ett tyskt uttryck, Zeitgeist (ungefär tidsanda), som kan beskrivas som de övertygelser som präglar en tid men oftast kan beskrivas först i efterhand.

Samtidens tidsanda är att beskriva vår tid som kunskapsstyrd och rationellt strävande mot ett utilitaristiskt mål. Sjukvårdens styrning och organisation är särskilt präglad av denna strävan, vilket givetvis skulle kunna ses som enbart gott. Men man kan också se det som ett exempel på hur politiska visioner och olika aktörers agendor har fått prägla och detaljstyra även rent medicinska beslut.

Inom detta härad finns vår tids önskan om det mätbara och likformiga, vilket förespeglas leda till en jämlik vård. Vad som rymms inom begreppet "jämlik" är i sig höljt i dunkel, men man anar att det skall handla om någon form av rättvis fördelning av sjukvårdens resurser.

Och som redskap för visionen har vi skapat standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancer, och nu rullas stora processer ut under kunskapsstyrningens byråkratiska överbyggnad.

De stora folksjukdomarna skall standardiseras i diagnostik och behandling. SKR och regionerna har fått statliga medel och man skapar nu de s k Personcentrerade sammanhållna vårdförloppen (som en pikant detalj kan den minnesgoda berätta att man först tänkte kalla dem för SVF, men fick påpekande att standardisering saknade evidens för merparten av de kroniska sjukdomar som skulle styras in i processen).

Många människor arbetar med att

ta fram nationella riktlinjer. Det är ett ambitiöst och centralstyrt projekt som engagerar många och som uppfattas som ofrånkomligt och förhoppningsvis gott.

De som ifrågasätter projektets fördelar betraktas som bakåtsträvare i en tid när merparten önskar vara socialt kompetenta och konforma. Det är mycket tid och resurser som går till en aktivitet som till stor del saknar evidens.

Låt oss ställa några högst befogade frågor:

- 1: Varifrån initierades detta och på vilka grunder?
- 2: Hur mycket kostar det årligen och till vad går pengarna?
- 3: Finns det en uppföljning av reell nytta för patienter och verksamhet?
- 4: Vilka är önskade bieffekter?

Svaren är:

- 1: Oklart och ej redovisat.
- 2: Oklart och ej redovisat.
- 3: Nej. I sig problematiskt.
- 4: Frågan är kanske mest bekymmersam. Inte minst för att den också inte granskas.

Som chef och läkare så ser jag följande:

Standardiseringen är ett medicinskt önsketänkande och har högre evidens endast för ett antal begränsade diagnoser och behandlingar. De algoritmer, appar och digitala hjälpmedel som skapas ger en falsk känsla av trygghet. Merparten av de kroniskt sjuka patienterna kräver individuell behandling.

Diagnoser blir fel när bedside-undervisning minskar och ersätts av

riktlinjer. Direkt negativa överbehandlingar blir vanligare när den kliniska och etiska kompetensen minskar bland professionerna.

Beslutsfattandet försämras när rutinerade kliniska beslut tas vid s k MDK (inte bara för cancer numera, utan även för mycket annat), mycket resurser går ut till dessa möten och det saknas uppföljning av beslutens riktighet och vem som är ytterst ansvarig.

Standardiseringen kräver en stor överbyggnad av administration för att boka utredning och behandling inom de s k ledtiderna och registrera att det har gjorts. Mycket av tillförda pengar har gått till tjänster för samordnare. Pengar, som kunde ha använts bättre, leder till att sjukvårdsutbildade personer blir rena byråkrater.

Rapporter skrivs, verksamheter som kan vara utmärkta blir kritiserade för att de inte har gjort sin byråkratiska läxa.

De riktlinjer som skrivits och skrivs är en slags kokböcker. De är förenklande och uppfattas också som tvingande när man uppger att kvaliteten ensidigt kan redovisas som uppfyllelse av följsamhet till riktlinjerna process- och strukturmått. Undanträngningseffekterna är betydande när "förloppen" blir alltfler och snart omfattar en betydande del av det som sker i vården.

"Patientcentrering" innebär sällan individualisering och den enskilda patienten görs inte verkligt delaktig, samtalen har karaktären av information och registreras också som uppfyllda mål.

Eftersom det mätbara oftast handlar om ledtider, så blir även samtalen standardiserade och många onkologiska verksamheter har frångått tidigare läkar- och sjuksköterskekontinuitet. Strävan efter industriell effektivitet bortser från behovet av en god relation till den som skall genomgå en lång och svår sjukdomstid.

Man mäter och redovisar meningslösa formaliteter. De sjuksköterskor som länge arbetat med den aktuella patientgruppen måste gå

en formaliserad utbildning till "kontaktsjuksköterska" och antalet formellt utbildade redovisas som del i uppföljningen.

Med tanke på att den s k kunskapsstyrningen med SVF och PSV har funnits under mindre än 10 år, så är det märkligt hur väl vi har accepterat allt och hur lite det ändå diskuteras att vi har släppt medicinsk detaljstyrning till en intresseorganisation för arbetsgivaren (SKR).

Merparten av dagens verksamhetschefer har varken intresse av eller tid till att ifrågasätta standardiseringen. Man kan fundera över hur det gick till – men ett rimligt svar kan vara att det var väl förberett av vår tidsanda, Zeitgeist, vilken har skapat en följsam och opportunistisk professionell elit. Vi låter bli att fråga varför och varifrån. Istället ställer vi bara frågan hur man enklast skall genomföra det som uppfattas som oundvikligt. För de som utbildats till att följa flocken är kanske standardiseringen det önskvärda.

Immanuel Kant och Karl Marx diskuterade religionen som folkets opium. Det dövar tanken och skapar lugn, ungefär som försöken att standardisera det komplexa i sjukdom. Tyvärr verkar önskan om att kontrollera komplexiteten snarast till en skapad komplicering, och i den försvinner stora värden. Detta behöver vi prata om.



Stella Cizinsky



Foto: Rebecka Uhlin.

NU SITTER VI I SMETEN OCH DE SOM DRABBAS ÄR DE MEST UTSATTA

Lars Rocksén, specialist i anestesi och intensivvård



Just i detta nu, när du läser det här, står en läkare eller sköterska på golvet intill en patients säng. Personen ser patienten i ögonen, stryker en hand och förklarar med så mjuk röst man kan uppbringa att det saknas vårdplats men att det finns en ledig plats på ett annat sjukhus och att transporten dit kommer att ordnas så skyndsamt som det är möjligt.

▼ Det är ett så vanligt fenomen att jag med stor sannolikhet kan säga att det händer precis hela tiden. Vårdens organisation är inte längre byggd för att det ska vara ett undantag utan för att det är en vedertagen metod som ska användas för att vårdens system ska användas så "optimalt" som möjligt.

Operationsavdelningar och intensivvårdsavdelningar läggs ned i takt med att vårdavdelningarna fylls upp. Köerna till cancervården fylls upp och patienterna hinner avlida i väntan på vård.

Allt större andel av resurser och personalkompetens går till arbetsuppgifter som flyttas allt längre bort från patienterna. Löne- och karriärutveckling premierar att ta sig an pappersjobb och besträffar de som väljer att ta hand om patienter. Mätningar och uppföljningar av verksamheten görs av personer som inte längre träffar patienter. Frågeformulär distribueras för att utvärdera arbetsmiljö och medarbetarupplevelser istället för att lägga energi och resurser

på att faktiskt se till att det blir fler människor som vill arbeta så att arbetsmiljöproblemen försvinner.

Det pratas om det okomplicerade att fördela operationsresurser över landet, att patienterna själva ska välja var de ska operera sig och att vi har en nationell koordinator för IVA vårdplatser som om det är självklart att IVA patienter eller de som ska opereras kan flyttas när, var och hur som helst. Att flytta en IVA patient innebär en kraftigt ökad risk för komplikationer och har vetenskapligt bevisat sämre utgång för individen. Det diskuteras om att basera vårdens organisation på en helikopterlösning som kan plocka patienter direkt till högsta instans men då saknas förståelse för vad en helikoptertransport kan innebära och kräva.

Allt oftare hänvisas problemet till att det är COVID pandemin som ansträngt vårdplatserna och gjort det ohållbart men i själva verket är det möjligtvis accentuerat och accelererat av pandemin

men grundproblemet var tydligt redan för många år sedan. Situationen vi befinner oss i just nu är en konsekvens av beslut som väldigt medvetet fattats under flera år i rad. SKR hänvisar till avancerad vård i hemmet och kommunerna som har det ansvaret hänvisar till att regionerna har ansvaret för sjukvården och att hemsjukvården enbart ska innebära omsorg. Alla säger att God och Nära vård kommer att lösa problemen tillsammans med avancerade digitala lösningar.

Under tiden har högspecialiserad personal som läkare och sjuksköterskor inte utbildats i tillräcklig omfattning för att bemanna och upprätthålla en rimlig arbetsmiljö. Detta har i sin tur skapat en ond spiral av överbeläggningar och tung belastning som gör personalen allt mindre benägen att söka de lediga tjänster som finns. Istället går

Fortsättning nästa uppslag >>>

både läkare och sköterskor till bemaningsföretag där man själv får besluta om sin arbetsmiljö och sitt schema. Det är en naturlig konsekvens där väldigt kompetenta människor med fri vilja själva väljer bort det dåliga valet och tar ansvar över sin egen situation.

Nu sitter vi där i smeten. En stor andel av de vårdplatser man en gång beslutat om behövs för att ge rätt vård är stängda för att det saknas personal. Samtidigt forcerar regionerna sparbering och nedläggningar i full skala ivrigt påhejade av arbetsgivarorganisationen SKR som glatt framhåller det som vetenskapliga framsteg att "patienten vårdas i hemmet".

Att behöva ta kontakt med en nära anhörig och berätta att vi tyvärr

kommer att behöva flytta deras sjuka släkting många mil bort till en annan ort enbart för att platstillgången inte möjliggör att vi har dem kvar är slitande. Kännedomen att ledningen för verksamheten medvetet försätter sin personal i den situationen och dessutom hyllar det som en framgång är nedslående. Besluten har blivit för distanserade från den verkliga människan och de beslutande har inte längre en förmåga att sätta sig in i situationen som medmänniskor.

De patientgrupper med störst risk att flyttas är alltid de mest utsatta. Det är äldre och sköra, patienter med funktionsvariation eller dåligt psykiskt mående som dessutom har en högre risk under transport. Boende i glesbygd med långt

till sjukhus riskerar att inte få den vård de behöver när det mottagande sjukhuset är fullt.

Patientgrupper med svaga röster drunknar snabbt i en våg av framväxande alternativ som premierar omedelbar tillgång för patienter med mindre komplexa problem på bekostnad av de som vården tidigare prioriterade på medicinska och etiska grunder.

Jag kommer att ta nästa patient som utsätts för detta mjukt i hand och göra mitt yttersta för att ge all den värme och omtänksamhet som systemet har förnekat dem. Jag vet att just nu, när du läser det här, gör någon just det för att trösta en medmänniska.



VAD VILL DU LÄSA OM I SJUKHUSLÄKAREN?

- Vi vill ständigt bli bättre och tar gärna emot synpunkter från er läsare.
- Saknar du något i tidningen? Känner du någon som skulle passa som krönikör hos oss?
- Eller har du något tips på ett gott exempel från någon del av Sjukvårdsverige som fler borde ta del av?
- Hör av dig till oss på redaktionen med dina tankar!
- Du når oss på mejl redaktionen@sjukhuslakaren.se eller telefon 076-790 04 41.

Sjukhusläkaren

Vill du lära dig mer om MADRS-skalan?

Besök depressionsportalen.se

Kontakta oss gärna för utbildning i att bedöma depressionens svårighetsgrad



www.janssenmedicalcloud.se/sv-se/terapiomrade/depressionsportalen/madrs

Art accreditation: Jeffrey Sparr, *Same Guy*
A survivor, battling Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Jeffrey's mission is to help people create peace of mind through expressive arts and storytelling.

Janssen-Cilag AB Box 4042, SE-169 04 Solna, Sweden
Tel +46 8 626 50 00, Fax +46 8 626 51 00, www.janssen.com/sweden

janssen  Neuroscience
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

Kan vi läkare avgöra vilket liv som är värt att leva?

Läkarförbundets
etiska regler:
Regel nummer 2



Efter något år med arbete inom palliativ vård besökte jag ett "Meet the expert" en morgon vid EAPC:s möte i Palermo 2001. Två av den palliativa medicinens mest värderade nestorer samtalade om eutanasi. Jag fastnade vid ett yttrande. Fritt översatt ur minnet: "Den som arbetar inom avancerad palliativ vård och aldrig övervägt att eutanasi skulle kunna vara medmänskligt saknar empati". Vad menade han?

Hemma igen i vardagen i vårt palliativa team. En av våra patienter, John, är en medelålders man som haft ALS en tid. Han är mobil med elrullstol. Han har svårt att svälja så PEG (sond genom bukväggen in i magsäcken) är på gång så att han ska slippa svälja fel. Än så länge inga stora talsvårigheter.

Personliga assistenter dygnet runt sköter honom. Han har barn men orkar inte med stöket. De bor hos mamman efter separationen. John plågas inte av svåra smärtor eller andnöd men är väl påläst om vad som väntar och har speciellt tagit till sig de mer förfärande berättelserna. Han upplever att livet redan är utdragen tortyr och värre ska det bli. Han vill ha hjälp att dö. Nu.

Han står fast vid sin önskan vid upprepade samtal under flera månader. Det finns inte tecken på djup depression men vem är glad jämnt när man har ALS? Jag förklarar vad vi kan göra och att vi kan hjälpa honom att leva så drägligt det går men att eutanasi inte är en möjlighet. Han ger sig inte. John anser att jag dömer honom till tortyr och plågsamt utdragat lidande utan annat slut än döden. Det är omänskligt. Han vill inte leva! Hur svårt kan det vara att förstå? Jag deltar inte i tortyren men jag förhindrar inte att den fortgår.

Läkaren ska besinna vikten av att skydda människoliv och får aldrig vidta åtgärder som syftar till att påskynda döden. Läkaren får inte heller på något sätt medverka vid dödstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.

Dag efter dag, vecka efter vecka, månad efter månad.

Normalt kan jag efter arbetet släppa patienter ur mina tankar men inte nu. Han kommer för nära. Det är inte lätt att träffa honom. Är jag inte bättre än en torterare?

Sommaren kommer. Jag tar semester. Jag kan koppla av men han tar inte semester från sin sjukdom. När sommaren går mot sitt slut ser jag inte fram emot fler samtal. Klump i magen inför hembesöket.

