The background of the entire page is a microscopic image showing various biological structures, likely cells or tissues, rendered in shades of blue and teal. A prominent yellow rectangular box is positioned in the upper left quadrant, containing the title text. The text is in a clean, white, sans-serif font.

Hur påverkar
covid-19
cancervården i
Sverige

The EY logo consists of the letters 'EY' in a bold, white, sans-serif font. Above the 'Y' is a yellow chevron shape pointing to the right.

EY

Building a better
working world

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Om denna rapport	1
Sammanfattning av resultat.....	1
Nuläget	1
Förändringar i cancervården för patienten.....	1
Upptäckten av cancer riskerar att försenas.....	1
Färre cancerutredningar genomförs	3
Cancerbehandlingar förändras men fortgår	4
Förändringar i cancervården för organisationen och samhället	9
Omprioriteringar av resurser är vanligt förekommande	9
Många positiva förändringar av strukturer och arbetssätt.....	10
Tung arbetsbelastning men motiverad personal.....	12
Framgångsfaktorer för cancervården under pandemin	13
Eventuella brister/förbättringspunkter gällande cancervården under pandemin.....	14
För framtiden	14
Risker och farhågor för cancervården framöver	14
Appendix.....	15
Metod	15

Inledning

Om denna rapport

Denna rapport har tagits fram av EY på uppdrag av Cancerfonden med syftet att kartlägga hur situationen rörande covid-19 har påverkat och kan komma att påverka den svenska cancervården. Detta har gjorts genom intervjuer med personer verksamma inom vården för att ge kvalitativa insikter och förståelse. För att ge kvantitativa data har en enkätstudie riktad till cancerpatienter skickats ut, vilket ligger till grund för alla diagram i rapporten. Personerna som intervjuats har varit från tre av de sex sjukvårdsregionerna Norra, Södra och Stockholms och haft insikt i hur situationen förändrats sedan virusutbrottet. Enkäten har delats på Cancerfondens Facebooksida och genom Cancerlinjens mailsvar. Rapporten ämnar med detta att beskriva, och i viss mån förklara bakgrunden till nuläget samt blicka in i den nära framtiden. Då situationen rörande viruset snabbt förändras och tillgången på longitudinella data är begränsad bör denna rapport primärt betraktas som ett arbete för att identifiera områden att följa upp och genomföra djupare analyser på när förutsättningar ges. Mer information om datainsamlingen och metoden bakom rapporten finns att läsa i appendix.

Sammanfattning av resultat

Covid-19 har kastat stora delar av världen och världens sjukvård in i ett läge som är lika oförutsägbart som svårhanterligt. Sveriges akut- och intensivvårdskapacitet har behövt utökas och annan vård har behövt kliva åt sidan för att göra plats och frigöra personal. Cancervårdens höga prioritet och ofta brådskande karaktär har emellertid lett till ett vårdflöde som är mindre avstannande än inom många andra vårdområden. Vad gäller behandlingar har vissa ändringar skett men i dagsläget verkar detta inte ha haft några större konsekvenser på den medicinska kvaliteten eller effekten. Däremot har situationen lett till ökad oro hos många cancerpatienter.

Vad gäller den närmsta framtiden verkar den stora risken ligga i färre och senare upptäckter av cancer i den vårdskuld man nu befarar byggs upp. Det går ännu inte att bekräfta att så blir fallet men med färre som söker vård, framskjutna kontroller samt en minskad mängd remisser till cancerutredning finns det mycket som talar för det.

Trots den pressade situationen tar cancervården med sig många positiva organisatoriska effekter från krisen såsom bättre samarbete, framgångsrikt ledarskap och ökad digitalisering. Samtidigt finns det farhågor för framtiden gällande uthållighet hos personalen, skenande utgifter, mindre forskningsunderlag och den tidigare nämnda vårdskulden innehållande oupptäckt cancer.

Nuläget

Förändringar i cancervården för patienten

Upptäckten av cancer riskerar att försenas

Det kanske allvarligaste som covid-19 orsakat i cancervården som helhet är det faktum att många cancerupptäckter riskerar att skjutas fram. Pausad screening, färre som söker vård och högre trösklar till provtagning riskerar att leda till en stor bulk med oupptäckt cancer som behöver tas om hand när situationen återgår till normalläge.

Pausad screening

Enligt den information som erhållits via regionansvariga inom RCC vid månadsskiftet april/maj då denna rapport skrevs var cancerscreeningen pausad eller kraftigt minskad i de flesta regioner. I Stockholms sjukvårdsregion var samtliga program (bröstcancer, livmoderhalscancer och kolorektalcancer) pausade från och med 23/3 men har sedan den 7/5 succesivt återupptagits igen. Man ser att hörsamheten till alla tre programmen även gick ner redan innan paus (under februari-mars). Övriga regioner ser liknande mönster med att många har valt att boka av eller utebli redan innan paus, detta har emellertid inte kunnat konfirmeras i brist på data.

Inom den Södra sjukvårdsregionen pågår fortfarande bröstcancerscreeningen men i minskad omfattning och kvinnor över 70 år kallas ej. Man förbereder nu också för att skicka ut självtester till kvinnor som annars skulle bjudas in till livmoderhalscancerscreening.

I den Norra sjukvårdsregionen är bröstcancerscreeningen pausad i Västernorrland och i Norrbotten, men pågår i Västerbotten och Jämtland. I Västernorrland planerar man dock att åter påbörja bröstcancerscreeningen den 25/5 i begränsad omfattning. Västernorrland planerar samtidigt att pausa cervixcancerscreeningen, i övriga regioner i norr pågår den screeningen om än något reducerad. I Norrbotten diskuteras möjligheten att starta bröstcancerscreeningen igen inom någon-några månad(er), men inga beslut är fattade om det ännu.

Med anledning av detta kommer ett antal cancerdiagnoser med största sannolikhet att upptäckas i ett senare skede än i normala fall.

Färre besök i primärvården

En kartläggning, gjord av Socialstyrelsen 2018, visar att fler än 70 procent av alla patienter som får en cancerdiagnos har haft sin första vårdkontakt med primärvården. Vanligen görs detta vid antingen rutinkontroller eller när patienter söker för symtom som man inte vet orsaken till. Covid-19-situationen har lett till att många kontroller för exempelvis hypertoni, diabetes, KOL och hypotyreos skjutits på och betydligt färre söker sig till vården för att undersöka diverse sjukdomssymtom. Det verkar på vissa håll även finnas en uppfattning bland patienter och samhället om att vissa vårdcentraler är stängda, vilket inte stämmer. Tydligast är skillnaden i Stockholms sjukvårdsregion men även i Södra och Norra sjukvårdsregionen syns en minskning av antal besök, även om man från vårdcentralernas sida försöker undvika att boka av besök i så stor utsträckning som möjligt.

Exempel på besök som dock bokas om av vårdcentralerna är de regelbundna återbesöken för personer som tidigare har haft cancer. I många fall där risken att en person har cancer är liten bedöms ett besök på vårdcentralen som mer riskfyllt med tanke på smittorisken under resan dit och på plats. Därför har vårdcentralen i dessa fall skjutit på eller genomfört besöket via telefon. Även patienter själva väljer i många fall att avboka sina besök, vilket gör att man utför betydligt färre undersökningar på vårdcentralen. I åldersgruppen 70 år och äldre bedömer en vårdcentral i Stockholm att fler än 50% av besöken är avbokade och på en annan menar man att detsamma gäller för alla åldersgrupper. I Skåne uppskattas motsvarande siffra till en minskning på 25%. Många besök går att boka om till att ske per telefon eller videosamtal men det hämmar i vissa fall möjligheten för läkaren att göra en komplett bedömning.

