



- Vi vänder upp-och-ned på allt! Så beskriver professor Henrik Grönberg hur han och hans medarbetare bygger upp Prostatacancercentrum vid Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm.
- Vi tänker korta väntetiderna och skapa en modern, effektiv prostatacancersjukvård. Då måste man tänka nytt.

*Här pågår ett pionjär-
arbete för att förbättra*

prostata- cancersjukvården

Henrik Grönberg är professor i cancerrapidemiologi vid Karolinska Institutet och chef för onkologisektionen vid Capio S:t Görans sjukhus. Det höga, tegelröda sjukhuskomplexet på Kungsholmen i Stockholm är Sveriges enda privatägda akutsjukhus. Det drivs av vårdkoncernen Capio på uppdrag av Stockholms läns landsting och har trots privat regi inga privatpatienter. Här pågår nu

ett pionjärarbete för att förbättra prostatacancersjukvården. Sjukhusets Bröstcentrum är en förebild, Prostatacancercentrum ska samla all vård som har med prostatacancer att göra – från att undersöka män som är oroliga att ha prostatacancer till högspecialiserad behandling, uppföljning och god rehabilitering.



Välkommen till:

- Kirurgmottagning
- Urologmottagning
- Onkologmottagning
- Prostatacancercentrum



Caphio S:t Görans Sjukhus



Vid Prostatacancercentrum på S:t Görans växer nu en ny modell för prostatacancervård fram.

Liknande centrumbildningar för prostatacancer är på gång även på några andra håll i landet. Vid Caphio S:t Görans startade projektet i början av 2017 och under hösten har redan de första patienterna tagits emot. Uppbyggnaden drivs av en multiprofessionell projektgrupp.

– Vi hoppas kunna utveckla en modell som även andra kan inspireras av, säger Henrik Grönberg, som leder Prostatacancercentrum.

Den gråkalla tisdagsmorgon sent i november som Onkologi i Sverige besöker S:t Görans sjukhus, är det dags för

veckomöte i projektet. Femton kvinnor och män samlas i ett fönsterlöst mötesrum. Runt det avlånga bordet finns stor kompetens samlad. Här sitter onkologer, urologer, onkologisjuksköterskor, urologisjuksköterskor, enhetschefer, projektledare och IT-systemförvaltare.

Diskussionen är livlig. Det finns många frågor att bolla och stämma av nu när de första patienterna har börjat komma. I vems inkorg hamnar vilka mejl? Vem bör göra vad? Hur skriver man anteckningar i datorsystemet?



”Vid våra multiprofessionella veckomöten lyfter vi allt nytt som hänt och skruvar på det”, säger Henrik Grönberg (närmast kameran till vänster).

– Det finns ett fantastiskt driv i den här tvärprofessionella gruppen. Jag är imponerad av hur prestigelösa och engagerade alla är. Det är högt i tak och alla har verkligen patientens bästa för ögonen, säger projektledare Helena Edrén.

IT-integreringen hör till de utmaningar som gruppen behövt prioritera i inledningsskedet. Det är som bekant inte alltid enkelt att få flera olika IT-system och deras användare att fungera smidigt tillsammans. Men det kan vara avgörande för att kunna genomföra det som planerats. Så var det till exempel med frågan om hur Prostatacancercentrum skulle kunna få elektroniska remisser. Problemet var att S:t Görans använder IT-systemet Cosmic medan Stockholmsvården i övrigt använder systemet Take Care.

– Vi bestämde oss för att detta med elektroniska remisser bara måste fungera och satsade mycket tid och kraft på det under några veckor. Och till slut gick de tekniska hindren att ta sig över, berättar Henrik Grönberg.

INGA PSA-TEST I PRIMÄRVÅRDEN

Den vårdmodell som Prostatacancercentrum nu utvecklar bygger på nytänkande i flera led. För det första förändras primärvårdens roll. I dag sker merparten av all PSA-testning inom primär- och företagshälsovård. Två tredjedelar av de svenska männen över 50 års ålder har tagit ett eller flera

”Jag är imponerad av drivet i den här projektgruppen. Här är ingen rädd att tänka nytt”, säger projektledare Helena Edrén.

Professor Henrik Grönberg brinner för att bida till en bättre vård vid prostatacancer.



... kliniken i fokus

PSA-prov. Att PSA-provet är ett trubbigt diagnosverktyg och PSA-testningen samtidigt utbredd bidrar till ett hårt tryck på vården, långa väntetider och utdragen osäkerhet och oro för många patienter. Primärvården har ofta svårt att utvärdera provsvar med sådana mindre PSA-förhöjningar som är mycket vanliga.

– Många primärvårdsläkare beskriver att detta är ett jätteproblem. De har inte tid att informera patienterna om PSA-testerna på det sätt som de skulle vilja, säger Henrik Grönberg.

Effekten blir ofta att även patienter med små PSA-förhöjningar remitteras vidare – till en specialistvård som inte alltid har resurser att ta emot dem.

– I hälften av dessa fall studsar sådana remisser eftersom vi inte har tid. Det blir stopp i processen.

I projektet samarbetar Prostatacancercentrum med Capios 24 vårdcentraler i Stockholmsområdet (men även patienter från andra håll är välkomna, understryker Henrik Grönberg). Steg för steg kopplas dessa vårdcentraler in i projektet och får möjlighet att remittera till specialisterna på S:t Göran. I den nya modellen tar primärvården inga PSA-prover. I stället remitterar primärvården de män som vill testa sig till Prostatacancercentrum där specialister tar hand om även den inledande informationen och diagnostiken.

