

Cancervården är både bättre och sämre i England än i Sverige. Skillnaderna mellan sjukvårdsorganisation och kultur är större än man kan ana. Efter drygt ett års arbete i Oxford och Cambridge berättar **Ola Bratt**, Consultant Urological Surgeon, Cambridge University Hospitals, om sina erfarenheter.



Urologisk cancersjukvård

Efter 20 år som urolog i södra Sverige tog jag steget över till andra sidan Nordsjön.

I början av mars 2014 körde jag och min fru Annika av bilfärjan i Harwich. Målet var Oxford, där jag fått ett års förordnade som Honorary Consultant och Visiting Professor vid det elektiva cancersjukhuset Churchill Hospital res-

pektive Oxford University. Vid nyår flyttade jag vidare till Addenbrooke's Hospital i Cambridge, där det fanns en vakant tjänst som "robotprostaktektömör". Addenbrooke's är det näst största sjukhuset i Storbritannien och mycket avancerat. Det är utan tvekan det bästa sjukhus jag har arbetat på. En ökande andel av patienterna kommer långväga

ifrån, även från "overseas". På prostatacancersidan har man bestämt sig för att ta upp kampen med den excellenta Martinikliniken i Hamburg. Cambridges svar på Martini är CamPARI!

Arbetet som urolog i England har varit lika svårt att vänja sig vid som vänstertrafiken. Väldigt annorlunda och stressande till att börja med, men fullt



i England

möjligt att anpassa sig till efter hand. När jag senast var i Sverige körde jag en gång av misstag på vänster sida av vägen. På samma sätt kommer nog en del av de engelska sjukvårdsrutinerna, som från början kändes främmande, att följa med mig när (om?) jag återvänder till Sverige. Här är några axplock ur erfarenheterna.

SJUKVÅRDSSYSTEMET

Sjukvården i Storbritannien är statlig. Sedan 1948 ger National Health Service (NHS) gratis sjukvård och läkemedel till alla som bor i landet. NHS England är uppdelat i 211 NHS Trusts, organisatoriska enheter med ett eller flera sjukhus, ungefär som våra landsting. De styrs av tjänstemän som tillsätts på me-

”Det känns som om jag kommer från ett underutvecklat land, när jag jämför den engelska prostatacancerdiagnostiken med den svenska.”

••• prostatacancer

riter, inte av folkvalda politiker som hos oss. På nationell nivå kan och ska naturligtvis politikerna dra upp de stora dragen för hur sjukvården ska fungera. Men den verkställande makten är i NHS helt fri från kortsiktiga (mandatperiodlånga) mål som ska attrahera väljare snarare än att gagna de sjuka.

NHSs struktur bidrar till att följsamheten till nationella riktlinjer är betydligt bättre än i Sverige. En annan faktor är det hierarkiska brittiska samhället, alla utom drottningen tar för givet att man ska lyda order "uppifrån". Ett exempel: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gav ut nya riktlinjer för prostatacancersjukvården i januari 2014. Där angavs bland annat att MRT prostata ska göras vid kvarstående misstanke om cancer efter en benign biopsiomgång och inför aktiv monitorering. I februari samlades de berörda på sjukhuset och diskuterade hur (inte om) detta skulle kunna införas. Från april mångfaldigade röntgenavdelningen resurserna för MRT prostata och alla urologer började remittera enligt de nya riktlinjerna. Detta är mycket långt från hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer efterlevs.

Allmänläkarna (GP, general practitioners) är navet i all sjukvård. Det är de som har budgeten för sjukvården i sina händer. Dels varje GP för sina listade patienter, dels sammanslutna i "Clinical Commissioning Groups", som i varje NHS Trust bestämmer vilka sjukvårdsåtgärder som sjukhusen ska ha ersättning för. Alla patienter måste söka sin GP för att få komma till en specialist, som mer är en konsult (därav benämningen "Consultant") som rådfrågas och sedan återför patienten till sin GP. Alla mottagningsbesök hos en specialist följs av ett artigt brev till patientens GP.

ATT VARA "CONSULTANT"

Som Consultant (specialist/överläkare) har man totalansvar för sina patienter. Patienter läggs inte in akut "på Urologikliniken", utan "under Mr Bratt's care". När underläkarna har mottagning och opererar är det för en specifik Consultant. I breven till GP kan stå "I reviewed Mr X on behalf of Mr Bratt" och på operation är det "Mr Bratt's list" även om underläkaren gör rubbet.

