

Cancerfondsrapporten 2019

CANCERVÅRD



**CANCER
FONDEN**



Tillsammans kan vi besegra cancer

Cancerfondens vision är att besegra cancer. Målet är att färre ska drabbas och fler överleva. För att nå dit arbetar vi med forskningsfinansiering, kunskapsspridning och påverkansarbete. Cancerfonden får inget statligt stöd utan är helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag.

Forskningsfinansiering

Sedan Cancerfonden grundades 1951 har vi delat ut drygt 10 miljarder kronor till svensk cancerforskning. Under samma period har antalet som överlever cancer mer än fördubblats. Många av de förbättringar vi ser i dag, såsom effektivare diagnostik- och behandlingsmetoder, är resultat av forskning som inleddes för flera decennier sedan. För att våra barn och barnbarn ska få ta del av ytterligare framsteg måste vi som lever i dag se till att forskningen har de resurser som krävs.

Kunskapsspridning

En tredjedel av all cancer skulle kunna förebyggas. En viktig uppgift är därför att informera om

hur var och en, genom goda levnadsvanor, kan minska risken att drabbas. Genom kunskapsspridning vill vi också stärka patienter och närstående. De flesta mår bättre, känner sig tryggare och kan lättare navigera inom sjukvården om de har kunskap om cancer och hur den behandlas.

Påverkansarbete

Varje år får över 60 000 personer i Sverige cancer. För att ge dem bättre villkor – och öka deras chanser att överleva – arbetar vi med påverkansarbete genom lobbying, opinionsbildning och nätverkande. Vi pekar ut brister och behov samt visar på möjliga lösningar, i syfte att bidra till förbättringar inom cancerprevention, cancervård och cancerforskning.

Innehåll

Socioekonomiska skillnader

Sverige är inte ett jämlikt land. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är stor och ökande.

6

VIDGADE HÄLSOKLYFTOR ÖKAR DÖDLIGHETEN

12

SOCIOEKONOMI PÅVERKAR SCREENING

14

OMOTIVERADE SKILLNADER I VÅRDEN

Väntetider

Omotiverat långa väntetider inom cancervården har varit en het och omdiskuterad fråga under många år.

16

LÅNG VÄNTAN PÅ SNABBARE VÅRD

20

VÅRDFÖRLOPPEN KAN GE MER JÄMLIK VÅRD

22

SATSNINGEN BEHÖVER RIGGAS OM

Högspecialiserad vård

Debatten går het om den högspecialiserade vården. Välplanerad och effektiv nivåstrukturering är nödvändig om Sveriges cancerpatienter ska få bästa möjliga vård.

24

LOVVÄRD LAG KÄLLA TILL NYA PROBLEM?

28

NIVÅSTRUKTURERING KRÄVER SVÅRA BESLUT

30

CENTRALISERING ÖKAR ÖVERLEVNADEN

Kompetensförsörjning

För att fortsätta vara i världsklass måste Sveriges cancersjukvård styras av tillgången till nya metoder, inte av begränsningar när det gäller personal och bäddar.

32

ANPASSNING FÖR STÄNDIG UTVECKLING

36

BRA KOMMUNIKATION GER FÖRBÄTTRINGAR

Beslut för en bättre cancervård

38

Referenser

39

Ge cancervården rätt förutsättningar

Foto: Andrea Björnsell



Du håller just nu den första delen av Cancerfondsrapporten 2019 i din hand. I år förnyar vi rapporten, bland annat genom att publicera den i tre delar vid tre olika tillfällen under året. Detta är den första och handlar om viktiga

frågor som påverkar cancervården i dag och i framtiden. Senare i vår kommer del två som tar upp den svenska cancerpreventionen och under hösten kommer del tre som fokuserar på cancerforskning.

Den övergripande inriktningen på svensk cancervård, liksom all sjukvård, bestäms på olika nivåer av våra folkvalda politiker i riksdag, regioner och kommuner.

I snart tio år har ett omfattande förändringsarbete pågått inom cancervården. Basen har varit den nationella cancerstrategi som lades fram i en statlig utredning 2009 och ett år senare konkretiserades genom inrättandet av regionala cancercentrum (RCC). Mycket har förändrats till det bättre. Samtidigt har det under de här åren blivit tydligt vilka grundläggande problem den svenska hälso- och sjukvården dras med och hur mycket arbete som återstår för en jämlik och högkvalitativ cancervård för alla människor i Sverige.

Det är inte så att den medicinska utvecklingen går långsamt. Professionens kunskap, metoder för diagnostik och behandling går stadigt framåt. De tekniska framstegen är i många avseenden häpnadsväckande och inom flera diagnoser ökar överlevnaden tydligt. Ändå upplever både profession och patienter att det skulle kunna vara så mycket bättre.

Ett exempel är de omotiverat långa väntetiderna som drabbar en stor grupp cancerpatienter. RCC har under fyra år utvecklat och introducerat de så kallade standardiserade vårdförloppen som ska minimera onödig väntan och ge patienterna en snabbare resa från välgrundad misstanke om cancer, till påbörjad behandling. Modellen tillämpas sedan många år i exempelvis Danmark med goda resultat. Med några få undantag har det tyvärr, inom svensk sjukvård, varit svårt att få full effekt av projektets goda intentioner. Byråkrati, undermåliga it-system, brist på personal och bristande organisation skapar flaskhalsar som bromsar förbättringsarbetet.

Alla dessa faktorer ligger utanför den medicinska kompetensen inom sjukvården, det vill säga det är problem som inte läkare, sjuksköterskor eller forskare kan åtgärda. Ansvar för sjukvårdens grundorganisation, dess infrastruktur och överbyggnad ligger på annat håll. Ytterst är det politiken som formar och bestämmer över de förutsättningar som sjukvården har att verka utifrån.

I denna rapport pekar vi ut fyra områden som under lång tid verkat som ett sänke för den svenska cancervården: Socioekonomiska skillnader i överlevnad för cancerpatienter, omotiverat långa väntetider inom flera stora diagnoser, kompetensförsörjning och organisation av vårdarbetet samt behovet av att koncentrera behandlingen av flera cancerdiagnoser till färre antal vårdenheter.

Vi granskar också med hjälp av kvalitetsregistren hur väl regionerna lever upp till målnivåerna i vårdprogrammen och därmed till de krav patienterna kan ställa på vården. Fyra diagnoser, prostatacancer, bröstcancer, lungcancer och tjocktarmscancer ingår i granskningen. Jämför man vårdkvaliteten mellan regionerna kan vi konstatera att det ännu finns mycket att göra innan alla patienter får den bästa tillgängliga vården.

Ulrika Årehed Kågström
Generalsekreterare
Cancerfonden



Ytterst är det politiken som formar och bestämmer över de förutsättningar sjukvården har att verka utifrån.

Vidgade hälsoklyftor ökar dödligheten

Sverige är inte ett jämlikt land. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är stora och ökande. Sammanlagt skulle cirka 2900 liv per år räddas om alla patienter inom alla cancerdiagnoser hade lika hög överlevnad som de med eftergymnasial utbildning. Medellivslängden för personer med hög utbildning och inkomst är fem år längre än för dem med låg inkomst och enbart grundskola som högsta utbildningsnivå.

Det är anmärkningsvärda, faktiskt rent stötande, siffror. I ett land som de senaste 70 åren gjort ett stort nummer av att vara rättvist, jämlikt och har en offentligt finansierad hälso- och sjukvård borde inte dessa djupa klyftor finnas. Men de finns, och de vidgas.

En vanlig reaktion när dessa fakta presenteras offentligt är en blandning av förvåning, förnekelse och indignation. Inte minst bland vårdpersonal som känner sig orättvist utpekade. Så låt oss redan nu slå fast att ingen anklagar personalen inom vården för att medvetet diskriminera patienter på grund av socioekonomisk tillhörighet eller av andra skäl. Det finns dock strukturella problem i både det förebyggande hälsoarbetet och i själva vårdmötet som återspeglas i den dystra statistiken.

Komplicerad orsaksbild

Kunskapen om de socioekonomiska hälso- och vårdklyftorna är inte ny. Forskare inom exempelvis sociologi och socialmedicin har i decennier påtalat dessa ojämlikheter med stöd av vetenskapliga studier och otvetydig statistik. Trots förbättrad medicinsk teknologi och kompetens, och trots ökad insikt om värdet av förebyggande hälsoåtgärder, har samhället inte lyckats överbrygga klyftorna mellan de socioekonomiska grupperna. När det talas om att fler och fler överlever cancersjukdom glömmar man att dödligheten faktiskt ökar bland kvinnor med låg utbildning, ett faktum som främst förklaras

med ökningen av lungcancer i denna grupp. När vi gläds åt den ökande medellivslängden i befolkningen, totalt sett, är det sällan någon som tar upp att det skiljer ett halvt decennium i livslängd mellan de socioekonomiska grupperna. Det är många år, och det drabbar en stor del av befolkningen. Var finns rättvisan i det?

Hur kommer det sig att risken att i dö i cancer är större för människor med låg socioekonomisk status jämfört med dem som tillhör mer privilegierade grupper? Varför lever personer med hög inkomst och eftergymnasial utbildning längre än andra?

Det finns inte någon enkel förklaring till de stora skillnaderna i dödlighet mellan de socioekonomiska grupperna. I de studier som gjorts och baserat på dagens kunskap kan man dock se tre huvudsakliga påverkansfaktorer:

- Individuella förutsättningar
- Vårdgivarens agerande
- Styrning av vård och samhälle

Individuella förutsättningar

Det är sedan länge känt att cancerrisken i stor utsträckning påverkas av hur människor lever sina liv. Ett ohälsosamt beteende i form av exempelvis rökning, fysisk inaktivitet, onyttig mat och övervikt, alkoholkonsumtion och oförsiktighet i solen är alla var för sig faktorer som ökar risken för att insjukna i cancer. Det är också väl kartlagt att det individuella beteendet skiljer

Ojämlika levnadsvillkor, exempelvis att det är vanligare med rökning i socioekonomiskt svaga grupper, återspeglas i medellivslängd och dödlighet i cancer.

Det finns strukturella problem i både det förebyggande hälsoarbetet och i själva vårdmötet som återspeglas i den dystra statistiken.



Det finns inte ett universellt bemötande eller en behandling som passar alla. Varje patient borde bedömas utifrån sina individuella förutsättningar.

Alla patienter måste få en individuell bedömning. Alltför ofta generaliserar vårdpersonal, medvetet eller omedvetet, utifrån förutfattade meningar om olika grupper.

sig åt mellan socioekonomiska grupper och att förekomsten av cancer till stor del går att koppla till olika livsstilsfaktorer.

Benägenheten att söka vård och delta i screeningprogram skiljer sig mellan olika grupper. Personer med enbart grundskoleutbildning avstår oftare från att söka vård och det finns indikationer på att personer i lägre socioekonomiska grupper deltar i screening i mindre omfattning. Patienter från högre socioekonomiska grupper följer behandlings- och läkemedelsrekommendationer i större utsträckning än personer från lägre socioekonomiska grupper. Det finns även stöd för att vissa grupper kan ha svårare att förstå och använda information om sin egen hälsa och sjukdom, vilket kan få nega-

tiva konsekvenser vid en pågående behandling.

Förmågan att ställa krav på vårdgivare skiljer sig också mellan olika grupper. Tidigare forskning har visat att personer med högre utbildning generellt sett får mer tid för frågor och önskemål i mötet med vården. Det kan i sin tur bero på att resursstarka personer kan ha lättare att orientera sig i vårdsystemet och argumentera för sin sak. En svensk studie har visat hur vårdpersonal uppfattar patienter med högre utbildning som mer pålästa, mer krävande och ibland svåra att resonera med. Samtidigt anger vårdpersonalen att personer med lägre utbildning ställer färre frågor och uppfattas som mer tillbakadragna och medgörliga än övriga.

Alla ovanstående faktorer har förstås bety-

delse men kan inte ensamma förklara de stora skillnaderna i dödlighet.

Vårdgivarens agerande

Att människor lever sina liv olika är uppenbart. Att vi har olika förutsättningar för att styra våra val och påverka vår livsstil får konsekvenser för hälsan. Men är det rimligt att dessa skillnader följer med oss in på vårdcentraler, läkarmottagningar och kliniker? Man skulle kunna tro att, precis som hälso- och sjukvårdslagen säger, alla människor får en likvärdig behandling i vården, oavsett inkomst, utbildning eller härkomst. Men så verkar det inte vara.

Tidigare studier har visat på flera ojämlikheter som uppstår i själva vårdkedjan, från diagnostisering till behandling och rehabilitering. Skillnaderna som uppstår kan ibland vara motiverade, utifrån att olika individer kan ha olika behov. Men det finns också omotiverade skillnader, som exempelvis beror på att vårdpersonalen bidrar till ojämlikhet i mötet med patienten.