Fler än 50% av vårdcentralbesöken är avbokade

Detta för åldersgruppen 70 år och äldre, bedömer en vårdcentral i Stockholm

För de personer där en undersökning behöver göras men där de inte kan eller vill ta sig till vårdcentralen, eftersom man exempelvis tillhör en riskgrupp, försöker man genomföra undersökningen genom att komma hem till dem istället. Detta kräver mer resurser men i dagsläget har vårdcentralerna och hemsjukvården den kapacitet som behövs. En nackdel är dock att man inte har tillgång till samma utrustning som på vårdcentralen, vilket gör att vissa bedömningar inte kan göras och därmed kommer behöva kompletteras framöver.

En annan grupp som riskerar att gå med oupptäckt cancer längre än vanligt är de som har symtom som liknar covid-19. Stockholms sjukvårdsregion avvaktar just nu med att undersöka personer med sådana symtom om de inte tillhör en riskgrupp och man tar inte heller några halsprover eller utför spirometri just nu.

Högre tröskel till provtagning

Inom Stockholms sjukvårdsregion har flera av laboratorierna på vårdcentralerna stängt sina drop-in tider och man är generellt sett försiktigare med att ta prover på patienter menar flera allmänläkare. Detta eftersom man inte i onödan vill skicka runt patienter på vårdcentralen men också för att man inte vill belasta laboratorierna mer än nödvändigt. Man försöker möjliggöra för provtagning i hemmet för de prover där det går men överlag har tröskeln till provtagning höjts.

Ett annat exempel som visar på den höjda tröskeln till provtagning i landet överlag är att man höjt gränsvärdena för PSA-nivån för misstanke om prostatacancer då man ska bli remitterad vidare. Detta innebär att det kan gömma sig prostatacancerfall bland de som just nu får avvakta vidare utredning.

Färre cancerutredningar genomförs

Till följd av färre fall av misstänkt cancer minskar även antalet cancerutredningar som genomförs. En verksamhetschef i Stockholm uppskattar att antalet undersökningar man nu utför har minskat med så mycket som 30%-40% jämfört med motsvarande period under förra året. Detta leder till att färre patienter diagnosticeras med cancer och får den behandling de behöver.

Minskat inflöde av patienter

Den kanske största märkbara förändringen man upplevt inom cancerdiagnostiken är det minskade inflödet av patienter och därmed antalet prover. Utifrån de personer vi talat med ses tre huvudsakliga anledningar till detta: antal inkommande remisser har minskat, fler patienter än vanligt uteblir från sina besök samt att man inte låter patienter med feber eller luftvägssymtom komma in till sjukhuset för undersökning eller provtagning. I Stockholms sjukvårdsregion har man även tvingats minska obduktionerna till nästan noll med anledning av risken för smitta samt resursprioriteringar. Detta gör att utredningar om cancer som dödsorsak också påverkas.

Tre huvudsakliga anledningar till minskat inflöde av patienter:

1. Antal inkommande remisser har minskat
2. Fler patienter än vanligt uteblir från sina besök
3. Restriktioner kring provtagning på patienter med feber eller luftvägssymtom

Att antalet remisser har minskat är en direkt följd av det faktum att färre söker sig till vården som beskrivits i föregående avsnitt, framförallt gäller detta äldre. Dessutom väljer fler

personer än vanligt att avboka eller utebli från sina bokade undersökningar. Det är vanligt att man från vårdens sida då kontaktar dessa personer för att följa upp och boka en ny tid.

Vissa undersökningar har senarelagts

Generellt sett har man inte behövt senarelägga undersökningar av patienter som misstänks ha en cancersjukdom men det förekommer vissa undantag, framförallt i Stockholms sjukvårdsregion. För att kunna rikta resurserna till de cancerdiagnoser som är brådskande och där tid till behandling är en viktig faktor har man valt att skjuta på vissa undersökningar där misstanken om cancer inte ännu finns eller är svag eller där cancerformen är mindre brådskande. Man har även tagit bort drop-in-tiderna för cytologi, vilket innebär att man nu måste boka tid för alla sådana provtagningar.

Bibehållna svarstider på prover

Trots hårt tryck på diagnostiken i framförallt Stockholms sjukvårdsregion har man inte hamnat efter i svarstider för de prover och undersökningar som inkommit i någon region. Detta beror dels på att cancerremitter prioriteras högt, vilket gör att det är andra prover och undersökningar som istället placeras i kö och dels på att man fått färre prover att analysera. De prover som dock fortsätter inkomma är de vävnadsprover på tumörer som tas i samband med kirurgi och liknande. Här har man med anledning av risk för smitta samt av tidsbrist behövt behandla proverna annorlunda. När man ska studera ett vävnadsprov brukar man fixera det i formalin (vilket bland annat tar död på virus) samt frysa in en färsk del för att ha möjligheten att undersöka det på ett annat vis i framtiden. Nu fryser man inte in några färska prover då man inte vill riskera att lagra viruset för framtiden.

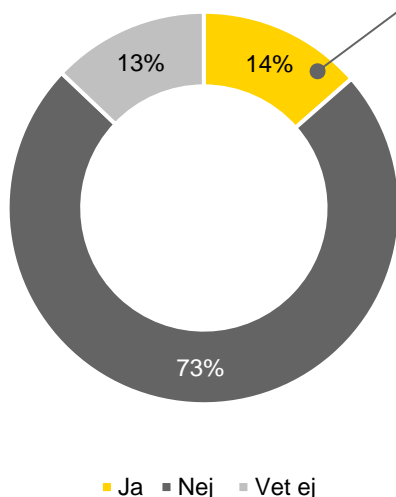
Cancerbehandlingar förändras men fortgår

Lyckligtvis ser cancerbehandlingar fortsatt ut att kunna genomföras till den grad det är nödvändigt, även då man behövt göra vissa förändringar till följd av virussituationen. Däremot upplever många cancerpatienter en ökad oro kring sin situation.

Fåtal senarelagda cancerbehandlingar till följd av covid-19

Då cancervården är en högprioriterad del av vården är det gemensamt för de regioner vi studerat att man i största möjliga mån ämnar att låta den pågå som normalt. Det anses nödvändigt för de flesta cancerdiagnoser att inte skjuta fram behandlingar eller ändra dem så det får konsekvenser för kvaliteten. Baserat på data från cancerpatienter från den enkätundersökning som genomförts verkar det som att man på det stora hela lyckats med detta även om det tycks förekomma en del senareläggningar av behandlingar. 14% av de cancerpatienter som valt att svara på enkäten uppger att de fått en ändring i vårdplanen och av dessa 14% är det 64% vars behandling har senarelagts (Se figur 1 för andel patienter som fått ändringar i vårdplanen samt figur 2 för vilken typ av förändring de fått). Det går inte att se någon koppling mellan senareläggningar som gjorts och vilken region det gäller, därmed verkar inte smittläget och belastningen av covid-19 i vården vara en orsak. Detta talar för att det inte behöver vara en fråga om resursbrist som ligger bakom senareläggningarna.

Figur 1:
Andel som uppger att de fått ändringar i vårdplanen



Figur 2:
Typ av ändring i vårdplanen



Detta är också något man enligt de vi talat med inom vården anser sig ha lyckats med. I Stockholms sjukvårdsregion har man inte skjutit fram några operationer eller behandlingar som anses medicinskt nödvändiga med undantag för vissa högdosbehandlingar med cytostatika. De starka doserna med cytostatika i dessa behandlingar innebär ökad infektionsrisk för patienten och man behöver ofta vård för biverkningar. Därför utsätter man inte patienter för risken om de kan avvakta något. Även delar av behandlingar som anses mindre brådskande har skjutits framåt för att omfördela resurser dit de behövs som mest, samt för att minska risken för smittspridning. Exempelvis förekommer det att man avvaktar att rekonstruera bröstet vid en bröstcanceroperation, något man vanligtvis utför vid samma operationstillfälle. Med anledning av de prioriteringar som gjorts samt det minskade inflödet av patienter har man genom att operera och behandla även under helger lyckats korta många av köerna, vad gäller cancerbehandlingar och -operationer. Det vittnar om den höga prioritet som cancervården har.