Situationen är helt ändrad. Han har fått bättre kontakt med barnen och återupptagit kontakt med vänner som han tappat bort. Han har även införskaffat en handikappanpassad buss som de personliga assistenterna och han kan resa runt med. Han vill inte dö. De tidigare samtalen om eutanasi vill han inte ens beröra. Nu ser han framåt.

Månaderna går. Sjukdomen förvärras. John får allt svårare att andas med ökad slembildning, svårt att hosta och koldioxidretention gör honom slö och seg. Han får en ventilator med andningsmask (BiPAP) som han använder några timmar per dygn, med tiden allt fler timmar.

Han har sedan länge även en PEG. Han är nu förlamad i hela kroppen, har ett svårförståeligt tal och en ytlig andning. Masken skaver och är obekvämt tycker han trots många anpassningar. Trots sina svårigheter att kommunicera har han en mycket tydlig önskan. Han vill ha en trakeostomi när han inte klarar sig med sin andningsmask.

Han vill leva så länge han kan även om det innebär att han är instängd i sin kropp. Det kan ge flera år till av liv. Det vill han ha. Flera samtal förs kring trakeostomi och fortsatt sjukdomsutveck-

ling. Han är tveklös i sin önskan. Han är rädd för döden, han ser mycket fint i sitt liv. Han vill leva! Hur svårt kan det vara att förstå?

Jag för frågan vidare till sjukhuset. Reaktionen från kollegorna är väntad. Är jag galen som föreslår detta? Har jag ingen etisk kompass? Vill jag utsätta en människa för långvarig tortyr? Jag föreslår en behandling som bara förlänger lidandet. Sjukdomen fortskrider ju och han får i värsta fall flera år av plåga till. Är jag inte bättre än en torterare?

Medan vi inom sjukvården diskuterar försämras Johns sjukdom ytterligare. Han ändrar sig igen. Ingen trakeostomi önskas längre. Han somnar in under sömnen som de flesta ALS-patienter enligt min erfarenhet gör. Med lämpliga läkemedel är själva döendet inte plågsamt även om vägen dit är tung.

John lever i mitt minne. Han påminner mig om hur svår etik är och att människor med svåra sjukdomar ofta finner mening och glädje i livet i situationer som vi friska tror att vi inte skulle kunna uthärda. Idag hade han troligen dött på en klinik i Schweiz. De sista månaderna av glädje och sorg och smärta hade han inte upplevt. Jag hade sluppit oro och grubbel och svåra samtal.

Kan vi läkare avgöra vilket liv som är värt att leva? Vad har vi för nytta av våra etiska regler? Vad innebär vår regel nummer två? Vad är tortyr? Vad innebär varaktig önskan att få avsluta sitt liv? Vilka liv är värda att leva och vilka förtjänar att dö?

Sven Söderberg, ledamot i Etik- och ansvarsrådet i Läkarförbundet.



"Rad felaktiga påståenden om behandlingen av mastocytos"

I Sjukhusläkaren nr 6, 2021 (sid. 48-49) intervjuas Maria Lindqvist om patientinflytande och skapandet av ett Hälso- och sjukvårdsnätverk. Detta är ett, som vi ser det, viktigt och prioriterat område som det är bra att man belyser. I en del av artikeln beskrivs också vården av patienter med systemisk mastocytos i Sverige. Här framförs dock, helt okommenterat, en rad åsikter som är uppenbart felaktiga och som Svenska Mastocytosgruppen önskar att bemöta.

Vården av patienter med systemisk mastocytos (SM) har utvecklats mycket under den senaste 10-årsperioden. Det har skapats två centra för dessa patienter i Stockholm och Uppsala, vilka ger råd om lämplig screening vid misstanke om SM, genomför kompletta utredningar av misstänkt SM samt behandlar och följer upp patienter med SM. Man ger också råd till övriga sjukvården vid behov, t.ex. om hur man ska hantera kirurgi, vaccinationer m.m. för dessa patienter.

Dessa centra har en bred kompetens med multidisciplinärt omhändertagande av patienter med SM med bl.a. allergolog, dermatolog, hematolog, endokrinolog, gastroenterolog, patolog, genetiker, dietist och omvårdnadsansvariga. De är båda ackrediterade av det europeiska nätverket för mastocytos (ECNM) och uppfyller alla dess kompetenskrav samt deltar vid deras årliga möten.

Vid dessa centra tas alla patienter med konstaterad eller starkt misstänkt SM om hand (således inte bara ett fåtal som påstås i artikeln) och har då en patientansvarig läkare. Inga patienter med konstaterad eller misstänkt avancerad SM, en sjukdom med allvarlig prognos, dör i väntan

på utredning och behandling, vilket tyvärr påstås i artikeln.

Diagnostiken av SM i Sverige sker enligt internationellt accepterade riktlinjer och baseras på WHO-kriterierna inklusive den subklassifikation av sjukdomen som genomförs. De prover som tas (t.ex. högkänslig ASO-PCR för att detektera KIT-mutationen) är validerade mot internationella referenscentra. Vid våra mastocytoscentra genomförs också avancerad preklinisk, klinisk och omvårdnadsforskning samt deltagande i internationella studier av nya läkemedel mot SM.

För att höja kvaliteten och sprida kunskap om SM startades också 2016 den svenska mastocytosgruppen vilken håller regelbundna och öppna möten. Vid dessa möten har deltagit representanter för den svenska patientföreningen för mastocytos. Via den svenska mastocytosgruppen har också skapats kontaktytor med representanter för de svenska sjukvårdsregionerna för att ge en nationell spridning av kompetens. Vidare har utarbetats ett nationellt vårdprogram för SM som publicerades 2019 och som just i dagarna uppdateras. Även i detta arbete har patientrepresentanter deltagit aktivt.

Den svenska mastocytosgruppen har också under en längre tid spridit kunskap om SM via en serie artiklar i Läkartidningen, föredrag vid olika specialistföreningars möten samt deltagande vid möten och internat för patienter anordnade av patientföreningar.

Med bakgrund i ovanstående fakta tycker vi att det är viktigt att Sjukhusläkaren korrigerar de uppenbart felaktiga påståenden som framförs i artikeln.

Tyvärr verkar man från Sjukhusläkaren inte ha undersökt bakgrundsfakta överhuvudtaget, vilket vi ser som mycket allvarligt och bara är att beklaga.

- Gunnar Nilsson, professor Karolinska Institutet, ordförande, Svenska mastocytosgruppen.
- Hans Hägglund, professor Uppsala Universitet.
- Theo Gülen, överläkare. CoE mastocytos Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.
- Mattias Mattsson, överläkare. CoE mastocytos Akademiska sjukhuset Uppsala.
- Stina Söderlund, specialistläkare. CoE mastocytos Akademiska sjukhuset Uppsala. Sekreterare, Svenska mastocytosgruppen.
- Johanna Ungerstedt, överläkare. CoE mastocytos Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

▼ Sjukhusläkaren tackar för inlägget och bemötandet av vissa uppgifter i texten. Artikeln är en intervju med patienten och patientföreträdaren Maria Lindqvist. De påståenden som förekommer återger hennes åsikter om vården, något som vi inte kan "korrigera". Christer Bark, chefredaktör, 2021.

Gaffelmottagning lockar ST-läkare



JULIA CARLSSON



Det är ett högt tempo och det är inte alltid enkelt att hitta luckor i schemat och be om hjälp hos en senior specialist, men med gaffelmottagningen känner jag mig trygg inför mottagningsbesöket.



Text: Eva Nordin

Mer tid för handledning och reflektion. Det lockade ST-läkaren Julia Carlsson till gaffelmottagningen på Prostatacancercentrum vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Mottagningsmodellen för ST-läkare är ett mer effektivt sätt att komma in i rollen som onkolog under tryggare och mer patientsäkra former. Dessutom minskar den etiska stressen och frustrationen som många ST-läkare upplever, menar hon.

▼ Själva namnet gaffelmottagning bygger på idén om att patientmöten samt tid för handledning och reflektion ska varvas, likt en gaffel med luft mellan spetsarna. Konceptet går i korthet ut på att ge ST-läkare större möjligheter att gå in i läkarrollen på ett mer fullskaligt sätt, med stöd och handledning av seniora specialister.

Specialistens roll under gaffelmottagningen är att vara konsult och finnas till hands för vad som krävs under ST-läkarens patientmöte. Under gaffelmottagningen har specialisten inga bokade patienter.

– Om det uppstår frågor eller osäkerhet kring beslut finns en specialistläkare i rummet intill som kan ge handledning i direkt anslutning till patientmötet. Övriga saker sker och fördelen med att jobba så här är att jag kan få hjälp i stunden. När patienten lämnar besöksrummet är jag dessutom klar med patientärendet, eftersom frågor och funderingar kan besvaras på plats, säger Julia Carlsson.

Hon är inne på sitt tredje år som ST-läkare i onkologi och har aldrig tvivlat på att det är rätt specialistutbildning som hon har valt. Att få möjlighet att bygga trygga och tillitsfulla relationer med patienter, som i många fall lever länge

med sina cancersjukdomar, upplever hon som både meningsfullt utvecklande.

– Goda samtal och goda möten är grunden i läkarkonsten och det får vi träna mycket på inom onkologin. Dessutom är det en specialitet i ständig utveckling och som kommer att vara väldigt annorlunda när jag går i pension, jämfört med i dag.

Tryggare och effektivare

Vid mer traditionella mottagningar upplever många ST-läkare att det är stressfyllt att inte riktigt veta om de kan få stöd och handledning i svåra situationer. Arbetsbelastningen är hög och de seniora specialisterna är i regel själva upptagna med fullbokade mottagningar. Det kan skapa både frustration och rädsla inför svåra patientmöten, menar Julia.

– Det är ett högt tempo och det är inte alltid enkelt att hitta luckor i schemat och be om hjälp hos en senior specialist med fulla mottagningar. Det är lätt att känna sig påträngande. Men med gaffelmottagningen känner jag mig trygg inför mottagningsbesöket.



Charlotte Alverbratt t.v som ligger bakom gaffelmottagningen på Prostatacancercentrum på Sahlgrenska och ST-läkaren Julia Carlsson. Foto: Sören Håkanlind.

Fortsättning från
föregående uppslag >>>

– Vi får en bättre arbets- och lärande-miljö och i slutet av arbetsdagen har jag fått hjälp med viktiga frågor och kan även hinna med administrativa delar, det är väldigt skönt.

Gaffelmottagningen är schemalagd två dagar i veckan. Varje ST-läkare har sex patienter inbokade, tre på förmiddagen och tre på eftermiddagen.

Med mottagningsmodellen kan flera ST-läkare arbeta parallellt och ta emot, inte bara nybesök och okomplicerade fall, utan alla typer av patienter, oavsett sjukdomsbild.

– Det är ett effektivt arbetssätt, jag träffar fler patienter under en gaffelmottagning än vid den vanliga mottagningen. Jag får dessutom träffa mer komplicerade patienter med ibland svåra sjukdomsbilder. Det gör att jag får en mer gedigen träning i min kliniska roll. Det är ett väldigt bra sätt att lära sig och växa in i läkarrollen under trygga former, och jag får en verklig inblick i hur det är att jobba med prostatacancer.

Tid för etiska reflektioner

Vid svårare patientfall, exempelvis om patienten är i ett palliativt skede, kan mer tid ges.

– Vi får tid att gå tillbaka i journalen och diskutera frågor med handledaren. Vi får även möjlighet att lyfta svåra etiska frågor som kan handla om komplexa beslut kring att fortsätta eller avbryta en behandling. Den här typen av handledning är annars svår att hinna med i den traditionella kliniska vardagen.

Julia var till en början orolig över att patienterna skulle bli besvikna över att inte bli bokade på en specialist, men hittills har farhågorna inte besannats.

– Det står i kallelsen att två läkare kan vara med och att det är en gaffelmottagning de kommer till. Även om patienten inte direkt får träffa en specialist så står alltid en specialist bakom besluten. Patienterna tycks ändå känna att de blir väl omhändertagna och de får också i större utsträckning sitt återbesök i tid då gaffelmottagning visat sig korta köerna.

Framtidens framgångsrika ledarskap bygger på professionens engagemang

Under sin ledarskaps-ST implementerade Charlotte Alverbratt gaffelmottagningen på onkologmottagningen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Mottagningsmodellen var ett försök att vända en dyster utveckling med kompetensflykt och en pressad arbetsmiljö.

▼ I dag handleder hon blivande specialister vid gaffelmottagningen och deltar i utvecklingsarbetet vid Prostatacancercentrum.

Ganska snart efter att Charlotte hade valt ST i onkologi, kom ett erbjudande om att gå ledarskaps-ST med pedagogisk inriktning.

– Jag har alltid varit intresserad av pedagogik, som ju är en viktig del i patientmötet. Med stöd av min verksamhetschef fick jag genomföra programmet under två och ett halvt år av min ST-utbildning.

En avslutande del handlade om att genomföra ett förbättringsprojekt. Charlotte hade fått kännedom om en ny mottagningsverksamhet för ST-läkare och ville testa ett pilotprojekt på hemmakliniken.

– Via Fredrik Wallentin, neurolog och överläkare i Örebro, blev jag inspirerad att testa den så kallade gaffelmottagningen. Han hade själv haft stora framgångar med modellen, säger Charlotte.

Synergieffekter

Under våren 2018 sjösattes ett pilotprojekt med gaffelmottagning vid onkologmottagningen för kolorektalcancer på Sahlgrenska.



Satsningen på ledarskaps-ST och förbättringsprojektet med gaffelmottagning har inspirerat initiativtagaren Charlotte Alverbratt till att börja forska.

Utvärderingen visade att gaffelmottagningen uppskattades stort av ST-läkare, specialistläkare och även av sjuksköterskor och undersköterskor. Vinsterna var många, menar Charlotte.

– Jag insåg att modellen även skulle kunna passa på Prostatacancercentrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, och under våren 2019 implementerades gaffelmottagningen även där. Situationen vid den här tiden var svår. Vi hade relativt få specialister men desto fler ST-läkare, vilket innebar att mottagningsverksamheten för ST-läkare hade ökat markant. Utmaningarna var också stora när det gällde att upprätthålla en god handledning och lärandemiljö.

I dag är gaffelmottagningen en

permanent verksamhet och en viktig del i ett ständigt pågående utvecklingsarbete på Prostatacancercentrum. Köerna till återbesök hos specialist har minskat och arbets- och utbildningsklimatet har förbättrats.

Men utmaningarna är fortfarande flera. Bristen på specialister och en tung sjukvårdsproduktion ställer tuffa krav på verksamheten och behovet av smarta arbetssätt är ständigt i fokus.