Sannolikheten att få en korrekt cancerdiagnos i ett tidigt tumörstadium varierar mellan olika grupper. En utvärdering genomförd av Socialstyrelsen har lyft fram att personer med kortare utbildning får sämre tillgång till de åtgärder inom diagnostik som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Till exempel får högutbildade män med prostatacancer genomgå skelettundersökning i större utsträckning än lågutbildade. Högutbildade med lungcancer har kortare väntetider från remiss till diagnos. De studier som gjorts visar också att olika demografiska och socioekonomiska grupper erbjuds olika behandling. Socialstyrelsen har exempelvis konstaterat att personer med kortare utbildning generellt sett får sämre tillgång till den behandling som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Anpassning efter individ

Förutom skillnader i diagnostisering och behandling har andra studier även uppmärksammat skillnader i rehabilitering mellan olika grupper. Resultaten indikerar att lågutbildade, män och äldre blev remitterade till rehabilitering i mindre utsträckning än andra.

Den bild som framtonar är med andra ord att personer i grupper med låg social eller socio-

ekonomisk status inte får samma bemötande, utredning och behandling som personer i mer privilegierade grupper.

Det finns inte ett universellt bemötande eller en behandling som passar alla. Varje patient borde bedömas utifrån sina individuella förutsättningar. Problemet är att så inte sker. Istället är risken stor att vårdgivaren generaliserar utifrån förutfattade meningar om olika grupper. I en rapport från Vårdanalys konstateras att personalen inom vården exempelvis använder tidigare erfarenhet om en viss grupp och drar slutsatser som på gruppnivå kan vara legitima men som inte stämmer för den enskilda individen. Detta kan vara en bidragande orsak till att personer i lägre socioekonomiska grupper oftare får en sämre behandling än personer i de högre grupperna.

Ytterligare en faktor är vad som händer när exempelvis en behandling blir uppskjuten, provsvar dröjer eller någon annan oförutsedd orsak stör den planerade vårdprocessen. Välutbildade personer med ett starkt socialt nätverk utnyttjar sina kontakter för att få hjälp med att orientera sig i hur de kan hitta en lösning på det som hänt. Patienter i de lägre socioekonomiska grupperna har oftast inte tillgång till sådana nätverk och blir därmed i högre utsträckning utlämnade till sig själva och tvingas tyst acceptera den uppkomna situationen.

Styrning av vård och samhälle

Hur vårdgivare agerar i olika situationer beror i hög grad på de riktlinjer och strukturer som organiserar sjukvården. Sveriges decentraliserade modell med 21 självständiga regioner är på många sätt en drivbänk för egna idéer, lokala lösningar och traditioner som inte alltid enbart bottnar i evidens och vetenskap, utan även baseras på andra hänsyn som regionalpolitik, arbetsmarknadsfrågor eller personlig prestige. Regionernas självständighet gör det också svårare att implementera gemensamma riktlinjer och förhållningssätt.

Frågan om ojämlikheter i vården, såväl regionala som demografiska, har varit på tapeten i sjukvårdsdebatten det senaste decenniet. En lång rad rapporter och utredningar har skrivits, kommittéer och kommissioner har tillsatts. Myndigheter, ideella organisationer och privata



En utvärdering genomförd av Socialstyrelsen har lyft fram att personer med kortare utbildning får sämre tillgång till de åtgärder inom diagnostik som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

initiativ har analyserat, pekat på konkreta exempel och föreslagit åtgärder.

I alla de rapporter och betänkanden som skrivits finns en röd tråd som säger att ojämlikheter i hälsa är en spegling av de ojämlikheter som finns i samhället i stort och sättet att skapa en mer likvärdig hälsa handlar i första hand om att långsiktigt förbättra levnadsvillkoren för personer i de lägre socioekonomiska grupperna. Och visst är det så. Att minska rökning, alkoholkonsumtion, skräpmatätande, övervikt och fetma samt stillasittande skulle få stora positiva effekter på folkhälsan.

Avsaknad av idéer

Våren 2018 överlämnade den dåvarande regeringen propositionen "God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik" till riksdagen. Propositionens beskrivning av verkligheten bygger till stora delar på de analyser och slutsatser

som gjorts av Kommissionen för jämlik hälsa som arbetat på regeringens uppdrag sedan 2015. Dessvärre saknar propositionen konkreta förslag och idéer om hur trenden med ökande hälsoklyftor ska kunna brytas. De insatser som nämns är till största delen en uppräknig av vad regeringen redan gjort under mandatperioden. Inget nytänkande, inga strukturella grepp. Ironiskt nog kom propositionen om folkhälsopolitiken bara några veckor efter propositionen om en ny tobakslag där regeringen aktivt avstod från att föreslå ett exponeringsförbud av tobak i butiker. En åtgärd som har en bevisat mycket positiv effekt när det gäller att begränsa nyrekryteringen av unga rökare.

Men även om man skulle lyckas förbättra de grundläggande förutsättningarna för en bättre hälsa i hela befolkningen är det ett arbete som i bästa fall ger resultat på lång sikt. Det mer akuta problemet med den stora skillnaden i

cancerdödlighet mellan de socioekonomiska grupperna kräver andra verktyg och handfast styrning av arbetet inom sjukvården.

Vem tar ansvaret?

Kunskapen om exakt vad i vårdkedjan som bidrar till att socioekonomiskt svaga personer har högre dödlighet i cancer måste öka och fördjupas. Kraven på vårdgivarna måste bli tydligare när det gäller alla patienters rätt till ett bemötande och omhändertagande som leder till likvärdiga behandlingsresultat. Det räcker inte med att bara säga att vården ska vara jämlik, det måste också tas fram och implementeras effektiva verktyg som vårdpersonalen kan använda sig av för att säkerställa att den ofta omedvetna särbehandlingen av svagare grupper undviks. Enligt hälso- och sjukvårdslagen sträcker sig vårdens ansvar längre än till att ställa diagnos och utföra

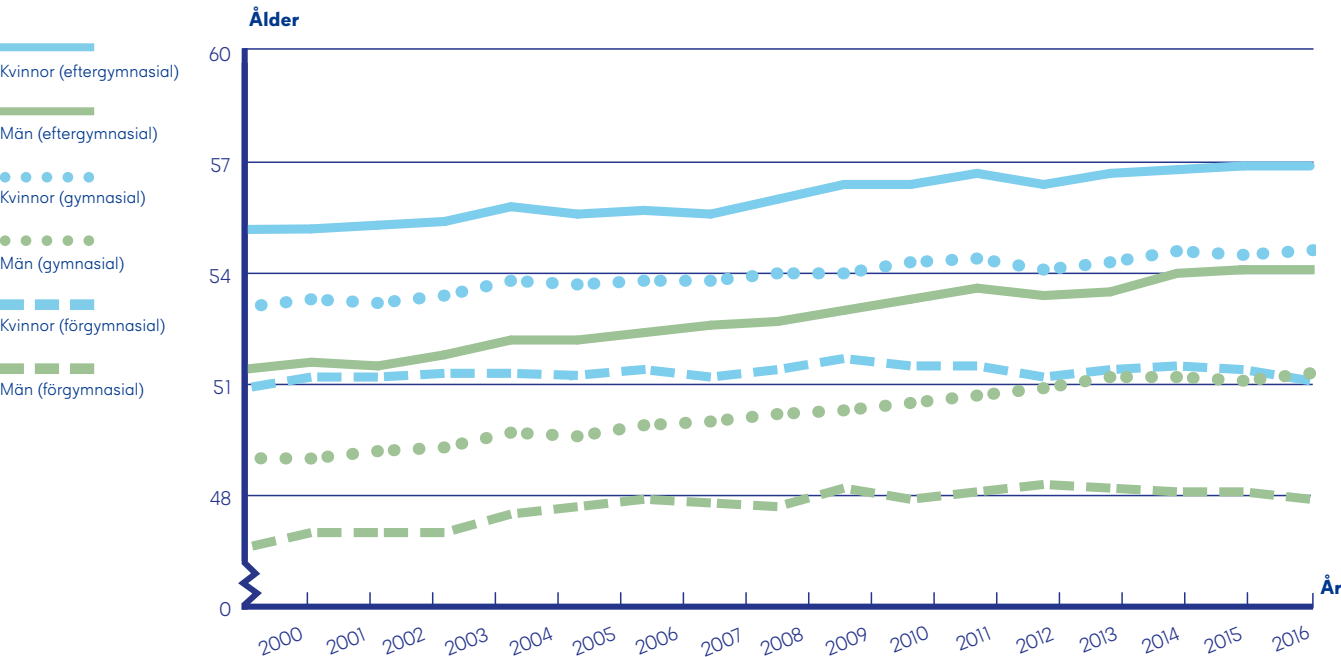
behandlingar. Den omfattar även det hälsoförebyggande arbetet. Om inte vårdgivaren har resurser eller kompetens att ta det ansvaret måste någon annan göra det. I strukturen för det preventiva hälsoarbetet är det mycket otydligt var det övergripande och konkreta ansvaret för folkhälsan ligger.

I den senaste överenskommelsen om den svenska cancervården mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, nämns de socioekonomiska ojämlikheterna överhuvudtaget inte. Om de som styr och skapar incitamenten för vårdgivarna inte prioriterar denna fråga, vem ska då göra det?

Här har politiken ett stort ansvar. Frågan om skillnad i medellivslängd och socioekonomiskt betingad överdödlighet i cancer kan inte sopas under mattan. Det är helt enkelt en alltför stor skamfläck för den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken.

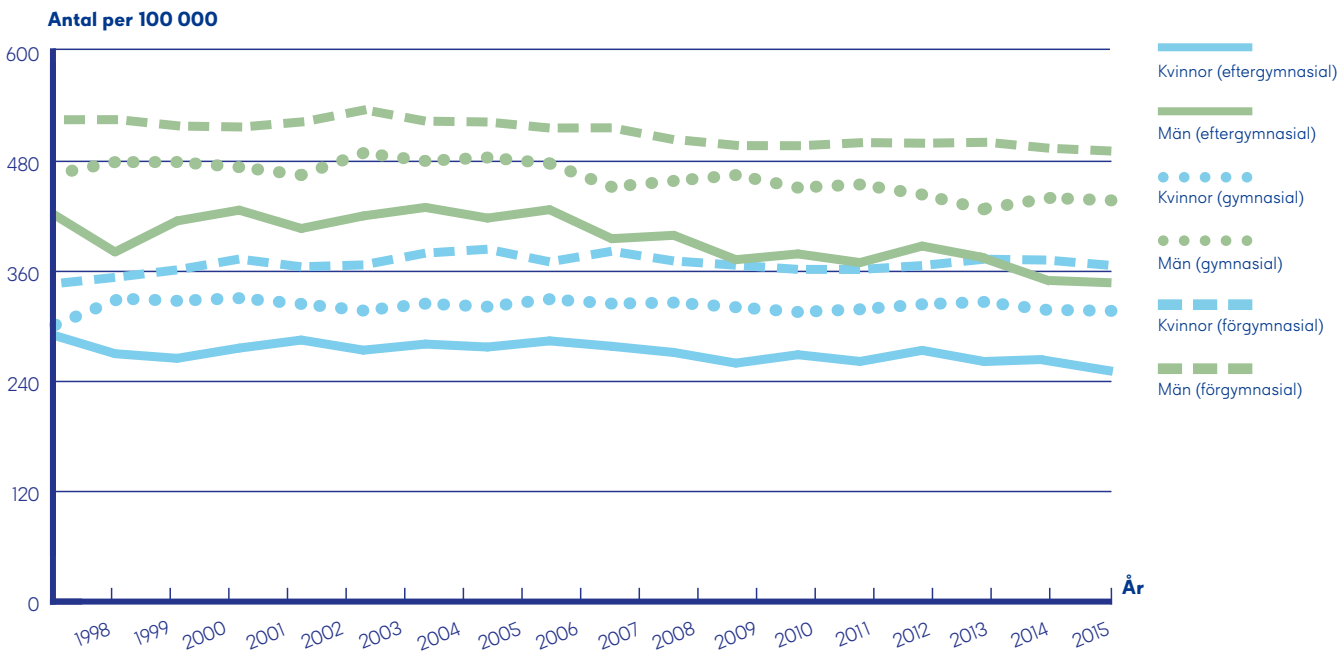
Medellivslängd
1998–2016

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter kön och utbildningsnivå. Endast personer födda i Sverige ingår i statistiken.



Dödlighet – all cancer
1998–2015

Trend över dödlighet i all cancer uppdelad på kön och utbildningsnivå. Åldersstandardiserad enligt befolkningen år 2010.



Socioekonomi påverkar screening

De socioekonomiska skillnaderna inom vården är tydliga på flera plan. Inte minst inom den förebyggande verksamheten. Viljan och möjligheten att exempelvis gå på mammografi eller screening för livmoderhalscancer skiljer sig stort mellan kvinnor i de olika socioekonomiska grupperna.



Björn Strander,
överläkare

Kopplingen mellan att inte delta i screeningprogram och risken att insjukna är tydlig. Närmare två tredjedelar av de kvinnor som insjuknar i livmoderhalscancer har inte deltagit i screeningprogrammet eller bara sporadiskt lämnat cellprov. I stort sett alla dödsfallen drabbar kvinnor som inte fullt ut deltagit i screeningen.

Enligt den officiella statistiken når screeningprogrammet för livmoderhalscancer under en tio-

årsperiod cirka 96 procent av samtliga kvinnor mellan 23 och 60 år. I den siffran ingår dock kvinnor som gått på kontroll bara en eller två gånger under perioden, vilket inte är tillräckligt för att ge ett säkert skydd mot sjukdomen.