I Södra och Norra sjukvårdsregionen har man inte heller senarelagt några nödvändiga cancerbehandlingar och det är ovanligt att man senarelägger även mindre brådskande cancerbehandlingar eftersom man fortfarande har hög kapacitet. Här har man istället haft en bättre möjlighet att jobba undan nuvarande kö som en förberedande åtgärd om situationen skulle förvärras. Det som ändå senareläggs gör det oftast med bakgrund i att det bedöms som mer riskfyllt för patienten att ta sig till och vistas på sjukhuset än att avvakta med att genomgå operationen eller behandlingen.

Det förekommer en del mindre ändringar i vårdplanen

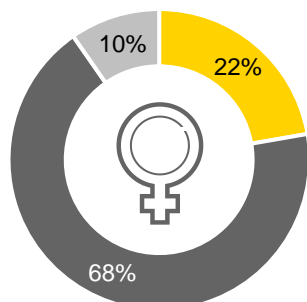
Baserat på data från enkätundersökningen kan vi se att av de 14% av cancerpatienterna som fått ändringar i vårdplanen är det 5% som fått en annan behandling och 31% som fått

andra ändringar. Dessa andra ändringar är enligt patienterna främst att man genomför möten per telefon eller video istället för fysiska besök samt att man får behandlingar med större mellanrum än tidigare. Detta stämmer överens med den bild som vården ger av situationen med ändrade vårdplaner. Man har lagt om stora mängder av mottagningsbesöken till telefon eller videosamtal för att minska antalet personer som behöver ta sig till sjukhusen. Detta görs för att minska risken för smittspridning men framförallt för att minska risken för patienterna att smittas på eller på väg till sjukhuset. Att man sprider ut behandlingar med större intervall och färre besök bekräftas också av vården då detta är ett sätt att minska kontaktytorna samtidigt som det inte ger avkall på effekten av behandlingen. I Norra, Södra och Uppsala-Örebro sjukvårdsregion är ändringar i vårdplanen procentuellt sätt minst förekommande enligt data från cancerpatienterna och detta stämmer väl överens med den bild som vårdpersonalen ger. I Norra sjukvårdsregionen har man mest förberett för att kunna göra ändringar men det är få ändringar som faktiskt har realiserats.

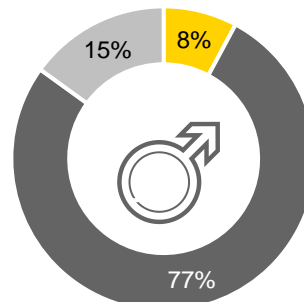
Överlag har dock förekomsten av ändringar i vårdplanen varit relativt jämnt fördelad mellan regionerna i förhållande till antalet patienter, något som tyder på att de ändringar som skett inte gjorts på grund av resursbrist eller prioriteringar utan snarare ur ett smittskydds- och patientsäkerhetssyfte. Denna bild styrks också av vårdpersonalen vi har talat med. I exempelvis Stockholms sjukvårdsregion där vården varit under stor press ser man än så länge att cancerbehandlingar uppnår den effekt och erhålls till den kvaliteten som den bör. Man har de resurser som krävs för att utföra sitt uppdrag. Detta även då man givetvis gjort vissa förändringar i behandlingar, återbesök och kontroller.

I Stockholms sjukvårdsregion och även i viss mån i andra sjukvårdsregioner förekommer det att man lagt om formen på den medicinering som ges till vissa cancerpatienter. Dels för att undvika risker kopplade till exempelvis cytostatika genom att i de fall det går ge hormonella behandlingar istället göra det, och dels för att minska mängden besök på sjukhuset. Exempelvis har andelen som får självmedicinera genom sprutor eller tabletter ökat och andelen som medicineras i öppenvården minskats. Även de besök som fortfarande görs försöker man korta ner genom att exempelvis ge cytostatika genom injektion istället för infusion, vilket går fortare. Effekten av behandlingen är densamma men för vården innebär detta färre och kortare besök med baksidan att medicineringen blir dyrare. För patienten minskas risken för smitta och flera verkar nöjda med denna lösning. Andelen förändringar i vårdplanen beror mycket på vilken cancerform man behandlas för och vad det finns för alternativa behandlingar för just den. De fem cancerformer där ändringar i vårdplanen är vanligast, procentuellt sett, enligt data från patienterna är blodcancer, neuroendokrina tumörer, gynekologisk cancer, skelettcancer och bröstcancer. Sannolikt är det också detta som avspeglar sig i det faktum att det är vanligare att kvinnor har fått förändringar i vårdplanen än vad det är för män. 22% av kvinnorna och enbart 8% av männen har fått ändringar i sina vårdplaner enligt data från enkätundersökningen (se figur 3 och 4).

Figur 3:
Andel av kvinnor med ändringar i
vårdplanen



Figur 4:
Andel av män med ändringar i
vårdplanen



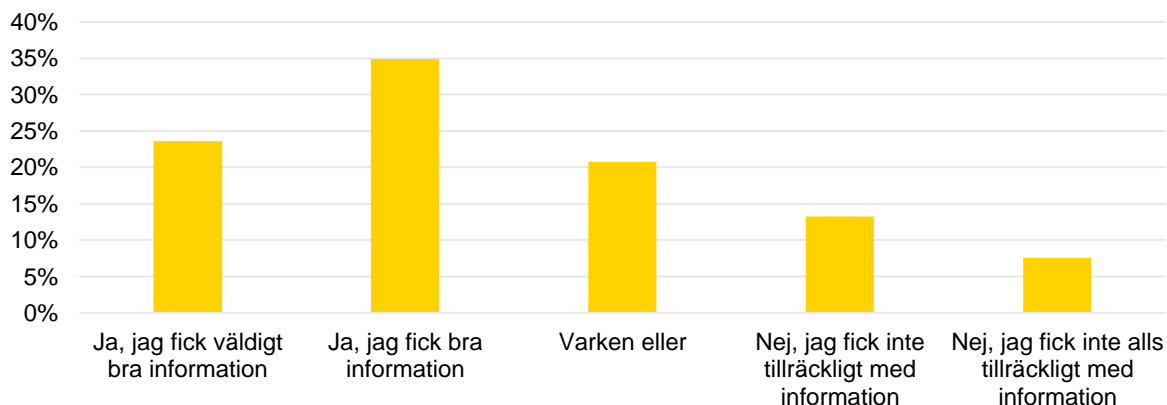
■ Ja ■ Nej ■ Vet ej

Inom alla de studerade regionerna görs det alltid en individuell bedömning kring om och hur man ska ändra i behandlingen för en patient med målet att följa de generella riktlinjerna och rekommendationerna. RCC i samverkan har uppdaterat behandlingsrekommendationer för flertalet cancerformer och detta har skett löpande i takt med utvecklingen kring covid-19. Man försöker även i så stor utsträckning som möjligt involvera patienten i besluten och detta görs vanligtvis genom telefonsamtal eller i samband med besök på mottagningen. Baserat på data från patientenkätundersökningen kan vi även se att brev är en vanlig kanal för cancerpatienter att informeras om en ändring som gjorts.

Överlag upplever patienterna att informationen om ändringarna varit tillräcklig men det finns även de som inte är nöjda. 59% av patienterna som svarat anser att de fått bra eller mycket bra information. 21% menar att den varit varken eller och 21% anser att de inte eller inte alls fick tillräckligt med information. Se figur 5 för mer en överblick över patienternas uppfattning om informationen gällande ändrade vårdplaner.