Hierarkin är tydlig. Det är the Consultant som bestämmer. Underläkarens

primära uppgift är att sköta de basala rutinerna, i andra hand att utveckla sin egen kompetens. Till att börja med kändes det märkligt (men angenämt) att ha en ganska erfaren kollega som har till uppgift att ordna allt praktiskt, inklusive att hämta en kopp te, och som inte kallar mig något annat än "Mr Bratt", trots att jag i flera månader kallat honom vid förnamn.

PATIENTEN I CENTRUM

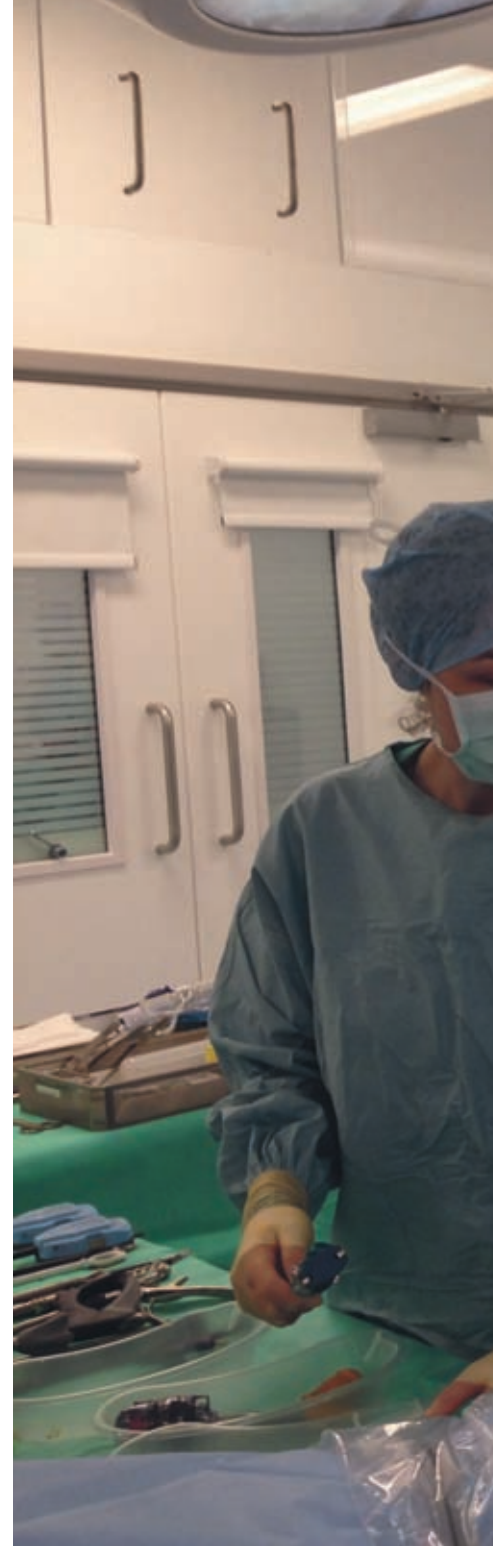
Patienten har en starkare ställning i England än i Sverige. Det märks inte minst i hur man talar om dem. Det är alltid "Mr Smith", aldrig "han på rum 21" eller "den första prostatektomi idag". Mina kolleger är fenomenala på att komma ihåg vad alla patienter och medarbetare heter. Jag skäms ofta för att jag glömmer eller blandar ihop namn.

De brev man skickar till GP efter varje besök går även till patienten. Det är alltså inte tal om att kommunicera någonting kolleger emellan, som patienten inte förmodas veta. Jag tror att det är väldigt bra för patienterna att få svart på vitt vad som är sagt och planerat på mottagningen.

Inför varje betydande åtgärd måste man inhämta ett skriftligt samtycke från patienten. I detta ska man noggrant skriva ner alla tänkbara risker och eventuella alternativa åtgärder. Det kändes mycket ovant i början, men nu har jag vant mig och tycker att det är en bra rutin. Jag tror att vi pratar alldeles för lite om risker med våra patienter i Sverige.

Efter att ha pratat med kollegor från många olika länder har jag förstått att vi i Sverige utgör ett undantag genom att inte ha krav på skriftligt samtycke. Kanske är detta något som bör införas även i de nordiska länderna? Skriftliga samtycken skulle harmoniera väl med den nya patientlagen.