Delar man upp deltagandet i de faktiska kontrollintervallerna, tre och fem år beroende på ålder, ser verkligheten annorlunda ut. Enligt den senaste statistiken från 2016 var deltagandet då 82 procent. Det är internationellt sett en hög siffra och en ökning med 3 procentenheter sedan 2006. Men samtidigt avslöjar den att var femte kvinna i Sverige fortfarande inte deltar i screening för livmoderhalscancer med tillräcklig regelbundenhet.

Klasskarta över staden

Björn Strander är överläkare vid Regionalt cancercentrum Väst och ordförande i den nationella gruppen för cervixcancerprevention vid Regionala cancercentrum i samverkan. Han har i 25 år arbetat med livmoderhalscancer-

prevention och sett de tydliga socioekonomiska skillnader som finns.

– Redan 2001 började vi upprätta en databas som bland annat kunde visa hur deltagande i screening skiljde sig åt mellan de olika stadsdelarna i Göteborg. Vi såg att det fanns hisnande skillnader mellan välbärgade och socialt belastade områden. Det blev som en klasskarta över staden, säger han. Det var väldigt tydligt att det krävdes särskilda insatser för att locka fler kvinnor ur de svaga grupperna till provtagningen.

Insikten ledde till ett aktivt förändringsarbete för hur rutinerna i samband med kallelse till screening utformades. Språket i de skriftliga kallelsena anpassades, ambassadörer ur kvinnornas egen kulturella grupp rekryterades för att sprida kunskap om vikten av att testa sig, alla erbjöds ta med en vän till provtagningen, etc.

– Effekten lät inte vänta på sig, säger Björn Strander. Vi har sett en bestående ökning av antalet kvinnor som kommer till mottagningarna. Budskapet har nått fram och fått fäste.

Nationell jämförelse

Nyligen genomförde Björn Strander och hans medarbetare ett forskningsprojekt där man på nationell nivå har jämfört socioekonomisk status mellan kvinnor som deltagit i regelbunden screening med kvinnor som inte gjort det. Studien visar tydligt att faktorer som inkomst, utbildning, arbetslöshet, behov av försörjningsstöd och familjeförhållanden alla påverkar i vilken utsträckning kvinnor deltar i screening eller inte.

I studien har forskarna också tittat på i vilken

Var femte kvinna i Sverige deltar inte på regelbunden basis i screening för livmoderhalscancer.

omfattning härkomst påverkar deltagande i screening. Generellt kan man se att för kvinnor som inte är födda i Sverige är överrisken dubbelt så stor för att utebli från screening jämfört med kvinnor födda i Sverige.

– Men studien visar också att den socioekonomiska statusen är en viktigare faktor än härkomst, även för utrikes födda kvinnor. Jämför man kvinnor i samma socioekonomiska grupper är skillnaderna i deltagande väldigt små. Kultur, språk och födelseort verkar med andra ord vara underordnat utbildning, ställning på arbetsmarknaden och ekonomi, säger Björn Strander.

Förändring är möjlig

Det finns förstås många orsaker till de stora skillnaderna i deltagande i screening mellan de socioekonomiska grupperna. Men en sak som sticker ut i de undersökningar som gjorts är bristen på tillit till de offentliga samhällsinstitutionerna som exempelvis vården.

– För många år sedan gick kvinnor och tog prover utan att egentligen veta varför. Blev man kallad till en undersökning så gick man. Det fanns en grundläggande tillit i den personliga relationen med offentligheten. Den är betydligt svagare i dag, särskilt i de mer utsatta socioekonomiska grupperna, säger Björn Strander.

Samtidigt ökar hälsomedvetandet i de högre

socioekonomiska grupperna och det individuella tänkandet blir starkare. Det bidrar till de ökande klyftorna mellan grupperna som inte varit så stora sedan efterkrigstiden.

– Det är lätt att bli uppgiven i det dagliga arbetet och skylla på samhällsutvecklingen, starka krafter som drar åt fel håll, ökande segregation och så vidare. Men det går inte bara att rycka på axlarna och inte göra något. Det går att förändra saker till det bättre, säger Björn Strander. Man får börja i det lilla och göra så mycket man kan. Med rätt stöd från politiskt håll och från sjukvårdshuvudmännen kan man åstadkomma ganska mycket.

När det gäller ambitionen att locka fler kvinnor ur de svagare socioekonomiska grupperna till livmoderhalscancerscreening handlar det om att skapa kanaler och metoder som verkligen når fram med budskapet.

– Ett jämlikt erbjudande ska inte utformas på samma sätt för alla. Det måste se olika ut beroende på vem man vänder sig till. Det kan handla om olika utbildningsnivå, kulturella skillnader eller rent logistiska förutsättningar för att komma till en provtagning. Vi har visat att det går att förändra verkligheten genom att bland annat engagera tongivande personer i vissa grupper. Men man måste också bygga de rätta systemen för uppföljning och fördjupad kunskap, säger Björn Strander.



Redan 2001 började vi upprätta en databas som bland annat kunde visa hur deltagande i screening skiljde sig åt mellan de olika stadsdelarna i Göteborg. Vi såg att det fanns hisnande skillnader mellan välbärgade och socialt belastade områden. Det blev som en klasskarta över staden.

Björn Strander,
överläkare

Omotiverade skillnader i vården

Välståndet växer. Den medicinska utvecklingen går framåt i snabb takt. Sverige har en offentligt finansierad sjukvård som alla, i teorin, har samma tillgång till. Ändå ökar hälsoklyftorna i samhället. Fenomenet kallas ibland välfärdsparadoxen.



Margareta Kristenson, professor

– Det är utmanande att Sverige, som är ett land med ett välutvecklat välfärdssystem och med offentligt finansierad hälso- och sjukvård, har påtagliga och ökande sociala skillnader i hälsa.

Skillnaderna är substantiella, det skiljer fem år i medellivslängd mellan grupper med högst och lägst utbildning och skillnaderna är systematiska, de återkommer oavsett om man jämför grupper avseende yrke, inkomst eller utbildning, säger

Margareta Kristenson, professor och överläkare i socialmedicin vid Linköpings universitet och Region Östergötland.

Margareta Kristenson är en av Sveriges ledande forskare kring sociala aspekter på vård och omsorg. Hon var också ledamot i Kommissionen för jämlik hälsa som utrett de socioekonomiska skillnaderna i vård och hälsa på uppdrag av regeringen.

– Att leva i en utsatt social situation är förenat med fler riskfaktorer, större sårbarhet för sjukdom och högre sjukdomsförekomst. Insatser för en jämlik vård behöver därför innebära en jämlik hälso- och sjukvård och innefatta både jämlik behandling av sjukdom och förebyggande insatser för patienter och för befolkningen, anpassade efter behov, säger hon.

Men så fungerar det inte i dag, enligt Margareta Kristenson.

– Trots lagens mål om vård på lika villkor ser vi återkommande, omotiverade, skillnader i vårdens tillgänglighet, insatser och resultat.

Medan regionala skillnader i vården vanligtvis har organisatoriska orsaker, kan skillnader mellan socioekonomiska grupper oftare härledas till vad som sker i vårdmötet och i vilken mån det möter olika patienters behov, säger hon.

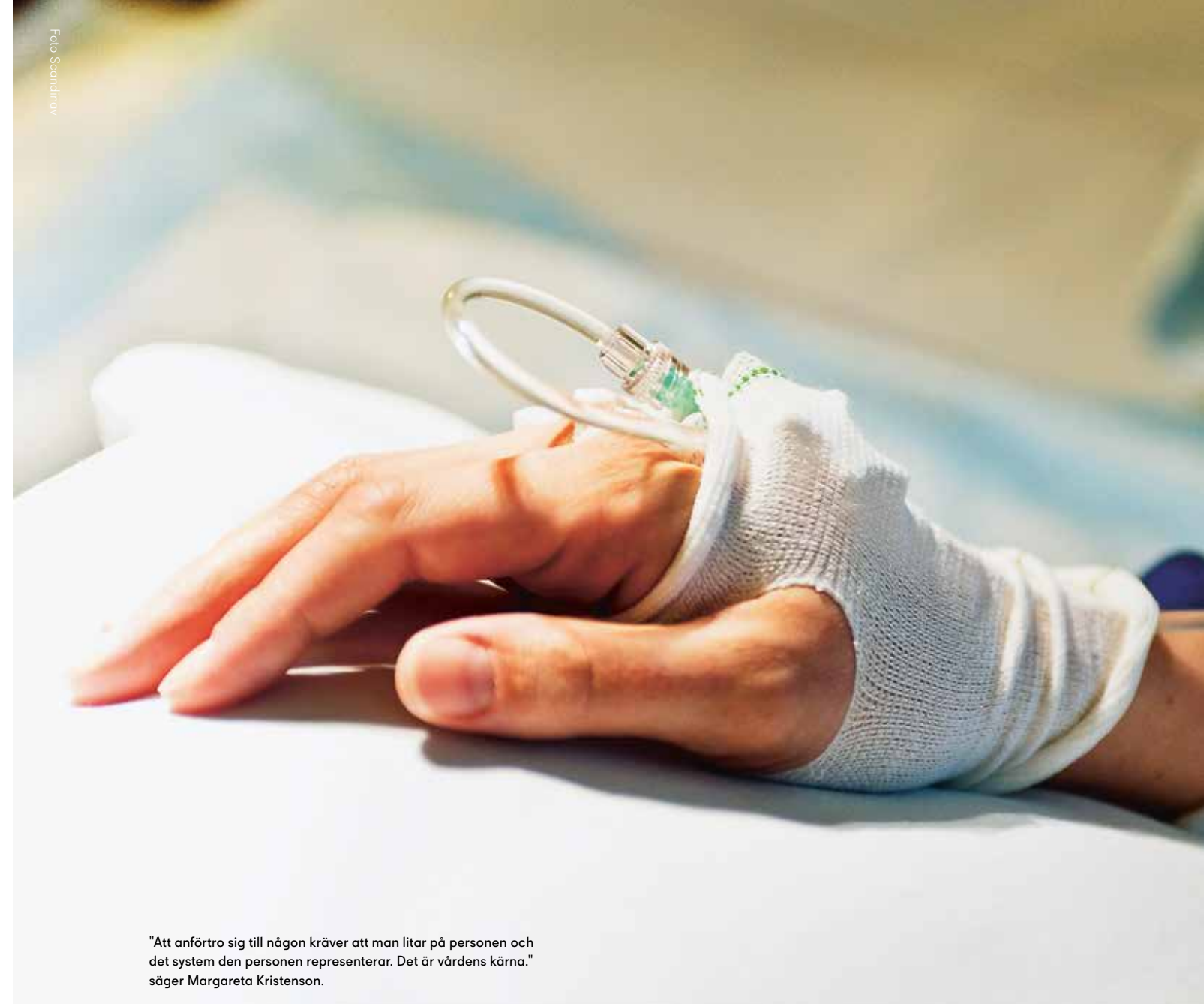
Olika behandling

När Cancerfonden 2018 presenterade en undersökning som visar att människor i de lägre socioekonomiska grupperna i högre grad dör i cancer jämfört med mer välbeställda grupper, uppstod en debatt om i vilken grad detta kan förklaras med olikheter i patientbemötande och behandling i vården. Vissa debattörer menade att vården inte alls gör skillnad på folk och att orsakerna till de ojämlika behandlingsresultaten beror på andra omständigheter.

– Vi vet genom olika forskningsresultat att patienter blir olika behandlade. Jag tror inte någon vårdpersonal medvetet särbehandlar eller diskriminerar patienter på grund av deras socioekonomiska status men hälso- och sjukvården är, liksom det mesta i vårt i samhälle, anpassad efter hur vi förväntar oss att andra människor fungerar. Problemet är att förväntningarna grundar sig på en norm som många gånger inte stämmer med verkligheten, säger Margareta Kristenson. Tyvärr är detta frågor som det sällan pratas om på klinikerna och på de olika läkarutbildningarna i landet berörs det knappast alls.

Bristande tillit

För patienterna riskerar det att innebära en rad olika problem.



"Att anförtro sig till någon kräver att man litar på personen och det system den personen representerar. Det är vårdens kärna," säger Margareta Kristenson.

– Cirka hälften av befolkningen upplever svårigheter att förstå det språk som används inom hälso- och sjukvården. Ett konkret exempel är misstolkningen av vad ett "positivt svar" på ett prov egentligen betyder. Oftast innebär ju ett "positivt provsvar" något negativt, det vill säga att man är sjuk eller riskerar att bli det, men patienten uppfattar det som att allt är i sin ordning. En annan sak är tillgängligheten. En av fem patienter söker inte vård fast de anser att de egentligen behöver det. Ett skäl är geografiska omständigheter men det är också klarlagt att det är betydligt vanligare att personer från svaga socioekonomiskt grupper avstår från att söka vård, säger Margareta Kristenson.

Precis som Björn Strander i artikeln på föregående uppslag varnar Margareta Kristenson för att tilliten till den svenska sjukvården minskar.