Figur 5:

Andel som anser sig fått tillräckligt med information om ändringar i vårdplanen

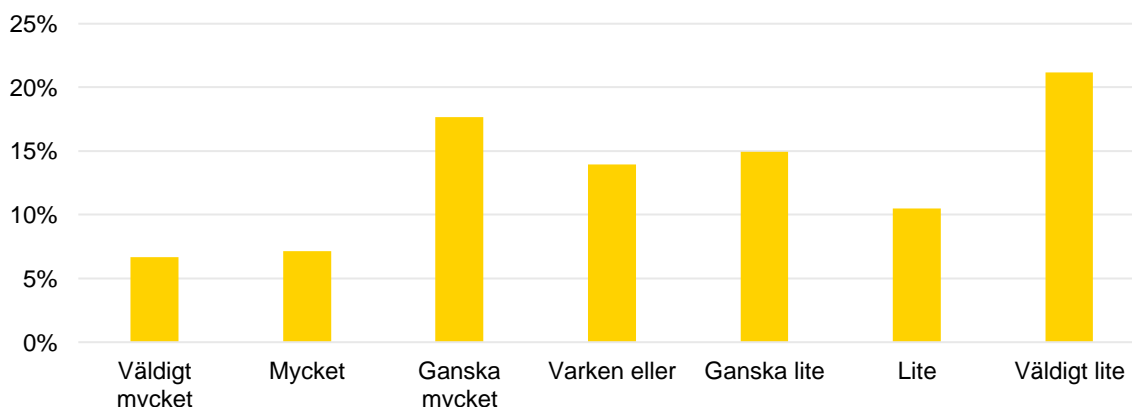


Ökad oro bland cancerpatienter

Många cancerpatienter uppger att covid-19-situationen lett till oro kring cancersjukdomen. 32% av de svarande uppger att covid-19 lett till ganska mycket, mycket eller väldigt mycket oro (Se figur 6 för en komplett fördelning av svaren). Detta avspeglar sig även i den ökande mängden samtal och frågor som inkommit till vården. Av de vi talat med inom vården har näst intill alla personer inom alla delar av cancerflödet sett en tydlig ökning av antalet frågor från patienter, framförallt i början av virusutbrottet. Alla som hör av sig är dock inte oroliga utan många har mer praktiska funderingar kring besök och liknande. Från vårdens sida upplever man att man haft tillräckligt med resurser för att hantera alla frågor samt succesivt kunnat komma ut med mer information om vanliga funderingar. Från patienternas sida så vet majoriteten var man ska vända sig om man är orolig.

Figur 6:

Andel som anser att covid-19 lett till oro kring sin cancersjukdom



En ytterligare aspekt kopplat till oron hos patienter är att den inte tycks bero på var i landet man bor och därmed inte heller vara kopplad till graden av smittspridning i samhället. Exempelvis är det inte fler som upplever oro i Stockholms sjukvårdsregion än i vissa andra sjukvårdsregioner.

Förändringar i cancervården för organisationen och samhället

Omprioriteringar av resurser är vanligt förekommande

För att hantera covid-19-situationen har vården på kort tid och med ständiga förändringar behövt flytta och omprioritera hur man allokerar sina resurser. Det handlar både om personal och materiella resurser såsom lokaler och tillgång till teknisk utrustning. Av de studerade regionerna har alla kontinuerliga diskussioner kring detta men det är för Stockholms sjukvårdsregion som planerna tydligast aktualiserats. Även i Södra sjukvårdsregionen har många omprioriteringar gjorts men detta har ännu inte påverkat cancervården i så stor utsträckning. Med anledning av att Stockholm ligger längre fram i virusutvecklingen studerar även de andra regionerna hur man agerar i Stockholm för att dra lärdomar om situationen blir likartad hos dem.

Förflyttning av personal

Inom primärvården ligger den stora förändringen i att en del personal behöver bemanna de tillfälliga covid-19-avdelningarna samt att man utför den vanliga verksamheten på ett nytt sätt. För cancervården påverkas detta främst genom att man i många fall utför kontroller och undersökningar antingen på distans eller genom att komma hem till patienterna, alternativt kan patienterna själva göra vissa kontroller eller provtagningar. Besök genom telefon och videosamtal är dock inte i samtliga fall fullgoda i hur man kan utföra bedömningar, varpå cancer riskerar att gå oupptäckt längre än vad som annars hade varit fallet.

Inom den specialiserade vården sker varje dag stora förflyttningar av personal mellan avdelningar. Kapaciteten för cancerdiagnostik utmanas av det stora behovet av testning och vård för covid-19. Exempelvis utförs nu fler röntgenundersökningar med en mobil röntgenenhet för att undersöka covid-19-patienter utan att behöva flytta runt dem på sjukhuset. Detta är mer resurskrävande och dessa undersökningar tar längre tid. Med anledning av det minskade inflödet av remisser och cancerpatienter har man dock lyckats hantera detta i samtliga studerade regioner utan att få längre svarstider. Utöver den personal som redan lånats ut står många läkare och specialister även på stand-by för att arbeta kliniskt kopplat till covid-19-vården. Samtliga sjukvårdsregioner har även upplevt ett ökat behov av att besvara frågor och därför stöttat 1177 i ökad utsträckning för att hantera den initiala floden av frågor från allmänheten.

Det förekommer även att kirurger och narkospersonal behöver lånas ut till IVA. I Stockholms sjukvårdsregion sker detta redan i relativt stor utsträckning och för att upprätthålla cancerbehandlingar, vilka är fortsatt högprioriterade, krävs mycket omflyttningar av personal. Även i Norra och Södra sjukvårdsregionen skolas personal om för att kunna stärka IVA men omflyttning har inte behövt aktualiseras i samma utsträckning. En viktig aspekt som möjliggör att cancervården kan bibehålla kapaciteten i Stockholm trots utlåning av personal är det faktum att mycket personal också kan flyttas från öppenvården till slutenvården då öppenvårdsbesöken minskat i väldigt stor uträkning. Vidare är den forskningstid som många läkare i vanliga fall har som del i sina tjänster i Stockholm helt eller delvis indragen. Minskning av forskningstid förekommer även i Södra sjukvårdsregionen men till en betydligt mindre omfattning.

Nyttjande av lokaler

På sjukhus i Stockholms sjukvårdsregion tas nu en betydande del av behandlingsrum och mottagningar upp av covid-19-vård. Detta innebär att övrig vård behövt samsas om resterande yta. Även här är minskningen i öppenvårdsbesök en bidragande del i att hålla

igång verksamheten och för cancervården har lokalfrågan inte varit något som hämmat verksamheten mer än att man tvingats planera på ett annat vis.

Många positiva förändringar av strukturer och arbetsätt

Inom vården har covid-19-situationen inneburit att stora förändringar behövt genomföras med osedvanligt kort varsel. I allt från beslut till genomförande har tiden behövt kortas nertill bråkdelar av hur det i vanliga fall ser ut, för att kunna genomföra vårduppdraget på bästa möjliga sätt. Givetvis leder detta till vissa negativa följder men överlag ser de personer vi har talat med mest positiva aspekter med de organisatoriska och strukturella förändringar som genomförts.

Det som i många fall blir den återstående frågan är huruvida dessa, till synes mestadels, positiva förändringarna kommer bli bestående efter att krisen lagt sig. Bland de vi talat med ser det ut att finnas en tydlig opinion för många av dessa förändringar men många poängterar även att risken är överhängande hög att man faller tillbaka till gamla rutiner och arbetsätt.