Inför beslut om utredning och behandling är det i England läkarens uppgift att neutralt redogöra för de olika möjligheter som finns. Sedan är det upp till patienten att välja. Jag citerar ur ett brev från en kollega. Notera hur formuleringen tydligt anger att det är Mr C som själv har valt behandlingen: "Mr C's inclination is to pursue a more active approach to tumour prevention and he is therefore going to commence treatment with intravesical Mitomycin C." En klar



"Donationer är en betydligt viktigare källa till finansiering av sjukvård i England än i Sverige."



Portarna sätts för en robotprostektomi av en Surgical Practitioner på Addenbrooke's Hospital. En operationssjuksköterska och en underläkare assisterar.

kulturkrock! När jag under min första mottagning gav en tydlig rekommendation, så som jag alltid gjort i Sverige, drog både patienten och kontaktsjuksköterska efter andan. Patienten sa "Now, that was an unusually clear recommendation!" Jag har fått anpassa mig till viss del, men tycker att många engelska läkare lämnar patienterna i sticket när de inte tar ställning och rekommenderar det som de tror är det bästa för patienten.

Ett annat exempel på individens starka ställning är informationen som skickas ut i samband med screening. Till inbjudan till mammografi bifogas en 13 sidor lång, mycket välskriven broschyr om fördelar och nackdelar med bröstcancer-screening. Den inleds med "It is your choice whether to have breast cancer screening or not. This leaflet aims to help you decide." En liknande formulering inleder informationsbroschyerna för cervixcancer- och kolorektalcancer-

screening. Den svenska informationen om screening för bröstcancer förbättrades 2014. Men den ligger ändå långt efter de engelska när det gäller att betrakta mottagarna av informationen som självständiga individer med rätt att fatta egna beslut beroende på deras personliga preferenser.

KORTA LEDTIDER FÖR CANCERVÅRD
Sjukvården inom NHS styrs hårt av ekonomiska belöningar och straff enligt

principen för New Public Management. Detta är inte något jag gillar, men styrsystemen har utan tvekan lett till snabb handläggning av cancerpatienter. De har sedan många år en motsvarighet till de standardiserade vårdförlopp, som nu införs i Sverige för utredning och behandling av cancer. När en GP skickar en remiss för misstänkt cancer enligt specificerade kriterier, ska sjukhuset ordna ett första besök inom 14 dagar, vara färdig med all utredning inom en månad och påbörja behandlingen inom 60 dagar. Missas någon av dessa tider får sjukhuset böta 5 000 pund (65 000 SEK). Det innebär att det genast ordnas extra mottagningar och operationsdagar om alla patienter inte kan tas om hand i tid. Detta är bra, men ger tydliga undanträngningseffekter. Det är böter även när sjukhuset missar målet på 18 veckor från remiss in till behandling för godartade åkommor, men böterna är lägre än för cancer. När patienten väl har "gått över tiden" finns det inget som driver på.

"Det som är negativt med den engelska sjukvårdsorganisationen är främst fragmenteringen av vården."

MOTTAGNING

Mottagningarna i Oxford och Cambridge är mycket specifika, till exempel enbart för prostatabiopsier eller cancerbesked. I Oxford träffar patienter med ett förhöjt PSA eller palpationsfynd i prostatan först en läkare för allmän bedömning, sedan en sjuksköterska för prostatabiopsier, därefter en annan sjuksköterska om det är cancer i biopsierna. Om de är benigna träffar patienten ytterligare en läkare och vid cancer slutligen två läkare för behandlingsdiskussionen. Inte sällan är det en tredje läkare som opererar. Denna "löpande-band-sjukvård" kan ha sina fördelar, men jag tror att patienterna upplever vården som fragmenterad. Det är högt tempo på mottagningarna, men jag tror inte att de är effektivare. Många läkare och sjuksköterskor träffar patienter

för första gången och måste läsa in sig (och det var inte lätt i Oxfords tjocka pappersjournaler), något som tar tid och ökar risken för misstag.

Som läkare arbetar jag i mina egna civila kläder. Även det var ovant i början, men nu känns det mer personligt att träffa patienterna iklädd skjorta, slips och kostymbyxor än i anonyma vita sjukhuskläder.