– Hittills har vi fått otroligt positiv feedback både från männen som kommer hit och från primärvårdsläkarna. ”Är det sant? Det är ju jättebra för våra patienter!”, säger doktörerna på vårdcentralerna, berättar Henrik Grönberg.

”Doktorn och patienten får ett svar med en tydlig rekommendation. Det skalar bort så mycket av den osäkerhet som hittills har funnits.”

FÖRÄNDRAD DIAGNOSTIK

Han har lång erfarenhet som kliniskt verksam onkolog och onkologichef samtidigt som han i 25 år har forskat om prostatacancer. Hans främsta forskningsfokus är genetiken bakom sjukdomen och hur den genetiska kunskapen kan användas för diagnostik. Henrik Grönberg var en av de drivande inom Stockholm3-studien som visade fördelarna med Stockholm3-testet som diagnosverktyg. Stockholm3-testet innehåller ett blodprov där fem proteinmarkörer (inklusive PSA) analyseras. Värdena vägs samman med ett 100-tal genetiska markörer samt kliniska variabler som känd ärftlighet.

Urolog Andreas Thorstenson visar hur en bildundersökning av prostata går till.









– Doktorn och patienten får ett svar med en tydlig rekommendation. Det skalar bort så mycket av den osäkerhet som hittills har funnits, framhåller han.

– Färre män behöver genomgå vävnadsprov i onödan samtidigt som fler män med behandlingskrävande prostatacancer kan hittas.

Vid Prostatacancercentrum används inte PSA-test utan de män som remitteras hit undersöks med hjälp av Stockholm3. Om resultatet (en procentsiffra) visar på låg risk för prostatacancer rekommenderas mannen en ny undersökning om 6–10 år. Vid negativt resultat och normal risk rekommenderas nytt test om 2 år. Och vid procentsiffror på 11 procent eller högre bedöms risken som hög och mannen rekommenderas fortsatta undersökningar.

En annan förändring som Prostatacancercentrum gjort av diagnostiken är att införa riktade biopsier i stället för den gamla rutinen att ta vävnadsprover från 12 olika lokalisationer i prostata. Det sker genom att prostata undersöks med magnetröntgen först så att läkarna kan avgöra från vilket eller vilka områden i körteln som prover ska tas.

– Genom denna ”prickskjutning” minskar vi påtagligt obehaget för patienten.

”Urologen och onkologen finns på samma mottagning, i samma korridor, och patienten får prata med båda.”

KRAFTIGT KORTADE VÄNTETIDER

Den patologiska analysen görs av ett externt laboratorieföretag som har garanterat svar inom två dagar. Svaret diskuteras vid en multidisciplinär konferens och samma dag är patienten inbokad och kommer för att få information om diagnos och eventuella fortsatta åtgärder.

– Urologen och onkologen finns på samma mottagning, i samma korridor, och patienten får prata med båda, säger Henrik Grönberg.

Om det är aktuellt planeras en operation (görs vid S:t Göran) eller strålbehandling (görs vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna) genast in.

Ett annat problem som projektgruppen vill göra något åt är bristen på uppföljning och rehabilitering för män som har behandlats för prostatacancer. Prostatacancercentrum kommer att erbjuda sina patienter sjuksköterskeledd rehabilitering och uppföljning.

– Det är en oerhört viktig del som vi ska satsa ordentligt på.

Bilddiagnostik före vävnadsprov ger en träffsäkrare diagnostik med mindre obehag för patienten.



Onkolog Maria Hjälms Eriksson ser stora fördelar med det nya arbetssättet. "Vi vet ju att mycket av det vi tidigare hållit på med inte är det bästa så det är hög tid för förändring", säger hon.

"Genom att tänka nytt, skruva på varje detalj i flödet och utgå från vad som är bäst för patienten i varje steg, kan vi skapa ett mycket mer effektivt och väloljat maskineri."

PROSTATACANCER I SIFFROR

Varje år diagnostiseras cirka 11 000 män i Sverige med prostatacancer, som är den vanligaste cancersjukdomen i vårt land. Omkring 93 000 män lever med diagnosen. Prostatacancer kan vara allt ifrån ett beskedligt, icke dödligt tillstånd till en aggressiv, svårbehandlad sjukdom som leder till döden. Sjukdomen är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken bland män i Sverige och orsakar varje år cirka 2 400 dödsfall.

Projektgruppen har satt som mål att det ska gå max 20 dagar från att patienten får veta att det finns befogad misstanke om prostatacancer tills behandlingen påbörjas. Det ska jämföras med att väntetiden i Stockholms läns landsting på senare år ofta legat över 200 dagar. Men Henrik Grönberg tvivlar inte på att det går att minska tiden till en tiondel av detta:

– Genom att tänka nytt, skruva på varje detalj i flödet och utgå från vad som är bäst för patienten i varje steg, kan vi skapa ett mycket mer effektivt och väloljat maskineri. Det finns ingen anledning att acceptera mycket längre väntetider för patienter med prostatacancer än för andra cancerpatienter!

HELENE WALLSKÄR



FOTO: SÖREN ANDERSSON