Kortare beslutsvägar och en effektivare vårdorganisation

Den generella uppfattningen är att landets sjukhusledning har klivit fram på ett positivt sätt med ett tydligt och klart ledarskap under krisen. Flertalet beskriver att man är imponerad över hur man från toppen av staben har hanterat situationen. I den hårt drabbade Stockholmsregionen har flera sjukhus anammat en mer militärisk organisationsstruktur med mer toppstyrning och ökad kommunikation vilket många anser har fungerat väl. Följderna man ser av detta är att beslutsvägar har kortats och därmed blivit mer effektiva, vilket man hoppas är något som kan inspirera organisationen även efter krisen.

Kopplat till detta är det faktum att barriärer mellan olika kliniker och specialiteter på sjukhusen har luckrats upp och man agerar nu mer som ett sjukhus eller till och med en region. I Stockholm beskrivs det som att klinikerna lösts upp och att kommunikationen nu är centrerad kring patienterna snarare än hur man är organiserad. Detta är något som man hoppas ska hålla i sig även efter krisen. Samma tongångar hörs från den södra sjukvårdsregionen där man, trots ett inte lika allvarligt covid-19-läge, också övergett den annars ibland framträdande rivaliteten mellan olika delar i sjukhusorganisationerna. Sällan eller aldrig har så många samtal förts mellan olika kliniker, sjukhus och roller för att koordinera, något man tror kommer minska igen efter krisen men i viss mån kanske ändå behållas.

En annan följd av det mer akuta läge som sjukvården befinner sig i är att prioriteringar kring var man som läkare och sjuksköterska tillför mest värde har trätt fram tydligare. Många beskriver det som att mängden onödiga möten kraftigt minskat, vilket talar för att vården som helhet blivit mer effektiv.

**Landets
sjukhusledningar
har klivit fram på
ett positivt sätt
med ett tydligt och
klart ledarskap
under krisen**

Ökad samarbetsvilja

Relaterat till den ökade koordinationen och samarbetet mellan kliniker, sjukhus och vårdcentraler som nämnts tidigare, lyfts även samarbetet mellan individer upp som en tydlig positiv följd av covid-19-situationen. Flertalet av de vi pratat med beskriver hur prestige och rivalitet mellan olika roller inom vården är som bortblåsta och man arbetar som ett team med stark lagkänsla och målmedvetenhet mot samma mål. Läkare kan utföra en undersköterskas uppgift och en sjuksköterska kan städa, om så behövs. Vidare ser man hur personer kliver fram som både ledare och problemlösare för att hantera den oförutsedda situationen. En generell trend som går att se är att denna effekt blivit starkare ju mer pressad situationen kopplad till viruset varit. Det som dock också blir tydligare i takt med det kraftigare virusutbrottet är utmattningen hos personalen. I Stockholms sjukvårdsregion lyfts viss oro över hur länge man orkar hålla uppe känslan av att allt går att lösa, om situationen inte förändras.

Vårdpersonal arbetar som ett team med stark lagkänsla och målmedvetenhet mot samma mål

Parallellt med ökad lagkänsla beskrivs även att moralen och stoltheten stärkts hos vårdpersonalen. Att man i Stockholms sjukvårdsregion exempelvis tvingats vara restriktiva och avvakta med semesterplaner har på det stora hela tagits emot med stor förståelse.

Digitalisering av cancervården

Nästan alla vi talat med inom vården lyfter fram hur man på grund av den rådande situationen tvingats ersätta många olika typer av fysiska besök och möten med digitala alternativ, vilket också bekräftas av patienterna. Det är nu en mycket vanlig företeelse att som läkare träffa sina patienter via telefon eller videosamtal, vilket för många aldrig hade förekommit tidigare. Den digitala vården från offentligt håll har varit diskuterad och

Digitaliseringen av cancervården har tagit många steg framåt

efterfrågad länge men nu är den plötsligt verklighet, vilket kan ses inom alla delar av cancervårdsflödet. Minst är skillnaden troligtvis i den Norra sjukvårdsregionen där man redan tidigare i viss utsträckning förlitat sig på digitala besök med anledning av de stora geografiska avstånden, men även där har förekomsten ökat kraftigt.

Den ökade digitaliseringen av cancervården bedöms av många att bli den kanske tydligast bestående positiva effekten av covid-19-situationen då man nu tvingats över många av de hinder som tidigare satt stopp för utvecklingen. De digitala besöken har möjliggjort fler möten med patienter på kortare tid samt minskat risken för smittspridning.

Huvudorsaker till de omprioriteringar och förändringar som gjorts

Bakgrunden till de omprioriteringar förändringar som gjorts inom vården bygger på en blandning av nationella, regionala och lokala initiativ och direktiv. Gällande åtgärder mot smittspridning utgår man i samtliga landets regioner i grunder från de nationella riktlinjerna från Folkhälsomyndigheten. För samtliga vårdenheter blir smittfrågan också en personalfråga då det även handlar om att skydda och betrygga sin personal, vilket för med sig förändrade rutiner på sjukhus och vårdcentralnivå. Skärpta rutiner kommer för cancervården också från det faktum att en del cancerpatienter med anledning av sin diagnos eller behandling bör ses som en riskgrupp för covid-19.

Tung arbetsbelastning men motiverad personal

Personalen inom vården som helhet har under covid-19-situationen erfarit en högre press och ett arbete som inte liknar vardagens. Detta gäller även inom cancervården men situationen varierar mycket mellan olika grupper.

I primärvården upplever man stora skillnader mellan de som jobbar i covid-19-flödena och de som utför den vanliga verksamheten. För de som i Stockholm är stationerade i de tillfälliga covid-19-tälten är situationen allt annat än normal. Samtidigt har många allmänläkare det lugnare än vanligt då färre söker sig till vårdcentralen. För dessa ligger belastningen snarare i oron kring vad som komma skall, när de som hållit sig borta ska söka vård igen och man behöver ta itu med den vårdskuld som uppstått.

Inom den specialiserade vården ser många av de verksamhetschefer vi talat med allvarligt på utvecklingen och man betonar vikten av att stötta de anställda i detta, för att de gemensamt ska kunna orka genom hela pandemin och inte stupa när man kommit igenom det värsta. Detta har exempelvis medfört att man i Stockholms sjukvårdsregion har förberett så att man kan erbjuda personalen samtalsstöd vid behov och i den Södra och Norra sjukvårdsregionen upplever man att man stärkt relationen med facket för att tillsammans hålla koll på situationen.

Resurstungt kring fysiska besök

I motsats till den effektivitetsvinst som görs till följd av digitala besök, kräver de fysiska besöken och vården mer resurser. Detta då man aktivt jobbar för att hålla patienter avskilda och undvika onödiga kontaktytor samt att alla städrutinerna trappats upp för all typ av vård, vilket ställer krav på mer städpersonal men också att processen kring lokalförberedelser tar längre tid.

Ökad sjukfrånvaro

Generellt sett har cancervården likväl som annan sjukvård drabbats hårt av ökad sjukfrånvaro. I Stockholms sjukvårdsregion beror detta både på att personer *de facto* insjuknar i covid-19 men den stora förklaringen är att man inte kan jobba med symtom som skulle kunna vara covid-19, vilket kan vara de samma som för en förkylning. I Södra och Norra sjukvårdsregionen, som i sin helhet inte är lika drabbade av sjukfrånvaro, är det framförallt frånvaron på grund av symtom som ökat sjukfrånvaron inom cancervården.

Variierande oro kring situationen

Flertalet vårdanställda upplever en ökad oro över situationen. Men de vi talat med bedömer inte att denna oro är en följd av arbetsplatsen som sådan, utan snarare en allmän oro som går att se inom andra yrken också. Oro som bygger på att man är rädd för att smittas och är rädd för att sina äldre anhöriga ska smittas, samt det faktum att framtiden är oviss. Denna oro varierar från person till person och man försöker som arbetsgivare att ta hänsyn till detta. Några orosområden har dock lyfts upp som är specifika för vården.