LÅNGA OPERATIONS-DAGAR

Planerad knivtid är fram till sex, halv sju på kvällen, inklusive fredagar (i Oxford även en elektiv sal alla lördagar). Det är en anestesilog per sal, men ingen motsvarighet till narkosköterska. Bytena går fort: jag har gjort nio medelstora endoskopiska ingrepp på en dag. Man stryker inte operationer för att vara klar med programmet i tid. En av de första dagarna i Cambridge, när den första av två robotprostataktomier med lymfkörtelutrymning var sällsynt besvärlig och det var uppenbart att vi skulle vara klara med nummer två strax före halv åtta, frågade jag min underläkare om han hade hört något om att vi inte skulle få börja med den andra operationen. Han tittade oförstående på mig och verkade inte förstå frågan. Anestesiologen tackade mig leende innan vi skildes åt vid åttatiden på kvällen, efter 13 timmars arbetsdag, och sa att det var ett nöje att samarbeta med mig. Jag drog över de första sex operationsdagarna, men det var aldrig tal om att jag inte skulle göra två prostataktomier med lymfkörtelutrymning per dag. Den inställningen gillar jag!

CANCER NURSE SPECIALISTS

Grundutbildade sjuksköterskor har lägre kompetens än i Sverige och utför inte så många avancerade uppgifter. Däremot har vissa specialutbildade sjuksköterskor mycket avancerade arbetsuppgifter. Så väl i Oxford som i Cambridge tas de flesta transrektala prostatabiopsierna av en sjuksköterska. I Oxford gavs alla prostatacancerbesked av en sjuksköterska, som också beställde skelettskint och MRT inför MDT-konferensen. Detta var jag först skeptisk till, men när jag suttit med henne under några cancerbesked ändrade jag uppfattning. Hon gav en mycket lugn, saklig och heltäckande information, som jag tror är bättre än vad

de flesta urologer presterar. En poäng är att hon inte vinklar mot operation eller strålning. Den diskussionen tar en urolog och en onkolog gemensamt med patienten efter MDT. Även aktiv monitorering (inklusive prostatapalpation), kontrollcystoskopier och uppföljning efter operation och strålbehandling sköts av sjuksköterskor.

ÖPPEN UTVÄRDERING OCH ÅTERKOPPLING

Alla kliniker måste hålla regelbundna "Governance Meetings" och ha "Morbidity and Mortality Conferences" (M&M). På Addenbrooke's urologiklinik stängs all verksamhet en heldag i månaden. Då ägnar alla läkare, specialistsjuksköterskor och klinikledningen sig åt klinikangelägenheter, kvalitetskontroll, incidensrapporter, klagomål från patienter, kösituation och internutbildning. En timme ägnas åt två av teamens verksamhet det gångna kvartalet. Teamets SpR håller koll på sin Consultants alla inläggningar och operationer, även de akuta under bakjour. Alla vårdtider och komplikationer, klassificerade enligt Clavien, sammanställs i PowerPoint och redovisas på mötena. Det brukar vara en positiv, konstruktiv och mycket givande diskussion om komplikationerna. Men det kändes ovant för mig att få mina resultat offentligt redovisade, inte minst eftersom jag hade oturen (?) att ha ett par allvarliga komplikationer första månaden.

MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS

Sedan många år är det ett krav att alla patienter med nyupptäckt cancer ska diskuteras på en multidisciplinär konferens. Även många andra patienter diskuteras, vilket innebär att de flesta bara diskuteras för formens skull. De kringliggande, mindre sjukhusen är med på våra MDT-konferenser via videolänk. Deras patologipreparat och bilddiagnostik eftergranskas hos oss. Konferenserna tar 2-3 timmar och brukar omfatta 50-70 patienter. Rekordet hittills är 84 patienter och det under en ovanligt varm dag i ett dåligt ventilerat rum. Entusiasmen var låg den sista timmen...

SKILLNADER I HANDLÄGGNINGEN

Den medicinska handläggningen skiljer sig inte lika mycket som det organisatoriska.



Stiftelsen Macmillans bemannade informationshörna vid onkologimottagningen på Addenbrooke's Hospital.