– Den här modellen skapar synergieffekter och passar inom de flesta diagnosområden. Under gaffelmottagning är tidsbokningen något förskjuten. Exempelvis kommer den första patienten klockan 09.00, den andra 09.20 och den tredje 09.40. Det skapar luft mellan patientbesöken och tid för handledning och reflektion, om så krävs. Om ST-läkarna inte är i behov av handledning kan specialisten sköta sin administration och hinna bli klar med sina ärenden. Det minskar stressen även för specialisterna, säger Charlotte.

Konsult för flera ST-läkare

Specialisten kan med den här modellen vara konsult för flera ST-läkare samtidigt. Förutom att det är ett bra sätt att överföra kunskap från seniora specialister till ST-läkare, är det också ett mer patientsäkert och mer effektivt arbetssätt, menar Charlotte.

– Låt säga att tre ST-läkare tar emot sex patienter var under en dag. Det blir sammanlagt 18 patienter som handläggs med specialistkompetens, vilket motsvarar en dubbling jämfört med om specialisten har egen mottagning.

Charlotte är färdig specialist och har under de senaste två åren varit lokal processledare på Prostatacancercentrum. Hon handleder numera blivande specialister på gaffelmottagningen och

upplever att många ST-läkare lockas av modellen.

– Onkolog är ett lärlingsyrke och den kliniska handledningen är så oerhört viktig. Vid en gaffelmottagning får våra ST-läkare även möta patienter med komplicerad sjukdomsbild, vilket annars är ovanligt. Mycket kan ha hänt på vägen från senaste besöket. Kanske svarar inte patienten på behandling, kanske har de drabbats av samsjuklighet som påverkar cancersjukdomen. Det går inte att förvänta sig att en ST-läkare ensam ska kunna fatta beslut om att exempelvis avbryta avancerad cancerbehandling utan handledning. Gaffelmottagningen leder till att ST-läkarna mycket snabbare kan erövra kunskap och kompetens, säger Charlotte.

Tre gånger så snabbt i IPÖ

Satsningen på ledarskaps-ST och förbättringsprojektet med gaffelmottagning har inspirerat Charlotte till att börja forska. Hon är inskriven som doktorand vid Sahlgrenska akademien och är mitt i sitt avhandlingsarbete. Ett av delprojektet handlar om Individuell Patientöversikt (IPÖ). Det är ett kliniskt beslutsstöd och en del av Nationella prostatacancerregistret (NPCR).

Översikten med sin grafiska modell innehåller information om diagnostik och behandling för män med prostatacancer. Patientöversikten gör det enkelt att snabbt få tillgång till viktiga handlingar, kliniska bedömningar samt information om blodprover, röntgensvar och läkemedelsbehandlingar.

I en avslutad studie visade Charlotte med kollegor att det går snabbare att inhämta relevant patientinformation kring behandlings- och sjukdomsförlopp, jämfört med patientjournaler. I studien deltog onkologer, urologer och

sjuksköterskor vid tre sjukhus i Sverige.

– Vi blev överraskade av den stora tidsskillnaden. Deltagarna klockades när de inhämtade patientinformation i IPÖ samt i de elektroniska journalerna Melior och Cosmic.

Tiden det tog att fylla i ett frågeformulär med relevant patientdata mättes. De statistiska analyserna visar att det gick tre gånger snabbare att hitta informationen om patienterna i IPÖ, jämfört med Melior och Cosmic.

– Dessutom uppstår färre fel i IPÖ jämfört med i elektroniska journaler.

Charlotte Alverbratt hoppas att resultaten från studien ska spridas och att fler kliniker runt om i landet börjar använda IPÖ.

– Det ger en vinst för både klinikerna och för patienterna. IPÖ handlar i grunden om att grafiskt visualisera systematiskt insamlad information. Vi har nu visat att det leder till effektivare arbetssätt men vinsterna finns också på verksamhetsnivå och ger ökade förutsättningar för kvalitetssuppföljning och forskning.

Med sin bakgrund och utbildning inom ledarskap och förbättringsarbete kan hon mycket väl tänka sig att ta en ledande roll i framtidens cancervård, om förutsättningarna är de rätta.

– Jag brinner för ledarskaps- och organisationsfrågor och stimuleras av att delta i utvecklingsarbete. För att åstadkomma de stora och hållbara förbättringarna är jag övertygad om att det viktigaste är att lyssna till professionen som står inför de faktiska utmaningarna i organisationen dagligen. Att ge kraft och styrka åt medarbetare som engagerar sig och uppmuntra initiativ med en tillåtande attityd tror jag är vägen framåt, säger Charlotte Alverbratt.

”Inför en nationell strategi för tidig upptäckt av cancer”

Nätverket mot cancers kartläggning visar:

Det tar lång tid för många med cancer att få diagnosen inom primärvården

Text: Eva Nordin

En kartläggning som Nätverket mot cancer genomfört visar att det tar lång tid till diagnos för många patienter som söker till primärvården med symtom som kan vara cancer. För 37 procent initierades behandling fem månader eller senare från första symtom. För tre av tio cancerdrabbade krävdes tre besök eller fler innan en remiss skrevs.

▼ För många cancerformer är tidig upptäckt helt avgörande för en god prognos och chansen till överlevnad. Här spelar primärvården en avgörande roll.

– Vår undersökning visar att det kan ta upp till ett halvår att få en diagnos, beroende på vilken typ av cancer det är. För vissa cancerformer, där det finns etablerade screeningprogram, sker i regel upptäckt tidigt. Men för många andra cancerformer tar det för lång tid från symtom till diagnos, säger Helena

Conning (bilden till höger), patientföreträdare och styrelseledamot i Nätverket mot cancer, NMC.

Hon har i många år arbetat med kommunikationsfrågor inom hälso- och sjukvård, social omsorg och forskning. Under många år har hon även varit en drivande kraft i spetspatientrörelsen.

– De erfarenheter jag bär med mig,

Fortsättning nästa uppslag >>>

Detta vill Nätverket mot cancer att en nationell handlingsplan ska innehålla

- Att prevention ges bättre status och mer resurser och inkluderar hälsosamma levnadsvanor.

- Att utbildning i personcentrerad hälso- och sjukvård ska ingå i medicinska utbildningsprogram och erbjudas i hälso- och sjukvården.

- Att patientexpertis och resurser inkluderas i vård och forskning.

- Att patienters och närståendes behov ska vara en ledstjärna för vård och forskning.

- Att jämlik screening för olika cancerdiagnoser införs i alla regioner.

- Att kliniska prövningar erbjuds varje patient. Forskning i dag är morgondagens vård.

- Att nationell styrning och fondering av precisionsmedicin och precisionshälsa införs.

- Att en nationell handlingsplan för lagring, insamling, delning och användning av hälsovård- och forskningsdata fastställs.



Foto: Meli Petersson Ellafi

>>> Fortsättning från föregående uppslag

som patient och med en bakgrund som statsvetare och kommunikatör, vill jag använda för att arbeta för en mer rättvis cancervård och stärkta patienträttigheter.

Nätverket mot cancer består av nationella cancerprofilerade patient- och intresseorganisationer, samt ett kompetensråd med erkända cancerexperter.

Sedan hösten 2020 har NMC drivit ett omfattande arbete för att belysa vikten av tidig upptäckt med treårsmålet att 75 procent av all cancer ska upptäckas i stadium 1.

För lång tid till diagnos

Enligt Socialstyrelsens cancerregister fick drygt 63 000 personer ett cancerbesked under 2018. Om 20 år uppskattas den siffran vara 100 000 nya fall per år.

– Förmågan att tidigt upptäcka och diagnostisera cancersjukdom måste vara en högt prioriterad fråga. Den måste lyftas och få en mycket större uppmärksamhet än vad den har idag, säger Helena Conning.

NMV har initierat rundabordssamtal med representanter från professionen, politiken, forskning och olika patientföreningar. Samtalen har resulterat i olika förslag på åtgärder inom områden som digitalisering, lagstiftning och kulturförflyttning.

– Ska vi klara av omställningen till mer tidig upptäckt av cancer är det avgörande att alla finns med runt bordet när frågorna diskuteras och flera deltagare vittnar om att det sker först när vi som patientorganisation bjuder in. Vi kommer fortsätta att bjuda in och ställa krav, säger Helena.

Kartläggning visar på långa tider till diagnos

Under 2021 genomförde även NMC en kartläggning som vände sig till personer som har eller har haft cancer, samt deras nära anhöriga. Syftet var att ta reda på hur den faktiska situationen ser ut för patienter som söker för symtom via primärvården och hur lång tid det tog till



Helena Conning och NMV vill öppna dörren så att alla är med när cancervården diskuteras och har initierat rundabordssamtal med representanter från professionen, politiken, forskning och olika patientföreningar. Samtalen har resulterat i olika förslag på åtgärder inom områden som digitalisering, lagstiftning och kulturförflyttning. Foto: Meli Petersson Ellafi.

diagnos. Insamlade data, som bygger på svar från 1 200 patienter, är analyserad och bearbetad av Kantar Sifo.

För 37 procent av patienterna initierades behandling fem månader eller senare från första symtom. För tre av tio cancerdrabbade krävdes tre besök eller fler innan en remiss skrevs.

– Resultatet visar är att det tar för lång tid. Många patienter vittnar om att de gått länge med allvarliga symtom, utan att ha blivit tagna på allvar. Det är viktigt att vi vågar prata om hur vi kommer fram till att se patienternas egna erfarenheter och kunskap som en resurs i utredningarna, säger Helena Conning

Det positiva, menar hon, är dock att när väl patienter har fått sin diagnos går det relativt snabbt att komma i gång med behandling. För cirka 68 procent startar behandlingen inom en månad efter diagnos.

De standardiserade vårdförloppen har inom flera diagnoser förkortat tiden till diagnos och behandling, och även stärkt kommunikationen mellan slutenvården och primärvården. Men en svaghet som ofta lyfts fram är att SVF till största

delen är framtagna utifrån forskning i sekundärvården.

– Det vi vill med vår kartläggning är att belysa tiden före SVF, när patienter söker för diffusa symtom som kan vara tecken på cancer, men som inte tas på allvar i primärvården.

Nätverket mot cancer har mött kritik som handlar om att organisationen dragit alltför stora växlar på en liten undersökning och att resultatet inte är representativt.

– Vi är medvetna om kritiken. Men det handlar trots allt om 1 200 individer som har fått svara på frågor och berätta om sina erfarenheter. Det finns inte så många kartläggningar gjorda och det saknas bra statistiska underlag om hur det egentligen ser ut vad gäller tidig upptäckt av cancer i primärvården. Här har Nätverket mot cancer velat bidra och synliggöra den problematik som finns, säger Helena.

Beslutsstöd för tidig upptäckt

Tillsammans med sina medlemsföreningar har Nätverket mot cancer tagit fram en lista på önskvärda aktiviteter och åtgärder för att främja en tidig upptäckt (stadium 1) för alla cancerformer.

– Även om det idag finns olika insatser och screeningprogram som exempelvis HPV-vaccinering, PSA-prov, mammografi cellprovskontroller, vill våra medlemmar gärna se utökade screeningprogram, provtagningar och att man utvecklar digitala stöd och nya arbetssätt.

– De vill även att primärvården arbetar övergripande med ett bra bemötande. Det är viktigt för förtroende och tilliten och för att människor ska våga söka vård i tid, säger Helena.

En av flera föreslagna åtgärder för tidig upptäckt handlar om att införa nationella beslutsstöd, så att riskpatienter med förhöjd cancerrisk så snabbt som möjligt kan fångas upp och få utredning.

”Sverige har mycket att lära av Storbritannien”

– Forskaren Marcela Ewing, som också är onkolog och specialist i allmänmedicin, menar att Sverige har mycket att lära av Storbritannien när det gäller att testa och utvärdera riskvärderingsinstrument för primärvården.

Införandet av digitala beslutsstöd skulle medföra omfattande vinster; överlevnaden för patienter skulle öka, stödet skulle även underlätta för läkare att tidigt identifiera riskpatienter och det skulle bli en smartare och mer optimal användning av utredningsresurser, menar Helena Conning.

Ute i regionerna finns nu även starka önskemål från politiker, menar hon, om att införa en nationell cancerstrategi för tidig upptäckt, som ett komplement till de standardiserade vårdförloppen.

– Nu har Regionalt cancercentrum i samverkan tagit bollen och tillsatt en arbetsgrupp för att ta fram en sådan strategi, vilket vi ser som ett stort framsteg. Arbetet har påbörjats och tanken på sikt är att strategin ska implementeras i de regionala handlingsplanerna för de sex sjukvårdsregionerna, eftersom det är där arbetet måste ske, säger Helena.

Förändring på systemnivå

Helena Conning har själv en mångårig

erfarenhet av att vara patient.

När hon själv drabbades av bröstcancer 2015 tog det bara en vecka från mammografi till diagnos. En månad senare genomgick hon en mastektomi.

– Jag var 40 år och hade inga symtom, ändå visade det sig att jag hade en välutvecklad cancer med många aggressiva mikrotumörer.

Från att vara en gift trebensmamma med olika uppdrag som kommunikationskonsult, förändrades plötsligt livet. Cancerbeskedet kom som en blytt från klar himmel och Helena uttrycker att hon är glad att hon tog sig tid att gå på mammografien

– Som egenföretagare är det nog lätt att skjuta sådana frågor framför sig. Jag kämpade på och tänkte nog att det skulle gå över. Men, jag hade tur och fångades upp av ett välfungerande screeningprogram. Därefter hamnade jag i ett standardiserat vårdförlopp och hela processen till behandling gick snabbt.

Under våren 2016 genomgick hon cellgiftsbehandling och strålning, därefter fick hon immunterapi och hormonbehandling.

Efter fem år började hon känna en stickande smärta och två knölar i bröstvävnaden. I januari 2021 fick hon beskedet att cancern var tillbaka.

– När jag ringde till vårdcentralen fick jag tid inom en vecka. Jag blev tagen på allvar och fick sedan påbörja en ny cancerbehandling ganska omgående. Just nu mår jag ganska bra, men det är en tuff resa med biverkningar. Kroppen tar rätt mycket stryk av behandlingarna.

För närvarande är Helena delvis sjukskriven och arbetar så mycket som hon orkar på resterande tid. Hennes drivkraft är nu att sprida kunskap och hitta nya sätt att kommunicera om vikten av tidig upptäckt och hur man kan förbättra vården och omsorgen.

– Nätverket mot Cancer är en bra plattform för att försöka förändra vården på systemnivå med förslag på smartare arbetssätt, verktyg och digitala system. Det handlar också om att på olika sätt intensifiera arbetet med patientmedverkan och partnerskap i vården. Det skulle vi alla vinna på.