– Att anförtro sig till någon kräver att man litar på personen och det system den personen representerar. Det är vårdens kärna. Vi vet att tillit till andra är lägre hos individer med låg socioekonomisk status. Och jag tycker man kan gå så långt som att säga att tilliten till systemet har gått förlorad bland vissa grupper och att det förmodligen är ett av de viktigaste skälen till att hälsoklyftan i Sverige ökar. Vi är helt enkelt inte så bra på att möta patienter utifrån deras olika behov som vi borde vara, säger Margareta Kristenson.



Cirka hälften av befolkningen upplever svårigheter att förstå det språk som används inom hälso- och sjukvården.

Margareta Kristenson, professor

Lång väntan på snabbare vård

Omotiverat långa väntetider inom cancervården har varit en het och omdiskuterad fråga under många år. För vissa diagnoser är tiden mellan diagnos och behandling kritisk för överlevnad och livskvalitet. För alla diagnoser är den psykologiska effekten av onödigt lång väntan förödande för patienter och närstående.

För snart fyra år sedan växte hoppet om att de orimliga väntetiderna i cancervården skulle bli kortare. Regionala cancercentrum (RCC) inledde en satsning på så kallade standardiserade vårdförlopp, efter en modell som i flera år använts framgångsrikt i Danmark, där ledtiderna för diagnos och behandling är tydligt reglerade och målsatta.

För att stimulera regionerna till att förändra sina processer och rutiner har regeringen skjutit till medel, närmare två miljarder kronor under fyra år där 2018 ursprungligen var det sista året. I den budget som presenterades av övergångsregeringen efter valet 2018 föreslogs dock att riksdagen skulle förlänga satsningen med 500 miljoner kronor under 2019.

För att kunna ta del av de statliga pengarna måste regionerna förbinda sig till att genomföra de standardiserade vårdförloppen enligt en noggrant utarbetad metodik och under en viss tidsperiod. I dag omfattas 31 olika cancerdiagnoser inom samtliga 21 regioner av vårdförloppen.

Det är snabbt marscherat och RCC har gjort ett stort jobb som tagit fram vårdförloppen och "sält in" dem hos vårdgivarna på så kort tid.

Osäker statistik

Men hur har det egentligen gått? Har patientens resa genom vårdkedjan blivit smidigare, utan fördröjningar på grund av onödigt byråkratiska rutiner, dålig kontakt mellan kliniker och andra administrativa flaskhalsar? Svaret är att det är svårt att veta säkert. Svårigheterna beror till stor del på sjukvårdens oförmåga att samla

in jämförbara data. Journalsystem som skiljer sig åt mellan regionerna, olika uppfattningar om vilka mätpunkter som är relevanta, och till viss del en ovilja att lösa problemen gör att det går trögt. Både med jämförelser mellan regionerna, och att se utvecklingen av väntetiderna i stort sedan vårdförloppen infördes.

Att det finns brister i uppföljning och utvärdering av en så omfattande – och viktig – förändring inom cancervården är naturligtvis oroande i sig. Det finns en risk att avsaknad av "hårda" data gör att diskussionen om värdet av vårdförloppen och fortsatt finansiering av dem blir grumlig och osaklig.

Men trots osäker statistik står det klart att det går trögt att nå de optimala väntetidsmålen i de standardiserade vårdförloppen. För vissa diagnoser kan man se förbättringar av varierande grad, medan det för andra diagnoser än så länge inte inneburit några skillnader alls.

Verkligheten är i vägen

Märkbart är att väntetiderna för flera av de stora diagnoserna, som tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer påverkats mycket lite, eller inte alls. I Socialstyrelsens utvärdering 2017 av vårdförloppens införande konstateras att en av orsakerna är brist på vissa kompetenser. Det är knappast något som enskilda kliniker kan lastas för utan är missförhållanden som måste åtgärdas högre upp i hierarkin hos sjukvårdshuvudmännen.

Problemet skulle kunna beskrivas med vad som händer när ett, på pappret bra och

Omotiverat långa väntetider på diagnos och behandling kan få allvarliga medicinska konsekvenser och innebär alltid onödig oro för patientet och närstående.

Märkbart är att väntetiderna för flera av de stora diagnoserna, som tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer påverkats mycket lite, eller inte alls.



En positiv effekt av de standardiserade vårdförloppen är att det på flera håll i landet rapporteras om kortare svarstider för vävnadsprov som lämnats till patologer för analys.

genomtänkt system, möter verkligheten i form av en sjukvårdsorganisation med stora interna problem, förändringsovillighet och personalbrist. Men det finns också misstankar om att de statliga medel som regeringen avsatt för regionerna till stor del slukats upp av administrativa förstärkningar istället för att stärka den organisation som ska "göra jobbet" för patienterna.

Goda exempel

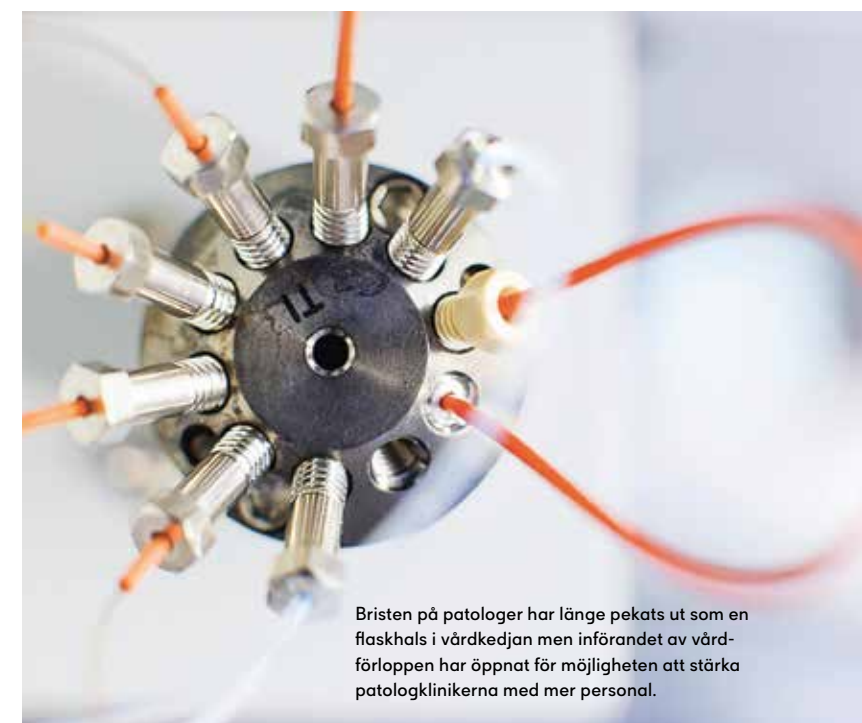
Samtidigt är det flera kliniker runt om i landet som utan extra finansiering eller personal lyckats styra om sina processer på ett sätt som påtagligt förkortat ledtiderna. Varför metoderna som dessa kliniker använt sig av inte appliceras överallt är svårt att förstå. På de kliniker som förbättrat sig med de standardiserade vårdförloppen har det handlat om så enkla saker som att prata ihop sig på kliniken om vad man vill och vilka mål man ska sätta upp. De har också upprättat bra kommunikationer med röntgen, patologer och andra specialiteter som krävs för diagnos och behandling.

En positiv effekt av de standardiserade vårdförloppen är att det på flera håll i landet rapporteras om kortare svarstider för vävnadsprov som lämnats till patologer för analys. Bristen på patologer har länge pekats ut som en flaskhals i vårdkedjan men införandet av vårdförloppen har öppnat för möjligheten att stärka patologiklinikerna med personal och, framför allt, påbörja diskussioner om hur man kan effektivisera sina processer.

En oro som funnits i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen är risken för så kallade undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med andra diagnosgrupper skulle få sämre behandling och drabbas av längre väntetider. Socialstyrelsen konstaterar dock i sin utvärdering från 2017 att medvetenheten om riskerna bidragit till att problemen inte blivit så stora som befarat.

Strukturer måste brytas

Införandet av de standardiserade vårdförloppen har på ett extremt tydligt sätt visat på behovet av ett bredare grepp på sjukvårdens permanenta problem med svag och spretig it-struktur, omoderna arbetsprocesser, ineffektiv nationell styrning och dålig kompetensförsörj-



Bristen på patologer har länge pekats ut som en flaskhals i vårdkedjan men införandet av vårdförloppen har öppnat för möjligheten att stärka patologiklinikerna med mer personal.

ning. Hårda ord, kan tyckas, men allt detta är gamla problem som känns igen från debatten om svensk sjukvård sedan decennier tillbaka. Punktinsatser, som den gamla kömiljarden, de standardiserade vårdförloppen och andra projektliknande åtgärder har gång på gång visat sig otillräckliga så länge de strukturella förutsättningarna inom hälso- och sjukvården inte förändras.

I grunden handlar det om de återkommande svårigheterna med att modernisera och skapa en nationellt jämlik och effektiv sjukvård med 21 självständiga vårdgivare som i varje avgörande förändring har sista ordet och en egen byråkrati. Det är många revir som ska försvaras och bevakas samtidigt som lokala och regionala budgetar riskerar att sätta stopp för satsningar som inte alltid betalar sig på kort sikt.

En politisk diskussion med ett tydligt mål att lösa upp dessa knutar är oundviklig. Annars finns en överhängande risk att de problem som sjukvården står inför i dag kommer att framstå som en svag bris jämfört med de stormar som väntar runt hörnet.

Det finns exempel på kliniker som lyckats korta väntetiderna avsevärt utan extra finansiering eller resurstillskott. Låt dessa utgöra exempel för resten av sjukvården.

Vårdförloppen kan ge mer jämlik vård

De standardiserade vårdförloppen (SVF) utarbetas och introduceras av Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). Sveriges kommuner och landsting (SKL) samordnar regionerna som ansvar för införandet. Vårdgi-varna har olika resurser och prioriteringar vilket leder till att effekten av vårdförloppen kan se olika ut beroende på vilken region man tittar på. Helena Brändström är ansvarig för de standardiserade vårdförloppen på RCC.



Helena
Brändström,
RCC i samverkan

Hur sammanfattar du – på ett övergripande plan SVF så här långt?

– Vi har lyckats att etablera ett nytt arbetssätt i vården som gett cancerpatienter en mer sammanhållen och förutsägbar vårdkedja fram till start av behandling. Cancervården har blivit mer jämlik. Vi har ett gemensamt mål vad gäller väntetiderna men har fortfarande en lång väg att gå innan vi är i mål.

Vilka är de största framgångarna?

– Professionernas engagemang. Det har resulterat i att SVF inte bara har blivit en pappersprodukt utan ett etablerat begrepp i vården. Vi har fått igång ett nytt arbetssätt, och därmed en bättre sammanhållen vård från välgrundad misstanke, vilket många gånger sker i primärvården, fram till start av behandling. Samarbetet mellan olika discipliner har ökat. Vi har enats nationellt om vad som är välgrundad misstanke om cancer, vilka utredningar som ska göras och en målbild för behandlingsstart som är lika för hela landet. Det leder till att vi markant har ökat förutsättningarna för en jämlik vård över hela landet. Ett tecken på framgång är att även andra vårdområden sneglar på vårt arbetssätt.

Vad skulle du säga är de största problemen?

– Det ökade problemet med kompetensbrist i vården. Brist på sjuksköterskor och andra yrkes-

kategorier gör att operationer inte kan utföras i tid. Många regioner har kortat flera ledtider i utredningsprocessen men faller ändå på målnöret när det till exempel inte går att operera som planerat. Uppföljningen av ledtider är det andra mycket svåra problemet. Att alla regioner har olika it-system och att inte systemen pratar med varandra gör det svårt att få till en bra uppföljning. Det är också mycket svårt att få till uppföljning över regionssgränserna.

Vilka lärdomar har ni gjort?

– Jag måste nog säga att vi har gjort mycket rätt redan från början så vi skulle nog ha arbetat på ett likande sätt även om vi fick börja om. Det finns förstås detaljer som man kunde gjort bättre, men mycket är svårt att veta på förhand. Problemen med it-system och uppföljning visste vi ju om. Men det har varit svårare och tar längre tid än vi anat. Om man börjat om hade vi nog försökt lägga ännu mer jobb inom det området redan från start. Men det viktigaste är ändå att få arbetssättet på plats.

Hela satsningen är ett gigantiskt kommunikationsarbete och vi kanske skulle ha satsat ännu mer på att engagera primärvården och privata vårdgivare tidigt. Men det mesta av det arbetet bedrivs regionalt och lokalt. Olika regioner har helt olika förutsättningar vilket gör att det även här är svårt att kunna förutse vilka strategier som fungerar bäst.

Vi har lyckats att etablera ett nytt arbetssätt i vården som gett cancerpatienter en mer sammanhållen och förutsägbar vårdkedja fram till start av behandling. Cancervården har blivit mer jämlik, säger Helena Brändström som leder arbete med införandet av standardiserade vårdförlopp.

Satsningen behöver riggas om

Prostatacancer är den diagnos som varit mest i fokus i debatten om omotiverat långa väntetider i cancervården. Inte inom någon annan diagnos har patienterna tvingats vänta så länge på diagnos och behandling, i vissa fall upp emot sex månader. Frustrationen har varit stor och förväntningarna när de standardiserade vårdförloppen (SVF) infördes var höga.