Prostatacancerdiagnostiken är något som skiljer sig mest. NICE anger att en multimodal MRT (mpMRT) bör utföras vid kvarstående cancermisstanke efter en negativ biopsiomgång och att en mpMRT ska göras inom ett halvår efter start av aktiv monitorering. I Cambridge görs sedan mars i år dessutom mpMRT på alla under 70 år med förhöjt PSA < 30 ng/ml, innan de ens sätter sin fot på urologimottagningen. För dem med normal mpMRT och PSA-densitet > 0,1, eller MRT-fynd i främre halvan av prostatan, görs sedan transperineala biopsier i narkos, 2 från varje MR-lesion med bildfusion MRT/ultraljud och 24 systematiska "template biopsies", med samma "template" som används för brakyterapi. Om det är en posterior tumör görs transrektala biopsier, med eller utan bildfusion. Nästan alla ombiopsier görs transperinalt efter mpMRT. Transperineala biopsier ger en mycket bra kartläggning av prostatan med mycket låg

infektionsrisk, men är förstås resurskrävande. I East Anglia (regionen där Cambridge är centrum, 2,3 milj inv) görs även MRT på alla inför kurativt syftande behandling. Det är till stor hjälp att ha MRT-bilder inför val mellan operation och strålbehandling, samt inför operationerna. Man ser var tumören är, var det finns misstanke på kapselgenombrott, hur stor körteln är, hur blåshalsen ser ut och om det finns en tertiusslob.

Det känns som om jag kommer från ett underutvecklat land, när jag jämför den engelska prostatacancerdiagnostiken med den svenska. Det är helt klart dags att börja med mpMRT prostata med riktade biopsier för stora patientgrupper även i Sverige. Det finns säkert också situationer där transperineala biopsier är bättre än transrektala.

Metastaserad prostatacancer sköts i Cambridge helt och hållet av onkologerna. I Oxford sköter urologerna patien-

terna så länge de är i remission under primär hormonbehandling. Därefter tar onkologerna och sedan de palliativa enheterna över. Jag har aldrig sett en man med kastrationsresistent prostatacancer på en urologisk vårdavdelning i England. NICE har bedömt att Xofigo och Jevtana, samt Zytiga och Xtandi före cytotatika, inte är kostnadseffektiva och används därför inte. Det finns emellertid en särskild fond som man kan söka medel för finansiering av enskilda patienters dyra cancerbehandling hos. Det innebär att de flesta faktiskt får behandling i alla fall. Många är kritiska mot denna "Cancer Drug Fund", eftersom den underminerar NICEs beslut, ger utrymme för godtycklighet och minskar möjligheterna att påverka läkemedelsbolagen för att sänka priserna.

Intravesikal behandling vid yttlig blåscancer används mer i England än i Sverige. I både Oxford och Cambridge ges nästan alltid en engångsdos med mi-

tomycin efter avslutad TUR-B (i Cambridge inne på operationssalen). Sex instillationer av mitomycin eller BCG ges till nästan alla med icke muskelinvasiv blåscancer med intermediär eller hög risk för återfall. NICE gav i år ut nya riktlinjer för blåscancer. Där rekommenderas en betydligt glesare och kortare uppföljning efter lågrisk och mellanrisk blåscancer utan recidiv. Om detta anammas i Sverige skulle vi spara in tusentals cystoskopier per år.

I England strålbehandlas en betydligt större andel patienter med muskelinvasiv blåscancer än i Sverige. NICE anger att strålbehandling tillsammans med cytostatika är ett likvärdigt alternativ till cystektomi. Alla patienter i både Oxford och Cambridge får träffa både en onkolog och en urolog inför behandlingsbeslutet.

FORSKNING

På rankingslistor över världens bästa universitet brukar Cambridge och Oxford komma på andra och tredje plats. Sjukhusen i de båda städerna har en stark koppling till sina respektive universitet. I Cambridge är en stor del av de många byggnaderna på sjukhusområdet universitetets. Dessutom har Cancer Research UK en stor forskningsanläggning där och det byggs för fullt för att flytta hit AstraZenecas huvudkontor från Manchester.

På läkarsidan är det en strikt uppdelning mellan de som är anställda av NHS, som enbart har klinisk verksamhet, och de med akademisk anställning, som arbetar halvtid kliniskt och halvtid med forskning. De akademiska läkarna har anställning som "Honorary Consultant" i NHS och får hela sin lön från universitetet.

DONATIONSBASERADE VERKSAMHETER

Donationer är en betydligt viktigare källa till finansiering av sjukvård i England än i Sverige. Addenbrooke's Charitable Trust har flera heltidsanställda som bara arbetar med "fund raising". Många hospice drivs av ideella stiftelser. Både i Oxford och i Cambridge finns det butiker i centrum som drivs av ett hospice och säljer begagnade prylar som folk donerat.