NÅGRA KOMMENTARER FRÅN UNDERSÖKNINGEN:

”Gav till slut upp och åkte till akuten där det inom någon timma konstaterades att jag hade spridd cancer i stadie 4”

Under 2021 genomförde NMC en kartläggning som vände sig till personer som har eller har haft cancer, samt deras nära anhöriga. Här är ett axplock av kommentarer från undersökningen:

Man:

Primärvården upptäckte inte min cancer. Efter flera besök hos vårdcentralen, blev hemskickad med olika lavemang. Jag gav till slut upp och åkte till akuten i stället där det inom någon timma konstaterades att jag hade tjocktarmscancer i stadie 4 med spridning till lever, galla och 24 lymfkörtlar. Jag blev akut opererad samma dag. Efter det har jag inget större förtroende för vårdcentralen.

Kvinna:

Primärvården upptäckte inte min mans cancer, trots många besök. Man missade och han dog! År så fruktansvärt besviken på deras nonchalans. Min man uppsökte till slut akuten på sjukhuset där man hade förstånd att lyssna på patienten och ta lite blodprover. Han fick cancerdiagnos den 22 januari i år och dog den 7 mars! Chocken sitter i fortfarande. Har inte pratat med vårdcentralen som ordinerade bland annat honungsvatten.

Kvinna:

Jag kan skriva en bok om hur allt var fel från dag ett med min man när han sökte vård på vårdcentralen för sina besvär. Nu finns han inte längre.

Kvinna:

Vårdcentralen upptäckte inte min mammas cancer, trots flera besök. Till slut sökte hon akut till akutmottagning. Där upptäcktes hennes lungcancer. Sju veckor senare var hon död.

Kvinna:

Vår mor. Hon hade levercancer och när den till slut upptäcktes så fanns inget att göra. Hon ordinerades promenader vid ett av sina läkarbesök på vårdcentralen.

Cancerdrabbade Emma Skoglund:

"Prata inte över huvudet på patienten och lyssna"

När Emma Skoglund skulle fylla 28 år hade hon fått två cancerdiagnoser. Hon upplever att hon har armbågat sig fram i vården och kämpat för att bli tagen på allvar. Även hennes syster Hanna drabbades av cancer, men blev flera gånger hemskickad från vårdcentralen, och 2018 avled hon 29 år gammal. Nu föreläser Emma om vikten av tidig upptäckt och betydelsen av aktiv patientmedverkan i vårdprocessen.

▼ Emma var 22 år och gick sista året på samhällsvetarprogrammet vid Mälardalens högskola i Västerås med siktet inställt på att bli statsvetare. På hösten 2011 drabbades hon av illamående och yrsel, och utan förvarning började det rycka i vänster sida. Emma fördes akut till sjukhus.

– Jag fick ett epileptiskt anfall och genomgick flera röntgenundersökningar. I samband med det upptäcktes en hjärntumör i höger hjärnhalva, stor som ett ägg.

Tre månader senare opererades hon av en neurokirurg vid Akademiska sjukhuset. Det visade sig vara en ovanlig form av hjärntumör, astrocytom, som utgår från stödjevävnadsceller (astrocyter) i hjärnan eller ryggmärgen, och förekommer i regel mest hos barn.

– Över en natt gick jag från att vara fullt frisk till svårt sjuk i cancer. Hjärntumören var varken ytlig eller godartad och svår att operera. Beskedet var verkligt en chock.

Ovanlig hjärntumör

Astrocytom finns i fyra grader. Emmas

tumör är av grad II och växer i regel långsammare och mer välvärdgränsat än grad III och IV.

I över tio år har Emma levt med hjärntumören och genomgått fyra ingrepp. Den senaste gången var i september 2021 med en ny typ av metod, MR-styrd laserablation.

– I många år har jag svävat mellan hopp och förtvivlan. Jag har drabbats av förlamning, haft panikångestattacker och kämpat med onormal trötthet och huvudvärk. Även om jag alltid haft en stark vilja att överleva, har jag också stundtals känt mig kraftlös och uppgiven.

Över lag tycker hon att hon har fått ett bra bemötande och en bra sjukvård och behandling. Hon berömmar de specialister som opererat henne och som låtit henne vara delaktig i sin vård.

– Efter att jag väl fick rätt diagnos har jag för det mesta fått ett fantastiskt bemötande och omhändertagande. Alldeles i början ramlade jag dock mellan stolarna och fick felaktiga besked. Bedömningen som gjordes var att tumören var godartad. Men jag

kände ju att något var väldigt fel och bad om att få byta vårdgivare, vilket jag är djupt tacksam för i dag.

Syster avled i cancer

Fyra år efter att Emma insjuknade i hjärntumör, drabbades hennes storsyster Hanna av bröstcancer, 27 år gammal. Även om hon sökte vård för sina symtom, dröjde det för länge till diagnos, menar Emma.

– Hanna blev flera gånger hemskickad från vårdcentralen, trots att hon känt en knöl i bröstet. Knölen växte i storlek och hon fick även en knöl i armhålan. Hanna, som fick veta att hon troligtvis drabbats av en infektion efter att ha rakat sig under armarna, kände sig lättad av beskedet och litade på vården.

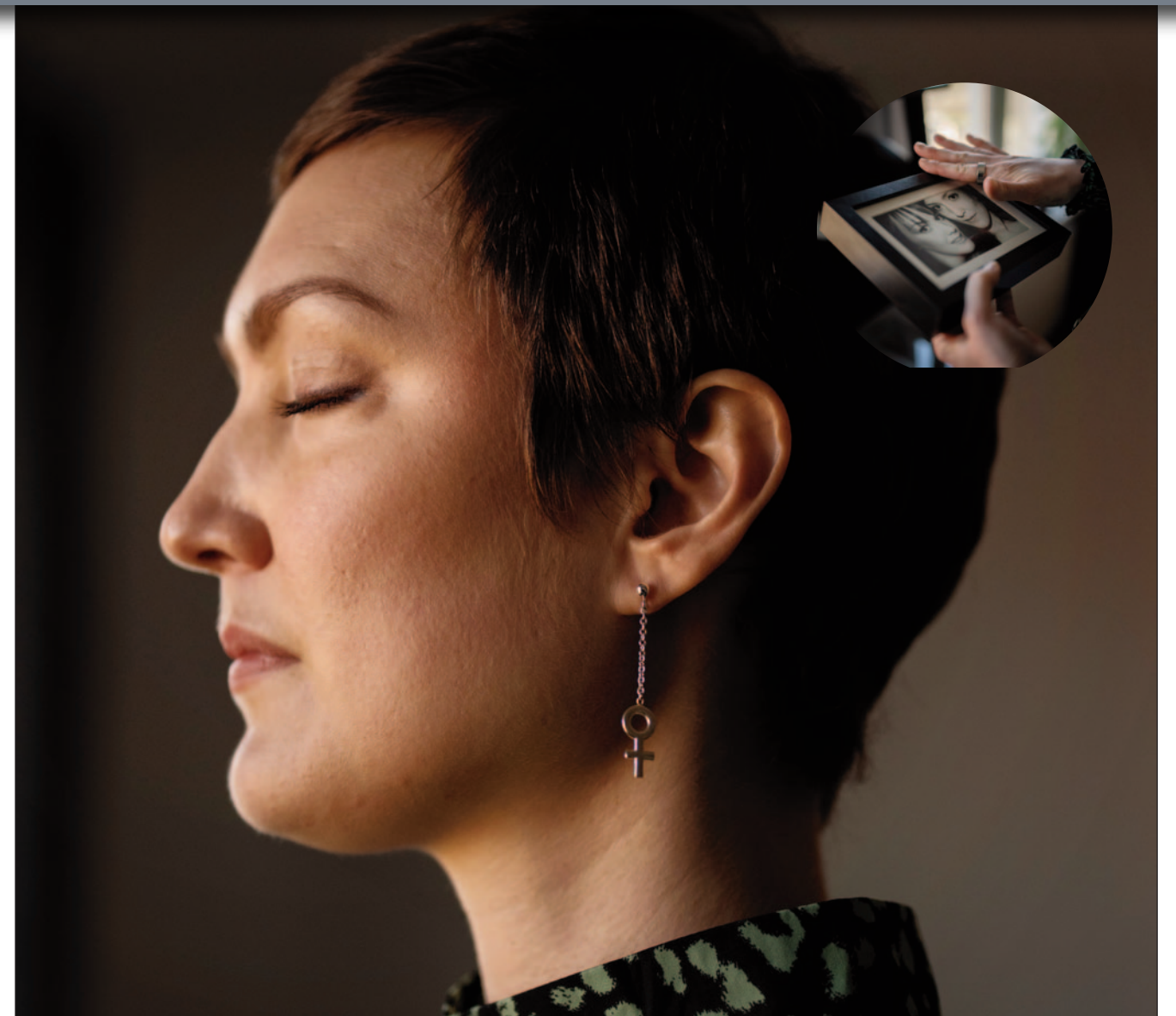
När väl Hanna till slut fick diagnosen trippelpositiv bröstcancer, grad III, var cancer spridd i kroppen och obotlig. Hanna avled av sin sjukdom i februari 2018, strax före sin 30-årsdag.

– Jag är helt säker på att hon hade överlevt längre om hon fått behandling i tid. Men som ung med cancer är det inte alltid lätt att bli tagen på allvar av vården. Symtom avfärdas med kommentarer som att det är osannolikt att drabbas av cancer när man är så ung.

Familjär genmutation

Ett år innan Hanna dog upptäckte även Emma en knöl i bröstet. Alla symtom pekade på bröstcancer; insjunkten och missfärgad bröstvärta som vätskades.

– Hela min kropp skrek att det var cancer. Men jag fick kämpa för att bli



Emma Skoglund. Infällda bilden: Ett porträtt med henne tillsammans med systern Hanna.

Foto: Meli Petersson Ellafi.

tagen på allvar, det verkade så osannolikt, menade man i vården, att jag skulle kunna drabbas av en ny cancerform. Men, det visade sig vara bröstcancer, samma form som drabbat Hanna.

En genetisk utredning visade att både Hanna och Emma bar på en familjär mutation i TP53- genen. Emma genomgick dubbel mastektomi 2017. Tre år senare fick hon ett återfall i bröstcancer, denna gång med spridning till skelettet.

– Jag har fått beskedet att spridningen är begränsad och jag får cellgiftsbehandling för att hålla cancer i schack. Men min största skräck är nu att cancer ska sprida sig till inre organ.

Hon har just avslutat två veckors strålbehandling för hjärntumören och ska inom kort påbörja cellgiftsbehandling mot bröstcancer.

– Förhoppningen är att hjärntumören ska minska och bli inaktiv. Jag hoppas förstås även att behandlingen mot bröstcancer ska lyckas.

Behandlingarna gör mig väldigt trött, men jag mår ändå rätt bra. Drömmen är förstås att behandlingarna ska ha bästa effekt och att jag får må så bra som möjligt för att kunna fortsätta leva det aktiva liv jag vill leva.

Under flera år var Emma engagerad i Ung Cancer och på senare år i Nätverket mot cancer. Hon föreläser på sjukhus för vårdpersonal och även för skolor, företag och organisationer. De ämnen hon tar upp är vikten av att söka vård i tid, bemötande, att lyssna på sin kropp och att våga stå upp för sina symtom.

– Man känner sin egen kropp bäst. Men i dag skickas unga hem från vården med kommentarer som "du är för ung för att drabbas av cancer", och så letar man efter andra orsaker. Men unga drabbas av cancer och behöver bli lyssnade på.

– Det handlar också om bemötande och att inte prata eller skriva över huvudet på patienten. Jag har ofta känt

mig som ett studieobjekt. Men jag är inte min diagnos, jag är Emma och jag är mer än min sjukdom. Den bästa vården är när patienten får bidra med expertis när det gäller den egna kroppen, och läkare med medicinsk expertis.

Emma försöker leva här och nu. Hon har utbildat sig inom i mindfulness, vilket hjälper henne igenom stressfyllda situationer.

– Det är onormalt att inte tänka på döden, döden är en del av livet. För mig har träningen i mindfulness, meditation och andning varit viktig för att hantera min sjukdom, smärta och sorg. Det minskar min stress och hjälper mig att fatta klokare beslut. Visst är det osannolikt att jag som ung drabbas av två cancerformer. Det kan verka oräddt, men livet är ju oräddt. Jag går igenom min kamp mot cancer, andra har annat att tampas med. Så är det i livet.



EU satsar över 40 miljarder kronor för en jämlikare cancervård i Europa

Varannan cancerpatient inom EU får inte tidig diagnos

Text: Kristina Wallin

Få bort ojämlikheten inom cancervården i EU. Det är målet med cancerplanen som EU-kommissionen jobbar med. Nu har den precis presenterat nästa steg i planen, som är en kartläggning av hur screening och vård fungerar, plus en satsning på HPV-vaccination.

▼ Att cancervården inom EU inte är likadan överallt är ingen nyhet, men få är medvetna om hur stora skillnaderna är.

Överlevnaden skiljer sig 25 procent i genomsnitt, och när det gäller screening är skillnaderna ännu större. Vissa länder testar till exempel 90 procent av personer med risk för bröstcancer, medan andra stannar på 6 procent.

Pandemin har gjort att hundra miljoner screeningar har ställts in över hela EU och en av två cancerpatienter har inte en tidig diagnos. Fast trots att covid slagit hårt mot cancervården överallt, har de stora regionala skillnaderna blivit ännu tydligare.

– En av de största fördelarna med den här planen är att den är början på en verklig hälsounion. Dessutom måste vi som EU kunna samarbeta om cancer,

när vi kan bygga vägar och sjukhus tillsammans, säger Bartosz Arlukowicz, som är ordförande för EU:s speciella cancerkommitté BECA, till Sjukhusläkaren

– Utvecklandet av covidvaccinet från BioNTech är ett exempel på att när EU satsar gemensamt kan det göra storverk. Jag är övertygad om att samarbete och smarta investeringar i forskning är nyckeln även till enorma framsteg inom cancerforskningen.

Det är en oerhört ambitiös cancerplan som EU tagit fram. Unionen vill att alla invånare inom EU ska få samma möjlighet till bra vård, information om risker, screening-program, HPV-vaccination och hjälp efter tillfrisknandet. De närmaste åren kommer därför en stor del av hälsoarbetet inom EU att handla om just cancer.

Några steg har redan tagits, som till exempel expert- och rådgivargrupper som tillsammans ska utarbeta konkreta sätt att hantera förbättringar inom cancervården. I samband med Världscancerdagen i februari i år presenterade kommissionen nästa stora projekt.