Ett sådant område är oron för att bli smittad till följd av brist på skyddsutrustning, något som i realiteten inte har varit ett problem för cancervården i någon av regionerna. Istället har denna oro byggts på medierapportering och ryktesspridning kring att det kan uppstå en risk för slut på skyddsutrustning. Denna oro var framförallt framträdande i början av krisen men det verkar som att den avtagit i takt med att försäkring om att skyddsutrustning finns och kommer att finnas att tillgå och nått fram, menar de vi talat med.

Ett annat område som skapar viss oro är det faktum att man inom stora delar av vården inte kan jobba hemifrån. Detta gör att personal som själva befinner sig i en riskgrupp inte kan isolera sig på samma vis som i många andra yrken, vilket innebär en ökad oro för dessa personer. Från sjukhusens och vårdcentralernas sida har man sett till att de anställda som är del av en riskgrupp inte på någon vis ska behöva bemöta eller behandla personer med covid-19-liknande symtom.

Optimism och vilja att hjälpa

Som tidigare beskrivits finns det också ljuspunkter i den tillsynes tunga situation som vården befinner sig i. Det är långt ifrån alla inom vården som upplever stark oro eller utmattning. Även om situationen är påfrestande för alla finns det många som också ser på situationen med spänning och stark vilja att bidra, vilket skapar motivation. I Stockholms sjukvårdsregion beskrivs detta som en av de tydligaste reaktionerna vid krisens början och trots att man börjar se vissa tecken på utmattning så lever mycket av denna inställning kvar.

Framgångsfaktorer för cancervården under pandemin

Av vad som framgår hittills har cancervården så här långt klarat covid-19-krisen bra. Man har enligt personal och patienter lyckats uppehålla den viktiga cancervården utan alltför stora kompromisser för patienterna, även om det krävts hårt arbete från vården sida. Några av de viktigaste framgångsfaktorerna sammanfattas nedan.

Planering och förberedelse

När man insåg att situationen kring covid-19 kunde bli allvarig sattes det direkt igång ett intensivt planeringsarbete inom hela vården för att förbereda inför vad som komma skulle. Man har genom detta på det stora hela lyckats agera före saker har inträffat, vilket möjliggjort lämpliga omstruktureringar och förändringar i tid. Exempel på hur detta sett ut i praktiken är att alla regioner definierat eskaleringssteg som inneburit tydliga aktiviteter och prioriteringar för olika lägen av smittspridning och antal covid-19-sjuka. Förhoppningsvis kan detta också hjälpa under en kommande nedtrappningsfas för att kunna återgå till normalläge på ett planerat och välfungerande sätt.

God planering har möjliggjort nödvändiga förändringar i tid

Högprioriterat från högsta ort

Att cancervården har varit högprioriterad är något som varit tydligt under hela virusförloppet, och det har inte rått några större oklarheter kring hur man ska tänka kring exempelvis resursallokering. Detta har gjort det möjligt för verksamhetschefer för avdelningar som jobbar med cancervård att säkra upp och behålla viktiga resurser för att ha vården igång.

Samarbete

Samarbetet inom vården lyfts fram som en av de viktigaste framgångsfaktorerna av alla vi pratat med inom vården. Man är stolt och imponerad över hur man lyckats ställa om och gjort detta genom ett gemensamt och samlat arbete. Många har aldrig sett avdelningar och roller samarbeta på det vis man gjort nu och tillsammans med den positiva inställning som personalen visat så har man presterat som ett stort gemensamt lag med tydliga mål.

Eventuella brister/förbättringspunkter gällande cancervården under pandemin

Trots en generellt positiv uppfattning om vårdens och cancervårdens hantering av covid-19-situationen finns det en del lärdomar att göra baserat på vissa brister som trätt fram. I samhället som helhet har rapporteringen om sinande lager på skyddsutrustning varit ständigt återkommande. För cancervården har tillgången dock aldrig tagit slut utan det är snarare oron kring detta som varit det största problemet. Det poängteras emellertid, av flertalet av de vi talat med att ett större beredskapslager är en av de tydligaste förbättringspunkterna att ta med sig för att stå bättre rustad i framtiden.

Vidare har många av de verksamhetschefer vi talat med lagt oerhört mycket tid på att utvärdera läget och göra de omstruktureringar som varit nödvändiga för att hantera krisen. Många efterlyser därför tydligare rutiner eller nationella riktlinjer som kan appliceras vid kriser för att undvika att alla sjukhus och avdelningar själva behöver utveckla egna lösningar på samma eller liknande problem.

**Utan
nedskärningar
hade vården stått
bättre rustad idag**

Under krisen har budgetproblematik och diskussioner om åtstramningar till synes försvunnit eller åtminstone till stor del pausats. Flera menar dock att man hade stått bättre rustad idag om sjukvården inte behövt genomföra de nedskärningar man under flera år gått igenom. Inte minst gäller det prioritering inom primärvården. För att kunna bemöta en likande pandemi eller situation i framtiden krävs det även att

Sverige har en decentraliserad sjukvård i form av fungerande hemsjukvård och primärvård. För att kunna undvika situationer där stora folksamlingar ansamlas på sjukhus, krävs det att primärvården har resurser samt att man kan besöka patienter i hemmet.

För framtiden

Risker och farhågor för cancervården framöver

Även om cancervården verkar ha klarat sig till synes väl under covid-19-utbrottet såhär långt återstår en lång och tuff period för att så småningom ta sig tillbaka till normalläge. Det är förmodligen inte de direkta effekterna av den pressade situationen inom vården som kommer slå mot cancervården och landets cancerpatienter utan snarare de indirekta effekterna.

Ej upptäckt cancer

Att inflödet av patienter minskat i hela kedjan från primärvård, till utredning och till behandling gör man just nu bygger upp en stor vårdskuld som kommer behöva tas hand om förr eller senare. Det är svårt att uppskatta exakt hur stor denna skuld kommer att bli, då det beror mycket på hur länge virusutbrottet kommer pågå, men för varje dag en persons cancersjukdom inte upptäcks, utreds och behandlas ökar skulden. När situationen återgår till det normala kommer primärvården att behöva hantera alla som väntat med att söka vård, då kommer antalet remisser för utredning att öka och till slut kommer kön till cancerbehandling att växa.

Skenande kostnader och budgetproblematik

Det råder inga tvivel om att covid-19 kommer att ha kostat vården enorma summor. Hur detta kommer att hanteras återstår att se, men flera vi talat med ser en risk att budgetfrågan kan bli problematisk att hantera, inte minst med tanke på den vårdskuld som tidigare diskuterats.

Framförallt är det personal inom primärvården som är oroliga då de redan tidigare haft svårt att hantera kostnaderna och de kommer framöver att bli de första att behöva hantera en ökad efterfrågan på vård. För cancervården riskerar detta förutom att resurser överlag blir knappa även att personer med symtom på cancer fortsätter att gå oupptäckta längre än vad som är önskvärt.

Personalen ska orka hela maratonloppet

Många av de vi talat med beskriver covid-19-situationen för vården som ett Marathon snarare än en sprint. Det innebär att man inte är i mål bara för att man så småningom har passerat toppen av antalet insjuknande utan att vägen tillbaka till normalläge kommer kantas av många månaders hårt slit. Man ser en verklig risk kring hur man som organisation och individ ska orka hela vägen tillbaka till ett normalläge. Viktigt att poängtera här är att detta även gäller cancervården då anledningen till att man lyckats hålla uppe verksamheten för patienterna beror på ett aktivt och hårt arbete med mycket omställningar.