Macmillan Cancer Support är en stor ideell organisation som driver hospice, samt finansierar sjuksköterskor och andra yrkesgrupper som arbetar med psykosocialt stöd och information. På Addenbrooke's har de en öppen hörna nära onkologimottagningen. Där serveras te, de har fåtöljer och erbjuder en massa skriftlig information (se bild). På kontorstid är Macmillans hörna alltid bemannad med en sjuksköterska som man kan sätta sig och prata med. Macmillan drar in imponerande 190 miljoner pund i donationer varje år. De stödjer inte forskning, vilket i stället sköts av Cancer Research UK som samlar in 490 miljoner pund varje år. Dessutom finns flera diagnosspecifika stiftelser, som Prostate Cancer UK med 27 miljoner pund om året att röra sig med. Förutom att ge pengar till välgörenhet ger britterna även sin tid. Cancer Research UK engagerade 40 000 och Prostate Cancer UK 2000 volontärer förra året. Välgörenhet är helt enkelt en naturlig del av det brittiska samhället. Det hör till att man ger av sin tid och sina pengar till goda ändamål, något jag tycker är mycket sympatiskt. Alla donationer till välgörande ändamål är avdragsgilla i deklarationen.

FRÅN PAPPERSJOURNAL TILL EPIC

I Oxford är hela journalen på papper och alla olika klinikers papper samlade i en eller flera stora mappar. Den egentliga journaltexten är slarvigt handskriven och fylld av förkortningar, med andra ord obegriplig. Även de infödda läkarna förlitade sig därför på breven till GP, men det var svårt att få en överblick av informationen i dessa rubriklösa litterära verk. Till råga på eländet var journalen ofta inte på plats på mottagningen. Det kändes sådär att behöva fråga patienterna varför de var på mottagningen och om de hade någon aning om cancers grad och stadium vid diagnos.

Det var en skillnad som mellan natt i ishavs och sommardag i öknen när jag kom till Cambridge. Hösten 2014 började de som första brittiska sjukhus använda datajournalssystemet EPIC, en investering på 120 miljoner pund. EPIC är verkligen episkt. Det är inte bara ett journalssystem, utan ett totalomfattande

sjukvårdsadministrativt system. Att navigera bland otaliga menyer och flikar, och att hitta den relevanta informationen på fullplottrade skärmbilder, är som att i filmen Matrix plugga in hjärnan i en annan, elektronisk värld. Dessvärre förväntar sig sjukhusledningen minskade sekreterarkostnader, eftersom vi läkare ska göra all patientadministration i samband med mottagningsbesök och operationer. Hur det ska spara pengar kan man fråga sig. Jag ägnar tio minuter för varje patient på mottagningen med att boka återbesök, operationer och MDT, registrera uppgifter för motsvarigheten till standardiserade vårdförlopp, fylla i kvalitetsregisterdata, beställa blodprov och skriva ut blodprovsmissen (skrivaren står en bit bort i korridoren) samt skriva själva journaltexten. Även breven till GP förväntas vi inom kort skriva själva, med hjälp av standardformuleringar med fritextval.

Jag tror att EPIC egentligen är en utmärkt plattform som kan användas på många olika sätt och ger förutsättningar för betydande effektivisering, men att den brittiska övertron på riktlinjer och administrativa åtgärder har gjort EPIC så oöverskådligt i Cambridge. Förhoppningsvis kommer EPICs potential att utnyttjas bättre när alla här väl har lärt sig vilka möjligheter som finns.

SLUTORD

Skillnaderna mellan svensk och engelsk sjukvårdsorganisation och kultur är betydligt större än vad jag förväntade mig. En del är bättre i Sverige, en del bättre i England, medan mycket bara är annorlunda. Det som har varit negativt är framför allt fragmenteringen av vården och fyrkantigheten när det gäller att applicera riktlinjer för grupper på individuella patienter.

Det jag uppskattar mest är den tydliga styrningen av sjukvården, de tydliga ramarna för verksamheten och för dem som arbetar i den, kvalitetsuppföljningen, läkarnas höga kompetens och engagemang i sin yrkesroll, respekten för patienterna, den allmänna brittiska artigheten och hänsynen, samt – förstas – pubarna!