Registret för att identifiera ojämlikheter (Cancer Inequalities Registry) blir verklighet. Det kartlägger trender och skillnader mellan länder och regioner inom EU, plus Norge och Island. Alla länder kommer att skicka in rapporter vartannat år om sitt arbete med cancer. Redan nu går det att se statistik som jämför olika länder, där man till exempel kan se att Sverige har ett av de

Här är tidsplanen för jättesatsningen

December 2022: Europeiska kunskapscentrum för att samordna forskning och utveckling av vård ska vara helt i funktion. Registret för ojämlikheter inom cancervården ska ha fått sina första landsrapporter.

2023: Ett smartcard för alla canceröverlevare, samt nätverk för barncanceröverlevare. Ett digitalt cancerpatientcenter för hela EU.

2025: Nya riktlinjer för screening och minsta garanterad vårdstandard inom hela EU. Europeiska cancercenter i varje land som samarbetar med varandra. Ett väl fungerande system för vård över gränserna.

2030: 90 procent av alla flickor ska erbjudas HPV-vaccin

lägsta dödstalen i cancer inom EU.

Det satsas mycket resurser för att minst 90 procent av alla flickor inom EU kommer att erbjudas HPV-vaccination år 2030. Länderna kommer att kunna söka finansiering genom programmet EU4Health. Skillnaderna är stora i dag, med bara några få länder som erbjuder vaccinationen till alla barn, även pojkar, medan andra inte ens

har med den i sitt vaccinationsprogram.

Kommissionen kommer även att samla in data från länderna om hur screening går till, för att planera hur det fortsatta arbetet ska se ut. EU vill se stora förbättringar när det gäller bröst- och tjocktarmscancer. Dessutom ska nätverk för canceröverlevare och deras familjer byggas upp, med tyngdpunkt på barncancer.

EU arbetar även i dagarna med hur alkohol ska klassificeras. Cancerkommittén har föreslagit att alla alkoholhaltiga drycker ska få en varningstext, ungefär som cigarettpaketet. Det har fått vinproducenterna att slå bakut och de håller öppet på att försöka övertyga regeringar och EU-parlamentariker att rösta ner förslaget.

– Det är klart att kampen mot cancer

kräver mod och kommer att stöta sig med ekonomiska intressen. Modern forskning visar att det inte finns en säker nivå av alkoholkonsumtion. Vi vill inte förbjuda något, men tycker att allmänheten ska vara medveten om riskerna med alkohol, förklarar Bartosz Arlukowicz.

Läs mer om planen nästa uppslag >>>

EU:s cancerplan kan bli ett lyft för Sverige

EU:s cancerplan kan bli ett lyft för svensk cancervård- och forskning. För även om Sverige har en hög standard finns det mycket att hämta från det europeiska samarbetet, speciellt när det gäller finansiering av projekt: drygt 40 miljarder kronor ligger och väntar på förslag. Även från Sverige.

▼ Ett flaggskeppsinitiativ som verkligen kan förändra något, eller bara tomma ord? Vi har pratat med några svenska experter om vad cancerplanen innebär för Sverige, och de är alla övertygade om att detta kommer att bli riktigt bra. Till och med ett stort hopp framåt för den svenska cancer vården, eftersom samarbete över gränserna blir oerhört viktigt.

– Det blir ett sätt att arbeta gemensamt i Europa. Jag ser flera fördelar även för Sverige, som har en väl fungerande cancervård. Till exempel genom EU-samarbete när det gäller ovanliga diagnoser och inom barncancerområdet, där antalet fall är så mycket färre än bland vuxna, konstaterar Hans Hägglund, som är nationell cancersamordnare hos SKR.

Han tar upp exemplet med protonstrålning, som innebär kostsamma strukturer som inte alla länder har råd med.

– Cancerplanen kommer förhoppningsvis att leda till mer vård över gränserna, och då kan vi till exempel erbjuda denna typ av behandling, förklarar han.

Cancerforskaren Mef Nilbert från Lunds universitet ser stora möjligheter till finansiering för alla som jobbar med cancervård och forskning i Sverige.



Cancerforskaren Mef Nilbert från Lunds universitet ser stora möjligheter till finansiering för alla som jobbar med cancervård och forskning i Sverige.

Genom cancerplanen ska enorma summor pengar delas ut till projekt inom medlemsländerna.

– Vi i Norden saknar en stark tradition av att ansöka om EU-medel, och vi får mindre stöd än våra resultat skulle göra sig förtjänta av. Men här har vi en chans att ändra på det. Eftersom större delen av pengarna går till samarbetsprojekt är mitt råd att man tar kontakt med kollegor utomlands och hör om intresset för samarbete och gemensamma ansökningar. Det är en bra början för att starta finansierbara projekt, råder hon.

Hon berättar att allt mer EU-medel går till större projekt, så det räcker inte att man själv har en bra idé eller forskning på gång. Den som tror att det är komplicerat att ansöka har nog tyvärr helt rätt, men låt det inte bli ett hinder, för en stor del av de drygt 40 miljarder kronorna kommer att börja delas ut redan i år.

– Vi är många som skulle vilja se en slags karta över vad som finns att söka, för det är krångligt. Det krävs en enorm informationsinsats här. Universiteten behöver hjälpa till genom att förtydliga för forskarna vad som gäller. Sedan är det viktigt att få ut budskapet till resten av Europa att det inte bara finns Karolinska institutet i Sverige, utan att kvalificerad forskning pågår även på andra ställen, säger hon.

Katarina Fredriksson från Socialstyrelsen sitter med i den grupp av rådgivare som konfronterar sig med europeiska kollegor om hur cancerplanen ska fungera i praktiken. De har redan haft sju möten sedan maj förra året, och även om vissa delar kan vara svåra att förverkliga, ser hon planen som ett bra steg framåt i arbetet mot cancer.

– Det handlar inte bara om att förhindra nya cancerfall, utan jämlik vård får stort utrymme. Var man än bor inom EU ska man få likvärdig vård. Ett problem vi stöter på när det gäller samarbete över gränserna, är hur personuppgifter ska hanteras över gränserna. Att kunna dela med sig uppgifter om patienter kan vara positivt för att ge den enskilda möjlighet till god vård i annat land, men svårt att genomföra med de gällande lagarna om persondata, berättar hon.

– Något som kommer att vara positivt är att EU vill skapa ett nätverk av cancercentra som ska samarbeta över gränserna. Detta är också en fråga vi diskuterar. Vilka ska till exempel vara med?

Alla tre anser att svensk cancervård och forskning har mycket att vinna på EU-satsningen. Även den som är riktigt duktig kan alltid bli bättre.

– Vi måste fokusera på att detta är även vår cancerplan, som våra insatser ska kunna kopplas till och omvänt. Den kan hjälpa oss att samla kunskapen, prioritera insatser och framhäva vad som gör oss unika, konstaterar Mef Nilbert.

För cancersamordnaren Hans Hägglund är fokuset på förebyggande arbete och tidig upptäckt viktiga delar i planen.

– Utvecklingen är så snabb nu att samarbete över gränserna är ovärderligt. Genom cancerplanens projekt blir det verklighet. Meningen är att det ska byggas upp ett kunskapscentrum inom EU, förklarar han.

OM DET GÄLLDE DIG SJÄLV, VAD SKULLE DU SKRIVA UT DÅ?

Eliquis® – för både behandling och profylax av djup ventrombos/lungemboli:

- Vid behandling av akut DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **färre allvarliga blödningar** och **jämförbar effekt** mot enoxaparin/warfarin^{1*}
- Vid profylax av recidiverande DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **bättre effekt** och **jämförbart antal allvarliga blödningar** mot placebo^{1#}

* Behandling: Allvarlig blödning p<0,0001. Effekt på återkommande VTE/VTE-relaterad död p<0,0001 för non-inferiority.

Profylax: Effekt på återkommande VTE/död oavsett orsak p<0,0001. Allvarlig blödning ej statistisk skillnad.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

“Vi behöver utveckla smartare arbetssätt”

Text: Eva Nordin

● Tidig upptäckt och cancerdiagnostik är en svår utmaning i primärvården.

● Gudrun Greim är specialist i bland annat onkologi och allmänmedicin och arbetar som verksamhetschef vid Närhälsan Online i Västra Götalandsregionen. Genom satsningar på digital vård och ett utökat samarbete mellan primärvården och sjukhusens specialister går det att upptäcka cancersjukdomar tidigare, menar hon.

▼ Om mindre än 20 år kommer antalet svenskar som får en cancerdiagnos att öka med 54 procent, från dagens 66 000 till 100 000 år 2040. Det visar en rapport från Cancerfonden. Effektiviseringen av vården är en nödvändighet för att hantera framtidens demografiska förändringar, menar Gudrun Greim.

– Vi behöver utveckla smartare arbetssätt för att kunna ta hand om fler patienter i primärvården med möjlighet till snabb tillgänglig sekundärvård, när det behövs. Vi behöver också bättre system för att mycket tidigare identifiera fler patienter med risk att utveckla cancer, säger Gudrun Greim.

I 17 år arbetade hon som specialist i onkologi i Nuernberg i Tyskland. Hon är även specialistutbildad i hematologi och internmedicin, en förutsättning för att kunna bli onkolog i Tyskland. I slutet på 1990-talet flyttade hon till Borås och arbetade i fem år som onkolog på Södra Älvsborgs Sjukhus.

– Men sedan lockades jag av den bredd som primärvården i Sverige har att erbjuda. Jag sökte därför ST i allmänmedicin och 2005 var jag färdig specialist.

Innan Gudrun Greim blev verksamhetschef för Närhälsan

Online, arbetade hon som distriktsläkare på en vårdcentral i utkanten av Borås och blev senare medicinsk rådgivare med ansvar för 17 vårdcentraler i Borås.

– När jag sedan fick frågan om att bli verksamhetschef för den digitala mottagningen för offentlig primärvård i Västra Götalandsregionen, tvekade jag inte att tacka ja. Det är spännande att driva utvecklingsprojekt och hitta nya former för att optimera vården.

Vi behöver både digitala möten och mänskliga fysiska möten. Det ena utesluter inte det andra.

Via en app kan patienter boka tid för videomöte, bedömning, rådgivning och behandling till Närhälsan Online. Här arbetar över 70 läkare som tillsammans med psykologer och sjuksköterskor erbjuder cirka 1 500 bokningsbara tider i veckan, alla vardagar om året mellan 07.00 och 23.00. Den digitala mottagningen är även öppen på helgerna.

Förutom att vara en digital mottagning kan Närhälsan Online även beskrivas som en länk mellan primärvården och sjukhusens specialistvård.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Trots utvecklingen av AI-baserade beslutsstöd och ökad digitalisering, brottas fortfarande primärvården med underfinansiering, brist på specialister och föråldrade journalsystem som inte är designade för att lagra data, hitta mönster i blodprover och symtom och upptäcka och förebygga allvarliga sjukdomar, menar Gudrun Greim.

Foto: Sören Håkanlind.

Så går processen till då patienter söker för hudbesvär

Inför det digitala vårdbesöket kan patienten själv ladda upp bilder i sin app på utslag, prickar eller andra pigmenterade hudförändringar.

▼ Vid behov kan läkaren under videomötet be patienten om kompletterande bilder och bedömer sedan om det krävs ett fysiskt läkarbesök eller endast kompletterande dermatoskopi på vårdcentralen. Vid behov kan även labbprover beställas i samband med besöket.

När det handlar om pigmenterade och oklara hudförändringar krävs dermatoskopi på vårdcentral.

– Patienten guidas då till en vårdcentral där utbildade undersköterskor eller sjuksköterskor genomför dermatoskopin. Bilder laddas sedan upp i bildhanteringssystemet Picsara och kan samma dag hanteras av läkaren på vår digitala mottagning. Bildhanteringssystemet finns även tillgängligt för sjukhusspecialisterna.

Om det är tydligt att det handlar om en malignitet kan läkaren initiera omhändertagande enligt SVF. Det ska max ta tre dagar.

Även vid osäkerhet, som kräver ytterligare bedömning utanför SVF spåret, kan läkaren skicka en remiss med bilder tillgängliga i Picsara direkt till hudkliniken för en första bedömning på distans. På hudkliniken genomförs remissbedömningen inom tre arbetsdagar.

– Vi har standardiserat våra digifysiska processer och utbildat vårdpersonal. Uppföljningar visar att antalet dagar från första online-besöket till skickad remiss till hudkliniken har i genomsnitt minskat från 6,5 dagar 2019, till 2,5 dagar 2021. Vi har också färre avvikelser än tidigare.

Som hjälp och stöd finns Red Robin, ett AI-verktyg i den digitala plattformen.

Det är ett beslutsstöd som ställer frågor och samlar in information om patientens symtom och besvär via en chatt.

Därefter struktureras och sammanställs informationen inför vårdbesöket.

Bilder som patienten har laddat upp skickas till ett externt AI-baserat granskningsprogram och ger sedan förslag på den mest sannolika diagnosen.

– Träffsäkerheten ligger på över 80 procent. Vi har kvalitetssäkring genom kontinuerliga uppföljningar och interna granskningskontroller.

Utöver hudförändringar bokar också patienter tid för andra symtom, så som blod i avföringen eller blod i urinen, som skulle kunna vara cancer.

– Enligt standardiserade vårdförlopp för urinvägarna kan exempelvis en remiss skickas till sjukhuset för cystoskopi i direkt anslutning till ett videomöte.

– Sedan vi startade 2018 tycker jag att samarbetet med sjukhusspecialisterna har fungerat väl och de flesta remisser accepteras utan anmärkning. Vid klinisk misstanke kan vi under videomötet agera direkt och skicka patienter direkt till specialistvården eller till vårdcentralen för fortsatt fysisk undersökning och utredning.

Första digitala bedömning

En stor andel som söker vård via Närhälsan Online, söker för olika typer av hudbesvär. Och av drygt 110 000 genomförda besök hade drygt 55 000 en koppling till ärenden som är relaterade till hudförändringar, hud – och svampinfektioner, sår, klåda, eksem, nagel- eller hårsjukdomar och andra hudutslag.

Sedan 2018 och fram till 2021 har antalet remisser till hudkliniker via Närhälsan Online ökat från 102 till 446. En stor del av ökningen förklaras av att antalet videobesök kraftigt har ökat, menar Gudrun Greim.

– Trots ökat antal remisser kan vi samtidigt se att vi får mycket färre remisser i retur, kvaliteten på remisserna är högre än tidigare. Dessutom kan vi avfärda cancer hos många patienter som annars kanske hade sökt akut eller fått en remiss till hudmottagning i onödan. Arbetssättet sparar mycket tid för vården, men också för patienterna.