Ett svagare år för cancerforskningen

Cancerforskningen har på olika vis påverkats av den pågående pandemin. De direkta effekterna man kunnat se är det faktum att många läkare främst i Stockholms sjukvårdsregion behövt minska eller helt pausa sin forskningstid. Detta får givetvis följder om krisen fortsätter under en längre tid framöver men de mer långsiktiga konsekvenserna för forskningen som helhet är det faktum att studier och insamling av prover har hämmats. Tydligast märks skillnaden i att färre nya studier påbörjas men även flera pågående studier har pausats eller minskats i omfattning. De studier som fortsatt som vanligt är de som är kopplade till läkemedel som patienterna under sin behandling tar del av, samt de studier som bygger på prover från operation eller undersökningar. Som beskrivits tidigare fryses dock inte prover från operationer i Stockholms sjukvårdsregion in längre. Allt detta kommer leda till en minskning av prover och underlag att studera i kommande forskning vilket kan bli kännbart under de kommande åren.

En viktig aspekt relaterat till cancerforskningen är det faktum att pandemin inte enbart drabbat Sverige, utan andra länder har i många fall också drabbats hårt. Då forskning till stor del bygger på ett kollektivt bidragande till nya rön världen över finns det nu risk att utvecklingen blir bromsad. Detta också till följd av att forskningskonferenser ställs in och möjligheter att dela upptäckter och arbeta med gemensamma projekt hämmas.

**Finns risk för
inbromsning i
cancerforskningen**

Appendix

Metod

Intervjuer

För att förstå hur cancervården har påverkats av covid-19 genomfördes ett flertal intervjuer med läkare och verksamhetschefer inom öppenvården och slutenvården. För att kunna förstå hela cancerflödet, dvs från när cancer upptäcks till det utreds och sedan behandlas, identifierades och intervjuades vårdpersonalen efter denna kategorisering. Däremot har inte cancerrehabilitering prioriterats i mån av tid. Då covid-19 är ett virus som spridit sig i olika stor utsträckning inom Sverige gjordes även en geografisk uppdelning, detta för att kunna se

om cancervården påverkats olika beroende på vilken av de sex sjukvårdsregionerna man jobbar inom. Intervjuerna genomfördes inom loppet av en treveckorsperiod, och för att hinna prata med cirka tre personer inom varje del i cancerflödet och sjukvårdsregion gjordes en avgränsning att endast intervjua läkare inom Norra sjukvårdsregionen, Stockholms sjukvårdsregion och Södra sjukvårdsregionen. Totalt genomfördes 29 intervjuer fördelat enligt tabell 1 nedan.

Tabell 1:

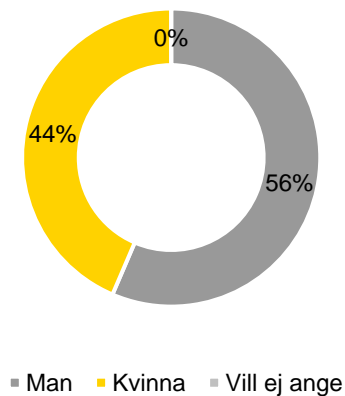
Norra sjukvårdsregionen	Stockholms sjukvårdsregion	Södra sjukvårdsregionen
Upptäcker		
Allmänläkare A	Allmänläkare B	Allmänläkare E
Chef i primärvården A	Allmänläkare C	Allmänläkare F
	Allmänläkare D	Allmänläkare G
Utreder		
Patolog A	Radiolog A	Radiolog C
	Radiolog B	Patolog C
	Patolog B	
Behandlar		
Onkolog A	Urolog A	Onkolog B
Kirurg A	Kirurg C	Kirurg D
Kirurg B	Hematolog A	Kirurg E
	Vårdchef A	Barnläkare A

Därtill bidrog fyra personer inom RCC och SKR med värdefulla perspektiv, nyanseringar och förstärkande av vad som samlats in under intervjuerna med vårdpersonalen.

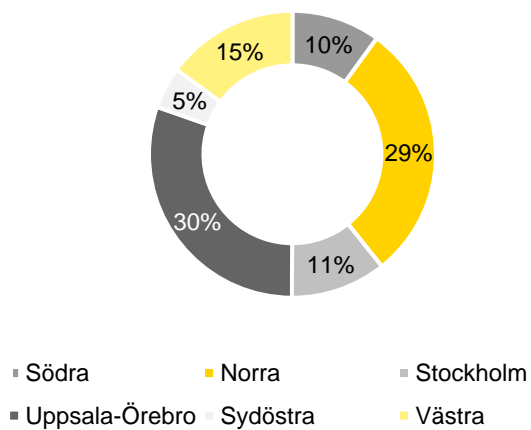
Enkätundersökning

I tillägg till den kvalitativa datainsamlingen genom intervjuer genomfördes även en kvantitativ datainsamling i form av en enkätundersökning för att förstå hur covid-19 har påverkat cancerpatienters situation och deras behandlingsplan. Länken till enkätundersökningen lades upp på Cancerfondens Facebooksida, först i den slutna gruppen där endast personer som har en cancerdiagnos är medlemmar och sedan lades länken upp på den öppna sidan och delades via patientorganisationer samt i Cancerlinjens mailsvar. Enkäten var öppen mellan 21/4-12/5 2020 och resulterade i 782 antal svar. Då region Halland tillhör både Södra och Norra sjukvårdsregionen har svaren från denna region vägts in i i båda sjukvårdsregionerna för de grafer som visar på regionala skillnader. Fördelning på vilka respondenter som svarat kan ses i figur 7, 8, 9, 10 och 11.

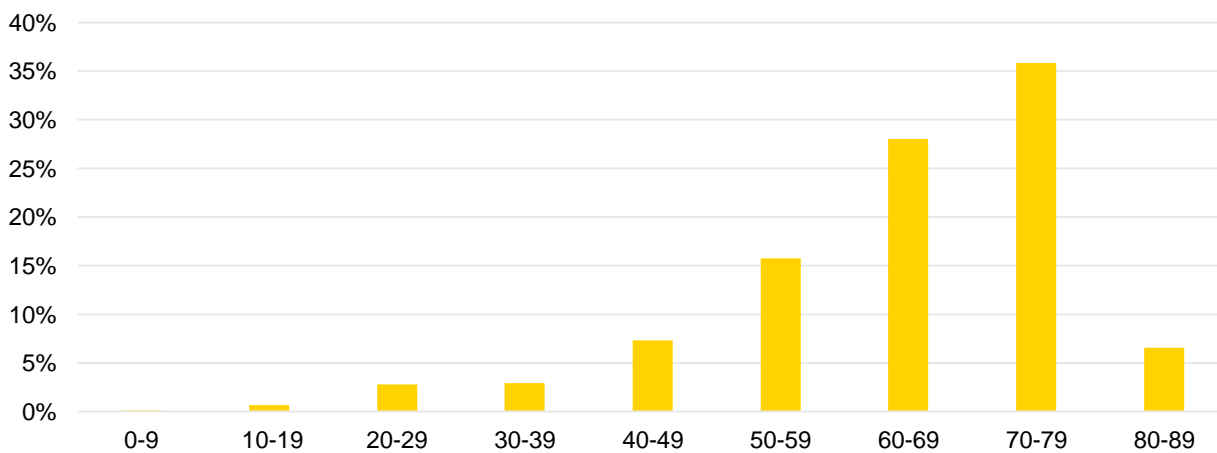
Figur 7:
Könsfördelning hos respondenter