Calle Waller,
Prostatacancer-
förbundet

Calle Waller har arbetat inom Prostatacancerförbundet i många år och är nu ansvarig för organisationens internationella kontakter och bevakningen av hur vårdförloppen införs.

Hur sammanfattar du – på ett övergripande plan SVF så här långt?

– Initiativet var utmärkt och gav stora förhoppningar, särskilt inom prostatacancer som från början hade flera gånger längre väntetider än någon annan diagnos, 170 da-

gar mot 20-64 för övriga. Ett problem är att det tyvärr investerades i ett helt nytt och dyrt system för att mäta ledtiderna, Signe-databasen, i stället för att använda förekommande register. Det ökade det administrativa trycket på klinikerna. Systemet har också visat sig mycket svårtillgängligt för externa intressenter.

Finns det några framsteg som man särskilt kan peka ut?

– Upplägget var bra när det gäller att reducera helt onödigt tidsspill, alltså sådant som beror på obetänksamhet eller osmidiga övergångar. Däremot minskas inte flaskhalsar med ursprung i resursbrist och ineffektiv organisation, vilket i mycket hög grad gäller prostatacancervården. Smärre framsteg har gjorts i enstaka verksamheter medan väntetiderna i andra fall till och med blivit längre. Ett lysande undantag är urologikliniken i Uddevalla, som genom ett systematiskt arbete lyckats närma

sig det utsatta målet, max 61 dagar, utan att nya resurser tilldelats. Tyvärr har övriga kliniker inte låtit sig inspireras av detta. Det är också oklart om andra väsentliga vårdbehov trängts undan.

Vad skulle du säga är de största utmaningarna?

– Utmaningen att minska tiden från remiss till behandling från 170 dagar till 61, uppfattades redan från början som realistiskt och togs därför inte fullt ut på allvar. Regionen, som tog emot projektmedlen, tycks knappast i något fall ha bistått klinikerna aktivt genom översyn av organisation, resurser, flaskhalsar eller resultat. Inför projektet sades det att stora krav skulle ställas på förändrade arbetssätt inom alla de specialiteter och professioner som är inblandade i prostatacancervården. Detta har hittills inte skett som följd av projektet. Den dåliga uppslutningen och det begränsade genomslaget för vårdförloppen avspeglas också i en omfattande underrapportering till Signedatabasen, vilket omöjliggör tillförlitliga tolkningar av utfallet. Data måste därför hämtas från det nationella prostatacancerregistret, där det tyvärr bekräftas att effekten av vårdförloppen varit mycket begränsad för prostatacancerpatienterna. En negativ konsekvens av projektet är också en avsevärd undanträngning av patienter med andra behov av urologisk vård. Urolog- och onkologiklinikerna har haft ansvaret för flera olika vårdförlopp och prioriterat detta på bekostnad av övrig vård.



Det var olyckligt att välja ett generellt system eftersom förutsättningarna för de olika diagnoserna var så olika.

Vilka lärdomar har ni gjort?

– Det var olyckligt att välja ett generellt system eftersom förutsättningarna för de olika diagnoserna var så olika. Projektpengarna landade i regionerna och användes där fritt utan ingående analys av problemen och behoven inom respektive diagnos. Klinikerna såg inte mycket av pengarna förutom i form av koordinatörer och uppföljningssystem. En nystart borde i väsentligt högre grad leda resurserna till de mest uppenbara behoven.

Hur tror du fortsättningen blir?

– Den största delen av anslaget har gått till ett uppföljningssystem med begränsad användbarhet och till administrativa insatser för bättre koordination av vårdinsatserna. Det är svårt att tro att regionerna, redan tyngda av en administrativ överbyggnad, är villiga att själva bekosta en fortsatt verksamhet med nationell struktur. Frågan om fortsatt finansiering är oklar. Politisk vilja finns dock i båda blocken. Min uppfattning är att projektet under alla omständigheter behöver riggas om och fokus flyttas till att identifiera och åtgärda strukturella problem och andra flaskhalsar.



De standardiserade vårdförloppen var ett utmärkt initiativ men borde genomförts på ett annat sätt. Nu är effekten knappt märkbar.

Calle Waller,
Prostatacancer-
förbundet

Lovvärd lag källa till nya problem?

Debatten går het om den högspecialiserade vården. Välplanerad och effektiv nivåstrukturering är nödvändig om Sveriges cancerpatienter ska få bästa möjliga vård. Sommaren 2018 beslutade riksdagen om en ny lagstiftning som ska förenkla det nationella samarbetet. Men frågan är om lagstiftarna har tänkt färdigt.

I takt med den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården ökar kraven på en effektiv arbetsfördelning. Ju mer ovanlig och/eller avancerad en behandling är, desto viktigare är det att den utförs av ett högt specialiserat vårdteam med rätt sorts resurser till sitt förhållande. Exempel på sådana operationer inom cancerområdet är äggstockscancer, olika typer av hjärntumörer och sarkom. Det finns ett övertygande internationellt forskningsunderlag som visar att centralisering är avgörande för att upprätthålla hög vårdkvalitet och överlevnad, samt minska antalet komplikationer. Inte minst är det viktigt att teamen upprätthåller sina färdigheter genom att ständigt jobba i "skarpt läge". En typisk siffra i kirurgiska sammanhang är cirka 50 operationer per år för att uppnå bästa möjliga resultat, men detta kan variera kraftigt.

När det gäller cancer har regionerna utrett frågor av den här typen sedan 2011 inom de regionala cancercentrumens (RCC) regi. Arbetet har lett till att tio cancerbehandlingar i dag är nationellt koncentrerade. Nivåstrukturering är det begrepp som brukar användas när sådan arbetsfördelning diskuteras. Vem ska utföra vad, och var ska det utföras när det gäller närsjukvård, sjukhusvård respektive högspecialiserad vård?

Viktigt med volym

I april 2014 förordnades professor Måns Rosén av regeringen att utreda dessa frågor mer generellt och lämna förslag "hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration". Resultatet presenterades hösten

2015 i rapporten *Träning ger färdighet*. I kapitel åtta sammanfattas resultatet av studier som underbygger tesen om att det finns ett samband mellan hög volym (det vill säga högt antal operationer per år) och goda resultat. Några exempel från cancerområdet:

- Internationella studier visar en lägre förekomst av inkontinens och impotens efter prostataoperation vid sjukhus och kirurgteam med högre volym. Ett talande faktum är att Martinikliniken i Tyskland, där man gör drygt 2 000 prostatacanceroperationer om året, uppvisar hälften så höga komplikationsfrekvenser som svensk sjukvård.
- Studier kring bröstcancerkirurgi har påvisat signifikant bättre överlevnad om sjukhus och kirurgteam har hög volym.
- En översiktsstudie om urinblåsecancer visade att dödligheten var nästan hälften så hög vid sjukhus med hög volym.

Till detta ska läggas det kanske mest talande nationella exemplet: efter centralisering av den avancerade kirurgin 2011 kunde Västra Götalandsregionen i Sverige påvisa en signifikant förbättrad överlevnad vid äggstockscancer.

Baserat på utredningen utformades en ny lag som började gälla 1 juli 2018. Den ersätter den tidigare rikssjukvården och fastslår en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården utifrån ett nationellt perspektiv. Syftet är

Den tekniska utvecklingen ger nya behandlingsmöjligheter men ställer också krav på en effektivare organisation och bättre it-struktur.

När det gäller cancer har regionerna utrett frågor av den här typen sedan 2011 i de regionala cancercentrumens (RCC) regi. Arbetet har lett till att tio cancerbehandlingar i dag är nationellt koncentrerade.



Nivåstrukturering på nationell nivå påverkar resurshandling på såväl regional nivå som regionssnivå.

att patienter ska få god och jämlik vård oavsett var i Sverige man bor.

I denna beslutsprocess kommer Socialstyrelsen att ha en ledande roll. Via sakkunniggrupper och genom breda remisser ges professionen möjlighet att säga sitt. Enligt den tidplan som lagts fram kommer hela vårdssystemet att ha gått igenom, område för område, till hösten 2022.

Nödvändigt arbete – men många problem

För att hantera dagens och framtidens utmaningar kring högspecialiserad vård är det nödvändigt med en reformering av Sveriges sjukvård – om detta råder bred konsensus. Om processen går att genomföra utan onödiga dröjsmål kan många liv räddas. I grund och botten är det lovvärt att en ny lagstiftning håller på att genomdrivas. Men samtidigt finns det både problem och frågetecken.

Tidsplanen är svår att hålla

Enligt den tidsplan som tagits fram ska hela systemet för högspecialiserad vård genomdrivas på mindre än fem år. Detta omfattar kunskaps-

underlag, beslut och införande för hundratals vårdområden, fördelade på 18 programområden. Visserligen finns sammanställd erfarenhet från RCC-arbetet med nivåstrukturering, men denna går knappast att använda som en karbonkopia för andra diagnosområden. Som jämförelse kan sägas att samordningen av riks-sjukvården hanterade ett femtontal diagnoser under loppet av ett decennium (utgående från proposition 2005/06:73 *Nationell samordning av rikssjukvården*).

Akutsjukvården kan komma i kläm

Förutsättningarna för akutsjukvård, inklusive transporter, kommer att påverkas – inte minst när det gäller mindre kirurgiska kliniker ute i landet.

Ersättningssystemen måste ses över

I propositionen konstateras att det behövs nationella prisöverenskommelser, och att regionerna bör samordna priserna. Detta kan bli en segdragen process.

Omstruktureringen skapar dominoeffekt

När resurser för högspecialiserad vård börjar flyttas runt i Sverige uppstår hål, stockningar och krockar – det gäller personal, lokaler, utrustning och infrastruktur. Då en verksamhet förläggs till ett sjukhus kan det innebära att andra verksamheter måste flyttas. Detta innebär att regionen som tar in en högspecialiserad verksamhet med stor sannolikhet kommer att behöva göra komplicerade rockader. Kort sagt: Nivåstrukturering på nationell nivå påverkar nivåstrukturering och resurshandling på såväl regional nivå som inom varje sjukvårdsregion.

En positiv erfarenhet från RCC:s nivåstruktureringsarbete är att intresset från regionernas sida har varit stort när det gäller att ta hand om olika verksamheter. Men frågan är om det kommer att vara lika populärt att ansöka om verksamheter när ett par hundra har fördelats och dominoeffekterna har stökat om i regionsstrukturerna.

Problematisksymbios

Kirurgi i alla dess former är något som kommer att påverkas starkt av det kommande systemet för högspecialiserad vård. Det gäller inte minst

yrkespersoner och kliniker som är engagerade i två eller fler olika diagnosområden. Deras professionella profil skär alltså på tvären genom de 18 programområden som definierats.

Från professionen framförs nu ett antal farhågor som rör lokalisering, kompetensförsörjning och tillgänglighet. Framför allt är det platser där det bedrivs akut kirurgisk verksamhet som berörs. Enkelt beskrivet handlar det om att mindre kliniker behöver en viss mängd planerade canceroperationer varje år för att kirurgteamen ska upprätthålla sin yrkesskicklighet och ha tillräckligt att göra. Vidare finns en koppling mellan kirurgisk behandling av cancer och vissa godartade men likväl tekniskt mycket komplicerade tillstånd; en uppdelning mellan "benign" respektive "malign" kirurgi är inte alltid ändamålsenlig.

Det här är ett dilemma som kan betraktas ur två motstridiga synvinklar. Som exempel kan man ta bukkirurgi.

- Å ena sidan behövs bukkirurgisk kompetens jämnt utspritt i landet så att liv kan räddas i samband med till exempel olycksfall med stora blödningar i bukområdet.
- Å andra sidan vore det en märklig situation om till exempel patienter med tjock- eller ändtarmscancer inte opereras av landets främsta experter på just denna typ av cancerkirurgi och istället utgör "övningsfall" för lokala bukkirurger med bredare verksamhet.

Det bör understrykas att exemplet ovan är kraftigt förenklat. Det handlar aldrig om att ställa en diagnos mot en annan, utan om att upprätthålla bredd, handlingsfrihet och utvecklingsmöjligheter för den lokala verksamheten.

Här behövs ett nära samarbete mellan politiker, sjukvårdsledning, vårdprofessionella och patientföreningar. Utgångspunkten är att bestämma vilka akutkirurgiska enheter som måste behållas med tanke på patientsäkerhet och jämlik vård. En avgörande faktor är transportmöjligheterna. Utifrån detta fattas sedan beslut om var verksamheten ska bedrivas. Viktigt är att inte stirra sig blind på enskilda kompetenser, till exempel kirurger och narkosläkare – istället måste man se till hela de multidisciplinära teamen som är involverade i vården av patienten.