Av alla de 446 remisser som skickades till hudkliniken under 2021 upptäcktes två maligna melanom, 10 basalcells cancer, tre skivepitelcancer och 24 födelsemärken som krävde uppföljning.

– Vi har upptäckt få cancrar, men väldigt många som eventuellt kan komma att utveckla cancer och som kräver regelbunden uppföljning. Här har primärvården en viktig roll. Vid oklarheter skickas en remiss till hudkliniken. Patienter uppmanas även att boka en ny tid om en godartad bedömd hudförändring ändrar utseende eller förändras.

Under pandemin har allt fler invånare lärt sig de digitala ingångarna till vården. Det märks inte minst på variationen i åldersgrupper, menar Gudrun Greim.

– Vi har många fler äldre som nu använder tjänsten. Men, överlag har antalet cancerdiagnoser minskat under pandemin, eftersom många inte har vågat söka sig till vården på grund av smittorisken.

Fortsatt utveckling krävs

Primärvården hanterar cirka 40 standardiserade vårdförlopp och ungefär 800 diagnoser. För att förhindra överdiagnostik krävs tydliga beslutstöd och standardflöden, menar Gudrun.

– Här finns mycket kvar att göra, även om det nu pågår forskning kring införandet av riskbedömningsinstrument i Sverige. Vi behöver fler av dessa metoder.

Det måste vara tydligt och lätt för en primärvårdsläkare att komma vidare i bedömningen vilken utredning, som är mest angelägen vid vilka symtom, menar hon.

– Digitala arbetssätt, med bedömningsbara bildeer i ett gemensamt bildhanteringssystem som är kopplade till remisser eller digitala trepartsmöten, leder till säkrare specialistkonsultationer. Vi sparar också mycket tid och resurser. Det går mycket snabbare och patienter slipper kallas till sjukhuset i onödan.

Satsningar på tidig upptäckt

Att upptäcka cancer är inte alltid enkelt, särskilt inte de cancerformer som utvecklas i det tysta. Många som söker hjälp i primärvården har också en samsjuklighet och även diffusa symtom med uttalad trötthet och sjukdomskänsla och kanske även en omfattande smärtproblematik.

Hur särskiljer och hanterar Närhälsan Online dessa patienter?

– Genom en sammanvägd bedömning av anamnes, symtom och status med fokus på samsjuklighet, finns det goda förutsättningar att identifiera behovet för en fortsatt utredning. Kontinuitet är också en viktig faktor. Vi hänvisar ofta patienter efter första videobesöket till en vårdcentral där patienten redan är känd, för fortsatt bedömning och utredning.

Trots utvecklingen av AI-baserade



För att lyckas med tidig upptäckt krävs satsningar på samverkan mellan olika huvudmän, gemensamt journal-system, gemensamt dokumentations- och registersystem och nya digitala verktyg och beslutstöd, säger Gudrun Greim.

beslutsstöd och ökad digitalisering, brottas fortfarande primärvården med underfinansiering, brist på specialister och föråldrade journalsystem som inte är designade för att lagra data, hitta mönster i blodprover och symtom och upptäcka och förebygga allvarliga sjukdomar.

– Politiskt krävs först förståelse för vilka utmaningar vi har framför oss, särskilt inom primärvården. Uppnår

Sverige målen för omställningen till nära vård ökar förutsättningarna för att upptäcka cancer tidigt.

– För att lyckas med tidig upptäckt krävs satsningar på samverkan mellan olika huvudmän, gemensamt journal-system, gemensamt dokumentations- och registersystem och nya digitala verktyg och beslutstöd, säger Gudrun Greim.

Gudrun Greim är även ledamot i arbetsgruppen för nationellt kliniskt kunskapsstöd för cancer och rörelseorganens sjukdomar. Det ägs av Sveriges regioner och är en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

– Det är ett viktigt stöd för primärvården. Här har man inom olika diagnosgrupper samlat vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer på ett och samma ställe. Man slipper gå in på olika webbplatser och leta efter kunskapsstöd, menar Gudrun Greim.

De nationella rekommendationerna och regionernas tillägg är anpassade för att stödja kliniker i patientmötet, exempelvis för att stämma av vilka prover som bör tas, vilka behandlingar som rekommenderas eller vilka differentialdiagnoser som man behöver vara uppmärksam på.

– Ett exempel är skelett- och mjukdelssarkom, där nationellt kliniskt kunskapsstöd ger ett förtydligande om vilka kriterier och undersökningsmetoder som gäller för att komma vidare. Det ger en vägledning för att avgöra om en knöl i mjukdelarna behöver utredas vidare eller inte.

Levetiracetam Orion

levetiracetam

Välj ett billigt alternativ!

Levetiracetam måste *väljas aktivt vid förskrivning*
– inget automatiskt utbyte på apotek.

Vid behandling av epilepsi.

ORION PHARMA AB | BOX 85 | 182 11 DANDERYD | ORIONPHARMA.SE

ORION PHARMA

Levetiracetam Orion (levetiracetam) antiepileptika [Rx]. Förmån. Som monoterapi vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna och ungdomar från 16 år med nydiagnostiserad epilepsi. Som tilläggsbehandling vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna, ungdomar, barn och spädbarn från en månads ålder med epilepsi. Som tilläggsbehandling vid myokloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med juvenil myoklonisk epilepsi. Som tilläggsbehandling vid primärt generaliserade toniskloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med idiopatisk generaliserad epilepsi. Tabletter 250 mg, 500 mg, 750 mg och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-08-16. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

31

”Standardiserade vårdförlopp och sjukvårdens styrning borde inte få vara fritt valt arbete”

I förra numret blev det tyvärr en förväxling av två sidor i tryckprocessen, så slutet av intervjun med Mattias Block saknades. Vi publicerar därför hela artikeln i sin helhet igen.

Text: Eva Nordin

När kirurgen Mattias Block insjuknade i kolorektalcancer mötte han en högkvalificerad sjukvård och fick ett snabbt och bra omhändertagande. För andra patienter med samma sjukdom går det dock inte lika snabbt, beroende på var man bor i landet. Nu efterlyser Mattias Block en statlig sjukvård och tydligare styrning för en mer jämlik vård.

I över femton år har han som specialistläkare träffat svårt sjuka patienter som drabbats av cancer och som stått inför högriskkirurgi. Utan att lova för mycket har han ändå försökt att plantera ett hopp.

– Patienter lägger sina liv i våra händer och det är ett enormt stort förtroende som vi måste vårda väl. Vi kan aldrig veta utgången, men vi kan hjälpa patienter att känna förtroende och skapa tillit till att vi siktar på att bota, vilket vi kan för majoriteten av patienter med kolorektalcancer, säger Mattias Block.

I maj 2020 överrumplades han själv av ett cancerbesked. På fredagen hade han arbetat som vanligt som chef för kolorektalsektionen på Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra. På måndagen kände han sig plötsligt ovanligt trött och på kvällen

Fortsättning nästa uppslag >>>

Vem bestämmer egentligen i svensk sjukvård och hur följer man upp de direktiv som ges om alla beslut till syvende och sist hamnar hos 21 olika regioner? Cancerdrabbade läkaren Mattias Block efterlyser statlig styrning för att få en medicinskt jämlik sjukvård.



orkade han inte gå i väg till sin träning som han brukade göra. Han hade också svårt att gå på toaletten, det var som om tarmrörelserna hade stannat av. En vag och oroväckande känsla störde honom; stopp i tarmen, kunde det bero på en tumör?

När Mattias kände efter med ett finger upptäckte han en knöl. Sedan gick det snabbt. Han kontaktade sina kollegor på Östra på väg in till arbetet nästa dag och fick göra en akut röntgen. Resultatet var dystert; det var inte bara cancer, det var en cancer i avancerat skede med metastaser i levern samt spridning till bukhinnan och lymfkörtlarna. På grund av spridningen gick det inte att operera. Med hjälp av tung cellgiftsbehandling kunde ett ingrepp eventuellt bli aktuellt senare, allt beroende på hur effektivt behandlingen var.

Vid ett uppföljande möte fem månader senare öppnades ett fönster på glänt; skulle ett ingrepp genomföras var det nu eller aldrig. Men prognosen var inte den bästa och utfallet av en eventuell operation osäker. Onkologen sa nej, kirurgen var tveksam.

Det var ett svårt beslut och föregicks av omfattande diskussioner. Det såg illa ut och frågan var om det var meningsfullt att operera. Till slut blev det ändå beslut om operation och den genomfördes på Nya Karolinska.

– Kompetensmässigt hade ingreppet kunnat genomföras på Sahlgrenska/Östra, men jag ville inte utsätta mina närmaste medarbetare för detta, risken för svåra komplikationer var alltför stor.

16 timmars operation

I den ovisshet som var förberedde Mattias sig för det värsta. Men mitt i allt det svåra hittade han ändå ett slags lugn och en acceptans för att livet är oberäkneligt. Mattias var 52 år vid diagnos och förhållandevis ung; endast fem procent under 50 år drabbas av kolorektalcancer.

– Det var så klart tuffa samtal med familjen, min fru och mina tre barn. Min fru är också läkare, hon förstod vad jag gick igenom och det var skönt att få det starka stödet från henne.

Operationen som genomfördes i slutet av september 2020 var komplicerad och tog 16 timmar. När Mattias vaknade ur narkosen hade delar av tarmen, levern, en bit av bukhinnan samt lymfkörtlar intill kroppspulsådern avlägsnats.

I sammanlagt sex veckor vårdades han på sjukhus innan han fick komma hem igen.

Det var när han hade genomgått kirurgi som han på allvar insåg hur svårt sjuk han var.

– Jag är en erfaren kolorektalkirurg och har träffat många patienter på avdelningen och mottagningen som genomgått stor bukkirurgi. Jag trodde att jag hade rätt bra koll på hur de mårde i efterförloppet, men jag hade ingen aning om hur det egentligen är och hur liten man känner sig där man ligger med plågsamma smärtor, illamående med kräkningar och en bedövande trötthet. Jag har fått stor respekt för hur tufft det är att genomgå den här typen av stor kirurgi.

Han fick även en djupare förståelse för vilken betydelse vårdpersonalen har, inte minst undersköterskorna som tillbringar mycket tid med patienterna. Att bli sedd och bekräftad med närvaro och varma ögon kan vara det som gör att man som patient orkar hålla hoppet levande, menar Mattias.

– Jag har aldrig varit så dålig som under veckorna på sjukhuset. Men jag fick ett fantastiskt bemötande där vårdpersonalen visade prov på mycket medmänsklighet och värme. Det var väldigt helande.

Ingreppet var tufft och komplikationer följde. Mattias fick genomgå ytterligare en operation och en ihopsydd tarm fick akut ersättas med stomi. Under flera månader såg det ut som om canceren var borta. Mattias mårde bra och kunde tacksamt fortsätta sitt liv. Men, knappt ett år senare visade det sig att canceren hade kommit tillbaka.

I dag genomgår han cellgiftsbehandling varannan vecka och har valt att gå ned i arbetstid. Kommer behandlingen att bota honom den här gången? Det finns inga tydliga svar och Mattias är tvungen att leva med en stor ovisshet.

– När man är frisk drömmer man

om många olika saker. När man är sjuk finns bara en enda önskan. Man vill bli frisk. Jag vill fortsätta att leva och jag har byggt en mental styrka som hjälper mig genom stunder av ovisshet och tvivel. Jag tränar mycket och det är viktigt för mig. Jag vill känna att jag har kontrollen över min kropp och att tumören inte definierar mig som person.

Tidig upptäckt räddar liv

Varje år får cirka 6 000 personer diagnosen kolorektal cancer och drygt 2 700 avlider. Det är den tredje vanligaste cancerformen hos män och kvinnor i Sverige, efter bröst och prostatacancer.

Strax innan Mattias insjuknade tog han initiativet till en debattartikel om organiserad screening av kolorektal cancer. Möjligheten att bli botad ökar avsevärt om sjukdomen upptäcks tidigt. Det vetenskapliga stödet för screening är starkt. WHO och EU har i över 15 år pläderat för screening. I många länder i Europa och även i några av de nordiska länderna är screeningprogram infört.

Region Stockholm-Gotland startade med tarmcancer-screening redan 2008, sedan dröjde det till 2014 innan Socialstyrelsen rekommenderade allmän screening för män och kvinnor i åldern 60–74 år. Trots det har införandet tagit tid och hittills är det bara tre regioner som infört screening, även om de flesta regioner fattat ett beslut och nu står i startgroparna för ett införande.

– Det är oerhört klen av Sjukvårdssverige att det har tagit så lång tid att införa allmän screening över hela landet. Vi har en katastrofalt ojämlig sjukvård i Sverige, trots att beslutsfattare ständigt upprepar att vi inte ska ha det, säger Mattias.

I Västra Götalandsregionen finns nu ett beslut om att införa screening i sju steg under åren 2021–2028. Även om screeningprogrammet hade varit på plats när Mattias insjuknade förra året, hade han ändå inte blivit kallad eftersom inklusionsåldern är 60 år. Nu gick det ändå snabbt till diagnos, tack vare ett snabbt agerande från Mattias och hans kollegor

– I mitt fall var det väldigt speciellt.

Jag visste vad det handlade om och jag fick en särskild handläggning, absolut. Men om jag inte hade känt knölen och kontaktat mina läkarkollegor, då hade jag i stället hamnat på akuten med stopp i tarmen och fått en akutröntgen. Det gick kanske något snabbare den vägen jag tog, men inte särskilt mycket snabbare. Men när det gäller handläggning och utredning hade jag nog vissa fördelar.

Vid välgrundad misstanke om kolorektal cancer ska utredning startas enligt SVF, standardiserat vårdförlopp. Men precis som för många andra diagnoser ser det högst olika ut i landet när det gäller väntetider från diagnos till start av första behandling.

Före pandemin, 2019, var medianväntetiden vid Östra sjukhuset 42 dagar. Rikssnittet var 31 dagar. De som var bäst i landet hade 19–21 dagar och de som var sämst i landet hade 45–48 dagars medianväntetid (enligt statistik från kvalitetsregistret för kolorektal cancer).

De stora sjukhusen har längst väntetider

– Det är förstås väldigt bekymmersamt och det speglar inte bara ett regionalt bekymmer, utan också ett nationellt. Om man tittar på statistiken ligger de stora sjukhusen sämst till med längst väntetider. För oss handlar det om att vår kostym är för liten i relation till uppdraget. Här gör vi all regional cancerrecidiv-kirurgi samt svåra T4-tumörer, samtidigt som vi inte blir av med de enklare ingreppen. Därmed bygger vi köer. Vårt uppdrag måste renodlas bättre, säger Mattias Block.