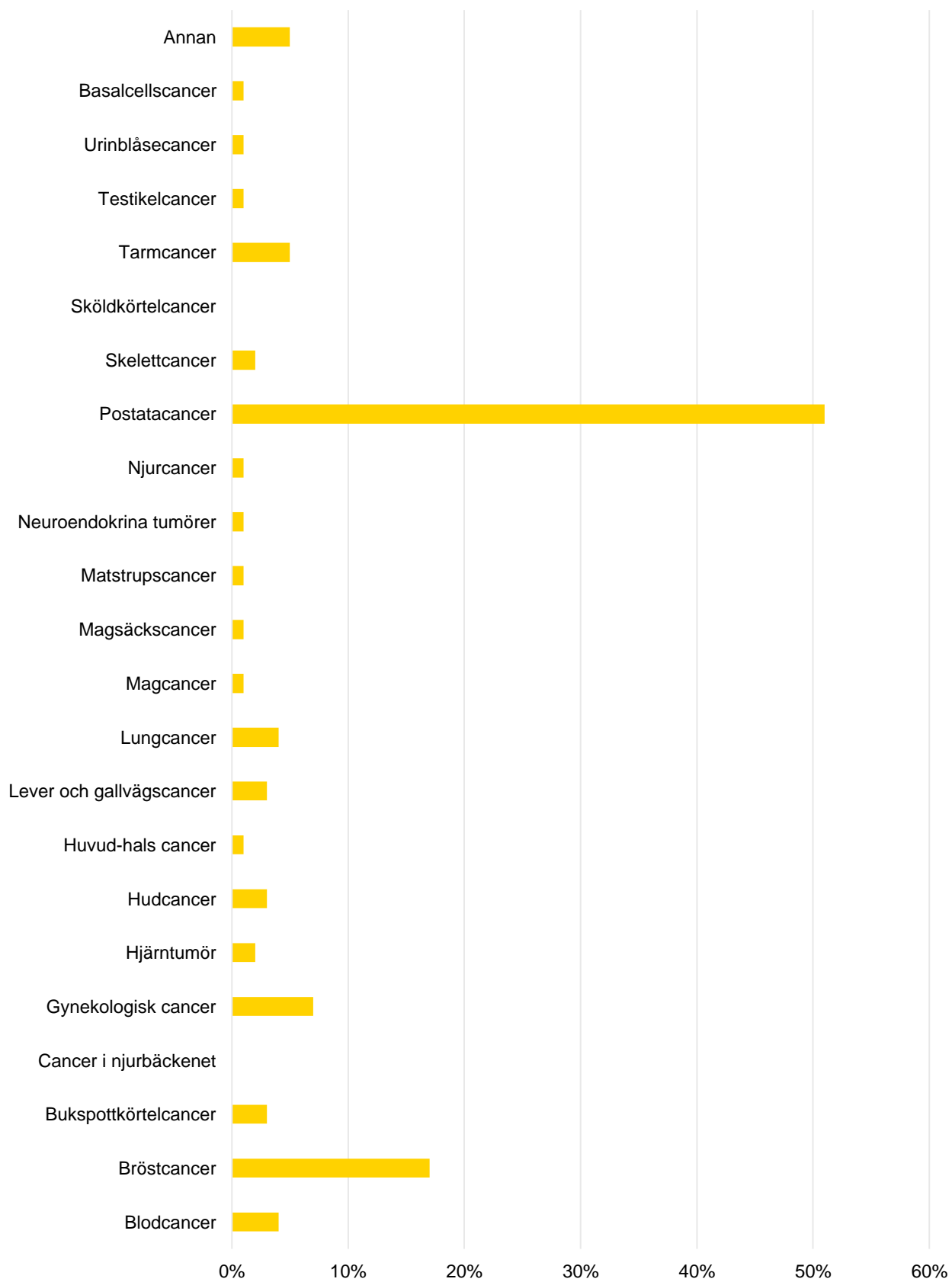
Figur 8:
Regionfördelning hos respondenter



Figur 9:
Åldersfördelning hos respondenter

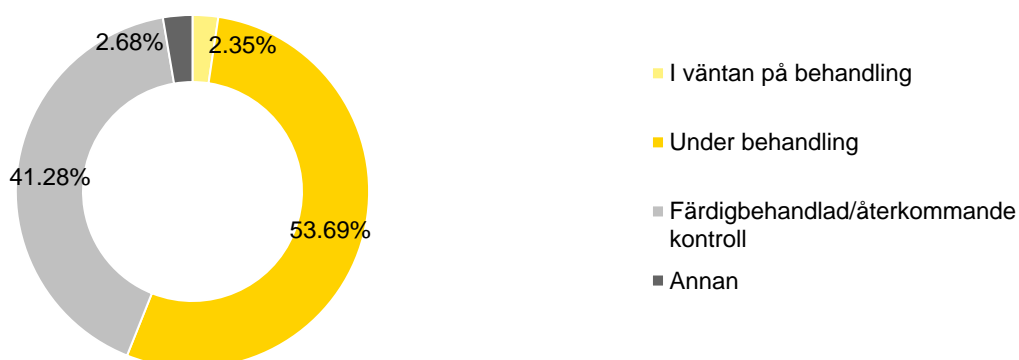


Figur 10:
Procentuell fördelning av cancerform hos respondenter



Figur 11:

Fördelning av var i behandlingen respondenter befinner sig



Studiens styrkor och svagheter

Rapportens resultat och slutsatser ska ses i ljuset av den metod vi har valt och de möjligheter och begränsningar som följer. Rapporten har avsett att samla in data mitt i covid-19-pandemin och således kunna utvinna information om hur sjukvården och cancerpatienter upplever nuläget. Detta är en styrka då det funnits möjlighet att få en direkt inblick i hur läget ser ut just nu, och inte genomföra datainsamlingen senare då minnet kan svika. Med svar från 782 cancerpatienter i enkätundersökningen har det gått att analysera hur dessa uppfattar att covid-19 påverkat deras situation och cancerdiagnos. Då antalet respondenter varit stort har detta möjliggjort flertalet slutsatser. Djupintervjuerna bidrar till en grundförståelse för hur samhället och den allmänna sjukvården i stort har påverkats av covid-19. Dessa har genomförts med personer från tre olika sjukvårdsregioner i syfte att kunna urskilja hur man påverkats, beroende på vilken sjukvårdsregion man tillhör och således även vilken fas man befinner sig i vad gäller spridningen av covid-19. Personerna som intervjuats har även haft olika roller, vilket i sin tur bidrar till en bredare förståelse för hur cancervården påverkats.

Samtidigt som studien omfattar 29 djupintervjuer med vårdpersonal inom tre olika sjukvårdsregioner finns det skäl att tolka resultaten med viss försiktighet. Ett skäl är att antalet intervjuer inte ger en allmän generaliserbarhet utan mer beskriver samband utifrån lokala och individuella förutsättningar. Exempelvis betyder inte det faktum att flera kirurger inom Stockholms sjukvårdsregion har bekräftat att det finns en stor farhåga att en stor våg av patienter kommer att strömma in efter pandemins slut, betyda att alla kirurger inom Stockholms sjukvårdsregion har denna åsikt. Ett annat skäl som kan ses som en svaghet är att inte alla sjukvårdsregioner i Sverige har studerats.

Ytterligare försiktighet gällande resultaten avser huruvida det som mäts i enkätundersökningen verkligen reflekterar det som avsetts att mätas. Om fyra patienter med tarmcancer har fått senarelagd behandling betyder det inte att alla med tarmcancer i hela Sverige fått det. Det vill säga resultaten kan inte generaliseras för hela Sveriges population baserat på den urvalsmetod och svarsfrekvens som uppnåtts för respektive cancerform. Det finns även en risk att de som är mest besvikna eller nöjda med sjukvården är de som är mest motiverade att svara, vilket kan påverka resultatet.