Varning för konflikter

Hela nivåstruktureringsarbetet är en färd in i det okända. Sannolikt kommer det att visa sig snabbt om planen fram till 2022 kommer att hålla. Att nivåstruktureringen måste äga rum över huvud taget är en direkt följd av att världen förändras och att den medicinska utvecklingen rusar framåt. Eftersom ett sådant arbete är komplext och bygger på en följsam förhållingskultur är det också ömtåligt för konflikter. Dessvärre finns det falanger i Vårdsverige som bestämt sig för att spela ett tuft spel, snarare än att söka kompromisser och samförstånd och att sätta patienternas behov i främsta rummet. Detta speglades bland annat av de uppmärksamade Dokument inifrån-reportagen på SVT under våren 2018. Visserligen gjorde reportagen en viktig genomlysning av brister hos utredningsunderlaget och angelägna strukturproblem, men samtidigt gav de en onödigt konfliktfylld bild av förhållandet mellan länssjukhus och universitetssjukhus.

Det finns ingen anledning att elda på konflikter och motsättningar när tusentals av de mest efterfrågade yrkespersonerna inom olika medicinska områden ska komma överens. I många fall kommer det att uppstå vinnare och förlorare där erfaren personal måste finna sig i att lämna över verksamhet de har bedrivit i årtal till kolleger i andra delar av landet. Detta kommer naturligtvis att skapa spänningar och besvikelser. Men så länge processen skapar bättre vård för patienter måste de professionella kraven stå tillbaka. Det motsatta gäller också: Om resultatet inte blir bättre vård utan bara bättre villkor för professionen, finns det ingen anledning att förändra sådant som fungerar.

Slutligen finns det en viktig komponent som måste få mer uppmärksamhet i debatten: digitaliseringen. Många av de scenarier som står i centrum av nivåstruktureringsarbetet påverkas också starkt av nya digitala tillämpningar. Redan i dag utnyttjas till exempel videoteknik för att låta seniora kirurger på en klinik vägleda mindre erfarna kolleger på en annan klinik. I framtiden kommer system byggda på robotik och artificiell intelligens att spela en allt viktigare roll för högspecialiserad vård. Ju mer förfinad sådan teknik blir, desto mindre spelar det roll var experten befinner sig, rent geografiskt.



Att nivåstruktureringen måste äga rum över huvud taget är en direkt följd av att världen förändras och att den medicinska utvecklingen rusar framåt.

Nivåstrukturering kräver svåra beslut

Bästa möjliga vård för patienter med tarmcancer? Eller tillgång till akutkirurgi i hela landet? Annika Sjövall, tarmkirurg, pekar ut en öppen målkonflikt som kräver eftertanke och modiga beslutsfattare.



Annika Sjövall,
tarmkirurg

– Nivåstruktureringen kommer att göra att vissa akutkirurgiska enheter sannolikt måste stänga. Det är politiskt svårsmält men rätt ur patienternas perspektiv, säger Annika Sjövall, tarmkirurg på Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Det är inte rimligt att patienter med tjocktarmscancer ska betala priset för att akutkirurgiska enheter ska kunna hålla öppet.

Det Annika Sjövall vill lyfta fram i ljuset är ett svårt dilemma. När

det gäller till exempel bukkirurgi är det så att mindre kirurgkliniker ofta behandlar tjock- och ändtarmscancer (kolorektalcancer) för att teamen ska få regelbunden träning och upprätthålla sin yrkesskicklighet. Det är naturligtvis en bra sak att det finns bukkirurgisk kompetens jämnt utspritt i landet eftersom det då finns god beredskap vid till exempel olycksfall med stora inre blödningar. Men å andra sidan uppstår en märklig situation där vissa patienter med tjock- eller ändtarmscancer inte kommer att opereras av landets mest specialiserade team på just denna typ av kirurgi. Vill man uttrycka det drastiskt kan man säga att dessa cancerpatienter utgör övningsfall för lokala kirurger med bredare verksamhet.

Eftertanke krävs

Här står man alltså inför en öppen målkonflikt som kräver noggrann eftertanke och modiga beslut där vårdens maktbärare behöver ta ansvar för en tuff prioritering.

– Politiker och sjukvårdsledningar måste noggrant tänka igenom de här frågorna tillsammans i samråd med professionen, säger Annika Sjövall. De måste avgöra vilka akutkirurgiska enheter som behövs och utifrån det bestämma vilken elektiv (icke-akut) verksamhet som behöver finnas på dessa enheter, akutkirurgi är i sig självt en lågvolymsverksamhet.

Annika Sjövall tror att vissa sjukhus dessvärre får lägga ner sin operativa akutkirurgiska verksamhet:

– Patienter som behöver akutopereras måste då transporteras till en akutkirurgisk enhet.

Det gör att man också måste tänka igenom vilka transportmöjligheter som krävs för det aktuella geografiska området för att minimera transporttiderna. På enheter som bedriver olika typer av verksamhet måste man också tänka igenom vilka kompetenser som krävs – man kan inte bara tänka på en enskild diagnos i taget.

Som kirurg och forskare har Annika Sjövall ägnat sig nästan uteslutande åt tjock- och ändtarmscancer i snart två decennier. I dag är hon processledare för kolorektalcancerprocessen i Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland.

– I vår region har alla enheter som bedriver den här typen av cancerkirurgi en acceptabel volym i dag. Nivåstruktureringen i Stockholm skulle kunna drivas hårdare, men då måste det koordineras med andra delar av vården. Men i övriga landet finns det fortfarande enheter där operationsvolymerna är för låga och där man borde genomföra ytterligare nivåstrukturering.

Rehabilitering viktig

Under sin karriär har Annika Sjövall sett stora

förbättringar när det gäller tarmkirurgi vid cancer. Tjocktarmscancer bedöms inte längre som enkel allmänkirurgi som vilken kirurg som helst kan göra. Nya kombinationsbehandlingar med kirurgi och cytostatika har förbättrat överlevnaden. Inte minst har kirurgen blivit mer exakt, och man har blivit skickligare på att avlägsna tumörvävnaden genom precis dissektion i anatomiska plan, med mindre blödning som följd. Metoder med en mycket liten öppning av

vävnad vid operation och förfinad narkosteknik har också gjort det lättare för patienterna att återhämta sig.

– Nu är det dags att satsa mer på rehabiliteringen. Vi har fokuserat mycket på cancerbehandling och bot men nu måste vi även fokusera på att patienten ska kunna återgå till ett bra liv efter behandlingen. Rehabiliteringen ska starta redan före behandlingen och löpa som en röd tråd genom hela förloppet.

Vid nivåstrukturering är det viktigt att fokusera på de multidisciplinära team som är involverade i vården av patienten, snarare än enskilda yrkesindivider.

Centralisering ökar överlevnaden

Högspecialiserad, koncentrerad behandling av äggstockscancer räddar liv. Det kan Pernilla Dahm-Kähler, gynekologisk tumörkirurg, och hennes kolleger visa med solida data.



Pernilla Dahm-Kähler,
gynekologisk kirurg

– Från 40 till 61 procent – så mycket förbättrades treårsöverlevnaden när avancerade fall av äggstockscancer började opereras centralt i regionen, säger Pernilla Dahm-Kähler, gynekologisk kirurg. Det här resultatet bygger på data som vi samlade in 2008-13 från över 800 patienter. När vi publicerade studien i den internationella tidskriften *Gynecologic Oncology* fick den stor positiv uppmärksamhet.

Pernilla Dahm-Kähler är sedan många år ansvarig för den gynekologiska tumörkirurgin inom Västra Götalandsregionen och även regional processägare för diagnosen äggstockscancer. Enligt henne är det nödvändigt att genomföra den här typen av nivåstrukturer för alla cancerformer som antingen kräver speciellt komplicerad behandling eller där utfallet är klart bättre för patienten – till exempel förbättrad överlevnad eller klart tydlig minskad sjuklighet.

– I vårt fall bygger framgången på ett bra samarbete med klinikerna ute i regionen. Tillsammans identifierar vi de fall där det kan vara värdefullt att genomföra kirurgin centralt på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Det handlar om ett teamarbete där vi i hela regionen är stolta över våra resultat.

Komplex kirurgi

Orsaken till att äggstockscancer är så svår att behandla är att den ofta, till en början, inte ger några större symtom. Istället sprids små celler i hela bukhålan via vätskan på bukhinnans

insida. Tumörcellerna kan fastna på vävnader och organ i hela kroppen. Det kirurgen ser när buken öppnas är ett myller av små knottor (carcinos) som täcker bukhinnan och delar av tarmar och andra organ. Teamets uppgift är att tålmodigt se till att kirurgerna kan avlägsna all synlig tumörvävnad – en process som ofta tar en hel arbetsdag.

– Äggstockscancer är svår och komplex kirurgi som kräver stor erfarenhet och ständig träning, säger Pernilla Dahm-Kähler. Ofta handlar det om multidisciplinärt samarbete där kirurger specialiserade på olika organ hjälps åt.

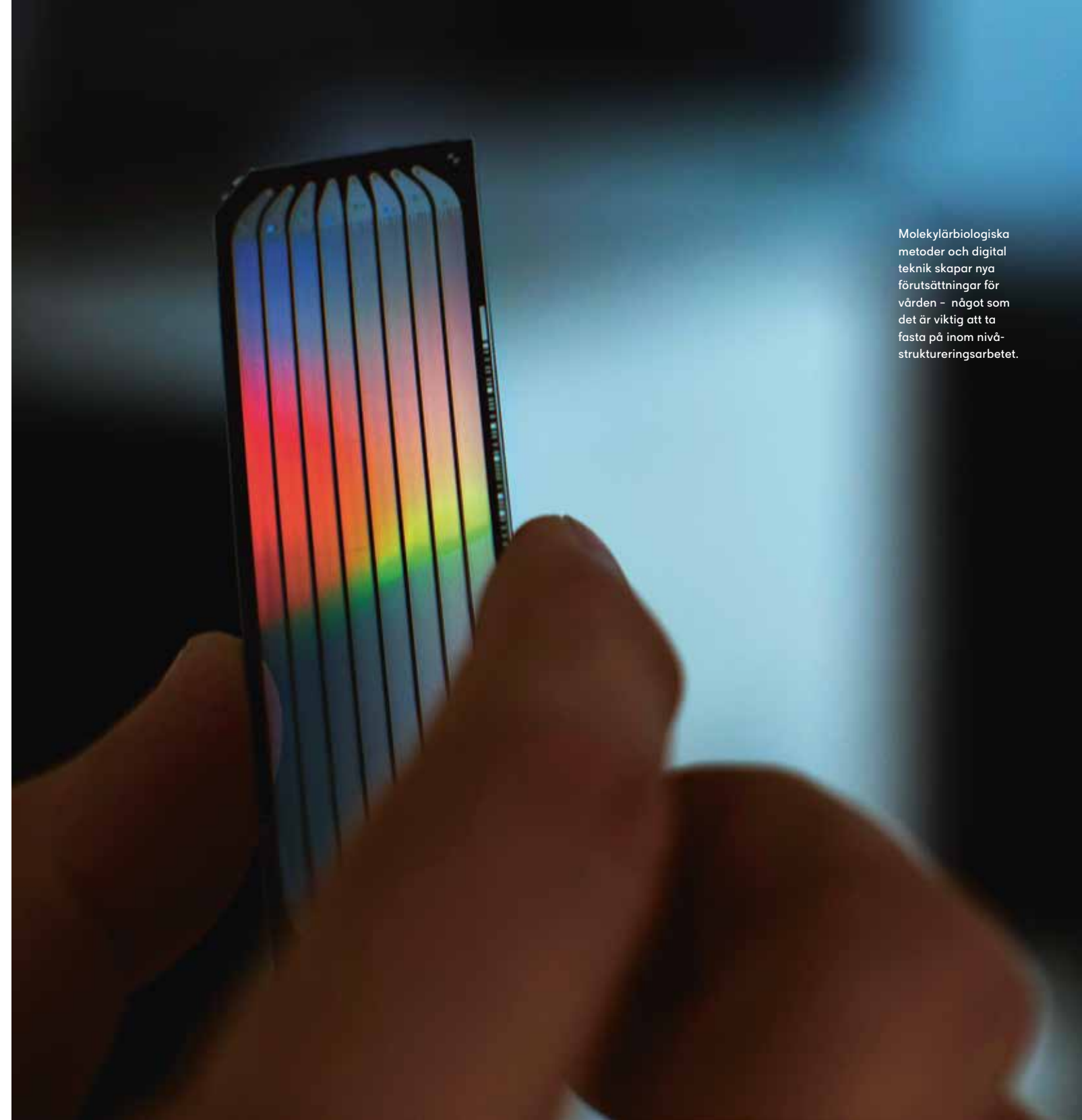
Sex enheter i Sverige

Forskning visade redan på 1970-talet att noggrann och skicklig kirurgi är avgörande för patientens överlevnad. För tjugo år sedan opererades äggstockscancer på drygt trettio kvinnokliniker i landet. I dag handlar det om betydligt färre. Enligt rekommendationen från Europeiska gynekologiska samfundet (ESGO) bör varje enhet omhänderta omkring 100 nya fall per år. I Sverige diagnostiseras cirka 700 kvinnor med äggstocks- eller äggledarcancer per år, varav cirka 400 i ett mer avancerat stadium.

– Efter den senaste expertutredningen, som gjordes 2016, är rekommendationen en nivåstrukturer på regional nivå. Med andra ord anser professionen i dag att svåra fall av äggstockscancer bara bör opereras på sex enheter i Sverige.