Efterlyser vetenskapligt belägg för standardiserade vårdförlopp

Han efterlyser även vetenskapliga studier som kan visa på vinsterna med SVF, både vad gäller exempelvis överlevnad, livskvalitet och nöjdhet. Att det ska gå snabbt vid cancer kan verka logiskt. Men hur snabbt och vad är optimalt?

– Miljardtals kronor satsas utan ett vetenskapligt underlag.

Varför ser ledtiderna ut som de gör, hur vet vi att de är optimala? Inför kolorektal kirurgi kan det finnas stora vinster med att vänta med kirurgi för att optimera patientens tillstånd. Är patienten rökare vill vi gärna motivera till rökstopp och se till att patienten har bra övriga värden för att nå det bästa behandlingsresultatet.

Mattias efterlyser även ett enda rapporteringssystem för att registrera data.

– I dag finns så många parallella system, det är helt galet. Hur är det ens möjligt att man kunnat skapa ett så rörigt system? Sverige är ju ändå känt för att vara strukturerat och välorganiserat.

Införandet av SVF-koordinatorer och processägare ser han dock som en framgång.

– Det är det bästa som har införts. Nu har vi ännu bättre koll på våra patienter och det finns ett tydligare samarbete mellan olika specialiteter som radiologer, gastroenterologer, onkologer och kirurger.



Alla jobbar hårt för att få ned väntetiderna, men så länge styrningen ser ut som den gör kommer det inte att förbättras. Vem bestämmer egentligen i svensk sjukvård

och hur följer man upp de direktiv som ges? Till syvende och sist hamnar besluten hos 21 olika regioner och därmed växer ojämlikheten.

Mattias skulle vilja se en starkare statlig styrning av sjukvården; SVF är inte ett fritt valt arbete för regionerna, menar han.

– Varför följer inte Sverige Danmarks väg och etablerar en starkare central organisation med tydligare direktiv, beslutsvägar, målsättningar och uppföljningar. Danmark har sprungit om oss, tack vare moderna reformer.

Lämnar offentlig sjukvård

I januari 2022 kommer Mattias Block att vara tjänstledig från sitt jobb på Östra sjukhuset. Han har blivit rekryterad av Global Health Partners för att etablera ett Gastrocentrum i Göteborg med inriktning på kirurgi, gastroenterologi och urologi. Liknande centra finns i Stockholm och Malmö.

– Jag har varit specialist i 15 år och chef i sju år. Det känns som en bra tid att pröva något nytt. Jag ser också fram emot att driva en annan typ av sjukvård i en plattare organisation och få fortsätta att arbeta mycket med patientsäkerhet, kvalitet, långsiktighet och hållbarhet, men också med effektiva flöden. Jag kommer även att fortsätta med forskning och hålla min vetenskapliga karriär levande, i samarbete med akademien och universitetet. Det nya uppdraget känns både seriöst och trovärdigt, det är väldigt viktigt för mig.

Livet är oberäkneligt och om det är något han lärt sig av den tuffa resa han genomlevt och genomlever så är det att inte längre skjuta upp saker som är viktiga.

– Livet känns plötsligt ändligt och jag har inte tid att vänta. Det är otroligt skönt att leva och jag vill hitta styrkan att fortsätta göra det. Här spelar relationer en oerhört viktig roll, för att inte säga den allra viktigaste. Jag har förmånen att ha en kärleksfull familj och ett brett nätverk av vänner och kollegor. Det ger mig en enorm energi och betyder allt för mig.

VÄSTERBOTTEN:

Uppgörelse om jourkompsaldot – men grundproblemen kvarstår

Text: Anna Sofia Dahl

Turerna kring hur jourkompsaldot ska hanteras i Region Västerbotten har nu landat i ett övergångsavtal. Samtidigt som Jeff Wennerlund, ordförande för Sjukhusläkarna Lycksele/Skellefteå, kallar det för en halv vinst menar han att regionen har spelat ett högt spel.

▼ Efter vad Jeff Wennerlund, som till vardags är överläkare på Kirurgiskt centrum Södra Lappland på Lycksele lasarett, kallar många och hårda förhandlingar finns det nu en enighet

mellan fack och arbetsgivare i frågan om jourkompsaldot i Region Västerbotten.

– Det viktigaste är att vi har ett avtal och att vi fick till övergångsregler som är hyfsat vettiga. Alla är inte nöjda och det visste vi, men det är bättre än den katastrof det skulle ha blivit om de hade gått vidare med de första planerna.

Samtidigt tycker han att regionen har spelat ett högt spel. Efter beskedet i oktober förra året aviserade ”ganska många av de som är över 60 år att de skulle sluta och ta ut resterande jourkomp innan pension” om regionen inte omvärderade frågan. Kritiken handlade främst om att den sparade jourkompen jobbats in för flera år sedan, då det var helt andra förutsättningar, och att det var ”respektlöst att tvångsutbeta den i pengar”.

Sammanlagt var det runt 30 personer som fick ett brev med beskedet att de riskerade att få all jourkomp som är äldre än tolv månader utbetald i pengar.



Jeff Wennerlund: Det är inte våra medlemmar som har valt att bygga kompberg, utan det är den underdimensionerade verksamheten som är orsaken.

För en del individer handlar det om nästa 4 000 timmar – det vill säga upp mot två miljoner kronor i en utbetalning. Nu har de istället, beroende på hur många timmar det handlar om, ett, två respektive tre år på sig att ta ut timmarna. Dock kan jourkomp endast tjänas in som kontant ersättning så länge kompsaldot är över 500 timmar.

– Problemet är att många av oss som jobbar mycket tjänar in mer än 500 timmar på ett år. Det innebär att man i princip ska jobba sig ner till mindre än ett års jourkomp. Och om vi ska lägga ut mer jourkompledighet kommer det att bli stora hål i verksamheten, säger Jeff Wennerlund.

– Och det handlar inte om pengarna. Man kan inte köpa sig vila, tid med familjen eller tid med vänner för pengar. Det är inte våra medlemmar som har valt att bygga kompberg, utan det är den underdimensionerade verksamheten som är orsaken.

Bakgrunden till Region Västerbottens beslut finns i de specialbestämmelser som Sveriges Kommuner och Regioner och Läkarförbundet kommit överens om. Där står att ”kompensation för bundenhet under jour och beredskap, som inte har kunnat ges i ledighet inom 12 månader från utgången av intjänandemånaden, utbe-

talas i kontant ersättning.” Men också att ”lokala kollektivavtal som reglerar frågan fortsätter gälla om lokala parter inte enas om annat.”

Jeff Wennerlund menar att många verksamheter på Skellefteå lasarett och Lycksele lasarett kommer att behöva förändras i grunden om ”man ska tillämpa specialbestämmelserna fullt ut”. Bland annat kommer det att vara svårt att bedriva primärjournalinjen på det sätt man gör idag.

– Vi är så vana vid att springa fortare än vad vi egentligen borde. Det finns alltid saker som man måste få gjort innan man kan gå hem från jobbet – man kommer aldrig hem i tid, aldrig någonsin. Det har blivit en del av det normala, säger han och fortsätter:

– Men hur ska vi orka? Och om vi inte är kvar efter arbetstid, vad händer då? Till slut imploderar det. Vi har redan idag jättelånga väntetider och då hade vi tidigare väldigt korta väntetider, både till operation och mottagning inom vissa områden.

För även om man nu landat i ett övergångsavtal och ”undvikit en katastrof” menar Jeff Wennerlund att grundproblematiken, som lett fram till att komptid under många år samlats på hög, fortfarande är den samma.

– Vi är för få helt enkelt och jag tycker också att man borde ha kunnat göra mer för den personal man redan har. Jag tycker också att man i formuleringarna i avtalet nästintill har skuldbelagt läkarkåren för att vi har så mycket jourkomp. Men det här handlar om att det inte finns ett vettigt sätt att hålla nere jourkompsaldot. Därför och då måste man jobba för det. Frågan är bara hur, säger han.

VÄSTRA GÖTALAND:

Ilska och besvikelse över att arbetsgivaren agerat mitt under rådande pandemi

Nästan fem månader har gått sedan övergångsavtalet gällande jourkomp i Västra Götalandsregionen skrevs under. Enligt Emelie Hultberg, ordförande för Västra Götalands läkarförening, ligger den största utmaningen i kombinationen mer ledighet och hantering av både uppskjuten vård och utbildning.

▼ Emelie Hultberg, ordförande för Västra Götalands läkarförening (VGLF), säger att det fortfarande finns en hel del oklarheter kvar att reda ut gällande hur bestämmelserna i övergångsavtalet ska fungera. – De medarbetare som ligger över 200 timmar ska ha erbjudits ett avstämningsmöte i november. Vi håller just nu på att kartlägga det där, men utifrån de signaler vi får så verkar inte alla ha erbjudits detta, säger hon.

Sammanlagt berör övergångsavtalet mellan 1 200 och 1 300 läkare inom Västra Götalandsregionen. De flesta ligger mellan 200 och 400 jourkomptimmar, men drygt 200 personer har ett saldo över 500.

– Signalerna från våra sektioner är att man inte kommer att kunna ge den typ av ledighet som krävs. Ett år är en ganska kort tid om man ligger på ett antal hundra timmar som ska utbetalas i ledighet framgent, säger hon.

Precis som i Region Västerbotten finns det en ”väldigt stor besvikelse hos många medlemmar” enligt Emelie Hultberg.

– Framför allt hos de som under åren har arbetat många timmar och då trott sig kunna få ta ut dem i ledighet framöver. Nu riskerar man att få tiden utbetald i pengar mot sin vilja.

Emelie Hultberg beskriver också

en ilska och besvikelse över att arbetsgivaren valde att agera i frågan just under den minst sagt speciella period som varit. Från läkarföreningens sida hade man gärna sett att förändringen sköts upp ett år för att ge verksamheterna mer tid och möjligheter till förberedelser och att göra en bättre nulägesanalys.

– Nu har vi ett ökat behov av återhämtning, samtidigt som det behövs insatser för att hantera den uppskjutna vården och uppskjutna utbildningen. Det gör det svårt att planera in mer ledighet än i vanliga fall, säger hon.

I slutet av februari ska VGLF och regionen stämma av hur arbetet hittills har gått. Enligt Emelie Hultberg har man kommit olika långt på sjukhusnivå och pandemin har gjort att arbetet lagts på is.

Samtidigt pågår en regional process där man ser över till exempel vilka system man har för schemaläggning och registrering av arbetad tid som finns.

– De system vi har idag är gravt undermåliga och gör det svårt för schemaläggare, chefer och enskilda medarbetare att veta vad som genererar vilka timmar och vad det får för konsekvenser, säger Emelie Hultberg, som påpekar att det arbetet förhoppningsvis kommer att leda till något bättre, men att det också kommer att ta flera år.

FAKTA

Så ser övergångsavtalet ut

▼ Den som har över 1 000 timmar i sparad jourkomp får tre år på sig (fram till den 31 december 2024) att hantera saldot.

▼ De som har över 700 timmar i sparad jourkomp får två år på sig (fram till 31 december 2023) att hantera saldot.

▼ De som har över 300 timmar i sparad jourkomp får ett år på sig

(fram till 31 december 2022) att hantera saldot.

▼ Under tiden jourkompsaldot ligger över 500 timmar kan medarbetaren endast tjäna in jourkomp i kontant ersättning.

▼ Under perioden kan medarbetare löneväxla upp till 20 000 kronor, vilket är dubbelt så mycket som i vanliga fall.

”Vi måste bli skickligare på att hantera sjuka människors berättelser”

Text: Ingemo Orstadius

Narrativ Medicin vill värna patientmötet. Genom att ta vara på patientens berättelse, ökar chansen att ställa rätt diagnos och hjälpa patienten att hantera sin sjukdom. Dessutom erbjuds läkaren möjlighet att reflektera över sin yrkesroll, vilket utvecklar den empatiska förmågan.

▼ – Vi måste bli skickligare på att hantera sjuka människors berättelse, säger hematologen Valdemar Erling, ordförande i Svensk Förening för Narrativ Medicin, grundad 2016.

Narrativ Medicin är inget alternativ till evidensbaserad medicin, utan ett sätt att återerövra berättelsens naturliga plats i vården. Redan Hippokrates påstod på sin tid att sjukdomar inte var gudarnas straff, utan berodde på obalans i kroppens olika vätskor. I avsaknad av instrument och provtagningar, hänvisades han till att ställa frågor och observera den sjuka människan.

– Genom sin gärning förstod han att patientens berättelse blev avgörande för att kunna ställa diagnos. Så man kan säga att Hippokrates lade grunden till personcentrerad vård i sitt klassiska citat ”Det är viktigare vilken människa som har sjukdomen, än vilken sjukdom människan har.” Varje individ hanterar sin sjukdom på olika sätt.

Lungläkaren Rita Charon på Columbia University i New York, är den som myntat begreppet Narrativ Medicin. Hon tyckte att hon kom till korta i patientmötet, eftersom hon saknade kunskap om hur hon skulle hantera patientberättelsen. För att få bättre förståelse för patientens situation, vände hon sig till den litteraturvetenskapliga fakulteten och fann där de svar hon sökte. Hon skrev en avhandling om detta och återförde sedan sin nya kunskap till den medicinska fakulteten.

2009 skapade hon ett program på Columbia University för Narrativ Medicin.

– Rita Charons bok ”Narrative Medicine – Honoring the Stories of Illness” har varit betydelsefull för mig. Helt plötsligt förstod jag att det är något speciellt och omvälvande i varje patients sjukdomsberättelse, säger Valdemar Erling.

Efter att ha tagit del av Rita Charons tankar, var han med om att förändra rondens på Kungälvssjukhus för cirka tio år sedan.

– Vi funderade över hur vi i den medicinska miljön skulle kunna skapa en plats för varje människas berättelse. Vården blir lätt reducerad till att enbart handla om prover i stället för att fokusera på anamnesen. Berättelsen är högst relevant ur ett patientperspektiv, eftersom den betyder mycket för hur patienten ska kunna hantera sin sjukdom. Narrativ Medicin var förlösande ord på vad vi höll på med.

På Kungälvssjukhus ersattes den traditionella rondens av en ”vårdstation”, där läkare och sjuksköterskor jobbade tillsammans och dit patienten bjöds in för att prata om hur den fortsatta vården skulle se ut. Att runda på det viset har rönt stor uppskattning hos patienterna.

– I stället för att alla står runt en säng och tittar ner på en patient, sitter hen upp och dessutom i avskildhet. Och plötsligt berättas helt andra historier!