Vad kan politiker och sjukvårdsledningar göra för att optimera patientsäkerhet, jämlik vård samt tillgänglighet inom ditt område?

Molekylärbiologiska metoder och digital teknik skapar nya förutsättningar för vården – något som det är viktigt att ta fasta på inom nivåstruktureringsarbetet.



– De måste våga ha tillit till den samlade professionen när de – tillsammans med patientföreningar – rekommenderar centrumbildningar och nivåstrukturer. Men politikerna ska också ställa krav och studera utfallet via

kvalitetsregister och de kvalitetsindikatorer som sätts upp. Det här arbetet bör genomföras utan budgetkamp och revirstrider, i slutändan kommer det att gynna alla inblandade och sannolikt också vara kostnadseffektivt.

Anpassning för ständig utveckling

För att fortsätta vara i världsklass måste Sveriges cancersjukvård styras av tillgången till nya metoder, inte av begränsningar när det gäller personal och bäddar. Hur tar man sig ur de ständiga organisatoriska problemen? Förmodligen inte med mer skattepengar, politisk styrning och nitisk detaljplanering – istället behövs ett mer flexibelt tänkesätt.

I den bästa av världar hade Sveriges cancersjukvård kunnat koncentrera sig på en avgörande uppgift: Att se till att patienterna får tillgång till de modernaste behandlingsmetoderna och de senaste läkemedlen – allt för att uppnå bästa möjliga vårdkvalitet. Men sedan decennier tvingas hela hälso- och sjukvården istället odla tid och resurser på en rad permanenta problem.

Bemanningsproblem

Inom cancervården är personalfrågan ett återkommande bekymmer. Det rådande läget för bemanningen speglas av en enkätundersökning som genomfördes för Cancerfondsrapporten 2017. Den visade att 17 av 18 verksamhetschefer vid onkologiska kliniker saknar den personal de behöver – något som leder till bland annat förseningar, överbeläggning och till och med situationer där liv sätts på spel.

För vissa nyckelkompetenser är läget särskilt sårbart. Slutenvården tampas med ständig brist på cancersjuksköterskor. Ett annat bristyrke är patologer, där den ordinarie bemanningen i Sverige bara är hälften så stor som i jämförbara västländer, räknat per antal invånare. Detta trots att fyra av fem i denna yrkeskår fortsätter att vara aktiva trots att de har passerat pensionsåldern.

Snedfördelning

Sedan decennier dras svensk sjukvård med en problematisk obalans mellan primärvården och den betydligt dyrare sjukhusvården. I takt med att kostnaderna för sjukvård ökar är det

nödvändigt att omfördela resurserna. Ändå utgör kostnaderna för primärvården i dag bara cirka 17 procent av sjukvårdens totala nettokostnader. Skillnaderna inom landet är stora – från cirka 13 procent på Gotland till över 20 procent i Västra Götaland.

Kärnan i cancerbehandlingar är typisk sjukhusvård, men det finns en stor outnyttjad potential när det gäller att utnyttja primärvården bättre i vissa delar av vårdkedjan. Ett exempel är att utveckla primärvårdens möjligheter att upptäcka tumörer tidigt, genom till exempel utbildningsinsatser och samordning med specialistsjukvården. Ett annat exempel är att stärka de rehabiliterande insatserna. Båda dessa åtgärder kan – förutom att begränsa mänskligt lidande – spara mycket pengar.

Fragmentering

Det svenska systemet med 21 regioner ger ett starkt ledarskap nära de medborgare man betjänar. Baksidan av myntet är att strukturen ligger som ett ständigt hinder för samordning och nationella satsningar. Tyvärr finns det en öppen motsättning mellan begreppen "jämlik vård i Sverige" å ena sidan och "decentraliserat självstyre" å andra sidan.

Ett flagrant exempel är landets journalsystem där bristen på samordning har lett till en hopplös röra av föråldrade och inkompatibla system. Bristen på överblick och användarvänlighet är inte bara ett administrativt problem – det är ett ständigt hot mot patientsäkerheten. Nu behövs journalsystem med automatisk, validerad över-

Personalfrågan är ett återkommande bekymmer i cancervården. Inom flera nyckelgrupper råder brist.

För vissa nyckelkompetenser är läget särskilt sårbart. Slutenvården tampas med ständig brist på cancersjuksköterskor.

föring av relevanta data till alla kvalitets- och övriga register, så att inte dyrbar tid tas från patientnära arbete till detta manuella, tidsödande handarbete.

Inom cancervården är det kanske tydligaste jämlikhetsproblemet införandet av nya läkemedel. Det kan ta tre till fem år innan alla Sveriges onkologiska kliniker har uppnått samma policy för användningen. På det här sättet krackelerar grunden för en jämlik tillgång av cancerläkemedel.

Dessa problem – plus många andra – gör att hälso- och sjukvården ibland har svårt att hänga med i den medicinska utvecklingen som rusar framåt som ett expresståg. Den här kontrasten syns särskilt tydligt inom cancervården eftersom den är komplex, resurskrävande och intensivt beforskad av både akademi och industri. Å ena sidan bjuder medieflödet på ständiga

anekdoter om köer, kaos och felbehandlingar. Å andra sidan görs stora framsteg inom cell- och molekylärbiologi, samtidigt som det ena cancerläkemedlet efter det andra genomgår klinisk prövning. Vidare ändrar teknisk innovation spelreglerna för kirurgi och strålbehandling och digitaliseringen erbjuder hisnande möjligheter. Resultatet blir att skillnaden mellan verklighet och visioner blir allt större, år från år.

Lösningar missar grundproblemet

Att tackla hälso- och sjukvårdens permanenta problem, samtidigt som man anpassar sig för framtidens förändringstempo, är en grannliga uppgift. I ett sådant läge finns det tre standardmässiga sätt att visa politisk beslutskraft. Det första är att gå till ideologisk attack mot motståndarsidan. Det andra är att beställa nya utredningar på sådant som är ganska väl utrett. Det tredje är att hålla fram en påse pengar och säga att man ska hålla dem på problemet.

Men sådana initiativ löser inte grundproblemen. Istället gäller det att rikta fokus mot resultatet – en god hälsa för befolkningen – och betrakta allting annat som underordnat. Målet måste vara ett följsamt system där vårdpersonal, i samarbete med patienter och närstående, styr prioriteringarna, snarare än administratörer. Incitament och strukturer ska vara sådana att patienternas behov står i centrum. It spelar en nyckelroll, men bara så länge den är utformad med användarvänlighet och samordning i fokus. Data ska samlas in kontinuerligt för att avläsa verkligheten och ge nya lärdomar – som kanske inte alltid är bekväma.

Värdefull inspiration kan fås från industrin, där många företag har börjat tänka i nya banor och ändrar sina arbetsprocesser i grunden – allt för att hantera en omvärld där ”det enda konstanta är förändring”. Man undviker långsiktig detaljplanering, rensar ut improduktiva chefsroller, ökar tilliten till sin personal och försöker lägga besluten långt ut i organisationen. Personalen uppmuntras att utöka sina kunskaper och färdigheter varje dag, istället för att skickas på vidareutbildning vartannat år. Ny metodik implementeras löpande, snarare än sprängvis. Produktion delas inte upp i faser – istället försöker man väva ihop produktion, kvalitetskontroll och logistik i ett enda flöde.

Inom cancervården är det kanske tydligaste jämlikhetsproblemet införandet av nya läkemedel. Det kan ta tre till fem år innan alla Sveriges onkologiska kliniker har uppnått samma policy för användningen.



En lärande organisation

Det som måste bekämpas överallt är överplanering, rigiditet och stillastående. Istället för att öka komplexiteten måste man söka smarta, enkla lösningar genom strukturerade experiment i vardagen. Ett pedagogiskt exempel är att se på sättet på vilket beslutande organ arbetar. I dag präglas den offentliga sektorn fortfarande av att man måste invänta förplanerade datum för beslutsmöten. I en framtidsanpassad organisation vänder man på steken och kallar till sammanträde när ett viktigt beslut behöver tas. Andra exempel är att ha buffertkapacitet när det gäller beläggningen, eller att införa flexibel schemaläggning för patientbesök – allt för att fördela resurserna effektivare utifrån toppar och dalar när det gäller efterfrågan. Ny kunskap ska ständigt tillföras personalens beslutsstöd utan fördröjning.

Ett stående motto i Cancerfondsrapporten har varit ”från vårdfabrik till kunskapsorganisation”. Och det är precis vad det handlar om: Att skapa en cancervård med största möjliga följsamhet när det gäller behandling, processer och kompetensförsörjning.

Detta arbete kan ske i samklang med de tre utvecklingsområdena i utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2): *IT-stöd och processer*, *Smartare användning av medarbetares kompetens*

och *Planering av långsiktig kompetensförsörjning*. En annan viktig framtidsanpassning inom cancerområdet är att se till att verksamheterna vid landets universitetssjukhus ackrediteras av OEIC (Organisation of European Cancer Institutes) – ett par på nivån *Comprehensive Cancer Center* och resten på nivån *Clinical Cancer Center*.

Det är också tid att se över Hälso- och sjukvårdslagen så att den får tydligare skrivningar om att Sveriges sjukvård ska utgå från forskningsfronten när man definierar vad medborgarna har rätt att kräva, och inte bara ställa vaga krav av typen ”god kvalitet med en god hygienisk standard”.

Därutöver bör nuvarande sjukvårdsorganisation med dubbelt huvudmannaskap (staten som ansvarig för forskning och utbildning, regionerna för vårdproduktion och kompetensförsörjning) diskuteras i grunden. Inte minst gäller detta universitetssjukvårdens framtida möjligheter att utvecklas och omsätta nya forskningsrön i praktiken samt att underlätta naturliga samarbeten mellan klinik och grundforskning.

Allt kräver ett samarbete på nationell nivå som tvingar fram den obekväma frågan: kan detta genomföras samtidigt som Sverige har 21 självstyrande regioner?

Sjukvården skulle tjäna på en mer flexibel organisation som söker sig bort från komplexa strukturer och överplanering och istället försöker hitta så enkla och smarta lösningar som möjligt.

Bra kommunikation ger förbättringar

Större flexibilitet, bättre kommunikation och mer digital teknik – det är lösningen på vårdens problem, snarare än ännu mer pengar. Det tror i alla fall Hans Winberg, organisationsteoretiker.



Hans Winberg,
organisations-
teoretiker

– Svensk sjukvårds två största problem är för mycket resurser och för bra resultat.

Så lød Hans Winbergs oväntade svar när en journalist, för ett antal år sedan, prompt ville att han skulle sammanfatta sjukvårdens problem i två punkter. Som generalsekreterare för den akademiska tankesmedjan Leading Health Care ruskar han gärna om människors fasta föreställningar.

Det Hans Winberg ville peka ut med sitt svar är att debatten och styrningen av den svenska hälso- och sjukvården har kommit att präglas av två fenomen. Det ena är en övertro på att större resurser kan lösa alla problem. Att så inte är fallet kan exemplifieras med att Sverige ligger nära världstoppen när det gäller läkartätheten, samtidigt som man har problem med vårdköer. Fokus borde snarare ligga på att se till att resurserna utnyttjas där de bäst behövs. Det andra är en ovilja till förändring som drabbar alla system som det har gått bra för under en längre tid.

– Mätningar på populationsnivå visar att vi ligger bra till i internationella jämförelser. Sverige tillhör en grupp nationer som kämpar med varann om att vara bäst i världen på att bota sjukdomar och undvika onödig död. Problemet är bara att eftersom vi har haft bra resultat så tvekar vi också att förändra saker.

Enkla lösningar bäst

Hans Winberg är övertygad om att enkla, flexibla lösningar kan vara mördande effektiva för

att ändra ett tungrott, överadministrerat system.

– Låt mig ta ett exempel där man sökte en idé för att förbättra diabetessjukvården. Ett dyrt och komplicerat förslag var att flytta ut fler specialister till primärvården. Ett annat, mycket billigare förslag var att utnyttja den bemannade telefonväxel som redan fanns på endokrinologien och som fick ganska lite samtal. Genom att helt enkelt sprida numret i primärvården kunde man ge allmänläkarna möjlighet att ringa upp under pågående patientbesök för att få hjälp av en diabetesspecialist.