Narrativ Medicin är ett kliniskt

begrepp som måste fungera lika bra mitt i natten på en akutmottagning, som på en vårdavdelning eller en vårdcentral.

– Svårt sjuka människor är utelämnade och kräver en viss respekt och varsamhet. Vi måste vara skickliga i att hantera deras berättelser; det vill säga ha en narrativ kompetens i patientmötet, säger Valdemar Erling.

Forskning visar att detta är viktigt för att kunna ställa en korrekt diagnos och hitta rätt behandling. Det handlar om att låta sig absorberas av patientberättelsen på samma sätt som man kan uppslukas av en målning eller ett pianostycke. För att kunna göra detta gäller det att vara uppmärksam, nyfiken och respektfull.

– Men Narrativ Medicin är också intresserad av min berättelse. Som läkare behöver jag reflektera över min egen roll, vilket är spännande och utvecklande. Känslan av otillräcklighet och tillkortakommanden finns väl beskriven i litteraturen och kan vara en ögonöppnare till att förstå oss själva och patienten. Genom att använda skönlitteratur, film, konst eller musik; ja allt som handlar om det mänskliga mysteriet, kan vi öva upp vår kompetens att reflektera, vilket behövs för att bli en empatisk doktor.

Valdemar Erling menar att det finns ett stort intresse för Narrativ Medicin bland vårdpersonal i dag.

– Vi har gjort fantastiska medicinska framsteg, men lever i en tid där utöandet av läkaryrket är ganska torftigt och mekaniskt. Vår generation är präglad av New Management, som lånat modeller från tillverkningsindustrin för att organisera vården. ”Ju snabbare patientprocess, desto bättre”. Men effektivitet är inte nödvändigtvis detsamma som kvalitet. Datoren är det centrala i vårt arbete. Det är klart att vi måste använda den, men den tar tyvärr allt större plats



Foto: Julia Sjöberg

på bekostnad av patientmötet.

Hur ser framtiden ut för Narrativ Medicin?

– Jag är väldigt hoppfull. Det finns en renässans för det mänskliga mötet i

vården. Jag ser det hos läkarkandidaterna och de yngre läkarna. Det finns en styrka i patientberättelsen, som också kan driva vården framåt, säger Valdemar Erling.

Valdemar Erling om forskning inom Narrativ Medicin

När man närmar sig Narrativ Medicin ur ett vetenskapligt perspektiv, måste man skilja mellan kvantitativ forskning och kvalitativ. Den kvantitativa forskningen försöker utifrån den evidensbaserade medicinens metoder förklara de medicinska förloppen på gruppnivå. Den kvalitativa forskningen försöker i stället förstå individens upplevelse av sjukdom och samspelet i de mellanmänniska mötena i vården. Narrativ Medicin utgår från patientmötet samt patientens berättelse. I forskning runt detta ryms termer som tillit, empati, identitet och mening. Forskning om Narrativ Medicin kommer därmed främst att vara kvalitativ i likhet med exempelvis Aaron Antonovskys banbrytande studier om KASAM; det vill säga hur hälsa påverkas av hur vi känner oss delaktiga i ett förståeligt och meningsfullt sammanhang.

Omvårdnadsforskningen har profilerat sig genom sin inriktning på kvalitativ forskning och lyfter begrepp som exempelvis personcentrerad vård. Även här står patientens berättelse i fokus. Min bild är att Narrativ Medicins forskningsfält kan bidra till en fördjupning av den evidensbaserade medicinen, där patientens upplevelser och mysteriet med att vara människa också ryms i en medicinsk kontext.

Tvåtusentalets sjukvård har präglats av en fokusering på det mätbara och kvantitativa, vilket gjort att patientmötet hamnat i bakgrunden. Forskning inom Narrativ Medicin skulle kunna bidra till en större helhetssyn. Narrativ Medicin är ju inget nytt; läkare har i alla tider intresserat sig för patientens berättelse. Men i vår tid, när intresset för kvaliteten i patientmötet tidvis fått stå tillbaka för kvantiteten, behöver dessa frågor få legitimitet. Jag hoppas att Narrativ Medicin kan bidra till det.

Grundläggande modell för patientmötet enligt Narrativ Medicin

1. Uppmärksamhet. Hur läkaren hälsar och hur nyfiken och närvarande hen är spelar roll. Detta är avgörande för vad patienten väljer att berätta, samt för att ställa rätt diagnos och hjälpa patienten att hantera sin sjukdom.

2. Representation. Varje människa är en berättelse. Ingen är den andra lik. Att fråga om och intressera sig för vad som representerar den sjuka personen är det som ger en narrativ inriktning åt patientmötet. Läkarens narrativa kompetens är viktig.

3. Allians. Utan uppmärksamhet och patientberättelse saknas förutsättningar för att skapa en allians. Den goda intentionen att vilja hjälpa patienten att hantera sin sjukdom går förlorad.

Läs mer på: www.narrativmedicin.se

Rofida Ghazvinian

Ny ordförande för Sjukhusläkarna i Malmö

Text: Emma Wange

1 Vem är du?

▼ Jag arbetar som läkare på Skånes universitetssjukhus. Är specialist-läkare i invärtesmedicin och blir till hösten även färdig specialist i gastroenterologi. Läste till läkare i ett EU-land och fick svensk läkar-legitimation 2014.

Jag är uppvuxen i Lund men flyttade till Malmö, när jag blev klar med mina studier. Som person är jag uttrycksfull och ambitiös – särskilt när det handlar om ämnen som intresserar mig. Jag gillar att åka runt och gå på föreläsningar och möten. Tillvaron får gärna bli hektisk ibland.

2 Varför engagerar du dig i Sjukhusläkarna?

▼ För att jag är sjukhusläkare – det kommer jag inte ifrån. Det finns mycket i vår vardag som behöver förbättras: alla brister som synliggjorts samband med pandemin, vårdplatsbristen på akutsjukhusen som flera rapporter visar och vårdköerna. Kort sagt frågor som berör oss dagligen. Andra viktiga frågor

för mig är forskning, utbildning och läkarnas värde i samhället, även om det sistnämnda är en fråga som är svår att konkretisera i Sverige.

Ordförandeskapet i Sjukhusläkarna Malmö är ett naturligt steg att ta när man som jag varit engagerad i Sylf under flera år, både som ordförande i Malmö och som ledamot i Sylfs centrala styrelse. Jag satt även i Läkarförbundets centrala styrelse under ett år.

I samband med att jag under en tid tjänstgjorde på Karolinska universitetssjukhuset gjorde jag ett uppehåll i det lokala fackliga arbetet. När jag kom tillbaka till Malmö återupptog jag mitt fackliga arbete, men denna gång i Sjukhusläkarna. Det var dags att lämna över till yngre kollegor i Sylf, lokalt och centralt.

Det är viktigt att komma ihåg att Läkarförbundet är så mycket mer än ett fackförbund. Det är vår professionsförening.

Det handlar om att värna om läkares intressen exempelvis rörande frågor om utbildning och forskning, task-shifting, digitalisering, läkemedel, medicinteknik och ledarskapet inom svensk sjukvård. Den här typen av frågor berör oss alla oavsett yrkesförening.

3 Vad är det bästa respektive sämsta med att vara läkare?

▼ Det bästa är nog möjligheten att lösa ett medicinskt problem. Som läkare behöver man en allmän nyfikenhet att utreda och följa flödet. Att hitta olika lösningar på ett medicinskt problem. Det är det som ger mig glädje i mitt yrke. Det sämsta är att man ibland är maktlös

att förändra. Att läkarna inte befinner sig i första ledet att förändra sjukvården.

4 Vad skulle du göra om du var regionstyrelsens ordförande i ett år?

Åh, jag skulle ändra på mycket. Jag hade strukturerat upp både vården och sjukhusen och uppmuntrat förändring utan att låta de särintressen

som ofta hindrar nödvändiga reformer, påverka processen. I dag finns många onödiga floskler som hindrar utveckling.

Jag hade för det första verkat för mer nationell samordning, för det andra skulle jag ha agerat utförare åt staten helst via ett nationellt uppdrag. För det tredje skulle jag ha tagit reda på de nationella behoven och styrt min region efter det. Vården behöver centraliseras så att vi

klarar av den allmänna akutvården.

5 Har du en oanad talang?

Jag är kvicktänkt och bra på att prata. Jag är även bra på att härma andra, bland annat kan jag få till andra människors dialekter och kroppsspråk.

■■■



”Meningslöst med statliga miljardbidrag till en kravlös dysfunktionell organisation

Text: Emma Wange

Med de resurser och med all utbildad personal vi har är det oacceptabelt att Sverige är bland de sämsta i klassen när det kommer till tillgänglighet och köer.

▼ – Många beslutsfattare i svensk sjukvård har länge försökt hålla frågan vårdplatsbrisen ifrån sig med argument om utbyggd digitalisering och hemsjukvård. Nu går det inte längre. Debatten har hunnit i kapp dem: vårdplatsbristen skapar extrem arbetsbelastning utan att generera någon vård, säger Sjukhusläkarnas ordförande Karin Bätelson.

Sjukhusläkarna har under flera år pekat på att vårdplatsbristen skapar farliga situationer. Det har till och med gått att visa dödsfall på akuten. I dag får många patienter vänta orimligt länge i vårdköer och på många sjukhus larmar personalen om en ohållbar situation.

Sveriges Kommuner och Regioner och regeringen har nyligen slutit fyra överenskommelser om en fortsatt förstärkning av hälso- och sjukvården i Sverige, det handlar om satsningar på en god och nära vård, ökad tillgänglighet, sammanhållen, jämlik och säker vård, samt förlossningsvård och kvinnors hälsa.

De kommer dock inte att leda till en bättre sjukvård på sikt, säger



Karin Bätelson:

”Bara skarpa rättigheter för patienterna kan styra sjukvårdens resurser rätt”

Karin Bätelson som i stället efterlyser reformer.

– Att skicka in ytterligare nära 11 miljarder kronor i en dysfunktionell struktur är meningslöst. Det är dags att vända på perspektivet.

Sjukhusläkarna vill se till att medborgarna får god och effektiv vård med hjälp av en patienträttighets-

lagstiftning värd namnet.

– En skarp rättighetslagstiftning kommer att tvinga sjukvårdens resurser rätt, det vill säga att ha fokus på att underlätta vårdmötet, skala bort onödiga moment, premiera erfarenhet samt kompetens och kreativitet hos medarbetare och chefer. Det är de enda som kan skapa förutsättningar för en effektiv och uppdaterad vård med de resurser vi har, konstaterar Karin Bätelson.

Att detta leder till en bättre hälso- och sjukvård visar de reformer som genomförts i Danmark. Den danska sjukvården hade länge samma problem som den svenska med bristande tillgänglighet och långa vårdköer. Men efter en reform med nationell finansiering av vården och införandet av en stark patienträttighetslagstiftning har man en helt annan vård än i Sverige med vårdgarantier som hålls, betydligt kortare tidsramar och god vårdkvalitet.

– Vi måste sluta med att försöka förbättra vården med fler statsbidrag. De leder till massor av administration – utan krav på faktiskt effekt. Vi behöver gå från meningslöst mätande, möteshysteri, vårdplatsjakt och sjukhussammanslagningar. I stället behöver vi ta patienternas parti och låta sjukvården utvecklas efter de behov och den prioriteringsplattform som vi har fattat beslut om. Även i Sverige måste vi våga tänka nytt,

TX ACADEMY
Facts and Future in Transplantation

TX Academy digitala nyhetsbrev

– av experter för experter

TX Academy är ett kunskapsparaply för sjukvårdspersonal inom transplantationsområdet. Syftet med TX Academy är att göra det enkelt för dig att hålla dig uppdaterad inom din profession. Med hjälp av erkända experter erbjuder vi kongressrapporteringar, vetenskapliga uppdateringar, webbföreläsningar, m.m. och hjälper dig att ha koll på nyhetsläget.

Anmäl dig genom att scanna QR-koden med din mobiltelefon och fyll i registreringsformuläret.



Om du har frågor kring anmälan eller om TX Academy kan du skicka ett mail till info.sverige@sandoz.com.

Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.se

SANDOZ A Novartis Division



Azathioprin 1A Farma

azatioprin (f.d. namn Immunoprin)

är den enda azatioprin-produkten som tillhandahålls i styrkorna 75 mg och 100 mg.

Dessa styrkor gör att dina patienter kan ta färre tabletter för att nå sin dosering (1-4* mg/kg kroppsvikt beroende på indikation).



OBS! Azathioprin 1A Farma 75 mg och 100 mg är inte utbytbara mot andra styrkor av azatioprin. För att patienten ska få styrkorna 75 mg och/eller 100 mg expedierat krävs ett aktivt val vid förskrivning.

*Dosen ska justeras efter kliniskt svar (vilket kanske inte ses förrän efter veckor eller månader) och hematologisk tolerans. När det terapeutiska svaret är uppenbart bör det övervägas att minska underhållsdosen till lägsta möjliga som är förenlig med upprätthållen respons.¹

Ref: 1. SPC för Azathioprin 1A Farma.

Förkortad förskrivningsinformation, för ytterligare information se SPC på www.fass.se.
Azathioprin 1A Farma (azatioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel.
Förpackningar: Filmragerad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F). **Indikationer:** Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azatioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) eller mot något av hjälpämnen, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning), amning (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se Datum för senaste översyn av produktresumén 2021-08-26.

Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.se

SANDOZ A Novartis Division



Utökad subvention och lägre nettopris för Repatha®

Från 1/1 2022

Repatha är nu subventionerat för behandling av patienter med lägre LDL-nivåer och med ett lägre nettopris än tidigare.

- **Repatha® subventioneras för patienter med diagnostiserad aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom** som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på $\geq 2,0$ mmol/l.
- **Subventioneras för patienter med diagnostiserad heterozygot familjär hyperkolesterolemi** som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på $\geq 2,6$ mmol/l.
- **Subventioneras för patienter med diagnostiserad homozygot familjär hyperkolesterolemi.**

Repatha® minskar risken för kardiovaskulära händelser hos patienter med mycket hög risk, såsom patienter med tidigare hjärtinfarkt som står på maximal tolererbar dos statin och ezetimib.^{1,2}

Repatha® (evolokumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom: Repatha® är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigerig av andra riskfaktorer: ■ i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller, ■ ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad. **Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:** Repatha® är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna och hos barn 10 år och äldre med heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som tilläggsbehandling till kostomläggning: ■ i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller, ■ ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad. **Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:** Repatha® är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och barn 10 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen november 2021, se www.fass.se

1. Sabatine MS, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017;376:1713–1722
2. Repatha (evolokumab) produktresumé, november 2021