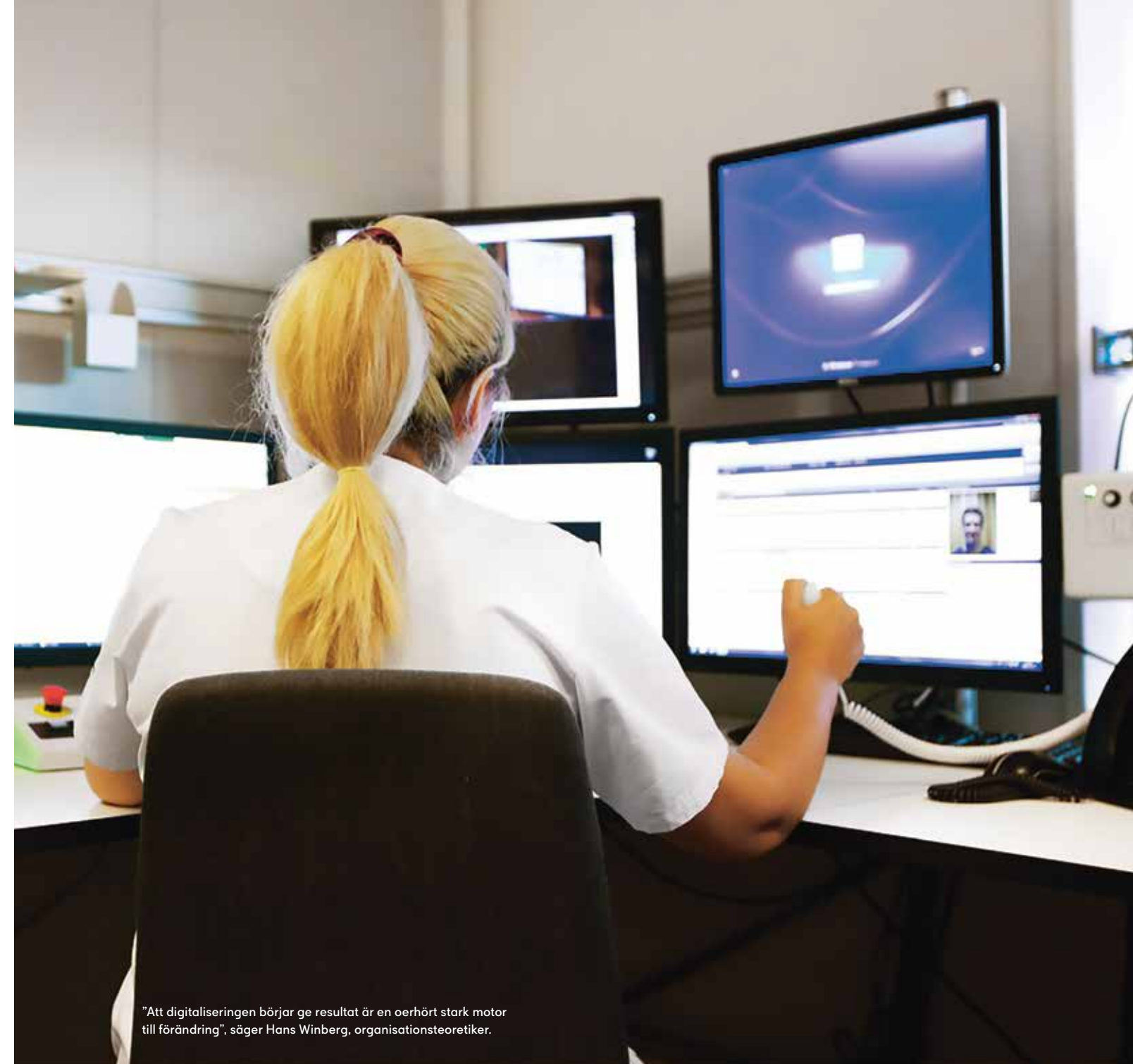
Förstå kraften

Just kommunikation spelar en nyckelroll i en effektiv sjukvård – och här är de enkla lösningarna ofta de bästa.

– När en allmänläkare kontakter en specialist via remiss kan det lätt leda till ett tiotal stumma brevkontakter, där patienten måste vänta i veckor – kanske månader. I många fall hade en sådan kommunikationsprocess kunna ersättas av ett enkelt telefonsamtal. Här har vi ett stort effektivitetsläckage och istället för att bara prata med varann på enklaste sätt bygger man upp stora administrativa apparater. Resultatet blir inte bara att det går långsammare – det ger också lägre kvalitet på vården.

Hans Winberg tror att många problem kommer att lösas av digitaliseringen. Men då gäller det att man förstår dess kraft och hur den ska tåmjäs.

– Digitaliseringen är en omvälvande teknologi som omvandlar vårt samhälle i grunden och snabbt gör tidigare lösningar otidsenliga och oanvändbara. Detta att den börjar ge resultat är



"Att digitaliseringen börjar ge resultat är en oerhört stark motor till förändring", säger Hans Winberg, organisationsteoretiker.

en oerhört stark motor till förändring. Desto fler genombrott, desto mer uppenbart blir det att saker och ting kan göras på andra sätt och att utfallet blir bättre. Tekniken är också en drivkraft bakom alltmer skräddarsydda behandlingar inom exempelvis cancerområdet.

Det Hans Winberg kan vara bekymrad för är hur man skapar ett system som kan erbjuda jämlik vård till alla. De så kallade nätläkarna har till

exempel visat hur snabbt det kan gå när en bra lösning som erbjuder patienterna snabbare hjälp kan skapa villervalla i den befintliga strukturen.

– Alla aktörer måste inse att en stor transformation håller på att ske, vi rör oss från ett gammalt läge till ett nytt läge och det måste alla förhålla sig till. Det kommer inte bara innebära en förskjutning av resurser, utan även en förskjutning av makten.

Beslut för en bättre cancervård

- det här kan du som politiker göra:

Sätt mål, mät och följ upp Påtala behovet av att synliggöra hur jämlik eller ojämlik vården i din region är. Cancerfonden anser att alla regioner senast 2020 ska ha upprättat mätbara mål för arbetet för en jämlik cancervård, och att dessa ska följas upp kontinuerligt. Efterfråga hur vården arbetar med frågan och vad de behöver för att kunna säkra att mötet med patienterna inte påverkas av exempelvis kön, etnicitet, sexuell läggning eller socioekonomiska förhållanden.

Säkerställ att vården har verktyg för att bedriva jämlik vård Du som beslutar i frågor som rör budget och prioriteringar har möjlighet att säkerställa att utrymme ges för personalen att aktivt arbeta för att patienter och deras närstående bemöts utifrån varje individs särskilda förutsättningar. Det kan exempelvis handla om att utbilda vårdpersonal i kommunikation så att hen tar till sig information eller att aktivt arbeta med att uppmärksamma oönskade och omedvetna beteenden hos personalen.

Utgå från personen Ta initiativ till att möjliggöra ett arbete för att ändra förhållnings- och arbetssätt, där patienten som person ställs i centrum och vårdkedjan anpassas utifrån detta. Arbeta aktivt för att stärka utsatta personers relation till vården. Erbjud exempelvis personligt stöd eller arbeta med lättillgänglig information om vad patienterna kan förvänta sig av vården. Följ upp om information, vårdmöten och stöd verkligen utformas efter patienternas, och i synnerhet utsatta personers, behov.

KORTA VÄNTETIDERNA

Efterfråga kontinuerlig uppföljning Säkerställ att ni som beslutsfattare informeras kontinuerligt om utvecklingen av väntetider inom cancervården i er region. Det ger möjlighet att snabbt kunna fånga upp en eventuellt önskad utveckling.

Säkra tid för kvalitetsutveckling Om införandet av standardiserade vårdförlopp ska kunna ge ett positivt resultat måste det finnas utrymme att skapa nya arbetssätt och nya rutiner men också för att utvärdera dessa med jämna mellanrum. Därför måste det finnas ett kontinuerligt arbete kring kvalitetsutveckling, främst i det patientnära arbetet.

Synliggör flaskhalsarna Kartlägg de flaskhalsar som försvårar och försenar arbetet med standardiserade vårdförlopp. Säkerställ att kartläggningen får de resurser som krävs. Säkerställ att arbetet med att implementera standardiserade vårdförlopp (SVF) och korta väntetiderna får det stöd och de resurser som behövs.

Koordinatorfunktionen bör hanteras av administrativ personal Säkerställ att koordinatorfunktionen inom (SVF) ges bästa möjliga förutsättningar. Erfarenheten från det pågående arbetet visar att flödet fungerat bättre när en administrativ person fått ansvaret istället för att uppgiften lagts till som ytterligare en arbetsuppgift för kontaktsjuksköterskorna.

Mät samma saker och jämför er med andra Arbeta aktivt med att införa moderna journalsystem som underlättar administrationen. Som region vinner ni på att jämföra er med andra och analysera vad de som eventuellt lyckas bättre än ni gör. Se till att vårdgivare kan leverera rätt mätpunkter.

SAMLA HÖGSPECIALISERAD VÅRD

Säkra en bred och saklig dialog Patienternas perspektiv är centralt – beslut måste förankras såväl i profession som med patienter. Alla aspekter måste tas med vid beslut för att kunna avgöra vad som i slutändan gynnar patienterna bäst, både gällande akut och planerad vård.

SATSA PÅ PERSONALEN

Kartlägg dagens och morgondagens behov Säkerställ att regionen har en aktuell kompetensförsörjningsplan för planering och rekrytering. Sätt mål för antalet personal som ska vara under utbildning. Genom att dagsläge och mål finns kartlagda blir också behoven av åtgärder och insatser tydliga.

Skapa attraktiva arbetsplatser Fokusera på att bygga en miljö där personalen trivs, utvecklas och vill stanna länge. Det kan handla om kompetensutveckling, arbetstider och möjlighet att forska. Ta tillvara lärdomarna och utveckla den kompetens som finns.

Fördela arbetsuppgifter optimalt Arbeta aktivt för att uppgifter hanteras av person med lämpligast kompetens. Som politiker med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor bör du ställa frågor om hur man inom regionen arbetar med task-shifting.

Betala utbildningstid Säkerställ att din region erbjuder betald utbildningstid för sjuksköterskor som genomgår specialistutbildning. De ska också garanteras mer kvalificerade arbetsuppgifter och löneförhöjning efter avslutad vidareutbildning.

Høj ambitionen för digitalisering Gör en gemensam ambitionshöjning och genomför omgående de prioriteringar och investeringar som krävs för en effektiv digitalisering av vården. Forskning och marknad levererar innovationer och nya lösningar i ett rasande tempo. Ni måste ge vården förutsättningar för att anamma helt nya sätt att förhålla sig till ny och modern teknik.

Lyft blicken utanför regionsgränsen Säkerställ att regionen aktivt deltar i nationella arbetsgrupper och nätverk för kompetensförsörjning. I den här frågan handlar det om att göra mycket och att göra det samtidigt. Lär av varandras erfarenheter.

Socioekonomiska skillnader 6–15

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- Cancerfondsrapporten 2018
- Livslängden i Sverige 2011-2015, Statistiska Centralbyrån
- God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik, Regeringens proposition 2017/18:249
- Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa, Margareta Kristenson, Underlagsrapport nr 8 till Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:2
- Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47
- Cancer i Sverige, Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning, Socialstyrelsen, 2011
- Cancer survival and social class in Sweden, Denny Vågerö och Gunnar Persson, Journal of Epidemiology and Community Health, 1987

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Björn Strander, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Margareta Kristenson, Linköpings universitet
Denny Vågerö, Stockholms universitet

Högspecialiserad vård 16–23

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- cancercentrum.se
- dagensmedicin.se
- SVT: Den stora sjukhusstriden (Dokument inifrån)
- Träning ger färdighet (SOU 2015:98)
- regeringen.se

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Pernilla Dahm-Kähler, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Gunilla Gunnarsson, SKL
Beatrice Melin, SKL/RCC i samverkan
Måns Rosén, Karolinska institutet
Barbro Sjölander, Nätverket mot gynekologisk cancer
Annika Sjövall, Karolinska universitetssjukhuset

Väntetider 24–31

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- Standardiserade vårdförlopp I cancervården, Socialstyrelsen, lägesrapport 2017
- Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården, protokoll, Regeringskansliet 2018
- Kortare väntetider i cancervården, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
- Resultat och statistik för standardiserade vårdförlopp (SVF), cancercentrum.se, 2018

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Helena Brändström, Regionala cancercentrum
Calle Waller, Prostatcancerförbundet
Susanne Dierhoff Day, Bröstcancerförbundet

Kompetensförsörjning 32–37

ARTIKLAR, RAPPORTER, WEBBPLATSER MED MERA

- agilemanifesto.org
- cancercentrum.se
- dagensmedicin.se
- Effektiv vård (SOU 2016:2)
- iffs.se
- life-time.se
- ehalsomyndigheten.se
- leadinghealthcare.se
- Martin Vendel: The Impact of Technology, Coursera/EIT Digital
- oeci.eu
- regeringen.se
- socialstyrelsen.se

INTERVJUER OCH MEJLKORRESPONDENS

Mats Ehinger, Skånes universitetssjukhus
Anders Ekholm, Institutet för framtidsstudier
Mef Nilbert, Kræftens bekæmpelse
Ulrik Ringborg, Karolinska institutet
Hans Winberg, Leading Health Care
Nils Wilking, Aleris



CANCERFONDEN

Cancerfondens vision är att besegra cancer. Genom att finansiera den främsta forskningen, sprida kunskap om cancer och påverka beslutsfattare i viktiga frågor, arbetar vi för att färre ska drabbas och fler ska överleva cancer. Cancerfonden är en fristående, ideell organisation utan statligt stöd. Vårt arbete är helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag. Vi är en av de största finansiärerna av svensk cancerforskning. Sedan 1951 har vi delat ut drygt 10 miljarder kronor till de främsta forskningsprojekten i Sverige. Överlevnaden i cancer har mer än fördubblats under samma tid. Tack vare forskningens framsteg överlever i dag två av tre som får cancer. Vi har kommit långt, men vi är inte framme än.